QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 1 — DIMANCHE 4 JANVIER 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS

Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE. PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

AVIS

AGENDA-MEMENTO DU PRATICIEN

Les difficultés de tout ordre que nous avons rencontrées dans l'exécution de l'*Agenda-Memento* ne nous ont pas permis d'en obtenir la livraison à l'époque convenue, et dans ces conditions nous n'avons pu commencer nos expéditions que le 24 décembre.

Celles-ci se sont poursuivies régulièrement et à l'heure où parviendra ce numéro il y a lieu d'espérer que tous les souscripteurs auront reçu leur volume, dont l'envoi a été fait par poste recommandée.

Nos lecteurs voudront bien nous excuser du retard qui nous a été imposé par les circonstances difficiles que nous traversons.

Avis aux retardataires

Par suite des nombreuses demandes qui nous sont parvenues depuis la clôture de la souscription, au 1er août dernier, nous avons été mis dans l'obligation de procéder à un tirage complémentaire très onéreux.

Dans ces conditions les souscriptions qui nous parviendront maintenant devront être accompagnées d'un mandat de 12 francs et l'envoi du volume sera fait dans les 48 heures.

Office de Renseignements du « Concours »

(*Voir numéros précédents*).

DEMANDES et OFFRES

Toute demande de renseignements doit être accompagnée d'un timbre pour la réponse.

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

No 1 L'Agenda du Lactéol vient de paraître ; le Dr Boucard prie les médecins désirant le recevoir gracieusement, de lui faire savoir leur adresse exacte. Répondre au Dr Boucard, 30, rue Singer, Paris 16e. Tél. Auteuil 09-93.

No 1 bis. — Docteur, 20 ans pratique médecine générale, actif, ayant auto, disposant de capitaux, demande situation médicale ou para-médicale dans petite ville à cause instruction d'enfants. De préférence région du centre ou environs de Paris.

No 2. — Suis acheteur daviers, instruments dentisterie d'occasion, bon état. Faire offres docteur Clerc, Trévoux.

No 3. — A céder jolie officine, boiseries vitrées entièrement démontables, avec bocaux, verrerie et médicaments. Conviendrait à médecin pro-pharmacien, Prix : 5 000 fr. Dr Molimard, Villefrance, Rhône.

No 4. — Médecin, 32 ans, désire poste assistant auprès médecin possédant importante clientèle thermale. Prendrait postérieurement succession. Meilleures références. Ecrire chez M. Denaulet, 72, rue Saint-Louis-en-l'Ile, Paris, VIe ar..

No 5. — Dr A. Bézy de Ste-Livrade (Lot-et-Gne), s'offre comme intermédiaire pour procurer à confrères, à des prix exceptionnels, d'authentiques pruneaux d'Agen. Lui écrire.

No 6. — Par suite guerre, docteur 39 ans, méd. générale, estomac, injections intraveineuses, pas d'accouchem., fait remplacem. Paris. Docteur G... Téléphone Wagram 24-78.

No 7. — A vendre en Touraine, au bord de la Loire, à 5 km. de grande ville, desservie par tramway électrique, belle propriété moderne avec : chauffage, eau, électricité, chute et eau courante dans le

parc, beaux ombrages, agencée pour maison de santé, de repos ou sanatorium. S'adresser au docteur Saimont à Sonzay (Indre-et-Loire).

Nº 8. — Docteur 36 ans, très actif, grande habitude de la clientèle demande poste banlieue ou grande ville ; aiderait médec. âgé ou fatigué pour lui succéder.

Nº 9. — A vendre à l'état de neuf, petit arsenal chir.,-méd. composé de : th.-cautère, 1 asp. Potain, 2 ser. de Roux, 1 bat. cour. cont. Gaiffe, 1 pile Chardin, 1 ser. art. Gal., 1 bande d'Esmark, 1 forc. Pajot, 1 Tarnier, 2 p. à pans. utér., 2 porte-mèches, 2 spéc. Cusco, 1 spc. Ricord, 1 hysmtre., 3 dav., 1 s. can., 7 p. hémost., 1 dilat. et 2 canules Krishaber pour trachéot., 2 cout. à amputat., 1 bist, droit, 1 scie avec lame de rech., 1 ser. Pravaz et ser. ver. hypodermique avec aig., 2 thermom., 6 sond. gomme., 1 troc. à hydrocèle, 1 rugine, 1 pince à mors, 1 cisaille, 1 ser. en étai n à hydrocèle, blephon. Prix global : 500 fr. (On détaillerait à l'occasion).

Nº 10. — A céder, dans grande ville de l'Ouest, excellent cabinet de spécialité des voies urinaires, création ancienne, a toujours rapporté de 20 à 25.000, en augmentation. Affaire très sérieuse. S'adresser à MM. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Parie.

Nº 11. — Dans grande ville de l'Ouest, docteur possédant, bel immeuble céderait celui-ci à confrère désirant reprendre sa suite. Maison très bien située, ville très agréable. S'adresser à MM. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

Les blessés et malades de *guerre peuvent avoir* droit à une pension, quoique non réformés.

Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me drie, par la voie du Concours, quels sont les bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919.

Les réformés après blessures de guerre, ou par suite de maladies contractées aux armées, en ce qui concerne la blessure ou la maladie, qui a motivé leur réforme.

Mais les blessés de guerre, qui n'ont pas été réformés, et les malades consécutivement à une affection contractée aux armées, blessés ou malades, porteurs d'un certificat d'origine, sont-ils égalemcnt des bénéficiaires de la loi ?

Réponse

Les blessés de guerre, ainsi que les militaires qui ont été atteints d'infirmités causées ou aggravées par les fatigues, dangers ou accidents éprouvés par le fait ou à l'occasion du service, peuvent, même s'ils n'ont pas été réformés, et soit qu'ils aient été versés du service armé dans le service auxiliaire, soit qu'ils aient été maintenus dans le service armé, avoir droit à une pension en vertu de la loi du 31 mars 1919.

Il faut, bien entendu, pour que ce droit soit ouvert, que l'invalidité constatée soit au minimum de 10 %, ainsi que le prescrit l'article 4 de ladite loi.

A propos des médecins déracinés.

Un médecin belge fuyant l'invasion allemande s'est réfugié dans le pays que j'habite, au début de la guerre.

Quoique vigoureux et âgé de moins de quarante ans, il y est resté, médecin civil, jusqu'en avril dernier se faisant comme seul docteur (dans un rayon où nous sommes 4 confrères actuellement) une excellente clientèle, tout en s'amusant copieusement au grand déplaisir de sa femme.

En mai, il retourne en Belgique, dans sa commune, dont il était en 1914 bourgmestre. Mais, ses ex-administrés, ayant appris à mieux apprécier ses vertus civiques, l'ont reçu, dit-on, à coups de pierres.

Ayant en outre brisé son foyer, cet homme, sans patrie, et sans famille, rêvait de se faire naturaliser français, puis de régulariser sa situation médicale dans une faculté française et de revenir s'installer dans le pays où, profitant de l'absence des médecins français mobilisés pendant 45 mois, il s'est fait une clientèle, et a mené douce vie.

En a-t-il le droit ?

Si oui, voudriez-vous me faire connaître à quelles formalités il devra se plier et combien de temps cela nécessitera.

Dr H.

Réponse

Nul ne peut exercer la médecine en France, s'il n'est pourvu d'un *diplôme d'Etat* de docteur en médecine délivré par une Faculté de médecine française, après avoir parcouru les différentes étapes de la scolarité (stages, travaux pratiques, examens) prévues par les lois et règlements.

Aucune loi ne prévoit, à notre sens, de dispenses plus ou moins étendues, au bénéfice des médecins étrangers qui veulent exercer en France.

Le confrère belge dont vous nous entretenez devra donc refaire toutes ses études dans un Centre français d'enseignement médical, passer ses examens, soutenir sa thèse, après quoi il pourra valablement exercer.

Sinon, il commettrait le délit d'exercice illégal de la médecine, pourrait être poursuivi, de ce chef, devant les tribunaux.

Prorogation de bail.

Je vous serais très obligé de bien vouloir me donner le renseignement suivant :

Mobilisé le 2 août 1914, j'ai été démobilisé le 25 octobre 1919. J'occupe un immeuble dont je suis locataire, en vertu d'un bail commençant en décembre 1913 et expirant en décembre 1922. Il ne fait pas de doute que j'ai droit à une prorogation égale à la durée des hostilités, les conditions de mon bail restant les mêmes. Je désirerais savoir :

1° L'époque du départ de cette prorogation (cessation des hostilités ou expiration du bail).

2° L'époque à laquelle je devrai faire signifier par huissier.

Réponse.

1° La prorogation, qui, dans votre cas, puisqu'il s'agit d'un local professionnel, doit être de la durée des hostilités, part de l'expiration du bail, c'est-à-dire de décembre 1922.

2° La notification doit être faite au propriétaire, par ministère d'huissier, trois mois au moins avant l'expiration du bail.

Mais vous n'êtes pas tenu d'atten dre que ce délai soit proche de son expiration, et, si vous êtes bien fixé sur votre volonté de pror ogation, vous pouv ez faire faire dès maint enant la notification.

Vaccinations faites par les sages-femmes.

Nous sommes en difficultés avec la Préfecture au sujet des tarifs officiels pour lesquels nous n'avons pas encore obtenu ce que nous demandions. Avant de réunir le Syndicat pour prendre des décisions,qui, je l'espère, seront énergiques, nous voudrions être fixés sur quelques points importants :

1° Le Préfet a-t-il le droit de donner des circonscriptions vaccinales à des sages-femmes ? Ne pourrait-il pas être poursuivi de ce fait pour complicité d'exercice illégal de la médecine ?

2° Au cas où nous refuserions d'assurer le service de la vaccination, dans quelle mesure pouvons-nous exercer une pression sur les sages-femmes pour les décider à ne pas s'en charger ?

3° Les autorités, administratives ou judiciaires, ont-elles le droit de réquisitionner les médecins pour assurer certains services publics ? — en particulier les services médico-légaux ?

Dr G.

Réponse

La paragraphe 3 de l'article 4 de la loi du 30 nov. 1892 est ainsi conçu :

« Les sages-femmes sont autorisées à pra-
« tiquer les vaccinations antivarioliques. »

Par conséquent, le préfet a parfaitement le droit de donner des circonscriptions de vaccinations aux sages-femmes.

Existe-t-il un Syndicat de sages-femmes dans votre département ? Si oui, entendez-vous ensemble pour proposer une solution au préfet. Si non, chaque médecin verra individuellement les sages-femmes de sa circonscription, pour leur indiquer les desiderata du syndicat médical. Mais il est à croire que les sages-femmes ne voudront pas renoncer aux circonscriptions vaccinales. Devrez-vous alors entamer la lutte avec elles ? Il vous sera difficile de leur refuser un concours médical, en cas d'accouchement. Les faire poursuivre pour exercice illégal de la médecine ? Elles en font toutes, plus ou moins.

(Voir la suite page XXVI-58).



CYTO - SÉRUM

THÉRAPEUTIQUE ARSENICALE INTENSIVE

PUISSANT STIMULANT DE L'HÉMATOPOÏÈSE ET DE LA PHAGOCYTOSE

GRIPPE
TUBERCULOSE
SYPHILIS
PALUDISME
NÉOPLASMES
NEURASTHÉNIE

contre toute altération du sang,
contre les maladies infectieuses et parasitaires,
contre les cachexies de toute origine.

ÉCHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE

LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS
Télép: Wagram 37-64
Télég: Pantuto-Paris

NOUVELLE MÉTHODE
d'Antisepsie intestinale

DOSE :
2 à 4 comprimés par jour
1 heure avant les repas.

ENTÉROSEPTYL

CLÉRAMBOURG
PHOSPHATE DE TRI-NAPHTYLE β PO ($C^{10}H^7O$)^3

Nouveau Médicament ne se *DÉCOMPOSANT QUE DANS L'INTESTIN* dont il assure l'antisepsie absolue.
MODIFICATEUR de la **RÉACTION** du **MILIEU INTESTINAL.**
Indiqué contre les Fermentations intestinales, l'Entérite muco-membraneuse, la Colite, les Diarrhées, les Dyspepsies gastro-intestinales.

Echantillons sur demande. — LABORATOIRE CLÉRAMBOURG, 4, Rue Tarbé, PARIS

TRAITEMENT ORGANOTHÉRAPIQUE de la Diathèse Urique

Essentiellement différent des solvants chimiques de l'acide urique
qui sont des substances étrangères à l'économie,

le SOLUROL

(ACIDE THYMINIQUE)

restitue à l'organisme soumis à la diathèse urique, **l'éliminateur naturel** *(acide thyminique)* élaboré normalement par l'organisme sain
assure ainsi un **maximum d'activité thérapeutique,** sans jamais produire la moindre action nuisible.

COMPRIMÉS dosés à 25 centigr. — **DOSE** moyenne: **3 à 4** comprimés par jour.

LABORATOIRES CLIN — COMAR & Cie, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.

1332

PROPOS DU JOUR

Le programme d'Action sociale de la Mutualité. Un discours de M. Léopold Mabilleau

A la séance de rentrée de l'Union des grandes Associations françaises, M. Léopold Mabilleau, correspondant de l'Institut, directeur du Musée social et grand-maître de la Mutualité, a prononcé un grand discours où il trace un programme d'Action sociale, destiné à assurer à tous les membres de la famille française la *santé*, la *sécurité* et la *dignité*.

M. Léopold Mabilleau à qui personne ne saurait contester une vive imagination, et un prestigieux talent de rhéteur, a établi un plan sommaire des réalisations qu'il juge nécessaires et que nous croyons devoir reproduire en entier :

I. Santé. — *a*) Œuvres de prévention ayant pour but l'assainissement du milieu social : 1° lutte contre l'alcoolisme ; 2° lutte contre le taudis et ses infections, l'habitation populaire salubre et à bon marché ; 3° hygiène personnelle et collective : bains-douches, etc. ; œuvres protectrices de l'enfance : œuvre de Grancher, vacances scolaires, etc. ; œuvres de prévision et d'énergie : gymnastique, sports, tourisme.

b) Œuvres de traitement : les soins de maladie, exercés par les sociétés de secours mutuels, sous toutes les formes et dans tous les ordres : mutualité maternelle, scolaire, d'adultes. Réassurance des longues maladies.

Annexe du service principal de maladie : dispensaires, stations sanitaires, stations maritimes, sanatoriums.

Œuvres de préservation et de traitement de la tuberculose.

II. Sécurité. — 1° protection du travail et des travailleurs ; 2° assurances contre les risques professionnels, les accidents du travail, le chômage ; 3° assurances contre les risques généraux : *a*) maladie et invalidité (études préparatoires pour l'établissement de cette assurance. Rapprochement avec les institutions alsaciennes et lorraines) ; *b*) vieillesse, loi des retraites ouvrières, réformes et applications ; *c*) décès prématuré, les entreprises et les œuvres d'assurance populaires.

II bis. Le confort, qui complète la sécurité par le bon aménagement de la vie : 1° la coopération, sous toutes ses formes : consommation, production, habitation. crédit ; 2° le crédit populaire urbain et agricole ; 3° l'épargne individuelle et collective, les caisses d'épargne et leur œuvre sociale, les sociétés de capitalisation.

III. Dignité. — L'éducation populaire : œuvres et associations, les loisirs de la vie ouvrière, la vie sociale ; bibliothèques, cercles, cinématographes éducatifs ; les maisons sociales, annexes de la mairie.

« Voilà, sommairement délimité par des têtes de chapitre, ajoute M. L. Mabilleau, l'immense domaine de l'action sociale, où se développent l'initiative individuelle et l'association, sous le contrôle et avec l'aide des lois et de l'administration auxquelles elles fournissent souvent des organes d'exécution moins onéreux et plus effectifs. »

Nous ne saurions rien reprocher à ce programme puisque, somme toute, la première moitié est le nôtre, celui du syndicalisme médical en médecine sociale. Mais, où nous prendrons la liberté de critiquer M. L. Mabilleau, c'est quand il s'aventure dans le domaine de la réalisation. Il fait alors appel aux Mutualités, ses collaboratrices ordinaires, et cherche à aveugler ses auditeurs en leur jetant à pleines mains la poudre aux yeux, celle des grands nombres. N'affirme-t-il pas que 50.000 sociétés sont là pour réaliser son programme, et que le Musée social vient à la rescousse, véritable agent de liaison entre tous ces groupements sociaux. M. Mabilleau parle avec tendresse de sa Mutualité unifiée avec ses 5.000.000 d'adhérents, ses 600.000.000 de francs de capital, ses 100.000.000 de revenu annuel. Réduisons ces facteurs ; et nous constatons simplement que *chaque mutualiste dispose par tête de 120 francs de capital et de 20 francs de revenu.* La Grande Mutualité, après soixante-dix ans d'existence et au prix actuel de toutes choses, doit donc borner singulièrement son action, et voilà atténuée notablement, la réputation d'épargne de ces prestigieux groupements mutualistes.

Il est vrai que M. Mabilleau compte aussi sur le bloc des Sociétés coopératives, sur les Associations de sport, de tourisme et de gymnastique. Des Syndicats, M. Mabilleau ne souffle mot et encore moins du Corps médical.

Il est assez plaisant de voir exposer un plan de lutte contre l'alcoolisme, contre la tuberculose, contre le taudis et ses infections, de réalisations d'hygiène, d'œuvres de traitement, de soins de maladie, de dispensaires, de stations sanitaires et maritimes, de sanatoriums, d'œuvres de préservation et de traitement de la tuberculose, etc., etc., sans que, parmi les agents d'exécution de ce beau programme, soit seulement cité le médecin, le seul technicien compétent en ces matières, le seul agent d'exécution indispensable.

C'est comme si l'on élaborait un plan de mobilisation et d'action militaire en oubliant les officiers et les états-majors.

M. Mabilleau constate que « le Césarisme allemand avec son bloc d'assurances obligatoires, n'a pas (on a pu le voir) sensiblement élevé la conscience populaire du pays, ni moralisé la démocratie passive ». Hélas ! la Mutualité française avec ses millions d'adhérents n'a pas, croyons-nous, élevé beaucoup plus haut la conscience des mutualistes, ni moralisé notre démocratie, et il n'est pas dit, et nous le signalons sans un excès d'enthousiasme, que nos législateurs n'auront pas eux aussi recours à ce système allemand des assurances sociales.

M. Mabilleau sent si bien que ses mutualités ont encore de grands progrès sociaux à faire, qu'il demande instamment de « ne pas laisser isolées les Associations et les œuvres », il réclame qu'on les unisse et les fédère pour les «*libérer des mesquines préoccupations des intérêts particuliers* » qui, en effet, jusqu'à ce jour ont été le principal souci des Sociétés de secours mutuels.

M. Mabilleau fait appel, pour réaliser son programme, à tous les moyens financiers possibles : fortune des caisses d'épargne, fonds libres et fonds inaliénables des Sociétés de secours mutuels.

« — Nous entrevoyons même quelque chose de plus, dit-il en terminant. La dévastation des régions du Nord et de l'Est a fait surgir chez nous le beau projet de doter toutes les petites villes renaissantes de ce qui manque, hélas ! partout en France, de la *maison sociale*, comprenant les organes principaux de la vie civilisée en commun : salle de consultation pour les malades et pour les nourrissons, bains-douches, salles de réunion et de conférences, bibliothèque, etc. etc.

« Que toutes les associations s'unissent pour réaliser partout où ce sera possible ce siège commun qui sera le « foyer du progrès social », et nous aurons assuré la propagande nécessaire à l'éclosion indéfinie de ce progrès. »

Cette dernière idée a germé depuis longtemps dans la tête de beaucoup de gens et le programme de M. Mabilleau a eu de nombreux précurseurs dans des milieux infiniment plus compétents que le milieu mutualiste. Contentons-nous de citer le *Comité national d'éducation physique et sportive et de l'hygiène sociale* qui, sous la direction des Drs Doizy et Sicard de Plauzolles, fit parler de lui durant les dernières années de la guerre ; rappelons le manifeste et le programme de la Ligue *d'Assistance sociale et d'hygiène publique*, fondée à Marseille par le Dr Charles Platon et le but poursuivi par le *Foyer civique*, créé grâce à l'initiative de la *Ligue civique* et qui compte à sa tête des savants connus, tels que le Dr Roux, de l'Institut Pasteur, et le Dr Gley, du Collège de France (1).

***

Le discours de M. Léopold Mabilleau est évidemment inspiré par les meilleures intentions du monde, mais il nous rappelle un peu trop les harangues dont a souvent retenti durant la guerre le grand amphithéâtre de la Sorbonne, et toujours grâce à l'initiative de l'Union des grandes Associations, qui s'est toujours trouvée pourvue de plus d'orateurs que d'hommes d'action. Aujourd'hui, nos rhéteurs déversent leurs flots d'éloquence sous la raison sociale : «Toute la Nation debout pour la grandeur de la France ». Alors c'était « Toute la France debout pour la défense de la Liberté et du Droit. » Mais le système était identique. Un Monsieur de belle apparence, sanglé dans une redingote impeccable, arrivait sur l'estrade, débitait avec chaleur de fort belles périodes, prononçait des mots héroïques devant un public de choix qui l'applaudissait avec enthousiasme. Puis, encore enflammé par l'ardeur de sa péroraison, il sortait triomphant, convaincu qu'il avait sauvé la France.

Pendant ce temps, fort heureusement pour le pays, Foch, Pétain, leurs Généraux et leurs Poilus faisaient avec beaucoup moins de paroles une plus utile besogne et nos alliés, Anglais, Américains et autres, nous apportaient de plus effectifs secours.

Il en sera demain encore de même : pendant

(1) Voir *Concours médical*, 13 juillet 1919, page 963.

qu'à l'Union des grandes Associations françaises, les mêmes rhéteurs que durant la guerre, prononceront de beaux discours, il y aura en France quelques milliers de techniciens, parmi lesquels les médecins praticiens qui, à l'exemple des poilus, et guidés par des chefs intelligents, entreprendront, sans vaines palabres, la tâche de médecine et d'hygiène sociales que, sans eux, mutualistes, coopérateurs, sportmens, touristes et gymnasiarques seraient impuissants même à ébaucher.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Hôpital Saint-Antoine : M. BÉCLÈRE, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

Indications et contre-indications de la radiothérapie dans les fibro-myomes de l'utérus.

Je me propose d'étudier aujourd'hui devant vous les indications et les contre-indications du traitement radiothérapique des fibro-myomes de l'utérus et de comparer ce traitement à l'intervention chirurgicale.

Quels sont les avantages de l'opération ? Ces avantages, je suis loin de les contester. L'intervention chirurgicale est le moyen radical par excellence. En enlevant l'utérus en entier, par l'hystérectomie totale, on met la malade à l'abri du danger possible, quoique exceptionnel, d'une transformation sarcomateuse ou épithéliale de la tumeur. Il est certain que si l'opération n'entraînait aucun risque, elle serait le traitement de choix.

Mais cette opération comporte des aléas. Elle nécessite tout d'abord l'anesthésie générale, avec ses dangers et ses désagréments. Il faut tenir compte aussi des douleurs post-opératoires, du temps exigé pour que la malade puisse se remettre et se lever. Tout cela n'aurait encore qu'une faible importance si l'opération n'offrait pas plus de risques que certaines autres interventions abdominales, comme l'ablation de l'appendice à froid, par exemple. Il n'en va pas ainsi malheureusement. Malgré les progrès de la chirurgie, l'ablation des fibromes utérins par l'hystérectomie n'est pas inoffensive. Je vous demanderai la permission de lire sur ce sujet ce qu'écrivent dans le Traité récent de Forgues et Massabuau, des chirurgiens compétents : « Il ne faut pas, disent-ils, dans la confiance de l'asepsie croire à l'absolue sécurité de l'hystérectomie. Plus on avance, plus on est convaincu qu'il y a un taux de mortalité irréductible que nous ne réussissons pas à abaisser ». Les plus expérimentés savent que cette inévitable léthalité se tient au chiffre de 3 à 4 %. On doit toujours compter avec ces pertes opératoires, qui sont dues à l'embolie, au collapsus cardiaque, à l'insuffisance hépatique ou rénale, etc. Les pertes en question varient avec l'âge. Minimes avant 40 ans, elles doublent de 40 à 50 ans, et deviennent quadruples après 50 ans. Il en résulte que l'opération comporte des aléas grandissants à mesure que la malade avance en âge, et ont leur maximum précisément au moment où le traitement est le plus nécessaire.

Je vous parlerai tout à l'heure des indications de la cure opératoire. Mais, auparavant, je veux vous faire connaître les contre-indications ou du moins les lésions qui augmentent les risques de ce traitement. En premier lieu, l'anémie extrême. Chez les femmes qui ont perdu beaucoup de sang, dont le taux de l'hémoglobine est abaissé, qui ont des signes divers d'anémie, l'opération est dangereuse.

Une deuxième contre-indication réside dans les lésions cardiaques et aortiques. Vous devez comprendre ici non seulement les femmes qui sont atteintes d'affections valvulaires, mais également celles qui, sans lésions *orificielles*, ont de la surcharge graisseuse ou de la faiblesse du myocarde, des battements du cœur mal frappés, un pouls fuyant, mou, qui font facilement un peu d'œdème des membres inférieurs — tous états faisant redouter le collapsus cardiaque.

Il faut compter, en outre, avec les lésions pulmonaires, l'emphysème, la congestion des bases, les lésions des bronches, des ganglions trachéo-bronchiques, le plus souvent d'origine tuberculeuse (tuberculose en évolution ou guérie).

Les lésions hépatiques, la lithiase biliaiase, la cirrhose, le diabète, les altérations rénales indépendantes des fibromes ou liées à une compression des uretères par la tumeur utérine, sont des contre-indications également à l'opération. Il en est de même de l'obésité prononcée, des phlébites anciennes ou récentes, qui font

craindre, au moment de l'intervention, une phlébite du petit bassin avec embolie.

C'est un devoir, remarquent MM. Forgues et Massabuau, de fixer le bilan de santé de la malade avant de prendre le bistouri. Il convient d'examiner le sang, la viscosité sanguine, le cœur, de redouter les tachycardies se produisant à tout propos, d'apprécier la valeur fonctionnelle des reins, etc.

De l'avis des chirurgiens autorisés, par conséquent, le traitement chirurgical des fibromyomes utérins offre donc des contre-indications qui, dans certains cas, sont formelles.

Eh bien, comment se comporte, en pareille circonstance, la radiothérapie ? Comme il arrive souvent, pour les médications nouvelles, on a d'abord nié son action. Puis on a consenti à l'accepter comme un pis-aller lorsque l'opération se heurte à des contre-indications. C'est ainsi que les chirurgiens que j'ai cités tout à l'heure, dans leur Traité paru en 1913, disent que, chez les malades où il y a contre-indication à l'opération, la radiothérapie est une ressource à tenter, sans en attendre — ajoutent-ils — autre chose que des résultats temporaires. Que répondent les faits ? Ils montrent que, dans ces cas-là, la radiothérapie réussit parfaitement. Voici, par exemple, une femme dont le fibrome avait provoqué de l'anémie extrême et des hémorrhagies abondantes, si abondantes qu'elles avaient nécessité un tamponnement intra-utérin, qui fut suivi d'ailleurs de double phlébite. L'état général de la malade était tel que M. Quénu refusa de l'opérer. Je la soumis à la radiothérapie et elle guérit. Il y a de cela huit ans ; la ménopause survint et la guérison a persisté.

Autre femme, âgée de 32 ans, avec métrorrhagies également si abondantes qu'un tamponnement intra-utérin fut pratiqué. Guérison parfaite par la radiothérapie.

En matière d'affections cardiaques concomitantes, je ne citerai pas toutes mes observations. J'ai vu nombre de femmes atteintes de fibromes utérins et d'insuffisances orificielles, d'état asystolique, de cachexie cardiaque. Au cours du traitement radiothérapique, nous soignions parallèlement l'asystolie. Je ne citerai pas, non plus, les multiples exemples de fibromes compliqués de lésions pulmonaires, d'hémoptysies, de tuberculose, d'emphysème, de diabète, d'affections rénales, d'obésité, de phlébites. La série de mes observations montre qu'ici la radiothérapie a toujours réussi. Pour tous ces cas, dans lesquels il y a contre-indication à l'opération, il est un autre traitement — la radiothérapie — qui, sans risque, ni douleur, amène la guérison.

Cela dit, j'arrive aux indications du traitement opératoire, telles qu'elles sont énoncées dans le livre de MM. Forgues et Massabuau. Pour ces auteurs, on aura recours à l'opération dans les fibromes à croissance rapide, les gros fibromes multilobés, les volumineux fibromes mous, les fibromes sous-muqueux sessiles déformant la cavité utérine, les fibromes à noyaux multiples, les fibromes évoluant dans le segment inférieur, se coinçant dans le pelvis, ceux qui entraînent des métrorrhagies abondantes, les fibromes en voie de sphacèle, les fibromes à évolution vaginale, les fibromes compliqués de lésions des annexes.

Sur cette longue liste, existe-t-il des fibromes qui commandent impérieusement l'opération, sans laisser place à un autre traitement ? Oui, il y en a. D'abord, les fibromes en voie de sphacèle, complication rare, mais particulièrement dangereuse. Elle exige le traitement chirurgical aussi rapide que possible. La mort, est d'ailleurs trop souvent la conséquence de cette complication.

Une deuxième catégorie aussi réclame l'opération. Ce sont les fibromes à évolution vaginale. Toutes les fois où un fibrome a quitté la cavité utérine et fait saillie dans le vagin, on doit l'enlever chirurgicalement, par une intervention vaginale, qui est simple.

En dehors de ces deux catégories qui réclament impérieusement l'opération, pour toutes les autres, les conditions sont différentes. Lorsque le danger vient de la répétition des hémorrhagies, de l'anémie croissante, du développement du fibrome qui comprime la vessie ou l'uretère, lorsque, en définitive, il y a hémorrhagie, compression, ou croissance rapide de la tumeur, la radiothérapie peut intervenir efficacement et amener la réduction du fibrome par action sur celui-ci, par suppression des fonctions ovariennes et des pertes.

Je vous disais qu'on avait nié, tout d'abord, les bons effets du traitement radiothérapique et qu'on avait voulu le restreindre à un pis aller. Puis, on admit sa valeur, en lui reconnaissant seulement des applications réduites. Il ne faut pas l'employer, a-t-on dit, chez les femmes au-dessous de 40 ans, et il ne faut s'en servir que contre les petits fibromes et contre les fifromes dont l'hémorrhagie est le principal symptôme. La radiothérapie, par la castration sèche qu'elle détermine, aurait ainsi, comme indication de choix les hémorrhagies de l'âge critique.

J'ai démontré que la radiothérapie agit directement et primitivement sur le fibrome et que ses effets se manifestent bien avant l'action sur l'ovaire. J'ai soigné des femmes, d'un âge très inférieur à 40 ans, chez lesquelles j'ai obtenu de bons résultats, même avec des fibromes volumineux, même avec des fibromes s'accompagnant de règles normales.

En dehors des deux catégories dont j'ai parlé tout à l'heure, la radiothérapie est applicable

LES ESCALDES

Station climatique Française à 1.400 mètres

ADMIRABLEMENT PROTEGEE

OUVERTE EN TOUTES SAISONS

Le brouillard y est inconnu, le panorama incomparable

Sources chaudes et froides dans l'Etablissement

S'adresser { **Soit aux ESCALDES, par ANGOUSTRINE (Pyrénées-Orientales)**
Soit au SANATORIUM DES PINS, à LAMOTTE-BEUVRON (Loir-et-Cher).

MENTON ***" L'Hermitage "***

Maison de Cure climatique
des Drs GALLOT et COUBARD



Convalescences
États asthéniques
Maladies de la nutrition

Contagieux exclus

Cures d'air et de soleil
Hydrothérapie
Régimes

PRODUIT FRANÇAIS

SANTHEOSE

Le plus fidèle — Le plus constant
Le plus inoffensif des DIURÉTIQUES

L'adjuvant le plus sûr des CURES de Déchloruration

EXISTE SOUS LES QUATRE FORMES SUIVANTES

SANTHÉOSE PURE { Affections cardio-rénales, Albuminurie, Hydropisie
S. PHOSPHATÉE { Sclérose cardio-rénale, Anémie, Convalescences.
S. CAFÉINÉE { Asthénie, Asystolie, Maladies infectieuses.
S. LITHINÉE { Présclérose, Artério-sclérose, Goutte, Rhumatisme.

LA SANTHÉOSE ne se présente qu'en cachets ayant la forme d'un cœur. Chaque boîte renferme 24 cachets dosés à 0.50 centigr.- Dose : 1 à 4 par jour.

PRIX : 5 Fr.

Vente en Gros : 4, rue du Roi-de-Sicile. PARIS

Médailles aux Expositions

GUÉRISON des MALADIES

DE L'ESTOMAC ET DU VENTRE

DYSPEPSIE — GASTRALGIE
CONSTIPATION — GASTRITE, ETC.

EXIGER LA SIGNATURE

Guéries par la

MALTINE GERBAY

Dosée par le Dr COUTARET, Lauréat de l'Institut.
Approuvé par l'Académie de Médecine.
Exportation ***GERBAY, Roanne*** (Loire)
Dépôt dans toutes les Pharmacies.

Gaïacalcine Latour

Polyphosphate Gaïacolé calcifiant
Modificateur des Sécrétions

Présentée en cachets. Boîtes pour 15 jours de traitement.

Bronchite chroniq. Emphysème pulmonaire. Tuberculose pulmonaire et osseuse. Dilatation des bronches. Catarrhe. Bronchite aiguë. Trachéo-bronchite. Anémie.

Échantillons gratuits à MM. les Docteurs.

Vente en gros : Laboratoires Latour, 17, Place des Vosges, Paris
DÉTAIL TOUTES PHARMACIES

DOCTEUR, achetez, faites réparer, transformer, remettre à neuf, échanger ou vendre les articles de l'Arsenal Médico-Chirurgical chez

LOREAU

3 *bis*, rue Abel, PARIS (12e) — Tél. : Roquette 41-85

Instruments de Chirurgie

Mobilier Médical — Électricité Médicale

" MANNITINE "

SIROP PURGATIF POUR BÉBÉS

LAXATIF et DÉPURATIF pour Enfants plus âgés

LABORATOIRE MOYAL — VERNON (EURE).

avec succès dans tous les cas. Est-ce à dire que tous les fibromes doivent être traités par l'un ou l'autre traitement ? Je ne le crois pas.

On peut diviser, à ce point de vue, les fibromes utérins en trois groupes : 1° les fibromes peu volumineux, qui ne compriment pas, ne provoquent pas de règles abondantes et croissent lentement. Ces fibromes-là peuvent être respectés. Si la femme approche de la ménopause, on est en droit d'espérer de celle-ci une guérison naturelle. Le traitement palliatif est alors suffisant. 2° Les fibromes comportant des phénomènes de compression, des hémorrhagies abondantes, un accroissement rapide de la tumeur. Leur traitement s'impose, chirurgical pour les uns, radiothérapique pour les autres. 3° Enfin, entre ces deux groupes extrêmes, se placent des cas intermédiaires, qui sont nombreux, dans lesquels, sans être pressé par des indications immédiates,on se rend compte qu'un jour viendra où le traitement sera nécessaire. Voici, par exemple, chez une femme de 35 ans, un fibrome qui croît avec une certaine rapidité. Alors même qu'il n'y a pas de manifestations sérieuses (hémorrhagies, compression), on peut affirmer qu'un jour, une intervention sera indispensable. L'âge de la malade ne permet pas d'attendre et d'espérer l'influence régressive de la ménopause naturelle.

Pour cette catégorie, il y a une grande différence entre l'opération et la radiothérapie. Supposons une femme de 45 ans, ayant un fibrome moyen, qui a commencé à provoquer des pertes sanguines notables, qui vont obliger la malade à l'immobilisation. La question opératoire ne se pose pas ici comme elle se pose pour une tumeur du sein. Lorsqu'un néoplasme du sein est reconnu, nous n'avons aucun avantage à différer l'intervention. Il n'en est pas de même du fibrome qui dépend de l'activité de la glande ovarienne, qui s'arrête et régresse quand on supprime cette glande. Chez la malade dont j'ai pris l'exemple, on hésite et on hésite légitimement à courir les risques de l'opération, dans l'espoir d'atteindre la ménopause et la guérison naturelle de la tumeur. On retarde autant qu'on le peut l'intervention chirurgicale. Dans certains cas, le médecin se réjouit d'avoir attendu ; dans d'autres cas, il le regrette, lorsque la ménopause ne s'établit pas assez vite, que les hémorrhagies se répètent, que l'accroissement de la tumeur devient rapide. Un jour arrive, en pareil cas, où cette opération retardée s'impose, et à un âge plus avancé, 50 ans par exemple, au moment où elle est devenue plus dangereuse.

Vis-à-vis de la radiothérapie, la situation est toute différente. Alors, en l'absence de risques opératoires, on n'a plus de motif de reculer le traitement. Je crois que plus on ira, plus les cas de ce genre seront traités par la radiothérapie.

De ce parallèle, quelles règles pratiques convient-il de tirer ? Ceci d'abord. Etant donné la fréquence des fibromes, il faut toujours penser à leur possibilité. On ne doit pas se contenter de parler de métrorrhagies de la ménopause, ce qui n'est pas faire un diagnostic. Il importe d'en établir les causes, qui peuvent tenir au fibrome, à la métrite, à l'épithélioma. En raison de la fréquence des fibromes, on recherchera si l'utérus n'est pas augmenté de volume, s'il n'est pas bosselé. Inversement, il ne faut pas croire que les hémorrhagies utérines sont un symptôme constant des fibromes. L'absence de ménorrhagies ne fera pas éloigner le diagnostic de fibrome. Chez une jeune femme se plaignant de troubles imprécis de la santé, on procèdera toujours à un examen complet des organes génitaux, qui fera quelquefois découvrir les fibromes.

Le fibrome reconnu n'entraîne pas pour cela le traitement radiothérapique. On le surveillera dans son siège, son développement. Il est assez difficile de préciser les dimensions d'un fibrome intra-pelvien, mais c'est plus facile si la tumeur est développée dans la cavité abdominale. Après évacuation de la vessie, on déterminera en centimètres la distance de la symphyse pubienne au pôle supérieur de la tumeur, ainsi que les dimensions transversales. De cette façon, on voit l'accroissement de la néoplasie. Tel fibrome, par exemple, qui avait conservé sa même grosseur pendant deux ans, pourra en quelques mois augmenter de plusieurs centimètres. Donc, on exercera une surveillance de la maladie par les mensurations. Et alors, à certains fibromes on opposera les moyens palliatifs, souvent suffisants ; à d'autres, le traitement chirurgical ou radiothérapique, sera indispensable. Il y a enfin ceux pour lesquels on prévoit qu'un jour viendra où le traitement sera nécessaire. On se guidera d'après l'âge, les signes physiques, l'évolution, et l'on fixera son choix sur le traitement à mettre en œuvre. Car, si je crois que la radiothérapie se substituera d'une manière progressive nombre de fois au traitement opératoire, je ne prétends pas que l'on doive la conseiller exclusivement.

Ce que je souhaite, c'est que les médecins sachent que nous avons non plus une mais deux méthodes curatrices des fibro-myomes utérins, l'opération et la radiothérapie, cette dernière efficace dans presque tous les cas, sans risque et avec des désagréments minimes.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

THÉRAPEUTIQUE

Posologie de la quinine et réhabilitation du quinquina dans le paludisme,

Par le Dr E. MAURIN,

Chef de travaux à la Faculté de Médecine de Toulouse.

La posologie de la quinine dans le paludisme est encore à l'ordre du jour. La possibilité de lui substituer dans certains cas le quinquina est discutée par certains praticiens. Nous voudrions précisément, par cette note, essayer de contribuer à la solution de ces deux conditions.

Nous avons pu établir, par des dosages de quinine dans le sang (1), que la dose liminaire d'action de cet alcaloïde consistait à avoir une concentration sanguine de deux centigrammes de quinine par litre : par conséquent, une quantité très faible de cet élément suffit à la destruction de l'hématozoaire.

Or, les combinaisons naturelles de la quinine dans le quinquina se prêtent mieux que ses sels solubles à ce maintien dans le sang d'une quantité minime, mais suffisante d'alcaloïde, comme nous allons le voir.

En effet, les sels solubles sont d'une élimination très rapide : ainsi nous avons pu l'établir après bien d'autres auteurs, par leur dosage dans l'urine (2). L'organisme se débarrasse, en quelques heures, de la majeure partie de la quinine ingérée sous cette forme. Dès la 12e heure après ingestion de 1 gr. de quinine prise à l'état de sel, il ne reste plus dans le sang, comme nous l'avons constaté, une quantité suffisante de médicament pour détruire les formes jeunes de l'hématozoaire. La dose liminaire est franchie et les traces de quinine existant dans le torrent circulatoire sont inopérantes.

Tandis qu'au contraire, après ingestion de quinquina, nous assistons à une absorption beaucoup plus lente, fractionnée en quelque sorte, et par suite, à une élimination très retardée.

La quinine est ici en combinaison avec des tanins et d'autres composés organiques. Elle représente un complexe chimique dont la solubilisation, avant l'absorption, est beaucoup plus longue que celle des sels ordinaires de quinine. En outre, cette solubilisation n'est pas soudaine, brutale, en un seul coup : elle est au contraire lente, progressive. L'organisme puise dans ce complexe chimique comme dans une réserve de quinine qui lui permet de maintenir sa dose d'action, tandis que l'absorption rapide des sels solubles le laisse, au contraire, très vite en état d'insuffisance quinique.

C'est du reste ce que confirment les dosages urinaires. Tandis que des sels comme le bichlorhydrate apparaissent seulement dans l'urine quelques minutes après leur ingestion, il faut une heure environ pour y déceler la quinine absorbée sous forme de combinaison naturelle (les proportions de quinine donnée étant égales dans les deux cas). De plus, une dose équivalente de quinine donnée sous forme de bichlorhydrate n'existe plus dans l'organisme trente heures après avoir été ingérée, tandis que, sous forme de quinquina elle se retrouve encore à l'état de traces dans l'urine jusqu'à la 60e heure.

Le reproche adressé au quinquina vient surtout de ce que, pour donner une dose thérapeutique ordinaire de quinine, il faut faire absorber une grande quantité de poudre ou de préparation pharmaceutique à base de quinquina. Mais précisément, nos expériences antérieures ont établi dans une certaine mesure, qu'il n'est point nécessaire de donner des doses élevées de quinine, mais qu'il suffit de maintenir dans le sang une dose susliminaire, ou tout au moins une dose liminaire, d'alcaloïde de deux centigrammes par litre.

Et ici se manifeste pleinement l'avantage des combinaisons naturelles qui, grâce à leur lenteur de décomposition, permettent à l'organisme de rester imprégné efficacement de quinine en quantité suffisante, sans avoir à recourir aux doses élevées, conseillées par certains médecins.

Si nous examinons les chiffres relatifs aux richesses respectives en quinine des combinaisons naturelles et des sels, nous trouvons en consultant le tableau suivant, que, pour avoir 0 gr. 50 de quinine, il faut prendre :

Combinaison envisagée	Quantité correspondant à gr. 5o de quinine
Monochlorhydrate	0 gr. 611
Bichlorhydrate	0 gr. 682
Sulfate basique	0 gr. 686
Hydrate cristallisé	0 gr. 583
Poudre de quinquina rouge	45 gr. 78
Extrait alcoolique de quinquina jaune	22 gr. 93

Il va sans dire qu'on ne peut songer à faire absorber à un malade 45 grammes de poudre de quniquina ou 22 gr. d'extrait, afin que son organisme bénéficie des 0 gr. 50 de quinine qu'ils renferment.

Mais, nous avons appris expérimentalement qu'on peut abaisser la dose de quinine au-dessous de 0 gr. 50 sans lui faire perdre de son efficacité ; Il suffit de ne pas la laisser s'abaisser au-dessous de sa dose liminaire d'action dans le sang. A quoi bon, en effet, d'en donner beaucoup si elle s'élimine rapidement et par suite ne sert à rien ?

(1) Voir : De l'utilité pratique du dosage de la quinine dans le sang (communication faite à la Société de Médecine de Toulouse en décembre 1919).

(2) Veir : Elimination urinaire de la quinine. *Rédertoire de Pharmacie*, août 1918.

Mieux vaut donner peu et la retenir plus longtemps dans l'organisme.

Envisagé sous cet aspect, le quinquina nous apparaît à nouveau comme efficacement utilisable dans le paludisme. D'ailleurs, à l'action de la quinine vient s'ajouter celle des autres alcaloïdes qui l'accompagnent.

Le discrédit dans lequel sont tombées la cinchonine, la cinchonidine et la quinidine, sans parler des autres alcoloïdes du quinquina, est par bien des côtés immérité. En tous cas, presque tous les auteurs qui les ont étudiées leur ont reconnu une efficacité incontestée dans la malaria.

C'est pourquoi il faut tenir compte de leur présence au point de vue qui nous occupe. Grâce à elles, une nouvelle diminution de la quantité de quinquina à prescrire pourra être envisagée, puisque ces substances apporteront leur part contributive à la destruction des hématozoaires.

Nous avons vu tout à l'heure que, pour faire absorber à un malade 0 gr. 50 de quinine, il aurait fallu lui donner 45 grammes de poudre ou 22 gr. d'extrait de quinquina. Si, au lieu d'envisager la quinine seule, on tient compte de la richesse en alcaloïdes totaux, il suffira de faire ingérer 10 gr. de poudre ou 5 gr. d'extrait, correspondant sensiblement à 0 gr. 50 d'alcaloïdes totaux.

Ce sont d'ailleurs des quantités thérapeutiques normales qui, données à doses fractionnées, seront parfaitement tolérées.

Pratiquement, on peut faire absorber ces dix grammes de poudre en trois ou quatre fois dans les 24 heures à intervalles réguliers. Il suffit d'obtenir une poudre assez fine qu'on met en suspension dans un demi-litre de lait fortement sucré. Le lait, qui joint sa valeur nutritive propre au médicament, se prête très bien à cette suspension. Aussi, cette sorte d'apozème est-elle très facilement acceptée par les malades, qui pour la plupart, le trouvent même agréable en raison de l'arome spécial du quinquina.

Quant à l'extrait il est très facile d'en incorporer 5 grammes dans une potion édulcorée et glycérinée, qu'on donnera également en trois ou quatre fois dans les 24 heures. Sous cette forme, il est parfaitement bien supporté.

Bien plus, à côté de cette action spécifique, le quinquina apporte ses autres qualités eupeptiques, toniques, stimulantes, qui lui avaient valu la confiance de praticiens aussi distingués que TROUSSEAU.

L'année dernière, pendant l'épidémie redoutable de grippe que nous avons subie, certains médecins ont obtenu de bien meilleurs résultats par l'usage du quinquina total que par celui des sels de quinine, réhabilitant ainsi ce précieux agent thérapeutique.

Sans doute, il est des dyspepsies qui contre-indiquent formellement son usage. Aussi, dans les désordres gastro-intestinaux avérés, faudra-t-il lui préférer l'emploi de la quinine.

Mais alors, la posologie de celle-ci devra être modifiée dans le sens que nous indiquions tout à l'heure. Au lieu de la prescrire en une dose unique tous les matins, comme on le fait le plus souvent, devra-t-on fractionner son administration.

Puisqu'après la 12e heure elle devient sous-liminaire, même après ingestion de 1 gramme, il y aura lieu, pour maintenir une concentration sanguine utile, de la donner en trois doses, à 8 heures d'intervalle chacune.

Vingt centigrammes par doses seront une quantité pratiquement suffisante pour chaque prise, et même pourrait-on, peut-être, abaisser encore légèrement ce taux sans atteindre la dose sous-liminaire.

C'est une question à régler expérimentalement, que nous tâchons d'ailleurs d'élucider en ce moment et que nous ferons connaître ultérieurement. Nous espérons, en outre, en étudiant les lois qui régissent la sécrétion rénale, le débit urinaire, etc..., pouvoir apprécier la richesse quinique du sang, en dosant, chose facile, celle qui est dans l'urine. De cette façon, le clinicien pourrait administrer en connaissance de cause la quantité efficace de quinine, pour un sujet déterminé.

L'avantage de ces petites doses de quinine, comme aussi l'emploi du quinquina, est d'éviter l'action légèrement toxique et hémolytique de la quinine à doses élevées.

En résumé, dans le traitement du paludisme, le quinquina, sous forme de poudre ou d'extrait, pourra être utilement employé. Si l'on est obligé de recourir à la quinine, c'est à dose fractionnée et en qantité minime chaque fois qu'il faudra la prescrire.

Dr E. MAURIN.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Alcoolisme et agénésie thyroïdienne.

(M. LE CLERC. — *Académie de médecine.*)

M. Thibierge lit un rapport sur un travail de M. Le Clerc (de Saint-Lô) intitulé : alcoolisme et agénésie thyroïdienne.

M. Le Clerc relate trois observations d'agénésie thyroïdienne, avec ou sans myxœdème, chez des sujets ayant des antécédents héréditaires d'alcoolisme. L'auteur rappelle l'opinion de Bourneville, de Roubinovitch, de Vincent, qui attribuent un rôle à l'alcoolisme des parents dans la production du myxœ-

dème chez les enfants. Il pense que l'alcoolisme entre sans doute pour une part importante dans l'étiologie de cette malformation.

M. Thibierge ajoute que ce serait dépasser la pensée de l'auteur que de croire qu'il attribue constamment l'agénésie thyroïdienne et le myxœdème à l'alcoolisme des générateurs. Pour sa part, il connaît au moins deux cas de myxœdème dans lesquels les parents des malades n'ont pas la moindre tare éthylique.

Un traitement spécifique de l'angine de Vincent.

(M. Capitan. — *Académie de médecine.*)

Chargé, pendant la guerre, du service des contagieux de l'hôpital militaire Bégin, M. Capitan a soigné du 2 août 1914 au 1er juin 1919, 221 cas d'angine de Vincent.

Les traitements habituellement mis en œuvre contre cette maladie n'en réalisent la guérison que lentement, si l'on s'en tient aux médications locales. Les arséno-benzols, en injections intra-veineuses, sont beaucoup plus actifs. M. Capitan a employé une thérapeutique générale analogue qu'il considère comme un véritable spécifique. Il s'agit de l'arsenic colloïdal, préparé par M. Fouard, utilisé en injections intra-fessières à la dose de 6 centimètres cubes.

Deux cents malades atteints d'angine de Vincent ont été ainsi traités et guéris rapidement, sans applications locales. Vingt-quatre heures après la piqûre, l'ulcération a déjà changé d'aspect et l'exsudat commence à s'éliminer. Les bacilles fusiformes et les spirilles ont presque complètement disparus. Puis, l'ulcération se déterge peu à peu et, en 3 ou 4 jours, elle est complètement cicatrisée. Exceptionnellement, s'il y a persistance de quelques bacilles et spirilles, on peut, 48 heures après la première piqûre, en pratiquer une seconde à la même dose.

Les navires-hôpitaux pendant la guerre.

(M. Chevalier. — *Académie de médecine.*)

Les navires hôpitaux qui avaient été préparés pour recueillir les blessés des escadres en combat naval, furent utilisés pendant la guerre au transport et à l'évacuation des blessés et des malades du front d'Orient.

L'expérience de ces quatre années a démontré que le navire-hôpital constitue pour les blessés et les malades un mode de transport qui présente de sérieux avantages et fut très apprécié par les intéressés eux-mêmes. Les hommes y sont bien couchés, bien nourris, et soumis à une surveillance constante. Le plus grand inconvénient à redouter pour eux pourrait provenir des mouvements du navire en cas de gros temps. Dans la pratique, ils n'eurent guère à en souffrir, les grands paquebots mis en service ayant en général, de par leur tonnage, des qualités de stabilité assez parfaites. Cet inconvénient, en tout cas, semble bien moindre que ceux qui, dans les trains sanitaires, résultent des trépidations, des secousses et des arrêts brusques.

Pour donner une idée de l'activité chirurgicale qui a régné sur ces navires-hôpitaux, indiquons par exemple que, au cours de traversées de 39 jours de durée, M. Cudard a pu pratiquer, à bord du *Tchad*, 155 opérations de grande chirurgie. A bord du *Duguay-Trouin*, en quinze traversées, M. Averous a procédé à plus de 960 opérations sous anesthésie, dont plus de 300 sous-anethésie générale (amputations, arthrotomies, laparotomie, trépanations, etc.).

Sur la dualité farcineuse.

(M. Chénier. — *Académie de médecine.*)

M. Chénier présente des arguments en faveur de la dualité farcineuse. Des phénomènes pathologiques cutanés, dit-il, réunis en médecine vétérinaire sous l'expression générique de farcin, il faut distinguer 2 entités : l'une, de nature morveuse ; l'autre, n'ayant avec les phénomènes morveux de la peau que des points de ressemblance.

Le signe du muscle (myœdème) dans la tuberculose.

(MM. Halbron, Pradal et Théodoresco. — *Société médicale des hôpitaux*).

MM. Loeper et Codet ont décrit en 1917, une réaction myotonique spéciale qu'ils ont observée chez les tuberculeux. Ils ont montré qu'en pinçant le bord supérieur du muscle trapèze, à sa partie moyenne, d'un pincement brusque et énergique, les bras du malade étant ballants le long du corps, on détermine un nœud de contraction qui apparaît immédiatement et persiste de 3 à 10 secondes.

M. F. Lévy a signalé, plus récemment, ce même phénomène non seulement au niveau du trapèze, mais aussi sur d'autres muscles, le biceps, les adducteurs en particulier. Il a donné à ce fait, le nom de signe du muscle ou du myœdème. Il considère le signe en question comme constant dans la tuberculose et lui attribue une certaine valeur diagnostique.

Profitant de leur séjour au sanatorium Georges Clémenceau, à Bicêtre, MM. Halbron, Pradal et Théodoresco ont recherché le signe du muscle sur 157 malades hospitalisés et comparativement sur 52 infirmiers et infirmières du sanatorium. Les individus paraissant normaux ont eu des réactions musculaires, au biceps principalement, dans la proportion de 9 à 12 pour 100. Chez les malades (emphysémateux, bronchite chronique, tuberculose pulmonaire), le pourcentage a été beaucoup plus élevé et a atteint 40, 60, 80, 95, 98 % même chez les cavitaires en évolution.

De son étude, M. Halbron conclut que les réactions musculaires provoquées par pincement du muscle, offrent une fréquence remarquable chez les tuberculeux pulmonaires. La recherche du myœdème par pincement, en particulier au niveau des muscles

TÉLÉPHONE 114

PRODUITS PHYSIOLOGIQUES

A. DE MONTCOURT

49, Avenue Victor-Hugo, BOULOGNE-PARIS

EXTRAIT Gstrique MONCOUR	EXTRAIT Hépatique MONCOUR	EXTRAIT Pancréatique MONCOUR	EXTRAIT Entéro-Pancréatique MONCOUR	EXTRAIT Intestinal MONCOUR
Hypopepsie *En sphérulines dosées à 0 gr. 125* De 4 à 16 sphérulines par jour.	Maladies du Foie Diabète par anhépathie *En sphérulines doses à 30 c/gr. en doses de 12 gr.* *En suppositoires dosés à 3 gr.* De 4 à 16 sphérulines par jour. De 1 à 4 suppositoires par jour.	Diabète par hyperhépathie *En sphérulines dosées à 20 c/gr.* *En suppositoires dosés à 1 gr.* De 2 à 10 sphérulines par jour. De 1 à 2 suppositoires par jour.	Affections Intestinales Troubles dyspeptiques *En sphérulines dosées à 25 c/gr.* De 1 à 4 sphérulines par jour.	Constipation Entérite muco-membraneuse *En sphérulines dosées à 30 c/gr.* De 2 à 6 sphéruline par jour.
EXTRAIT de Bile MONCOUR Coliques hépatiques Lithiase Ictère par rétention *En sphérulines dosées à 10 c/gr.* De 2 à 6 sphérulines par jour.	**EXTRAIT Rénal MONCOUR** Insuffisance rénale Albuminurie Néphrites, Urémie *En sphérulines dosées à 15 c/gr.* De 2 à 16 sphérulines par jour.	**CORPS Thyroïde MONCOUR** Myxœdème, Obésité Arrêt de Croissance Fibrômes *En bonbons dosés à 5 c/gr.* *En sphérulines dosées à 35 c/gr.* De 1 à 4 bonbons p. j. De 1 à 6 sphérulines p. j.	**POUDRE Ovarienne MONCOUR** Aménorrhée Dysménorrhée Ménopause Neurasthénie féminine *En sphérulines dosées à 20 c/gr.* De 1 à 3 sphérulines par jour.	**AUTRES Préparations MONCOUR** Extrait de Muscle lisse Extrait de Muscle strié Moelle osseuse Myocardine Poudre surrénale Thymus, etc., et

Toutes ces préparations ont été expérimentées dans les Hôpitaux de Paris. Elles ne se délivrent que sur prescription médicale.

SPLÉNODOSE

RATE - FOIE - THYROÏDE

TUBERCULOSE sous toutes ses formes et à toutes les périodes
PALUDISME - ANÉMIE - MALADIES INFECTIEUSES etc.

PLACENTODOSE

PLACENTA - MAMMAIRE

Insuffisance lactée - Flaccidité des seins et de l'utérus
Métrorrhagies - Métrites - Fibromes - Tumeurs.
Dépôt : Laboratoire du Dr FRAYSSE - 130, Rue d'Aboukir. - PARIS

THYRODOSE

Arthritisme — OVARO-THYROIDINE — Rachitisme
INSUFFISANCES THYROIDIENNE ET OVARIENNE
OBÉSITÉ - *Troubles de la Ménopause et de la Puberté* - MYXŒDÈME

NEURODOSE

SUBSTANCE NERVEUSE ORCHITINE

ÉPUISEMENT nerveux sous toutes ses formes
ASTHÉNIE - IMPUISSANCE - SÉNILITÉ - NEURASTHÉNIE, etc.
Dépôt : Laboratoire du Dr FRAYSSE, 130, Rue d'Aboukir, 130. — PARIS

SANTAL MONAL
au Bleu de Méthylène
Bleu de Méthylène 0,03 cent; Essences balsamiques 0,24 cent
DOSE 6 à 10 capsules par jour.
MONAL Frères Pharmaciens de 1re Classe
6, Rue Daubigny, Paris.

SANTAL MONAL

Le plus actif

Le mieux toléré

de tous les produits préconisés dans le Traitement des

ANTISEPTIQUE - ANALGÉSIQUE
DIURÉTIQUE - ACTION RAPIDE

AFFECTIONS DES VOIES URINAIRES

Laboratoires **MONAL & Cie**, 6, Rue Daubigny, PARIS

TAPISSIER=DECORATEUR

INSTALLATION COMPLÈTE D'APPARTEMENTS
G. JACQUIN, 50, rue Polonceau, PARIS (18e)
ancien décorateur des principales maisons de Paris
Recouvrage de meubles modernes et anciens
Croquis et devis sur demande et sans frais
Remise de 10 % à MM. les lecteurs du Concours Médical *sur le prix du tarif.*

HOTEL des MEMBRES du CONCOURS

GRAND HOTEL DES BALCONS

3, rue Casimir-Delavigne, PARIS-ODÉON
Métro : ODÉON. — 6e arrond.
CONFORT MODERNE
Électricité, Chauffage central, Salle de Bains
Eau chaude dans toutes les chambres

trapèze et biceps, donne des renseignements intéressants pour le diagnostic et le pronostic de la bacillose pulmonaire. Bien que cette réaction puisse exister chez les individus d'apparence normale, elle est extrêmement commune chez les tuberculeux en évolution. Elle pourrait permettre de dépister des tuberculeux douteux, de reconnaître l'origine tuberculeuse de certains cas d'emphysème et de bronchite chronique.

Le phénomène de la corde musculaire (réaction myotonique, myœdème, signe du muscle), est facile à rechercher, surtout au niveau du biceps.

M. Paul Sainton considère également le myœdème comme un phénomène pathologique. Il existe, il est vrai, dans nombre de maladies, l'intoxication alcoolique, le cancer, les états infectieux les plus variés, etc. Les trois affections où il se montre avec le plus d'intensité et de persistance sont la fièvre typhoïde, la tuberculose pulmonaire et l'intoxication saturnine.

Dans trois cas d'intoxication oxycarbonée, M. Sainton a noté ces réactions musculaires et a vu qu'elles diminuaient à mesure que s'amendait l'intoxication. Peut-être, le myœdème a-t-il, dès lors, une origine toxique. Il témoignerait, alors, au cours de la tuberculose et d'autres maladies infectieuses, d'une imprégnation de l'organisme par les toxines.

M. Lion remarque que le myœdème est un symptôme très fréquent et presque banal chez les malades des hôpitaux. Si on le trouve dans presque tous les cas de tuberculose avérée, on le rencontre également dans un grand nombre d'autre s affections.

Le pneumothorax artificiel dans la tuberculose pulmonaire.

(M. Burnand. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Burnand a eu l'occasion de pratiquer l'autopsie d'un malade tuberculeux, traité par le pneumothorax artificiel, et mort à Leysin de pneumonie grippale pendant l'épidémie de grippe de 1918.

Il s'est agi d'une tuberculose fibro-caséeuse cavitaire, torpide et chronique, du poumon gauche, qui fut soumise à une compression complète par un pneumothorax artificiel pendant trente mois. Le décès fut provoqué par une pneumonie grippale droite. L'examen nécroscopique du poumon traité montra la guérison parfaite des lésions tuberculeuses, notamment l'oblitération de la caverne et la soudure de ses parois, la calcification de tous les tubercules disséminés dans le reste de l'organe.

Une longue durée de la compression est nécessaire pour amener la guérison des lésions tuberculeuses par la méthode de Forlanini.

Peau ridée sénile chez un enfant de 2 ans.

(MM. Variot et Cailliau. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Variot rapporte un cas de peau ridée sénile chez une fillette de 25 mois. L'enfant présentait, à la naissance, au niveau du cou, des aisselles et des aines, un plissement insolite de la peau, qui a persisté dans la suite. Au point de vue histologique, une biopsie a montré une agénésie du tissu élastique de la peau.

M. Comby rapproche de ce cas, un fait analogue décrit en 1913, par Concetti sous le nom de mégalodermie. Il semble alors que la peau soit trop large, trop lâche (*cutis-laxa*) pour recouvrir les parties sous-jacentes, et se plisse. Lui-même a observé un cas analogue, il y a une vingtaine d'années.

P. L.

PHTISIOTHÉRAPIE

Chimiothérapie de la tuberculose,

Par le Dr S. Mélamet.

Depuis la découverte du bacille de Koch, on cherche une méthode biologique de traitement de la tuberculose par les produits spécifiques. Mais ni les diverses tuberculines connues, agents d'immunisation active, ni les sérums, qui doivent apporter à l'organisme les anticorps d'animaux immunisés contre le B. K., n'ont encore résolu le problème. Chaque tuberculine, chaque sérum, a, à son actif, quelques succès indéniables, à côté de très nombreux échecs, — sans parler des cas où tuberculines et sérums, même maniés par des phtysiothérapeutes réputés, ont provoqué une aggravation de la maladie.

L'irrégularité dans l'action, et surtout le danger de l'emploi de ces méthodes de traitement spécifique, ont incité certains auteurs à expérimenter, dans la tuberculose, l'hétérobactériothérapie, qui a donné des résultats très intéressants dans les infections les plus diverses. Plus récemment, la protéinothérapie, à laquelle se rattache étroitement l'autosérothérapie, a été étudiée. Mais là encore, quelques cas heureux et de très nombreux insuccès.

L'échec actuel des thérapeutiques biologiques, alors qu'elles ont donné des résultats admirables dans les autres infections, a dirigé les chercheurs dans les voies de la chimiothérapie. Plus souple dans son action, plus riche dans ses moyens, puisqu'elle peut faire appel à une grande variété de corps simples, à un nombre presque infini de substances combinées, la chimiothérapie paraît être plus apte à résoudre le problème de la guérison de la tuberculose que les médications spécifiques, et cela, à cause des données diverses, parfois mêmes contradictoires de ce problème.

La tuberculose, maladie microbienne, s'éloigne en effet beaucoup des maladies infectieuses aiguës. Le bacille de Koch, avec sa carapace spéciale adipo-cireuse, avec ses poisons adhé-

rents qui déterminent les lésions anatomiques fibro-caséeuses ; avec ses poisons diffusibles ; les saprophytes auxquels il est associé et avec lesquels il vit probablement en une symbiose spéciale ; le terrain sur lequel il évolue, donnent à la tuberculose une spécificité particulière.

Une chimiothérapie de la tuberculose devrait pouvoir :

1° S'attaquer, dans l'organisme infecté, au bacille non pas seulement pour y paralyser son développement, mais pour le désagréger :

2° Modifier, transformer le terrain sur lequel le B. K. évolue, afin de permettre à l'organisme de mettre en jeu tous ses moyens de défense, inhibés, sinon supprimés par l'infection, et de l'aider ainsi à limiter, à enkyster les foyers existants, à réparer les parties détruites ou à y suppléer, si les dégâts sont déjà trop importants.

L'Ecole française a publié de fort beaux travaux sur la chimiothérapie de la tuberculose. Certains auteurs, comme MM. Tiffeneau et Marie, M. Frouin, MM. Armand-Delille, Mayer, Scheffer et Terroine, M. Sauton, etc., se sont attachés à définir la composition chimique des milieux sur lesquels le B. K. cultive. Ils ont ainsi pu démontrer que la composition du milieu joue un rôle capital, non seulement sur le développement du bacille, mais aussi sur l'abondance de la récolte.

Sans entrer dans les détails, signalons seulement — et parce que cela confirme nos propres recherches — un des points qui paraissent acquis : l'alcalinisation excessive a une action empêchante dans les cultures.

D'autres auteurs, comme MM. Becquerel, Frouin, Louis Rénon, Louis Rénon et Mignot, Lumière et Chevrotier, Sauton, Paul Courmont et Dufour, etc., ont cherché à préciser la nature et les doses de substances chimiques qui, introduites dans les cultures, avaient le pouvoir d'arrêter le développement du bacille de Koch. De très nombreux corps paraissent jouir de cette propriété.

La thérapeutique de la tuberculose humaine n'a encore tiré que peu de profits de ces belles recherches de laboratoire.

A défaut d'une médication biologique active et non dangereuse, la base du traitement de la tuberculose est encore la climatothérapie et ses corollaires : repos, héliothérapie, régime alimentaire. Ce traitement « passif » est heureusement complété par une thérapeutique médicamenteuse : créosote, sels de gaïacol, éther glycéro-gaïacolé (qui ont encore de nombreux partisans) ; méthodes de reminéralisation (Robin), de recalcification (Ferrier), surréno-calcique (Sergent), des médications analogues successives (Rénon). Des succès indéniables ont été ainsi obtenus, mais ces succès sont bien loin d'être constants, ni même très fréquents.

Parmi les essais, plus ou moins encourageants de chimiothérapie « active », citons ceux que l'on a faits avec : les sels d'argent et d'or ; les métaux colloïdaux ; les sels de cuivre (Gauvain, H.-A. Ellis, Nolf) ; l'urotropine (Loeper) ; l'iodo-benzo-méthyl-formine (Dufour) ; les corps radio-actifs : radium, thorium, mésothorium, uranium ; les sucres (Lo Monaco) ; l'anhydride sulfureux (Tweddell) ; l'ammoniaque (Darin) ; l'iode à hautes doses (Boudreau) ; le xylol, etc...

***

Les directives qui nous ont guidé dans nos recherches sur la chimiothérapie de la tuberculose découlent de nos idées générales sur les infections.

A la base de toute infection, il y a, croyons-nous, une déficience de la vie cellulaire, qui se traduit par une insuffisance des oxydations intimes. Cette insuffisance des oxydations, par les changements physico-chimiques dans les humeurs, par l'affaiblissement des réactions vitales de défense qu'elle détermine, favorise, mieux, autorise l'infection.

Dans les maladies aiguës qui se terminent par la mort et dans les infections lentes, chroniques, comme la tuberculose, cette hypooxydation est aggravée plus tard par la présence même dans l'organisme de l'agent pathogène.

Une première indication thérapeutique découle de cette donnée : introduire dans l'organisme un corps oxydant afin de l'aider à brûler les déchets qui s'y accumulent, et à mettre en branle ses défenses humorales.

Comme oxydant, nous employons le manganèse.

Manganèse. — Les travaux modernes (Goszl, Gola, J. Lœd, surtout Bernard et ses élèves) ont montré que le manganèse, oxydant puissant, est un agent catalytique de premier ordre et qu'il se rapproche par son action des ferments oxydants ou oxydases.

Il entre dans la composition de nombreuses plantes, et l'on a remarqué que les végétaux riches en manganèse étaient moins parasités que les autres.

Les oxydases des végétaux qui contiennent du manganèse paraissent avoir une activité proportionnée à leur teneur en Mn. Les oxydases peu actives, comme celle que l'on tire de la luzerne sont pauvres en Mn. Si l'on additionne ces oxydases d'un sel manganeux, leur activité est de beaucoup accrue.

Aucun autre métal n'agit comme le manganèse.

Pour Bertrand, la plupart des oxydases sont des composés organo-manganeux. Trillat, de son côté a montré que l'attion oxydante des sels manganeux est considérablement renforcée si l'on ajoute à ces sels une substance albuminoïde.

Chez l'homme, le manganèse existe en quantité infinitésimale : à peine 4 dixièmes de milligramme par kilogramme de son poids (Bertrand). Il y joue le rôle de corps oxydant. On le trouve dans les cendres du sang total calciné (Enriquez et Sicard).

Nos recherches personnelles tendent à nous faire croire que le Mn joue dans l'organisme normal et en dehors de ses proporiétés particulières d'agent catalytique, le rôle de fixateur vis-à-vis des sels minéraux, des sels de chaux en particulier. Rappelons que dans les terres très ferrugineuses, le manganèse, en quantité minime joue, le rôle de fixateur vis-à-vis du fer.

L'action bactéricide du Mn découle des propriétés chimiques de ce métal. Tout récemment, M. Le Fevre de Arric a observé que les colloïdes de fer, et surtout le manganèse, réduisent la toxicité de la toxine diphtérique (*Société belge de Biologie*, 11 octobre 1919).

Mais le manganèse seul est incapable de résoudre le problème complexe de la chimiothérapie de la tuberculose. Le *manganèse colloïdal* et le *permanganate de potasse* en solution, injectés dans les muscles et dans les veinés, nous ont donné des résultats fort incomplets. Il nous manquait un élément que nous considérons comme primordial : le calcium.

Calcium. — Les sels de chaux sont absolument indispensables à la vie.

L'action médicamenteuse de certains composés de calcium est connue depuis les temps les plus reculés. Hippocrate vante l'action des sels de Ca dans la lèpre.

Des recherches fort intéressantes ont été faites sur l'action bactéricide des sels de calcium.

Après Fischer, Virchow, Haussmann, Koch, Liborius a repris l'étude de l'action désinfectante de la chaux.

Artault rattache à l'action bactéricide des sels de chaux l'asepsie des œufs de poule dans la période d'activité génitale.

Overton considère le calcium comme toxique pour certaines cellules parce qu'il se combine avec leurs lipoïdes. De là l'hypothèse que le calcium, altérant l'enveloppe ciro-adipeuse du bacille de Koch, le rendrait plus sensible à l'action des défenses phagocytaires et humorales. Sarvonat et Rebattu, pour expliquer les spoliations calcaires de l'organisme tuberculeux invoquent la neutralisation de certaines toxines du bacille de Koch par les sels de chaux.

Dans un autre ordre d'idées, Justin Roux soutient que le *suc pancréatique* est l'un des meilleurs agents de défense de l'organisme contre les poisons caséifiants du B. K. Or, les expériences de Delezenne prouvent que le *calcium* a une action très nette sur le *pancréas dont il active le suc.*

Potassium. — Au manganèse et au calcium, nous avons cru devoir ajouter de petites quantités de potassium.

Le système cardio-vasculaire du tuberculeux est toujours plus ou moins touché par l'infection bacillaire. C'est pour agir sur le cœur et les vaisseaux que nous employons le potassium.

Les physiologistes ont montré qu'à faibles doses, le potassium en injections intra-veineuses régularisait les battements cardiaques, en diminuait la fréquence, en augmentait l'amplitude, et qu'il relevait aussi la tension artérielle.

Nous utilisons le manganèse, le calcium et le potassium en solution aqueuse légèrement saline.

Cette solution est très alcaline, et nous savons l'intérêt qu'il y a à alcaliniser le tuberculeux d'une facon intensive, l'alcalinisation élevée ayant une action empêchante sur le B. K.

Nous employons la solution de manganate calcico-potassique en injections intra-veineuses depuis le début de 1917. Les injections intramusculaires, que nous faisions antérieurement à cette date, étaient fort douloureuses et partant, mal tolérées.

Depuis quelques mois, chez les malades dont le système veineux superficiel est peu développé ou difficilement accessible, chez les nerveux et les pusillanimes, nous administrons la solution de manganate calcico-potassique par la voie rectale sous la forme d'instillations (goutte à goutte). Chez les enfants, la voie rectale est la seule praticable.

Injections intra-veineuses.

Méthode. — Trois séries d'injections ; deux séries de 15 injections, une tous les deux jours, la troisième série de 10 injections, une tous les trois jours. Entre chaque série, interrompre le traitement pendant 15 ou 20 jours.

Les quantités à injecter sont toujours les mêmes : 5 cmc. par injection.

Dans le cas de tuberculose pulmonaire fermée, faire deux séries de 15 injections séparées par un intervalle de 20 jours — une injection tous les trois jours —. Dans les cas graves, faire une injection quotidienne ; après 8-10 injections, continuer le traitement comme il est dit plus haut.

Technique. — Une seringue de 5 ou de 10 cmc., une aiguille de grosseur moyenne, stérilisées.

L'injection se fait dans une veine du pli du coude ou de l'avant-bras.

Faire une ligature assez serrée afin d'avoir une veine bien gonflée. La superficialité et le bon gonflement de la veine sont les conditions indispensables d'une bonne injection. Nettoyer la peau à l'alcool (ne pas se servir de teinture d'iode). Ponctionner la veine parallèlement à son axe avec *l'aiguille seule* ; quand le sang s'écoule franchement, goutte à goutte, par l'aiguille, y adapter la seringue remplie de la

solution manganatée ; aspirer dans la seringue deux ou trois cmc, de sang ; faire enlever le garrot et injecter ensuite, *très lentement*, le mélange sang et solution manganatée (en 2 ou 3 minutes) ; avant d'enlever l'aiguille, aspirer à nouveau environ 1 cmc. de sang ; comprimer la veine au point d'injection, le membre étant en position horizontale.

L'injection ne doit pas être douloureuse : toute douleur accusée par le malade indique une déviation de l'aiguille ; arrêter l'injection et replacer l'aiguille en bonne position.

Incidents. — On n'observe qu'exceptionnellement une réaction générale après l'injection.

Nos malades qui travaillent, continuent à vaquer à leurs occupations pendant toute la durée du traitement.

Localement, des réactions plus ou moins vives ont été signalées : rougeur douloureuse au point d'injection, empâtement ou induration périveineuses. Des compresses humides très chaudes, des massages légers ont raison de ces incidents.

En dehors d'une faute de technique, ces réactions sont explicables par l'alcalinité de la solution. Le moyen le plus sûr de les éviter est d'injecter, immédiatement après la solution manganatée, l'aiguille restant en place, quelques centimètres cubes d'eau distillée ou de sérum physiologique.

Instillations rectales.

Méthode. — Trois séries de 20 instillations, une chaque jour, séparées par des intervalles de 15-20 jours.

Un bock ordinaire avec un tube de caoutchouc terminé par un robinet auquel on adapte une sonde molle de Nélaton, n° 18, représente l'instrumentation nécessaire.

Technique. — Diluer 5 cmc. de manganate calcico-potassique dans 2/3 d'un verre d'eau bouillie et tiède ; verser cette dilution dans le bock ; placer le bock à environ 0 *m.* 30 *au-dessus du plan du lit* ; introduire dans le rectum la sonde molle bien graissée ; ouvrir aux 2/3 le robinet du bock. Le liquide s'écoule goutte à goutte. La durée de l'écoulement est d'environ 25 ou 30 minutes.

Avant de faire cette instillation médicamenteuse, prescrire un lavement évacuateur à l'eau simple, en cas de nécessité.

Chez les enfants, les doses à prescrire sont les suivantes :

Jusqu'à 1 an : 1/2 cmc. dans 1/2 verre d'eau.
De 1 à 2 ans : 1 cmc. — — —
De 2 à 5 ans : 1 cmc. 2 — — —
De 5 à 9 ans : 2 à 1/2 à 3 cmc. — —
De 9 à 12 ans : 3 1/2 cmc. — — —

Les adultes et les enfants traités par les instillations rectales de manganate calcico-potassique n'ont accusé aucun trouble local.

L'action de la médication, plus lente, n'en est pas moins des plus nettes. La méthode de choix reste, cependant, pour les adultes, la voie intraveineuse.

Résultats généraux. — Nous n'avons eu que peu de cas de tuberculose locale à traiter. Dans les adénites cervicales, l'action du manganate calcico-potassique est des plus favorables.

Dans la tuberculose pulmonaire, notre médication agit, en général, assez rapidement, sur les signes fonctionnels. Après quelques injections, le malade accuse une toux moins quinteuse, une diminution de l'expectoration qui devient plus fluide, plus aérée ; une diminution des sueurs nocturnes ; l'appétit reparaît, l'état général devient meilleur.

Les modifications dans les signes physiques sont plus lentes ; elles sont nettement perceptibles 6 à 8 semaines après le début du traitement : les râles humides font place aux râles secs, et ces derniers disparaissent pour ne laisser qu'une respiration rugueuse. Chez les cavitaires, l'assèchement des foyers de congestien périspélonchique est ordinairement obtenu après une série d'injections.

La radioscopie confirme cette amélioration des signes pulmonaires .amélioration qui se traduit ainsi par un relèvement notable de l'état général,

La température, chez les grands fébricitants, peut ne pas être influencée pendant le cours du traitement ; mais, dans ce cas, elle finit par se stabiliser dans la périoke de repos qui suit la première ou la seconde série d'injections.

Dans les crachats, des changements fort importants sont à noter après les 10-12 premières injections : dans la majorité des cas, l'index microbien (moyenne du nombre de bacilles trouvés dans 100 champs) est diminué d'une façon notable, et cela d'autant plus que l'index du début était plus élevé. Quelquefois, cet index est, au contraire, une véritable décharge microbienne.

Point plus important : presque toujours, — que l'index microbien ait augmenté ou diminué — l'examen bactériologique montre que le bacille de Koch a perdu ses caractères propres : mal coloré, il se présente sous la forme d'une virgule, d'une chaînette séparée par des espaces clairs, d'un bâtonnet renflé sur un ou plusieurs points de sa surface ; le bacille de Koch est en complet état de lyse. Les bacilles désagrégés forment souvent des placards enchevêtrés.

Le manganate calcico-potassique agit aussi sur les saprophytes qui diminuent en quantité et en qualité (prennent mal les colorants). Fait intéressant à noter, l'action de la solution paraît agir avec prédilection sur le streptocoque ; le staphylocoque n'est touché que plus tardivement.

Dans la grande majorité des cas, le bacille de Koch finit par disparaître des crachats et, chez les malades où on en retrouve encore après la fin du traitement, nous avons de bonnes raisons de croire que le bacille a perdu beaucoup de *sa virulence, donc de sa contagiosité.*

Signalons que chez les malades soignés par notre médication, on retrouve du manganèse dans les expectorations.



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les cas de Lymphangites et Abcès du Sein.



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les Affections intestinales, utérines, etc.

Antiphlogistine

MARQUE DÉPOSÉE

Glycéroplasme hydrophile, à chaleur constante et durable

(S'emploie chauffée au bain-marie à 40° environ, recouverte de coton hydrophile; après 24 ou 48 heures se détache facilement).

Indications de l'Antiphlogistine

Furoncles; Abcès; Phlegmons; Abcès du sein.
Angines; Laryngites; Bronchites; Pneumonie.
Arthrites; Synovites; Entorses; Rhumatismes.
En Gynécologie.



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les cas de Conjonctivite, etc.



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les cas de Plaies Variqueuses.

En Vente dans toutes Pharmacies. — Vente en Gros : LABORATOIRE de l'*Antiphlogistine*.
B. TILLIER, pharmacien, 116, rue de la Convention, PARIS Téléphone: Saxe 40-89

Dans le sang, à la lymphocytose initiale succède une polynucléose ; plus tard, l'équilibre leucocytaire se rétablit.

Dans les urines, les coefficients urinaires s'améliorent.

C'est chez les malades atteints de tuberculose au deuxième degré (sous-crépitants) et chez ceux qui sont en imminence de fonte pulmonaire, que nous avons obtenu les plus beaux résultats. Dans la prétuberculose et la tuberculose au début, une seule série d'injections suffit, en général, pour faire disparaître les signes fonctionnels et les signes physiques.

Dans le troisième degré, les résultats sont plus aléatoires : nous avons cependant obtenu dans ces cas-là aussi, des améliorations durables fort intéressantes.

A TRAVERS LA PRESSE

Diagnostic des péricardites avec épanchements.

Les signes classiques de la péricardite avec épanchements seraient, dit M. G. Blechmann (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 nov. 1919) inexistants ou trompeurs. C'est ainsi qu'il faut abandonner la matité en brioche avec encoche de Sibson, la disparition du frottement péricardique, l'affaiblissement du choc de la pointe et l'assourdissement des bruits du cœur, qui traduisent la souffrance du myocarde et de l'endocarde et non l'épanchement dans la péricardite.

On soupçonnera la péricardite avec épanchement et on la recherchera systématiquement dans les affections pulmonaires et pleurales de la première enfance, dans le rhumatisme articulaire aigu, entre 5 et 15 ans, dans la pneumonie, dans la tuberculose jusqu'à 30 ans, dans la néphrite chronique plus tard.

Les signes positifs de l'épanchement sont le signe de Rotch caractérisé par l'apparition de la matité dans le 5e espace intercostal droit, le développement même de l'aire de matité, qui se fait excentriquement et symétriquement. Le signe de Gendrin, matité péricardique au-dessous de la pointe du cœur, accompagne parfois des dilatations extrêmes de l'organe ; il n'a de valeur que s'il est appuyé sur d'autres symptômes. Chez l'enfant, comme aussi chez les adultes à cage thoracique étroite, à parois peu épaisses, on note les signes d'une pleurésie à la base gauche, sans qu'il y ait pleurésie. Ces signes disparaissent quand on ausculte le malade dans la position génu-pectorale : ils sont alors pathognomoniques.

Parmi les symptômes fonctionnels, l'auteur cite la dyspnée plus ou moins intense, souvent marquée au point de forcer les malades à se tenir accroupis sur les coudes ou les genoux ; la distension permanente des jugulaires, le pouls paradoxal.

Les données de l'examen clinique seront complétées par l'examen radioscopique et la ponction exploratrice.

Les formes de la péricardite avec épanchement sont : 1° la péricardite latente, trouvaille d'autopsie dans 60 % des cas ; la péricardite rhumatismale, la péricardite purulente ; la péricardite tuberculeuse, la péricardite brightique.

« Grâce à la recherche méthodique des signes d'épanchement, grâce à l'emploi systématique, dans les cas suspects, de l'examen à l'écran et de la ponction exploratrice, on peut surtout espérer que la péricardite latente ne constituera bientôt plus qu'une page d'histoire ancienne ».

Le diabète insipide et son origine hypophysaire

Nous avons analysé précédemment une étude de M. Lereboullet sur cette question. M. Pagniez la reprend dans un travail d'excellente mise au point. (*Presse méd.*, 6 déc. 1919).

L'auteur formule ainsi ses conclusions, qui résument suffisamment son exposé : « Au point « de vue pratique, une importante acquisition « est dès à présent faite : on possède aujour- « d'hui avec les extraits hypophysaires un moyen « d'action d'une efficacité considérable, mais « seulement temporaire, sur les grandes polyu- « ries du diabète insipide. Il semble possible que « les recherches de demain amènent dans cette « voie à des résultats plus complets et fassent « d'une épreuve, qui n'est encore qu'une sorte de « test biologique, une véritable méthode théra- « peutique. »

Le shock traumatique

Faisant état des travaux récents parus sur ce sujet et notamment d'une étude du professeur Quénu, M. Cauchoix (*Bull. Méd.*, 6 déc. 1919) rappelle les conditions qui président habituellement à l'apparition du shock traumatique : grands fracas des membres avec attrition des masses musculaires, avec ou sans plaie, hémorragie abondante, refroidissement prolongé, influence de la fatigue.

Pour l'expliquer pathogéniquement, on a jadis invoqué la théorie nerveuse, qui suppose un état d'inhibition des centres nerveux consécutif aux excitations exercées sur les terminaisons nerveuses au niveau de la plaie. D'autres ont incriminé une diminution de l'acide carbonique dans le sang, due à la profondeur et à la fréquence des mouvements respiratoires ; d'autres encore accusent les troubles circulatoires, l'hémorragie.

Or, il s'agit en réalité d'intoxications massives par les poisons actifs élaborés au niveau des lésions : c'est une toxémie traumatique à syndrome dépressif.

La preuve en est que le shock apparaît rarement immédiatement après la blessure, mais plusieurs heures plus tard ; que, lorsque le membre atteint a été soumis à l'action d'un garrot appliqué à sa base, ce n'est que lorsqu'on a enlevé le garrot que les accidents se manifestent.

La conclusion pratique, qui trouvera son application dans les accidents du temps de paix, c'est qu'il faut supprimer rapidement le foyer intra-musculaire d'intoxication.

Si le membre ne peut être conservé, on amputera immédiatement, contre le shock et malgré le shock. Si le membre est moins atteint, mais l'état général mauvais et le shock déjà déclaré, on amputera encore sans délai. Mais si le cas est simple, on pourra se contenter, sous anesthésie légère (protoxyde d'azote, chloralose), de supprimer largement le foyer traumatisé par des résections musculaires en tissu sain.

En outre, on procèdera aux injections massives de sérum, d'adrénaline, de solutions alcalines, d'huiles camphrée, etc., et finalement, en cas de nécessité pressante, à la transfusion du sang.

Quelques traitements des engelures

Malgré leur banalité et leur bénignité habituelle, les engelures n'en constituent pas moins une affection douloureuse à laquelle il faut savoir remédier. C'est cette question de thérapeutique que traite M. Roziès (*Prog. Méd.*, 6 déc. 1919.)

On instituera d'abord un traitement général au moyen des pilules suivantes :

Ergotine................. Sulfate de quinine.......	ââ 0,05
Poudre de digitale....... Extrait de belladone......	ââ 0,001

pour une pilule, 2 à 3 en 24 heures, auxquelles on ajoutera l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer, l'arsenic, les phosphates, etc.

Localement, contre les engelures non ulcérées, on peut diriger un traitement chimique : bains locaux aussi chauds que possibles, trois fois par jour, dans de l'eau pure ou additionnée d'eau blanche, de décoction de feuilles de noyer, etc. Lotions astringentes, à l'eau de Cologne, à l'alcool camphré, à la glycérine, pure ou associée au tanin, à l'icthyol, au jus de citron, à la teinture d'iode. Pommades avec les mêmes principes.

On peut associer opportunément chacun de ces procédés.

La méthode physique utilise la photothérapie, l'air chaud, l'héliothérapie, la paraffinothérapie.

La méthode physiothérapique consiste à rétablir la circulation normale par un massage méthodique et une gymnastique élévatoire des extrémités.

Les engelures ulcérées réclament les pansements indiqués dans les ulcérations et les plaies de cicatrisation difficile. Il m'a été agréable de constater que l'auteur recommande des applications de la mixture oléo-éthérée dont j'ai communiqué la formule à l'Académie de Médecine en 1917.

On pourra aussi conseiller des bains astringents deux fois par jour, suivis d'un poudrage avec la poudre de Vincent :

Hypochlorite de chaux.....	10 gr.
Acide borique sec..........	90 gr.

Les agents physiques et la physiothérapie peuvent être également mis en œuvre pour triompher des engelures ulcérées.

Pharyngo-spasme infantile.

M. Weill (*Paris Méd.*, 6 déc. 1919) a eu l'occasion d'observer des enfants de 8 à 10 ans, qui, au cours d'une fièvre typhoïde, présentaient une chute durable de la température, sans que leur état s'améliore, et chez lesquels cette anomalie d'évolution était due à une déshydratation des tissus, parce qu'ils rejetaient, sans les avaler, tous les liquides qu'ils tentaient d'absorber, ce vomissement étant dû à la présence, dans le pharynx, de petites ulcérations, lesquelles devaient provoquer un spasme pharyngé comparable au spasme anal de la fissure.

Des faits du même ordre ont été constatés chez des enfants de deux à cinq ans, classés à tort comme des anorexiques, mais qui, en réalité, ne présentent qu'une inappétence apparente. En effet, le jeûne n'est pas absolu ; à certains moments, dans certaines conditions, ils arrivent à absorber des œufs, du lait, des potages, des purées, surtout le matin, au réveil, ou quand ils sont distraits, qu'ils s'amusent, ou encore, s'ils se trouvent en présence d'une personne qui leur en impose.

Le refus de manger, ou mieux, de déglutir, porte sur les solides ; l'appétit persiste néanmoins, au moins partiellement, l'état général demeure excellent ; on ne note aucune tare physique ni psychique. Cet ensemble symptomatique écarte l'hypothèse de l'anorexie mentale ou hystérique.

Il s'agirait vraisemblablement d'un spasme du pharynx, bien que ce trouble fonctionnel n'ait jamais pu être saisi.

Quoi qu'il en soit, le cathétérisme de l'œsophage avec une sonde de Bouchard (nos 24, 30 et 34 étant introduits successivement dans la même séance), suffit, dans la généralité des cas, à faire disparaître ces troubles alimentaires.

D'autres manœuvres ont déterminé un résultat satisfaisant, quand le cathétérisme ne pouvait être appliqué. Leur action est plus lente. Ce sont des applications avant le repas, au devant du cou, de compresses imbibées d'eau froide renouvelée fréquemment pendant trente à quarante minutes, suivies d'un massage au

niveau du plancher de la bouche et de la région sus-hyoïdienne. Si l'enfant tarde cependant à déglutir, il suffit de presser un peu fortement sur la trachée pour provoquer un mouvement de déglutition. Ou bien, on confie l'enfant à une personne étrangère qui lui en impose, et avec laquelle il arrive à avaler d'une façon normale et sans contrainte.

L'adénopathie trachéo-bronchique et les végétations adénoïdes

Au dire de M. Armand-Delille (*Journ. des prat.*, 22 nov, 1919), il existerait une relation entre l'adénopathie trachéo-bronchique et les végétations adénoïdes, et il n'y a intérêt à faire suivre aux enfants une cure marine ou hélio-marine qu'après avoir examiné leur rhino-pharynx, et pratiqué l'ablation des végétations quand il y en a.

En dehors même de la cure marine envisagée, on a remarqué, sans pouvoir l'expliquer, que « les signes sthéthoscopiques de l'adénopathie « *trachéo-bronchique s'amendent sensiblement* « à la suite de l'opération des végétations adé- « noïdes.

« Comme conclusion de ces quelques remarques. « nous insistons sur la nécessité de faire exami- « ner systématiquement le naso-pharynx des en- « fants qui présentent des signes d'adénopathie « trachéo-bronchique, et, s'il y a lieu, de les faire « opérer avant de les envoyer faire leur cure. »

L'épilepsie cardiaque

MM. Oddo et Mettet (*Gaz. des hôp.* nos 64 et 66, 1919) se référant à une observation qu'ils ont personnellement recueillie et aux cas du même ordre qu'ils ont découverts dans la littérature définissent l'épilepsie cardiaque « les ma- » nifestations épileptiques subordonnées à des « troubles cardiaques qui conditionnent, par les « désordres circulatoires, par une influence re- « flexe et surtout des influences toxiques, les ma- « nifestations comitiales observées. »

Etiologiquement, on note les lésions mitrales, les lésions aortiques et les myocardites, comme affections cardiaques accompagnées de manifestations épileptiques. Celles-ci sont tardives. On ne les rencontre guère qu'après trente ans, et souvent à un âge avancé.

Au point de vue des types cliniques, on peut distinguer l'épilepsie des cardiopathies artérielles, épilepsie sénile, et l'épilepsie cardiaque des cardiopathies valvulaires, qui, quoique tardive, n'en intéresse pas moins des sujets relativement jeunes et surtout des mitraux.

A côté de ces formes franches, on notera les crises larvées, accès de colère, fugues, obnubilation mentale ; les crises partielles d'épilepsie Bravais-jacksonnienne.

On fera le diagnostic avec les accidents hystériques des cardiaques, les accidents convulsifs des urémiques, des saturnins ; les crises convulsives des apoplectiques, de la paralysie générale. On éliminera également l'épilepsie relevant d'une syphilis caractérisée, les crises épileptiformes des lésions encéphaliques en foyer ; les crises de la maladie de Stokes-Adams.

D'autre part enfin, on se souviendra que les épileptiques vrais peuvent présenter des troubles cardiaques (palpitations, dilatation du cœur, syncopes et cyanose).

Le pronostic est lié aux variations de l'équilibre cardiaque, à la valeur du myocarde et au fonctionnement du rein.

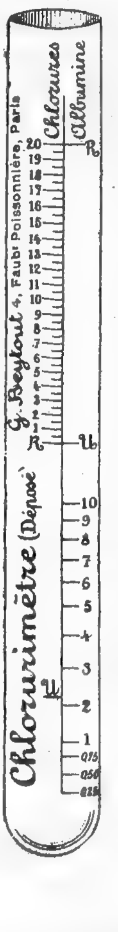
Le traitement est avant tout celui de la cardiopathie : digitale chez les mitraux ; trinitrine et iodure chez les aortiques. Quand l'équilibre cardiaque paraît rétabli, on prescrira la médication bromurée classique avec régime déchloruré.

Les spécifiques bénéficieront du traitement antisyphilitique.

A tous enfin, on prescrira un régime alimentaire et l'hygiène générale qui conviennent à leur cas pris en particulier,

Dosage clinique des chlorures et de l'albumine au moyen du chlorurimètre

Le dosage des chlorures urinaires a pris une importance considérable, en clinique, depuis que le rôle des chlorures alimentaires a été mis en évidence, tant chez l'homme sain, où ils interviennent pour maintenir constante la concentration des liquides et des humeurs de l'organisme, que chez le cardiaque ou le rénal dont le filtre rénal est atteint dans sa perméabilité, pour retenir l'eau et constituer les œdèmes.



Pour permettre de procéder rapidement à ce dosage, M. Douris (*Gaz. méd. du centre*, 15 oct. 1919) a construit un chlorurimètre, avec lequel le praticien peut, en outre, doser l'albumine urinaire. Ce chlorurimètre est en réalité un tube genre d'Esbach, qui porte dans sa moitié supérieure, une échelle numérique relative à la recherche des chlorures urinaires. Celle-c s'effectue ainsi : on verse l'urine dans le tube jusqu'au trait gauche marqué U. On y ajoute ensuite le réactif au bichromate de potasse jusqu'au trait gauche marqué R. Voici la formule de ce réactif :

Bichromate de potassium	2 gr.
Acide acétique	3 gr.
Acétate de sodium	10 gr.
Eau distillée, q. s. p...	1000 gr.

Quand on a bien mélangé urine et réactif, on ajoute par petites quantités à la fois, la solution de nitrate d'argent à 20 gr. 075/1000. Il se produit un trouble rouge, qui disparaît d'abord par la réalisation complète du mélange. En ajoutant successivement quelques gouttes argentiques, la teinte s'accentue, dure plus longtemps, pour finalement persister. C'est à ce moment qu'on peut lire sur l'échelle, en grammes, la quantité de chlorure contenue dans un litre de l'urine examinée.

La recherche quantitative de l'albumine s'effectue avec le même tube, en utilisant les traits U et R et l'échelle numérique placés à droite du tube.

Ce procédé paraît fort ingénieux, commode dans son emploi et méritait d'être signalé aux praticiens, qui n'ont pas toujours à point nommé sous la main le laboratoire qui pourrait leur faire l'*analyse rapide dont ils ont besoin*.

Rétrécissement mitral hérédo-syphilitique.

M. Nathan (*Bulletin méd.*, 13 déc. 1919) a observé dans la même famille trois sujets (frères et sœur) atteints de rétrécissement mitral pur, chez lesquels l'hérédo-syphilis a pu être mise en évidence, et se traduisait, pour deux d'entre eux, par de la spondylite douloureuse.

Il en déduit les remarques suivantes : « 1° « Ce fait, que nous croyons unique, de trois cas « de rétrécissement mitral dans la même famille. « Ces malades ont tous les trois belle apparence « avec une taille très supérieure à la normale.

« 2° La prédisposition de la spécificité pour le « rachis. Non seulement le frère et la sœur « sont atteints de spondylite, mais une autre « sœur aurait présenté une spondylite pour « laquelle elle aurait été plâtrée pendant plu- « sieurs mois, et la mère souffrirait actuellement « de douleurs rachidiennes avec tendance à « l'enkylose vertébrale.

« 3° Chez les deux malades, la spondylite « s'est améliorée par le traitement mercuriel. »

La réaction fébrile post-opératoire des paludéens.

M. G. Brun attire l'attention (*Presse méd.*, 13 déc. 1919) sur les élévations thermiques considérables qu'on observe habituellement le soir d'une opération qu'ils viennent de subir, chez les paludéens chroniques, et qu'il faut savoir reconnaître afin d'éviter de les mettre sur le compte de l'intervention, et d'en chercher la cause au niveau de la plaie.

Ces élévations thermiques ne sont ni précédées de frissons, ni suivies de sueurs profuses. Elles marchent avec un état général excellent, et ne s'accompagnent pas d'une accélération parallèle du pouls qui demeure vibrant, bien frappé, avec une fréquence qui ne dépasse pas 100.

On prévient ces accès dont la cause n'a pas encore été déterminée, en soumettant les anciens impaludés en imminence d'opération dans les deux ou trois jours qui précèdent à une injection intramusculaire de 1 gr. de bichlorhydrate neutre de quinine,

Au cas où cette injection n'a pu être faite, si le thermomètre monte, le soir de l'opération, vers 40° et si le malade présente du paludisme dans ses antécédents on pratiquera immédiatement la même injection quinique.

Cette notion est importante à connaître pour le praticien qui se trouve appelé désormais à soigner des malades auxquels la guerre a apporté le paludisme.

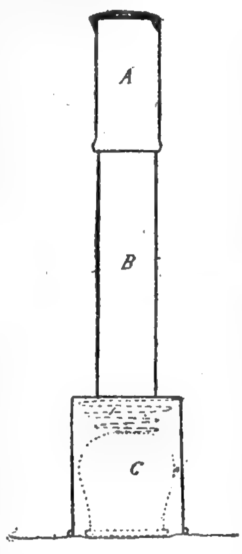
G. D,

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Une nouvelle ventouse.

En visitant l'hôpital Beaujon.

Dans le service de M. le Professeur Albert Robin, nous assistâmes, il y a quelques jours, à la démonstration et à l'application d'un petit appareil à placer les ventouses, appareil qui, d'emblée, prendra sa place dans « l'Arsenal du Praticien ».



Imaginez une pompe à bicyclette A. B. dont l'extrémité inférieure C, renflée, permet l'introduction d'un petit gobelet du volume de ceux qui, dans certains restaurants, contiennent la confiture de votre dessert.

Le gobelet étant en place, coiffé de la partie renflée de votre pompe *aspirante*, vous actionnez celle-ci, une fois, deux fois.... suivant la prise que vous voulez obtenir.

Pas de feu, pas de verres cassés, pas de robinets, pas de raccords.

Des malades pusillanimes, enfants, jeunes femmes, sont souvent effrayés à la vue de l'appareillage habituel : le feu qui va, pensent-ils, fatalement les brûler...

Combien, en outre, de commencements d'in-

cendie n'a-t-on pas constaté avec l'ancien système, incendie d'autant plus dramatique qu'il a lieu auprès d'un malade immobilisé ?

Combien, enfin, de petites brûlures involontaires que certains épidermes ne nous pardonneront jamais..... ?

— Au cas d'urgence, on s'affole : tantôtc'est le coton, tantôt c'est l'alcool qui manque ou, plus souvent encore, ces temps-ci, l'allumette qui ne prend pas...

Rien de tout cela avec l'appareil que faisait fonctionner l'externe de Baujon.

Le tuberculeux sur qui on en faisait l'application reçut, en deux ou trois minutes, une vingtaine de ventouses dont l'aspiration fut *celle même que l'on désirait obtenir*.

La scarification étant faite, sous le vieux *modus faciendi*, très rapidement, l'action du vide ne se faisait plus sentir et vous retiriez votre ventouse à peine au quart utilisée. Nouvelle application avec feu, etc.

A. Baujon (je parle de cet hôpital, mais il est vraisemblable que ce petit appareil doit être employé dans d'autreshôpitaux) à Baujon, disons-nous, la scarification étant prête, le verre étant placé, l'appareil fonctionne comme nous l'avons expliqué ci-dessus et vous ne retirez votre verre qu'au moment où il ne peut plus contenir de sang. Désirez-vous continuer votre saignée ? Vous appliquez un second verre, toujours par le même procédé, ainsi de suite...

En terminant, nous exprimerions un desideratum. Pourquoi ce verre ne serait-il pas gradué ? Le praticien se rendrait, ainsi, compte du volume de la saignée qu'il vient de pratiquer.

Dr R. MOLINÉRY.

II

Les émissions sanguines dans la congestion cérébrale.

Plusieurs cas, dont un récent, nous ont montré ce détail : pendant l'émission sanguine, l'hémiplégie s'aggrave quelquefois, surtout quand elle est faite près de la lésion, par exemple derrière les oreilles.

Le client et son entourage peuvent n'être pas satisfaits et s'en souvenir. Et comme il s'agit d'affections à rechutes.....

Pourquoi cette aggravation sus-dite ? Comme e docteur Satre (*Concours médical* du 26 octobre 1919), je l'ignore encore.

Que faire ?

Tenir compte des préjugés de l'entourage. Si l'on semble y croire qu'une saignée (par sangsue) derrière l'oreille, est le remède souverain ou d'urgence, tout va bien.

Si l'on n'y connaît pas encore ce mode de traitement, et que vous croyez devoir faire la saignée haute, prévenez-le de l'aggravation possible, en déclarant qu'elle « ne sera qu'apparente » (est-ce bien sûr ?)

Le mieux : recourir à l'émission sanguine plus éloignée des centres nerveux. Il se peut que dans ce cas encore, on retrouve les défaillances.

Cela ne nous est pas arrivé.

Dr PERDRIGÉ.
(de Nice).

III

Le traitement du chancre mou.

Je viens de lire dans le dernier numéro du *Concours*, page 2207, colonne I, plusieurs traitements du chancre mou.

J'estime, par expérience, que les antiseptiques ont plutôt une action nocive et retardatrice sur la cicatrisation.

Voici un procédé qui, bien appliqué, réussit à merveille :

1° Nettoyage soigné du chancre à l'éther ;

2° Application d'un tampon imbibé d'une solution de cocaïne ou novocaïne à 2 ou 5 % ;

3° Lorsque l'anesthésie est complète, application d'air chaud (1 ou 2 minutes), juste sur le chancre. Les tissus brunissent ; c'est le résultat désiré ; aussi, arrêter l'application à ce moment ;

4° Ensuite, saupoudrer le chancre de sérum desséché.

Petit pansement.

Le malade devra, matin et soir, après lavage avec la solution suivante :

Eau de chaux.........	4 cuil. à soupe.
Na Cl................	1 cuil. à soupe.
Eau bouillie..........	1 litre,

saupoudrer le chancre avec le sérum.

En quelques jours, le chancre est guéri et les réactions ganglionnaires exceptionnelles.

Application tous les trois jours.

L'appareil est très simple et a été construit sur mes conseils.

Il se compose d'un tube de métal de la grosseur d'un crayon ouvert à un bout, et terminé, à l'autre, par une olive permettant d'adapter la poire d'un thermo. A l'intérieur, se trouve un fil de platine ou de fer, enroulé en tire-bouchon et, sortant du tube. Isoler avec de l'amiante. J'adapte ce petit appareil sur le manche porte-cautère universel. Il n'y a plus qu'à régler la résistance avec le rhéostat, et souffler plus ou moins vite, selon qu'on veut un courant d'air tiède ou chaud.

Dr G. ROUSSEL.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

I

Dr E. Roux. — **Les affections prurigineuses d'origine interne et les eaux de Saint-Gervais-les-Bains.**

Les affections prurigineuses d'origine interne (prurits, prurigo, eczéma prurigineux), ont à leur base deux éléments pathologiques fondamentaux. :

1° Un élément *d'ordre nerveux*, névropathique, caractérisé par une sensibilité générale exagérée, une *irritabilité générale* et *cutanée.*

2° Un élément *d'ordre toxique* (auto-intoxication). Cette intoxication est très complexe et provient soit de l'*alimentation*, soit de troubles internes consécutifs au mauvais fonctionnement des viscères :

a) *Tube digestif* (fermentations par stase alimentaire, constipation, dyspepsies gastro-intestinales ; *b*) *Insuffisance intestinale* (phénomènes anaphylactiques alimentaires chroniques ; *c*) *Insuffisance hépatique* ; *d*) *Insuffisance rénale* ; *e*) *Auto-intoxication de cause intime indéterminée.*

Ces deux ordres de phénomènes ont été observés et leur association rangée par les anciens auteurs, sous le nom de *neuro-arthritisme* ou *herpétisme.*

Les Eaux de Saint-Gervais constituent le traitement empirique et scientifique des maladies prurigineuses de la peau — avec ou sans lésion cutanée — ayant à leur origine une intoxication d'ordre organique, sur un terrain névropathique (neuro-arthritisme ou herpétisme).

Leur action *empirique* est démontrée par des faits d'observation depuis un siècle ; elle est actuellement classique. On l'explique scientifiquement, en l'état actuel de la science, par :

1° *L'usage externe* de l'eau qui produit une *sédation*, au moyen de la thermalité, la durée de l'application, l'action locale du *bromure*, de l'*azote*, la présence à dose infime de *sulfure de sodium*, l'action encore inconnue électro-dynamique et radio-active.

2° *L'usage interne* de l'eau (effet sédatif, laxatif et diurétique), par le *bromure*, les *chlorures*, les *sulfates*, l'*acide carbonique*, la *potasse* et la *lithine.*

D'où les indications suivantes des Eaux de Saint-Gervais :

a) *Principales* : prurits simples, prurigo de Hebra , eczémas prurigineux et irritables, séborrhéides, psoriasis irrités .

b) *Secondaires* : acnés et furonculoses ; dyspepsies gastro-intestinales et constipation, le rhumatisme chronique, et la sciatique.

Dr Edouard Barnaud. — **Résultats éloignés du traitement chirurgical dans le cancer de l'utérus. Etude comparée avec la radiumthérapie.** (Thèse de Lyon, 1919).

Dans ce travail, l'auteur compare les résultats obtenus par l'hystérectomie abdominale et la radiumthérapie.

L'exérèse reste la méthode de choix dans les cas où l'utérus est mobile, les paramètres, le vagin, ainsi que les ganglions non envahis. La radiumthérapie doit être employée pour les cancers inopérables et les cancers récidivés.

Mais on peut, et c'est même une précaution utile, que de faire de la radiumthérapie secondaire dans les cancers opérables et de la radiumthérapie primitive dans les cancers à la limite de l'opérabilité afin qu'on en puisse faire l'exérèse lorsqu'ils sont améliorés et rendus opérables.

Dr André Guédel. — **Deux observations de gommes syphilitiques du cerveau.** (Thèse de Lyon, 1919).

Pour André Guédel, la gomme du cerveau,bien que formation excessivement rare, doit et peut être distinguée cliniquement des autres accidents de syphilis encéphalique parce qu'elle se présente avec des symptômes de tumeurs. Elle évolue d'ailleurs comme elles et il semble qu'elle soit rebelle à la thérapeutique antisyphilitique.

Dr Henri Lauquin. — **Plaies associées du rectum et de la vessie par armes de guerre.** (Thèse de Lyon, 1919).

Henri Lauquin a profité de son expérience de la guerre pour faire un travail sur des blessures extrêmement rares : les plaies associées du rectum et de la vessie. Après avoir étudié l'étiologie, l'anatomie pathologique, les symptômes et les complications des plaies associées du rectum et de la vessie, l'auteur recommande la laparotomie pour les trajets intra-péritonéaux ; le nettoyage des plaies d'entrée et de sortie, le drainage de la vessie et du rectum pour les trajets intra-pelviens peu larges ; enfin la suture de la brèche vésico-rectale pour les larges trajets intra-pelviens.

Dr Gabriel Gensollen. — **Cancer aigu à type d'actinomycose cervico-faciale.** (Thèse de Lyon, 1919).

Travail très documenté, fort bien exposé, et dont les conclusions peuvent être consultées avec fruit par tous ceux qu'intéresse la question du cancer.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Union des Syndicats Médicaux de France.

Assemblée générale des 12 et 13 décembre 1919.

I

CONCLUSIONS DU RAPPORT DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

Organisation de l'Union des Syndicats Médicaux.

L'Assemblée Générale de l'Union des Syndicats médicaux, réunie les 12 et 13 décembre 1919,

Considérant la nécessité de donner au Conseil de l'Union les moyens d'action nécessaire ;

Approuve les propositions qui lui sont faites d'organisation du Secrétariat, avec un Secrétaire général et des secrétaires adjoints, en nombre suffisant et rémunérés ;

Extension des locaux et création de postes d'employés sténo-dactylographes — installation correspondant aux nécessités du travail à effectuer.

Réunions mensuelles du Conseil.

Invite, en outre, les Syndicats à procéder, de même, à la mise au point de leur organisation de travail, de façon à ce que la besogne soit répartie entre un plus grand nombre de militants.

Des documents seront fournis par l'Union et aussi par l'archiviste de chaque Syndicat : collection de bulletins, etc...

Décide, en outre, de soutenir les *Associations Corporatives* d'étudiants en médecine, avec lesquelles les Syndicats sont invités à établir des relations confraternelles.

Des moyens financiers seraient votés dans ce but.

Action de l'Union.

L'Assemblée générale approuve l'action menée par le Conseil d'Administration, depuis l'Assemblée de juillet, action conforme à la doctrine syndicaliste et constate, avec joie, l'accroissement des forces syndicales qui, de 151 Syndicats, en 1914, sont passés à 186 au 1er décembre 1919, et de 7.800 membres à plus de 10.000.

Décide de redoubler la propagande et, dans ce but, charge le Conseil de l'Union d'organiser une « *Semaine de propagande* » pour laquelle seront utilisés : tracts, brochures, conférences, bulletins à gros tirage, etc. ; moyens qui seront mis en œuvre par le Conseil de l'Union lequel, en même temps, fixera la date de cette action.

Cette organisation sera faite en accord avec les Syndicats locaux.

Tactique.

L'Assemblée générale considérant la situation grave qui provient de la nécessité d'organiser la médecine sociale en France, et des tentatives des Pouvoirs Publics, des Grandes administrations, des Grandes Sociétés, de créer un type d'organisation sociale de médecine qui mène au fonctionnariat ;

Considérant que ce type d'organisation n'a pu aboutir, jusqu'ici, qu'à créer une façade plus ou moins masquée par des mots de philanthropie et des promesses électorales ;

Que ce type d'organisation doit ses défauts à ce fait que, *construit en dehors du terrain technique* et répondant à des données financières ou politiques, il *dissocie*, au lieu de les associer, les intérêts des malades, des médecins et de l'Etat ;

Considérant que, seule la structure syndicaliste est capable d'*associer* les intérêts des malades, les intérêts publics et les intérêts de la Profession médicale ; qu'elle seule est construite sur *le terrain des réalisations techniques* qui associe ces intérêts ;

Décide, qu'en général, l'action du Corps médical organisé sera dirigée vers la réalisation de la structure syndicaliste, dans tout ce qui intéresse techniquement la Profession médicale.

C'est en s'appuyant sur ces principes, maintes fois précisés par les Assemblées et les Congrès, que l'Assemblée générale *donne mandat au Conseil d'Administration de poursuivre partout* l'obtention de *contrats collectifs*.

Chaque Syndicat devra *traiter* au nom de ses membres, dans les contrats locaux, l'Union traitant au nom de tous les Syndicats, dans les contrats qui intéressent la généralité des Syndicats.

L'Assemblée Générale fait un appel pressant aux médecins pour qu'ils résistent aux sollicitations dont ils sont l'objet, de la part des Administrations, des Grandes Sociétés financières, ou de l'Etat, et qu'ils s'adressent au Syndicat Médical, qui, seul, peut les protéger et leur éviter l'asservissement.

L'Assemblée générale, prenant acte de l'attitude générale des Grandes Administrations, des Grands Patrons et de l'Etat qui se refusent à

traiter, soit avec les Syndicats, soit avec l'Union des Syndicats, quand la loi leur en fait une obligation absolue ;

Décide de s'adresser aux Groupements Syndicaux d'ouvriers, d'employés de l'Etat, de Techniciens et d'étudier, avec eux, l'organisation de l'hygiène et de la médecine sociale, et d'établir, avec eux, la collaboration que la forme administrative et patronale refuse aux praticiens.

L'Assemblée Générale fait siennes, à ce propos, les décisions de l'Assemblée générale de juillet et donne mandat au Conseil d'Administration de l'Union de continuer les pourparlers engagés avec l'U. S. T. I. C., avec la Fédération du sous-sol,et d'entrer en contact avec la Fédération des Métaux, la Fédération des Employés des Postes, la Fédération des Fonctionnaires, des Cheminots, etc...

Office des Postes.

L'Assemblée Générale considérant la nécessité d'établir, dans le pays, une meilleure répartition des postes médicaux, de soustraire la profession aux influences politiques ou confessionnelles et aussi, aux agences de placement.

Donne mandat au Conseil de l'Union de procéder à l'organisation effective de « l'Office des Postes Médicaux » dont les rouages seront critiqués et mis au point, pour satisfaire aux besoins suivants :

a) Documenter les médecins sur les Postes vacants ou à créer ;

b) Etablir le contact pour les cessions de clientèle ;

c) Fournir des remplaçants, par l'intermédiaire des Associations Corporatives d'Etudiants en médecine.

Médecine sociale.

L'Assemblée Générale,considérant la nécessité, pour le Syndicalisme, d'aborder la réalisation des problèmes de médecine sociale, après l'établissement d'un plan technique, aussi précis que possible, plan qui ne peut être conçu, sous la poussée éducative des évènements, que par les médecins eux-mêmes ;

Décide que seront constituées à Paris, par le Conseil de l'Union, de grandes Commissions techniques où l'on s'efforcera de réunir les éléments les plus qualifiés, pour chaque branche technique.

Les travaux des Commissions seront adressés aux Syndicats, sous forme de rapports, ou publiés par un organe technique dont le Conseil de l'Union est invité, dès maintenant, à préparer la création.

Les Syndicats sont, eux-mêmes, invités à établir, dans leur sein, des Commissions techniques qui travailleront en collaboration avec les Commissions centrales.

Ces Commissions seront :

a) *Hygiène sociale* ;

b) *Hygiène infantile et puériculture. Hygiène scolaire* ;

c) *Hygiène urbaine et rurale* ;

d) *Hygiène industrielle* ;

e) *Hygiène de la production alimentaire.*

Régions dévastées.

Défense sanitaire.

a) Lutte antituberculeuse ;

b) Lutte anti-syphilitique ;

c) Organisation générale de lutte contre les maladies sociales.

d) Défense sanitaire dans le cadre du département et défense contre les grandes épidémies : organisation internationale de défense sanitaire.

Organisation technique de la profession.

a) Pratique médicale, en France, sous ses différents aspects, campagnes,villes, divers moyens, chirurgie, spécialité, etc., hôpitaux, cliniques, etc.

L'enseignement médical.

Coopérative.

L'Assemblée générale, comprenant l'aide que peut apporter à l'action syndicaliste, la Coopérative, aussi bien dans l'étude et dans la préparation des installations techniques que dans la lutte contre la vie chère.

Invite les Syndicats à faire connaître la Coopérative « Le Trait d'union médical » et le Conseil d'Administration à faire toute propagande dans ce but.

L'Assemblée générale fait siennes les motions votées par l'Assemblée Générale de juillet 1919.

a) Concernant la nécessité, pour les Syndiqués, de n'entrer dans une Commission qu'avec un mandat exprès d'un groupement syndical, s'il s'agit d'une affaire locale, ou de l'Union des Syndicats, s'il s'agit d'une question intéressant le Corps Médical tout entier.

b) Concernant l'enquête à mener sur l'organisation du S. S. pendant la guerre.

c) Concernant la médecine dans les Régions dévastées, et donne mandat au Conseil de préparer un Congrès, à la date la plus rapprochée possible.

L'Assemblée Générale décide, en outre, de réclamer l'application stricte de la loi de 1892, sur l'exercice de la médecine, la suppression des « dispenses » et la transformation des diplômes d'université en diplômes d'Etat, d'appuyer les idées du Syndicat médical de Bordeaux.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales.

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arcachon : Cazaban, Dechamp.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu : Ricoux.
Beausoleil : Audoly, Pizard P.,
Biarritz : Berne, Clave[1] Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles, Baradat, Bayle, Fournier, Kent-Gazet, Seytre, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Frank-Duprat, Comoy, Oudaille.
Cap d'Ail : Lyons.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Durond, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Jaubert.
Menton : Jean Fornari aîné, P. de Langenhagen.
Monte-Carlo : Vivant.
Rousses (Les) : Dumont A.
Nice : Ardoin, S. Baudry (*oculiste*), Bermondy, Bernarbeig, Cauvin (*oculiste*), Constant, Deléage, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Gruzu, Laugier, Larue, Leblanc, Leriche Emile, Liotard, Martinaud, Piétri, Rosanoff, Seney, Sorel (*gyn. chir.*), Stefani.
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy, Gain.
St-Raphaël-Valescure Caldaguès, Vadon.
Toulon : Gilbert Pignet (*urologie dermatologie*).

AVIS

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 en timbres pour frais de réimpression de bande.

I

Rapport sur la revision du Tarif Dubief.

Par le Dr Fernand Decourt.

I. — Ou nous en sommes.

Nous ne reviendrons pas sur les faits antérieurs à la dernière Assemblée Générale de l'Union des Syndicats Médicaux de France. Rappelons simplement l'ordre du jour qui y fut voté à ce sujet :

« L'Assemblée Générale de l'Union des Syn-
« dicats médicaux de France, réunie le 12 juillet
« 1919,

« Après avoir entendu les explications du
« Rapporteur, sur la question du tarif Dubief,

« Estime que la majoration de 100 %, proposée
« pour ce tarif, est insuffisante et ne pourrait,
« tout au plus, être acceptée qu'à *titre transi-*
« *toire*, d'une façon toute provisoire et pour un
« temps limité. »

Quelques jours plus tard, le 17 juillet, une nouvelle réunion de la Commission du Tarif Dubief avait lieu au Ministère du Travail. Mandatés par l'ordre du jour ci-dessus, les Délégués des médecins déclarèrent, après une longue discussion, qu'il leur était impossible, en tous les cas, d'accepter une majoration inférieure à 100 %. Le Président de la Commission, le sénateur Bienvenu-Martin, fut alors nommé comme arbitre et c'est ainsi que le 29 juillet, il rendit la *décision* suivante qui parut dans le *Journal Officiel* du 1er août 1919, page 8.009 :

« Le tarif actuellement en vigueur est ma-
« joré de 100 % à dater du 1er avril 1919, sauf
« en ce qui concerne les frais réglés avant le jour
« du présent arbitrage.

« Cette majoration aura effet jusqu'au 1er
« janvier 1920 et elle sera prorogée de 3 mois
« en 3 mois si elle n'est pas dénoncée par une
« des parties, un mois avant la fin de chaque
« période. »

La situation était donc ainsi réglée provisoirement. On se mettrait à l'étude de la Révision du Tarif, en détail, après les vacances, par le moyen d'une sous-commission, nommée dans ce but, en juillet, par la Comimssion plénière et ainsi composée : Représentants des médecins : Drs Cayla et Decourt ; Représentants des assureurs : MM. Delmas et Sagot ; Membres neutres : MM. Ginisty et Sumien, ce dernier Président de la Sous-Commission.

Et c'est ainsi que celle-ci, dans les débuts de novembre, fut réunie au Ministère et que les Représentants des Assureurs demandèrent à ceux des médecins quelles propositions ils avaient à présenter, en vue d'élaborer le nouveau tarif.

Que pouvaient répondre les Délégués médicaux à cette mise en demeure ? Quelles que fussent leurs idées personnelles et les propositions qui, personnellement, leur semblaient pouvoir être faites, allaient-ils exposer officiellement les unes et les autres, alors qu'ils devaient parler au nom du Corps Médical qui aurait ainsi été engagé dans des négociations — si graves pour son avenir — sans avoir été consulté et sans avoir été à même de donner son avis ?... Evidemment, non.

Aussi, dès le début de la réunion, les deux Délégués demandèrent, au nom de l'Union des Syndicats Médicaux de France, que l'étude du nouveau Tarif fût remise à fin décembre, après l'Assemblée Générale de l'Union, afin que les médecins syndiqués aient pu faire entendre leurs voix et donner les directives nécessaires à la révision proposée ; ce qui fut admis d'un commun accord.

Tout semblait ainsi convenu, lorsque, le 14 novembre, *le Président de la Réunion* des Assureurs écrivait au Ministre du Travail la lettre suivante :

« Monsieur le Ministre,

« J'ai l'honneur, au nom de la Réunion des As-
« sureurs contre les Accidents du Travail, de dénoncer
« par la présente lettre recommandée, pour le 31
« décembre prochain, l'Accord intervenu, le 29
« juillet dernier, entre MM. les Représentants de
« l'Union des Syndicats Médicaux de France et
« nous, sous le haut arbitrage de Monsieur Bienvenu-
« Martin.

« Il nous a semblé, en effet, que cet accord, dans
« la pensée même de ceux qui l'ont proposé et
« accepté, devait cesser à la fin de l'année courante,
« ne fût-ce, entre autres raisons sérieuses déjà ex-
« posées, que pour tenir compte des objections
« formulées contre la valeur juridique de cet ac-
« cord.

« Dans ces conditions, il vous apparaîtra proba-
« blement, Monsieur le Ministre, qu'il est urgent,
« pour arriver en temps utile à une solution équi-
« table, désirée par tous, de réunir la sous-commis-
« sion qui a été constituée pour préparer, sur le
« désir manifesté par MM. les médecins (afin de le
« soumettre à la Commission prévue à l'art. 4 de
« la loi du 9 avril 1898) un nouveau tarif médical.

« Je n'ai pas besoin d'ajouter que les représen-
« tants des assureurs feront preuve, dans la prépa-
« ration de ce tarif, du plus grand esprit de concilia-
« tion et qu'ils se rallieront à toute demande qui
« tiendra compte des intérêts divers en présence.

« Veuillez agréer. ....

« Le Président,
« Delmas. »

Etait-ce là, non pas une rupture de contrat puisque les Assureurs avaient le droit de le dénoncer pour le 1er janvier, mais du moins une brutale reprise des « hostilités » pour ainsi dire,

alors qu'une certaine atmosphère de conciliation et de concessions mutuelles semblait planer depuis quelque temps sur les délibérations de la Commission du Tarif ? Pour s'en rendre compte, le Secrétaire général de l'Union demanda au Président de la sous-commission qu'une entrevue officieuse ait lieu entre les représentants des divers intérêts en présence. Celle-ci eut lieu le 21 novembre dernier.

Des explications échangées, il fut loisible de conclure que cette dénonciation avait été, de la part des Assureurs, une simple « assurance » prise contre des atermoiements possibles et des retards trop prolongés, dans l'élaboration d'un nouveau tarif.

Il fut donc convenu que, dans le cas où l'accord serait conclu avant le 1er avril, la dénonciation serait annulée, en quelque sorte, par une rétroactivité reportée au 1er janvier, le nouveau tarif ne fût-il sanctionné par le Ministre qu'en avril 1920. De plus, dans le courant de janvier, la sous-commission commencera ses travaux et s'efforcera de terminer avant la fin de mars. Les médecins seront prévenus par l'Union, de ne pas envoyer leurs notes (pour les soins postérieurs au 1er janvier) avant le Décret ministériel concernant le nouveau tarif.

Enfin, dans le cas où certains médecins désireraient un règlement plus hâtif, le 100 % pourrait continuer à être admis de part et d'autre en attendant l'apparition du nouveau tarif.

Voilà où nous en sommes. Il faut maintenant exposer à l'Assemblée Générale de l'Union les idées générales qui nous semblent pouvoir nous guider dans la Révision du Tarif actuel. Nous demandons l'avis des Confrères syndiqués afin que, d'après leurs votes, nos Délégués aient des directives certaines et soient nettement mandatés lors de la reprise des pourparlers à la sous-commission.

II. — Lignes générales d'un nouveau tarif.

Nous ne pouvons naturellement entrer dans les mille détails d'un nouveau tarif. Ce serait d'ailleurs aller contre les intérêts même du Corps Médical que de les publier dès maintenant, comme un joueur qui commencerait par étaler ses cartes sur la table. Il est, toutefois, certaines lignes générales sur lesquelles il importe de nous mettre bien d'accord, au préalable, afin que nos Délégués puissent évoluer sur un terrain solide. Certains desiderata ont été déjà exposés par le même Rapporteur, lors de l'Assemblée Générale de juillet : nous reviendrons brièvement sur ceux-là tout d'abord.

A. Suppression de la troisième catégorie. — Que les médecins résidant dans une localité de moins de 5.000 habitants voient, par ce fait, le chiffre de leurs honoraires *réduits de moitié* sur celui des confrères de Paris et des grandes villes, et d'un tiers sur ceux des villes de province, c'est là une injustice intolérable.

On avait expliqué cette anomalie (reconnue comme « transitoire par la Commission de 1905, il y a près de 15 ans), en disant que les frais du médecin sont beaucoup moins grands à la campagne. Ce fut peut-être réel jadis ; mais *les autos ont causé une révolution économique dans la profession médicale à la campagne.* Devenus indispensables, si l'on veut simplement maintenir sa clientèle — devient un client qui veut être désormais « servi vite », les autos causent au budget du praticien de campagne 8 à 10.000 francs de frais de transport annuels, aux prix actuels. L'« abaissement » spécial pour eux du Tarif Dubief est donc une iniquité qu'il faut, avant tout, abolir.

Nous devons exiger la suppression de la 3e catégorie de prix d'honoraires, ainsi, d'ailleurs, que cela existe dans le Tarif proposé par l'Union pour les *Pensionnés Militaires,* tarif qui d'ailleurs, peut nous servir de modèle et d'exemple, d'un bout à l'autre, comme nous allons le voir dans la suite.

B. Décompte des indemnités kilométriques. — Actuellement, les kilomètres parcourus sont comptés « entre la limite de la commune de la résidence du médecin et la mairie de la commune où est traité le blessé. » Prenons un exemple qui m'est personnel : à 6 kil.1/2 de chez moi, se trouve une localité au bord de laquelle vient mourir le territoire de ma commune. Aller et retour, j'ai 13 kil. de route pour visiter un blessé. Or, d'après le Tarif Dubief, j'ai droit à 1 fr.50 de visite et... rien pour mon déplacement. Trente sous pour une telle visite !!! alors que le voiturier demande 8 francs (pourboire en sus) ! Est-ce se montrer révolutionnaire que de demander qu'on décompte les kilomètres « *du domicile du blessé au domicile du médecin le plus proche* ? » Ce qui est facile à établir, en cas de contestation, même sur une carte.

C. Suppression du cumul. — Depuis si longtemps déjà que nous nous sommes spécialisés, en quelque sorte, dans l'étude de l'application du Tarif Dubief, cette idée de la suppression du cumul, dans un nouveau tarif, nous était devenue chère, par suite de la constatation que nous avions pu faire que 80 % des litiges, par contestation de notes d'honoraires, provenait de ce fait. Il s'était ainsi créé, autour des accidents du travail, une atmosphère pénible pour le Corps Médical, qu'on accusait, en bloc, d'abus intolérables et où s'épanouissait la légende d'une légion de « médecins marrons » pressurant, jusqu'à extinction, les Caisses des Compagnies d'Assurances.

Nous ferons remarquer, tout d'abord, qu'on



aurait mauvaise grâce à exagérer le nombre de certains abus, condamnables sans doute, mais explicables, après tout, avec un tarif de famine où l'on ose taxer des visites à trente sous et des consultations à vingt sous ! C'est précisément le tarif lui-même qui est le grand coupable, en l'espèce, avec ses propres abus de « modicité » et c'est en rémédiant à ceux-ci qu'on supprimera les autres qui n'en sont que les dérivés directs.

Nous avons, à l'Union, entrepris la tâche *d'assainir* le Tarif Dubief. Nous voulons un exercice de la médecine des accidents du travail qui soit tel que le praticien se trouve, désormais, à l'abri de toute tentation de majorer un taux de visite par trop infime en y ajoutant, pour chacun de ses gestes, un supplément parfois insuffisamment justifié. C'est pourquoi (de même que dans le tarif pour les Pensionnés militaires), nous demandons la suppression, dans le Tarif Dubief, de certaines allocations supplémentaires, alors qu'il s'agit d'un acte médical courant ou d'une petite intervention. De telles allocations n'ont d'ailleurs servi, jusqu'ici, que de prétexte ou d'excuse aux taux d'honoraires beaucoup trop bas établis par la Commission de 1905.

Aussi, est-il bien entendu que cette *suppression du Cumul pour les petites interventions a pour corollaire absolu une augmentation très notable du prix des visites et consultations.* Celui-ci devra être désormais assimilé à celui de la clientèle courante et mis également en rapport avec la valeur actuelle de l'argent. C'est précisément ce que nous, les Délégués de l'Union, nous avons proposé pour les Pensionnés militaires, je le répète, dont le tarif ne contient *aucun cumul*, chaque intervention, en dehors de l'acte médical courant, étant tarifée à part, tandis que les petites interventions sont comprises dans la consultation ou dans la visite.

Supprimons-nous, par là, toutes les contestations basées sur des accusations d'honoraires abusifs ?... Hélas ! non. Mais nous pensons pouvoir garantir que nous les diminuerons ainsi d'au moins 80 %.

Quant au reste, nous sommes prêts à nous faire les auxiliaires du droit et du juste, en offrant d'organiser, comme on va le voir, un contrôle régulier, efficace et opérant.

D. Institution d'un contrôle. — Pour être « opérant, » un contrôle médical technique doit s'exercer, non seulement sur les notes d'honoraires, ce qui est souvent une simple question de chiffres, basée sur des faits *passés* et considérés comme acquis, mais encore — et surtout — sur ces faits eux-mêmes, au moment où ils ont lieu, où ils sont *présents*, visibles, tangibles.

Il en résulte que, chaque fois que s'impose une intervention médicale comprenant une allocation spéciale, autre que celle de la visite ou consultation, le responsable du paiement des honoraires (le patron ou son représentant) *doit en être prévenu.* Il le sera d'avance, s'il n'y a pas d'urgence, ou, dans le cas contraire, tout aussitôt après, et, dans tous les cas, il sera toujours mis au courant de la nécessité d'une *série* probable d'interventions successives. Y a-t-il une série probable de grands pansements, longs et minutieux, à prévoir: dès l'origine, le médecin traitant le mentionnera dans son certificat d'accident (qui deviendra alors un certificat descriptif et payé comme tel).

Sera-ce plus tard, au cours du traitement, ce pronostic fera l'objet d'un certificat descriptif spécial. Il sera loisible au patron ou à son représentant, de mettre en rapport, s'il le désire, son propre médecin avec le médeein traitant du blessé pour s'enquérir des faits et mettre hors de conteste, pour l'avenir, la légitimité soit d'une opération, soit d'une série quelconque d'interventions spéciales. C'est là une question technique à mettre au point entre deux techniciens, en dehors de tout tribunal possible.

Si, par hasard, les deux techniciens venaient à ne pas être d'accord, ce qui nous semble devoir être plutôt rare quand il s'agit de faits présents, il sera toujours facile de recourir à une *Commission d'arbitrage* dont la création nous semble devoir s'imposer dans chaque département. Cette commission composée de techniciens, les uns représentants des Syndicats Médicaux, les autres représentants des patrons et assureurs, examinera les notes d'honoraires contestées, d'une part et de l'autre pourra, en cas de besoin, envoyer sur place un délégué qui arbitrera le litige « sur pièces » pour ainsi dire, par un examen direct du blessé en cours de traitement.

D'ailleurs est-il besion d'insister longuement sur les modalités de cas d'arbitrage ? Là encore, nos Confrères n'ont qu'à se reporter à l'étude qui a paru sur ce sujet dans le numéro d'octobre du *Médecin Syndicaliste* où notre Secrétaire Général, Lafontaine, a si judicieusement établi les bases d'un contrôle actif opérant, au sujet du tarif des soins aux Pensionnés de guerre.

Qu'il s'agisse d'accidentés de la guerre ou d'accidentés du travail, la situation est la même au sujet des soins médicaux.

Qu'il s'agisse de l'Etat responsable ou d'un patron également responsable, il nous a paru que la suppression du cumul et l'établissement d'un contrôle sérieux pouvaient être la source d'un esprit nouveau qui tende à supprimer toutes ces chicanes fâcheuses qui résultèrent de l'application du Tarif Dubief tel qu'il est établi actuellement.

S'il se présente encore des actes discutables, répréhensibles même, les tribunaux sont là. Et les Syndicats Médicaux seront les premiers à les réclamer contre un médecin défaillant, tout

aussi bien que contre un patron ou une Compagnie d'Assurance, qui refuseraient à un praticien la juste rémunération de ses services.

Mais nous espérons que, devant un tarif nouveau, établi en toute bonne foi, de part et d'autre, et plus judicieusement conçu que l'ancien, grâce à l'expérience acquise depuis 1905, nous arriverons à supprimer la plus grande partie des trop nombeux litiges qui se sont élevés jusqu'ici, et à enlever aussi dans la médecine des accidents du travail, tout semblant d'excuse à cette atmosphère pénible de suspicion, de récriminations et d'hostilité qui a imprégné trop souvent jusqu'ici les rapports entre les médecins et ceux qui ont en charge le paiement de leurs honoraires.

Dr FERNAND DECOURT.

III

Vœu présenté par le Dr GIRY,

Président de l'Association syndicale des médecins de Meurthe-et-Moselle.

Les médecins des Régions dévastées émettent les vœux suivants :

1° Que l'Union demande au Président du Conseil une entrevue pour lui exposer que les populations des Régions dévastées sont, souvent, privées de soins médicaux par suite de l'insuffisance des moyens de transport mis à la disposition des médecins, et réclamer que les facilités accordées aux industriels et aux cultivateurs soient étendues, d'urgence, aux médecins ;

2° Que l'Union demande au Ministère des Régions libérées qu'aucun poste médical ne puisse être créé dans les régions dévastées sans avis préalable des Syndicats locaux (Les Syndicats locaux doivent être représentés dans les Commissions chargées d'accorder l'allocation temporaire).

3° Que l'Union demande la modification de l'arrêté ministériel du 4 avril 1917, fixant le tarif des honoraires des expertises médicales faites en exécution de la loi du 28 avril 1916, que la tarification des examens des victimes civiles de la guerre soit établie en collaboration avec les Syndicats médicaux.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Cour de Cassation. — I. Loyer professionnel. — II. — Fonctionnaire et accident du travail.

Nous avons découpé, dans *Le Temps*, deux arrêts de la Cour de Cassation, qui intéressent les médecins.

Par le premier arrêt, la Cour suprême spécifie bien que le fait d'exercer une profession dans une partie d'un local d'habitation permet au locataire de faire proroger son bail, pour une durée légale à celle des hostilités, si le bail était antérieur à 1914.

Cet arrêt confirme donc la théorie que nous avons toujours soutenue, à savoir qu'un médecin qui, dans son appartement, ou maison, n'utilise que deux pièces pour sa profession, a néanmoins raison de prétendre que toute son habitation a le caractère professionnel et d'exiger la prorogation de son bail pour cinq années.

I. — *La loi sur les loyers et la prorogation des baux commerciaux ou industriels.* — On sait que l'article 56 de la loi du 9 mars 1918 sur les loyers confère aux locataires occupant les lieux loués en vertu d'un bail en cours au 1er août 1914 la faculté de proroger, pour une durée égale au temps écoulé entre le décret de mobilisation et le décret fixant la cessation des hostilités, les baux afférents à des locaux à usage commercial, industriel ou professionnel. Au contraire, pour les locaux à usage d'habitation, la durée de la prorogation ne peut être que de deux années.

Que faut-il décider lorsque, comme dans une quantité de cas, le locataire qui exerce un commerce, une industrie ou une profession, a, par un bail unique, loué un appartement ou un immeuble entier pour y exercer son commerce, son industrie ou sa profession et qu'il en a affecté une partie à son habitation personnelle ou à celle de sa famille ?

La difficulté a été soumise à la Cour de cassation sur le pourvoi d'un notaire qui avait loué un immeuble qu'il habitait et dans lequel deux pièces seulement étaient utilisées par lui pour l'exercice de ses fonctions. La commission arbitrale, saisie de sa demande de prorogation, avait décidé que la prorogation pour le laps de temps au-delà de deux années ne s'appliquerait pas à la totalité des locaux loués par lui, mais uniquement aux deux pièces lui servant à l'exercice de sa profession.

La chambre civile de la Cour de Cassation, présidée par le premier président, M. Sarrut, a cassé la décision de la commission arbitrale, déclarant que le bénéfice de la prorogation pendant une durée égale entre le décret de mobilisation et la date de la cessation des hostilités accordé au locataire qui exerce un commerce, une industrie ou une profession dans les locaux loués par un bail unique, ne peut souffrir

aucune restriction du fait qu'il en affecte une partie à son habitation personnelle ou à celle de sa famille.

II. — *Les fonctionnaires et les accidents du travail.* — Un agent de l'administration des postes et télégraphes avait été victime, au cours de ses fonctions, d'un accident qui lui avait occasionné une incapacité permanente et partielle. Il soutint qu'il avait été ainsi victime d'un accident du travail et invoqua le bénéfice de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

Après avoir été débouté par la Cour d'appel de Paris, de l'action qu'il avait, de ce chef, intentée contre l'Etat, il a formé un pourvoi en cassation.

La Cour de cassation a rejeté son pourvoi par un arrêt qui déclare que l'Etat, sauf les exceptions portées à l'article 32 de la loi du 9 avril 1898, est responsable des accidents du travail survenus à ses ouvriers et employés dans les conditions où le seraient les chefs d'entreprise, mais que ce principe ne saurait recevoir application à l'égard des fonctionnaires publics qui ne sont ni des ouvriers, ni des employés, et dont la situation, en cas d'accident résultant de l'exercice de leurs fonctions et les mettant hors d'état de continuer leurs services, est déterminée envers l'Etat par la *loi du 9 juin 1853 sur les pensions civiles* et envers les tiers par les règles du droit commun.

Ainsi, lorsqu'une administration de l'Etat, comme celle des postes et télégraphes, présente à la fois le caractère d'un service public et celui d'une entreprise industrielle, il y a lieu de faire une distinction : les agents et sous-agents du *cadre permanent* sont placés sous le régime des pensions civiles et ne peuvent pas invoquer le bénéfice de la loi sur les accidents du travail ; au contraire, les agents et sous-agents du *cadre auxiliaire* qui ne sont pas soumis au régime des pensions civiles sont protégés par la loi sur les accidents du travail.

L'agent des postes et télégraphes dont il s'agissait dans l'espèce appartenait au cadre permanent de l'administration. Il ne pouvait donc pas, pour l'accident dont il avait été victime, se prévaloir de la loi sur les accidents du travail.

Confrères, qui soignez des accidents du travail, faites bien attention, lorsque vous avez affaire à des employés des services publics. N'oubliez pas que la loi du 9 avril 1898 est applicable, lorsque l'Etat se présente comme un patron, un chef d'entreprise ordinaire. Si l'Etat le département ou la commune emploie des ouvriers, comme le ferait un simple particulier, le droit commun est applicable.

Mais, si le blessé est un fonctionnaire, c'est-à-dire un homme détenant une parcelle de l'autorité publique et ayant une retraite, c'est le régime du droit administratif qui est applicable.

Un exemple médical, pour faire saisir cette distinction : un médecin de l'Assistance médicale gratuite n'est pas un fonctionnaire : il a simplement fait avec le département un contrat de travail, par lequel il donne ses soins aux indigents, selon un tarif particulier : mais ce médecin n'a qu'à donner ses soins.

Au contraire, le médecin inspecteur de la protection du premier âge pourrait être considéré comme un fonctionnaire, bien qu'il ne touche pas de retraite.

Il ne soigne pas les nourrissons, mais doit inspecter les nourrices et au besoin les faire interdire, par voie d'autorité, si elles ne remplissent pas correctement leur tâche.

Est également un fonctionnaire, le médecin-directeur de bureau d'hygiène, qui, n'exerçant pas la médecine, inspecte au nom de l'Etat et fait prendre les mesures nécessaires de coercition pour protéger la santé publique (du moins en théorie).

Ce n'est pas parce qu'on passe un contrat de travail avec l'Etat, qu'on se fonctionnarise : il faut, pour devenir un fonctionnaire, que l'Etat, le département ou la commune vous délègue une partie de sa puissance et il faut que le contrat de travail soit tel, qu'en plus des appointements annuels, il y ait promesse de retraite au bout d'un certain nombre d'années.

Dr Paul BOUDIN.

HONORAIRES MÉDICAUX

A propos du Tarif Dubief.

I

J'espère qu'on va bientôt réviser le Tarif Dubief et avec l'énergie de l'Union des Syndicats nous aurons un tarif équitable.

Je désirerais attirer ici l'attention de ceux qui doivent défendre nos intérêts sur deux points qui prêtent à équivoque.

Le « Sou Médical » sait avec quel empressement les Cies d'Assurances saisissent les occasions de discussions.

1° Je voudrais que le tarif soit uniforme pour toute la France. Pourquoi payer la visite 1 fr. 50, 2 fr. ou 2 fr. 50 suivant différentes localités ? L'acte médical est le même, qu'il soit accompli dans un village, une petite ville, ou une grande ville ; les obligations de l'industriel sont les mêmes vis-à-vis de ses ouvriers : tous les Francais ont payé le même cruel impôt du sang ; pour être docteur en médecine il faut passer le même bacho, le même P.C.N., les mêmes nombreux examens et la même thèse, qu'on exerce ici ou là.

Cette différence est due à cette vieille erreur française, bien paradoxale puisque le mot *égalité* est inscrit sur tous les monuments, de diviser les gens en deux classes : non pas la no-

blesse et le peuple, mais les Parisiens cotés 2 fr. 50 et les Provinciaux qui ne valent que 1 fr.50.

Pour justifier cela on dit que le loyer est plus élevé à Paris ou dans certaines grandes villes. C'est là une vérité partielle. Un jeune médecin qui s'établit dans une grande ville, s'il paie son loyer plus cher, n'a pas au début des frais de locomotion ; quand à titre exceptionnel la clientèle presse, il prend pour quelques sous le tramway ou le métropolitain, voire même pour quelques francs un taxi ; à la campagne, d'emblée on doit acheter une auto, car on ne trouve pas à en louer pour une heure ou deux.

De plus, dans un temps où de bons apôtres prêchent la repopulation, il est certain que le confrère d'une grande ville ou de Paris pourra à peu de frais mettre ses enfants externes dans un lycée, et même plus tard cela lui coûtera une somme insignifiante de leur faire faire des études à l'Université. Le confrère de la campagne est au contraire obligé à grands frais d'envoyer ses enfants au loin pour les études secondaires ou supérieures. Enfin à la campagne, quelqu'intelligent et actif qu'on soit, les gains sont très limités ; dans une grande ville, il y a dans les recettes totales annuelles de très grosses différences.

En résumé, pour éviter toute discussion, un tarif unique — visite ou consultation — avec pour tous le déplacement kilométrique.

2° L'article 10 oblige à des calculs qui ont donné lieu à des procès parce qu'il manque de précision. Exemple :

Article 10. D. 7. (injection de sérum) allocation correspondant au prix de cinq visites ou consultations ; cet article 10 dit: en plus de la consultation : la Cour de Cassation n'est pas de cet avis. Il me semble que le simple bon sens dit : On paie pour le service rendu : l'injection de sérum, que l'injection soit faite au domicile du médecin ou au domicile du malade c'est le même sérum, le même procédé opératoire, le même service rendu : l'injection de sérum vaut 25 fr. plus l'indemnité kilométrique s'il y a lieu. Car pourquoi une visite au cabinet du médecin vaut-elle 2 fr., au domicile du malade 2 fr. 50 ? la seule différence, c'est la distance kilométrique. Or une injection de sérum chez le médecin vaut 5 fois 4 fr. (100 % d'augmentation) = 20 fr. plus une consultation, 4 fr.. total : 24 fr. ; ou une injection de sérum au domicile des blessés 5 fois 5 fr. (prix nouveau de la visite) = 25 fr. plus une visite, 5 fr. = 30 fr.

Voyons, le patron paie l'injection de sérum à son blessé pour lui éviter la mort, qui lui coûterait plus cher, ou une prolongation de maladie, ou une infirmité permanente ; par suite, le patron paye ce que vaut l'injection de sérum, mettons un chiffre net, 30 fr., et non pas tantôt 30 fr. tantôt 24 fr. pour la même ville ou même moins.

5 fois 1 fr. plus 1 fr. = 6 fr., dans une localité où la visite est de 1 fr.

Il est grotesque qu'une injection de sérum vaille 6 fr. à X et 30 fr. à Y.

En résumé, pour tout le chapître 10, fixer un prix ferme pour toutes les opérations, en plus l'indemnité kilométrique, variable suivant la distance.

Si je réduis une fracture de tibia (art. 10, I, 1), ma réduction vaut 75 fr., qu'elle soit faite dans un village ou dans une grande ville.

Alors, plus de multiplication, plus de cumul discutable, ou en fait discuté, mais un tarif précis.

Dans le tarif des chemins de fer, on paie tant de centimes le kilomètre en 1re classe, tant en 2e et tant en 3e classe. Mais si vous faites 10 kilomètres en 3e classe, vous payez la même somme, que ce soit de Paris à Villeneuve-St-Georges ou de Nice à Monaco...

Robert Sorel.

II

La guerre n'était pas terminée que déjà nous apprenions que des confrères mobilisés, non point parmi ceux exposés aux fatigues et aux privations de tous les jours, mais au contraire des privilégiés qui, par leur situation ou leur grade, étaient restés à l'arrière, nous apprenions, dis-je, qu'impatients d'améliorer leur situation qu'ils jugeaient plus ou moins amoindrie par la guerre, des médecins ne craignaient pas de se rendre auprès de tel grand industriel, de telle grande Cie ou de tel assureur, pour solliciter des emplois pourvus de titulaires depuis près de 20 ans.

Quelques-uns d'entre eux allaient même plus loin. Pour allécher leur demande, ils ne craignaient pas d'offrir leurs services au rabais. Tel l'un d'eux proposant de soigner des blessés pour une incapacité temporaire de moins de trois mois à raison de 20 francs par blessé (médicaments compris et pansements) alors que le titulaire actuel est payé à la visite !!!

Un autre offrant des cures radicales de hernies ou autre opération de même importance, hospitalisation comprise, à des prix défiant toute concurrence possible, à tel point que je me demande comment ce dernier s'y prendra pour entretenir ses hospitalisés.

Ces démarches, je me hâte de le dire, n'ont pas été faites sur mes terres ; ce n'est point pourtant une raison pour que je n'élève pas de protestation.

J'ai appris cela un peu par hasard, et au cours d'une enquête que j'ai faite au sujet du relèvement du Tarif Dubief. On croit rêver quand on

entend *répéter* ou qu'on lit de pareilles propositions.

Il faut que ces confrères n'aient rien appris de la guerre, de la vie actuelle et de celle qui les attend !

S'ils pensent être les bénéficiaires de ces marchandages et de ces transactions, ils se trompent singulièrement.

Seuls, les patrons ou les assureurs pourront peut-être en bénéficier ? J'en doute fort. — J'en doute pour les raisons suivantes :

Maintenant encore plus qu'avant la guerre, ce marchandage, si contraire à notre dignité, ne l'est pas moins à nos intérêts, j'ajouterai même à l'intérêt du blessé, qui vaut bien le nôtre.

De deux choses l'une : ou bien le médecin remplira consciencieusement ses engagements vis-à-vis des Cies ; (je prétends qu'il ne pourra le faire, aux conditions actuelles du coût de la vie ; si c'est un honnête homme, il devra y renoncer) ou bien il se contentera d'encaisser, en soignant son blessé de la façon que l'on devine, façon qui sera on ne peut plus préjudiciable aux intérêts des ouvriers véritablement blessés et non moins à ceux des patrons et des assureurs.

En acceptant de pareilles propositions, au mépris de leurs engagements vis-à-vis de leurs médecins, chez eux depuis de longues années, au mépris des services rendus, ceux-ci n'auraient que ce qu'ils méritent.

Maintenant pas plus que jadis, personne n'a donné 5 francs pour 5 sous. Tous ceux que j'ai vus dans notre profession, depuis 25 ans que j'exerce, accaparer le bien d'autrui par de fallacieux rabais ou autres manœuvres aussi blâmables, au détriment des médecins consciencieux, ont toujours déçu leurs employeurs, quand ils ne les ont pas indignement trompés, et ce, toujours au grand préjudice des blessés ou malades qui leur étaient ainsi confiés.

A Marseille, où le coût de la vie est tout aussi élevé qu'à Paris, beaucoup plus qu'à Londres, les médecins sont encore payés pour les accidents du travail au taux du tarif d'avant-guerre, c'est-à-dire 1 fr. 50 la consultation et 2 fr. la visite à domicile, domicile quelquefois éloigné de plus de 5 kilomètres du cabinet du médecin, la ville s'étant notablement agrandie et le périmètre de l'octroi largement reculé.

Je disais récemment à un assureur, homme de bon sens et de progrès : « Est-il juste que vous payiez à vos médecins, pour vos blessés, près de 10 fois moins que ceux-ci ne nous payent lorsqu'ils se blessent en dehors de leur travail ? Est-ce logique ? Que dis-je, est-ce moral ? »

Depuis plus de trois ans, à Marseille, la visite a été relevée, par la pluralité des médecins, même dans les quartiers ouvriers et populeux, de plus de 50 %.

Voici entre autres un exemple : une de mes clientes, devenue contre-maîtresse, se blesse dans une usine de guerre ; elle me prie de la soigner à domicile.

Très volontiers, lui dis-je, mais à une condition, c'est que vous me payerez mes visites au prix que vous avez accepté depuis 2 ans.

Elle consent, puis, se ravisant, elle me demande combien l'assurance paie-t-elle la visite ? Je lui réponds : « 2 francs la visite et vous 10 fr., quand vous n'êtes pas couverte par l'assurance : c'est donc 8 francs que vous aurez à me donner de votre poche, si vous voulez que je vous soigne pour le compte de vos assureurs. »

Je crois inutile de vous communiquer la lettre de récriminations et d'injures qui m'a été adressée par la famille de cette malade, ma cliente depuis 10 ans.

Pour moi, je considère être absolument dans mon droit, mais j'estime (injure à part) que ma cliente a parfaitement raison, ne connaissant rien de la loi, de trouver scandaleusement immoral qu'elle, qui peut être considérée comme une « pauvre bougre » me donne 10 francs quand elle paye de sa poche, et que ses patrons ou leurs assureurs ne paient que 2 francs lorsqu'elle se blesse à leur service.

L'assureur dont je parle plus haut, et auquel je rapportais cet incident, qui s'est répété une dizaine de fois dans le courant de l'année dernière, me disait : « Oui, mais avec nous autres vous êtes certains d'être payé, tandis que par les ouvriers malades ou blessés à leur propre compte, vous ne le serez vraisemblablement pas ou mal. »

J'ai répondu que cette prétention était une grave erreur. A Marseille, tout au moins, les ouvriers payent très régulièrement ; bon nombre d'entre eux payent comptant ; donc, presque pas d'aléas et bien moins d'ennuis qu'avec certains assureurs qui, après avoir fait attendre un an, quand ce n'est pas deux, offrent froidement, pour une note de 25 francs, 12 fr.50 à prendre ou à laisser, sachant bien qu'aucun médecin ne sera assez fou, pour 25 francs, de les appeler devant le Juge de Paix où on est à peu près certain d'être débouté et d'en être pour ses frais et son temps perdu (1).

Personnellement, déjà avant la guerre, je ne soignais plus d'ouvriers blessés au Tarif Dubief. Soit qu'ils me choisissent, soit qu'ils me soient

(1) C'est regrettable ; ainsi encourage-t-on les Compagnies à persévérer en les aggravant, dans leurs habitudes procédurières. Aux membres du «Sou médical» qui nous demandent conseil en des circonstances analogues, nous recommandons toujours de poursuivre leurs débiteurs récalcitrants. Nous les soutenons de tous nos moyens. Quand on sait qu'ils sont appuyés par notre Ligue, ils obtiennent satisfaction.

N. D. L. R.

adressés par leur patron, je n'applique que le tarif à la visite, et celui de la ville, applicable à la population ouvrière.

Depuis la guerre, j'ai majoré ces honoraires, toujours en tenant compte de la situation de mes clients.

Si un ouvrier blessé me demande de le soigner, sauf pour un cas d'urgence où toute discusssion serait intempestive et préjudiciable à son état, je ne l'accepte que tout autant qu'il consent à combler, comptant, la différence entre le prix que lui accorde le Tarif Dubief et le mien.

Jusqu'à ce jour, je n'ai pas à me plaindre de cette attitude. Il en est de même pour les interventions chirurgicales, en prenant pour base le Tarif Dubief.

Qu'il s'agisse de petite ou de grande chirurgie, mes interventions sont majorées de 25, 50, 75 et 100 $^{0}/_{0}$, à l'exception de certaines d'entre elles qui, quoique prévues par le Tarif Dubief, sont cotées à un prix ridicule ; exemple : crâniectomie avec un volet crânien 75 francs !!! Pas plus avant qu'après la guerre, je n'en ai tenu compte.

J'ai d'ailleurs toujours eu pour principe de baser mes honoraires, en cas d'accidents où la responsabilité civile d'un tiers est engagée (Droit commun, Loi de 1898), non point d'après la situation de ceux dont la responsabilité paraît engagée, mais d'après la position sociale du blessé.

Je ne prétends pas être le seul à agir ainsi, j'ai cru néanmoins devoir faire connaître les résultats d'une expérience vieille bientôt de 25 ans et dont je n'ai eu qu'à me louer.

Dr Lop.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Circulaire du 18 octobre 1919 relative aux soins médicaux assurés aux victimes de la guerre par les sociétés de secours mutuels, les sociétés de secours des ouvriers mineurs et les caisses de secours de syndicats professionnels. (*J. O.*, 22 octobre 1919).

L'article 64 de la loi du 31 mars 1919 accorde à tous les militaires et marins bénéficiaires de ladite loi, leur vie durant, les soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques nécessités par la blessure ou la maladie contractée ou aggravée en service qui a motivé leur réforme.

La même disposition légale permet aux sociétés de secours mutuels, aux sociétés de secours aux ouvriers mineurs et aux caisses de secours de syndicats professionnels d'assurer à leurs adhérents, moyennant remboursement par l'Etat, les soins auxquels ils ont droit par application de l'article 64.

Le décret du 26 septembre 1919, publié au *Journal Officiel* du 16 octobre, a réglé les conditions dans lesquelles les groupements susvisés peuvent être admis à assurer au profit de leurs adhérents le service spécial des « soins médicaux aux victimes de la guerre. »

Je vous prie de porter à la connaissance des associations de prévoyance intéressées les dispositions de ce décret en leur signalant les avantages qu'elles trouveront à organiser le service dont il s'agit, qui leur permettra de maintenir un contact étroit avec ceux de leurs membres appelés à bénéficier de la loi du 31 mars 1919 et d'être indemnisées d'une partie des dépenses médicales et pharmaceutiques qui vont leur incomber, à la suite du retour des démobilisés dans leurs foyers.

§ 1er. — *De l'admission des sociétés au service des soins médicaux assurés aux victimes de la guerre.*

Peuvent être admises à assurer le service des soins médicaux prévus à l'article 64 en faveur des victimes de la guerre :

1° Les sociétés de secours mutuels et les unions de sociétés de secours mutuels libres, approuvées ou reconnues d'utilité publique, régies par la loi du 1er avril 1898 ;

2° Les sociétés de secours des ouvriers mineurs fonctionnant en conformité du titre III de la loi du 29 juin 1894 ;

3° Les caisses de secours de syndicats professionnels, régulièrement constituées.

Il est nécessaire, toutefois, que les groupements dont il s'agit pratiquent l'assurance-maladie, c'est à-dire qu'ils aient organisé un service de secours aux malades, sous forme de soins médicaux, de secours pharmaceutiques ou d'indemnités pécuniaires en cas de maladie.

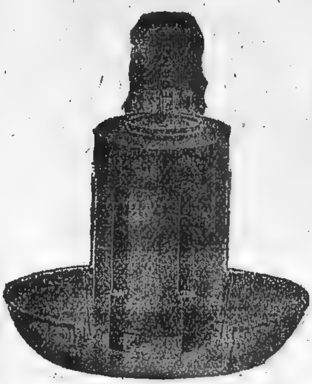
Les sociétés qui désirent être admises à assurer le service des soins médicaux aux victimes de la guerre doivent provoquer la réunion d'une assemblée générale, qui statue sur le principe de la création de ce service. La délibération de l'assemblée n'est soumise à aucune forme spéciale ; elle devra, toutefois, contenir l'engagement par la société de faire donner, sur leur demande, à tous ses adhérents bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919, les soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques prévus par l'article 64 ; en outre, elle indiquera succinctement les conditions générales dans lesquelles fonctionnera le nouveau service ainsi que les administrateurs qui seront spécialement chargés de sa gestion.

La société aura ensuite à adresser au préfet du département où elle a son siège social une demande tendant à être admise à assurer à ses adhérents les soins prévus en faveur des victimes de la guerre.

Prescrire

LE FUMIGATOR GONIN

Cartouche auto-productrice d'aldéhyde formique,
c'est s'assurer par avance d'une



DÉSINFECTION EFFICACE

éprouvée, simple, discrète et peu coûteuse

EN VENTE DANS TOUTES PHARMACIES

ainsi que tous PRODUITS, PROCÉDÉS
et APPAREILS de DÉSINFECTION
en surface, en profondeur et par lavages ou trempages

DES ÉTABLISSEMENTS GONIN

FLUOFORMOL GONIN — SALUBRINE PHENIX

ÉTUVES de tous chauffages, fixes et transportables, à basse température, sans pression, utilisant le **Fumigator**.

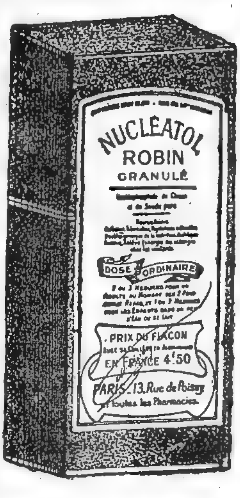
Adresser toute la Correspondance à M. GONIN

Ad. Télég. : FUMIGATOR-PARIS | **60, rue Saussure, PARIS, 17e** | *Téléphone* : **Wagram 17-23**

NUCLÉATOL ROBIN

GRANULÉ

(Nucléophosphate de Chaux et de Soude d'origine végétale)



RACHITISME, CACHEXIE, LYMPHATISME
BRONCHITE CHRONIQUE, CONVALESCENCE
SCROFULE, DÉBILITÉ, NEURASTHÉNIE, ETC.

DOSE: 4 à 6 cuillères-mesures chez l'adulte par 24 heures et 2 à 3 pour Enfants et Vieillards.

INJECTABLE

(Nucléophosphate de Soude chimiquement pur)

EXALTE LA PHAGOCYTOSE. Employé préventivement dans les opérations chirurgicales.

DÉFERVESCENCE DANS LES FIÈVRES INFECTIEUSES
PUERPÉRALES, ÉRÉSYPALES, TYPHOÏDES, SCARLATINES, etc.

ABAISSE la TEMPÉRATURE en QUELQUES HEURES

DOSE : 1 ou 2 injections suivant les cas dans les 24 heures.

VENTE EN GROS : 13, Rue de Poissy, PARIS. — DÉTAIL : *PRINCIPALES PHARMACIES.*

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Notes d'ordonnances. — Notes d'ordonnances portant comme en-tête des instructions aux blessés du travail.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures). — Au recto de ces mémoires, on trouvera des colonnes dans lesquelles on pourra porter le relevé des opérations et le montant des honoraires; au verso, on trouve le réquisitoire et l'exécutoire à faire signer par les autorités compétentes qui ordonnanceront ce mémoire.

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Notes d'honoraires ordinaires

Notes d'honoraires d'un modèle spécial établies selon les indications du tarif Jeanne.

Ces différents imprimés son envoyés au prix de franco

Les 50.....	4 fr. »»
Le 100.....	6 fr. »»
Les 500....	28 fr. »»
Les 1000...	50 fr. »»

Affiches. — Affiches indiquant sous forme d'avis les droits des blessés et les pénalités encourues par ceux qui entravent le libre choix du médecin. Prix franco : les 50, 7 fr., le cent, 12 fr.

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du **Concours médical**, *132, faubourg St-Denis, Paris.*

Cette demande sera accompagnée :

1° D'une copie de la délibération de l'assemblée générale dont il vient d'être question ci-dessus ;

2° D'un exemplaire des statuts de la société.

Récépissé de cette demande et des pièces annexes sera délivré par le préfet, qui les transmettra, avec son avis, au ministre du travail, chargé de prononcer, par arrêté ministériel, l'admission des sociétés au service des soins médicaux aux victimes de la guerre.

La demande d'admission d'une société ne pourra être rejetée par le ministre que sur avis conforme de la section permanente du conseil supérieur des sociétés de secours mutuels.

§ 2. — *Des bénéficiaires des soins médicaux assurés par les sociétés admises.*

Pour qu'un réformé puisse recevoir, moyennant remboursement par l'Etat, d'une société admise, les soins accordés aux victimes de la guerre, il est nécessaire qu'il remplisse les trois conditions ci-après :

1° Il doit être bénéficiaire de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Le décret du 26 septembre 1919 énumère les divers bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 et les classe en quatre catégories distinctes :

1re catégorie. — Titulaires d'une pension définitive ou temporaire d'infirmité, attribuée conformément à la loi du 31 mars 1919.

2e catégorie.— Anciens titulaires d'une pension temporaire d'infirmité, attribuée conformément à la loi du 31 mars 1919, qui a été supprimée sans conversion en pension définitive.

3e catégorie. — Titulaires d'une pension d'infirmité ou d'une gratification de réforme attribuée conformément aux lois et règlements antérieurs à la loi du 31 mars 1919, pour droits ouverts depuis le 2 août 1914, qui attendent la délivrance d'un titre de pension définitive ou temporaire dans les conditions de ladite loi.

4e catégorie. — Militaires ou marins qui sont en instance de pension.

Ainsi le décret du 26 septembre 1919 fait bénéficier des soins médicaux prévus à l'article 64 non seulement les titulaires de pensions d'infirmité ou de gratifications de réforme pour droits ouverts depuis le 2 août 1914, mais encore les militaires ou marins qui ont adressé une demande de pension à l'autorité militaire. Toutefois, ces derniers ne peuvent prétendre aux secours accordés aux victimes de la guerre que s'ils en réclament le bénéfice dans les six mois suivant la publication du décret du 26 septembre 1919 ou dans les six mois de leur renvoi dans leurs foyers s'ils étaient encore sous les drapeaux à la date du 16 octobre 1919 ; d'autre part, ils n'y ont droit que pendant une durée de deux ans, à moins qu'ils ne justifient, à l'expiration de cette période, par un certificat de l'autorité militaire, qu'ils sont toujours en instance de pension.

2° Il doit être adhérent de la société, c'est-à-dire qu'il doit pouvoir prétendre, en échange du versement de la cotisation sociale, aux avantages assurés par le groupement à ses membres participants ordinaires.

Il en résulte que la société ne saurait admettre en qualité d'adhérents des bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919, en vue de leur assurer exclusivement les secours prévus par l'article 64 de cette loi.

3° Il faut que l'adhérent ait demandé à recevoir par l'intermédiaire de la société les soins prévus à l'article 64.

Les bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919 ont la faculté d'obtenir les soins prévus à l'article 64, soit en se faisant inscrire à la mairie de leur résidence, sur la liste spéciale ouverte à cet effet, soit en s'adressant à l'association dont ils font partie, si celle-ci a été admise à assurer le service des soins médicaux aux victimes de la guerre.

Dans ce cas, l'adhérent doit adresser au président une demande écrite indiquant qu'il désire recevoir le cas échéant, par l'intermédiaire de la société, les soins prévus à l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Cette demande sera accompagnée des pièces justificatives ci-après :

a) Copie certifiée conforme de la notification de pension (pour les bénéficiaires appartenant à la 1re ou à la 2e catégorie visées au 1°, paragraphe 2 de la présente circulaire) ;

b) Titre de la pension d'infirmité ou de la gratification de réforme et pièce par laquelle l'intéressé atteste la nature de la maladie ou de la blessure qui a motivé sa pension ou sa gratification (pour les bénéficiaires de la 3e catégorie) ;

c) Accusé de réception établi par l'autorité militaire de la demande de pension et pièce par laquelle l'intéressé atteste la nature de la blessure ou de la maladie à raison de laquelle il est en instance de pension ou duplicata de la déclaration qu'il a été appelé à fournir en vue d'obtenir la pension (pour les bénéficiaires de la 4e catégorie).

Les demandes formées par les militaires ou marins en instance de pension devront, pour être valables, être adressées au président de la société, avant le 16 avril 1920, si l'intéressé était déjà renvoyé dans ses foyers à la date du 16 octobre 1919 ou dans les six mois suivant son renvoi, s'il était encore sous les drapeaux à la même date.

La demande formée par l'adhérent ainsi que les pièces justificatives annexées feront l'objet d'un récépissé qui sera délivré par le président de la société.

§ 4. — *Des soins assurés par les sociétés admises en exécution de l'article* 64.

Les seules affections pour lesquelles les bénéficiaires de l'article 64 peuvent prétendre aux soins médicaux prévus par cet article sont celles qui pro-

viennent de la blessure ou de la maladie qui a motivé leur réforme.

Pour les affections de cette catégorie, les intéressés ont droit, jusqu'à complète guérison :

1° Aux soins médicaux qu'exige leur état ;

A cet égard, la loi confère aux bénéficiaires de l'article 64 le droit de choisir librement le médecin appelé à leur donner ses soins. Ce libre choix est absolu et ni le règlement intérieur, ni les statuts sociaux qui fixent les détails d'organisation du service médical ordinaire ne sauraient y porter atteinte. Il ne comporte d'autre restriction que l'obligation, pour l'intéressé, de règler personnellement l'excédent des soins médicaux lorsque le taux des honoraires dépasse les tarifs établis en conformité de l'article 64.

En conséquence, dans le cas où le réformé désirerait recevoir les soins d'un médecin étranger à la société, il devra en aviser le président ou l'administrateur délégué, qui prendra toutes dispositions utiles à cet effet.

2° Aux médicaments prescrits par le médecin traitant.

Pour la fourniture de ces médicaments, les malades ont la faculté de s'adresser au pharmacien de leur choix, nonobstant toute stipulation contraire des statuts sociaux ou du règlement intérieur, sous la seule restriction que nous venons d'indiquer en ce qui concerne le libre choix du médecin.

3° A l'hospitalisation, si celle-ci est reconnue nécessaire par le médecin traitant.

Les malades sont admis à leur choix dans les salles militaires ou dans les salles civiles de l'hôpital de leur ressort, sur production d'un certificat du médecin traitant visé par le président de la société.

5. — *Fonctionnement du service des soins médicaux assurés aux victimes de la guerre.*

En vue de permettre l'organisation et le contrôle administratif du service des soins médicaux assurés aux victimes de la guerre, le décret du 26 septembre 1919 a astreint les groupements chargés d'assurer ce service à un certain nombre de formalités qui concernent la notification au préfet des adhérents appelés à en bénéficier, la déclaration des maladies soignées à domicile ou à l'hôpital en exécution de l'article 64, le remboursement des frais médicaux, la tenue d'une comptabilité spéciale.

1. — Notification au préfet des adhérents appelés à recevoir de la société les soins assurés aux victimes de la guerre.

Dès qu'il est saisi d'une demande tendant à recevoir de la société les soins prévus à l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, le président doit s'assurer que l'intéressé n'est pas inscrit sur la liste spéciale ouverte à la mairie sous le titre de « soins médicaux aux victimes de la guerre ».

Il transmet ensuite au préfet, avec les pièces justificatives visées ci-dessus, dont il garde la copie, les noms des adhérents qui reçoivent de la société les soins prévus à l'article 64, en indiquant la catégorie à laquelle chacun d'eux appartient.

Dans le cas où le préfet estime que les adhérents dont les noms lui ont été anisi notifiés ne peuvent prétendre au bénéfice de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, il en avise le président de la société et saisit immédiatement le tribunal départemental des pensions qui statue.

2. — Déclaration de maladie.

Lorsque le médecin traitant, appelé à donner ses soins à un bénéficiaire de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, estime que l'affection dont celui-ci est atteint provient de la blessure ou de la maladie qui a motivé sa réforme, il doit en faire immédiatement la déclaration par écrit au président de la société. Il spécifie, dans cette déclaration, l'affection dont est atteint l'adhérent et rappelle, en même temps, la nature de la blessure ou de la maladie qui a motivé la réforme.

Cette déclaration de maladie est adressée sans délai au préfet par le président de la société, qui doit en garder copie.

Si le malade ne peut être utilement soigné à domicile, le certificat de maladie établi par le médecin traitant comme il vient d'être indiqué ci-dessus, doit faire connaître les raisons qui nécessitent l'hospitalisation du bénéficiaire de l'article 64 et, le cas échéant, son admission immédiate.

S'il y a urgence, le malade est hospitalisé sur production de ce certificat visé par le président de la société, copie dudit certificat est adressée au préfet qui fait connaître au président, dans le délai de cinq jours, si les frais d'hospitalisation doivent ou non être remboursés à la société conformément à l'article 64.

Au cas où l'état du malade n'exige pas son hospitalisation immédiate, le président adresse au préfet, avant le transfert de l'intéressé à l'hôpital, le certificat délivré par le médecin traitant, dont il garde copie. Le préfet fait connaître au président, dans le plus bref délai, si les frais de séjour à l'hôpital incombent à l'Etat.

Cette procédure offre l'avantage d'éviter que la société n'ait à assumer le charge des frais d'hospitalisation, dans le cas où il serait reconnu que l'intéressé ne peut être hospitalisé pour l'affection dont il est atteint, en application de la loi du 31 mars 1919.

Si le préfet a estimé qu'il n'y a pas lieu à application de l'article 64, le président de la société en prévient le malade qui peut, dans un délai de quinze jours, se pourvoir devant le tribunal départemental des pensions.

3. — Remboursement des dépenses.

Les sociétés admises à assurer le service des soins médicaux aux vic imes de la guerre ont droit au remboursement par l'Etat des dépenses qu'elle ont effectuées pour le traitement à domicile ou à l'hôpital des affections provenant de la maladie ou de la blessure qui a motivè la réforme de leurs adhérents

bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919. Ces dépenses sont, notamment, les suivantes :

Honoraires des médecins, chirurgiens, frais de consultations, de visites médicales ;

Frais de médicaments prescrits par le médecin traitant;

Frais d'hospitalisation, y compris les frais du voyage qu'ont dû faire les malades pour se rendre à l'hôpital où ils ont été traités ou mis en observation.

Toutefois, les dépense effectuées par les sociétés ne leur seront remboursées que dans la limite des tarifs qui seront établis en conformité avec l'article 64, après entente avec les représentants autorisés des organisations et des syndicats professionnels intéressés. Les frais de séjour à l'hôpital sont règlès suivant le tarif adopté dans l'hôpital mixte du chef -lieu d'arrondissement le plus voision de la résidence du malade.

Il en résulte que toutes dépenses excédant ces tarifs restent à la charge soit de la société, soit du bénéficiaire de l'article 64, dans les conditions déterminées par les statuts sociaux.

Les societés reçoivent, en outre, à titre d'indemnité de gestion du service spécial des soins médicaux aux victimes de la guerre, une allocation forfaitaire calculée sur la base de 6 p. cent des dépenses remboursées par l'Etat.

Pour obtenir le remboursement des dépenses effectuées en exécution de l'article 64, les sociétés doivent fournir en double exemplaire des états conformes au modèle joint à la présente circulaire, sur lesquels le médecin traitant atteste que les frais qui y sont portés ont été occasionnés par une affection provenant de la blessure ou de la maladie contractée ou aggravée en service qui a motivé la réforme de l'adhérent.

Dans le cas où l'intéressé a successivement fait appel, au cours d'une même maladie, à plusieurs médecins traitants, il doit être établi un état distinct pour les dépenses provenant des soins assurés par chacun des médecins.

Lorsque la durée de la maladie n'excède pas trois mois, l'état prévu ci-dessus est adressé au préfet dans le mois qui suit la guérison du sociétaire ; si elle excède trois mois, il doit être produit dans le mois qui suit l'expiration du trimestre au cours duquel les dépenses ont été effectuées.

4. — Comptabilité spéciale :

Les recettes et les dépenses du service des soins médicaux aux victimes de la guerre doivent faire l'objet d'une comptabilité spéciale. Aux dépenses sont inscrits tous les frais occasionnés par le traitement à domicile ou à l'hôpital des bénéficiaires de l'article 64 ; aux recettes, les allocations visées par l'Etat à titre de remboursement desdits frais. Toutefois, l'indemnité forfaitaire de gestion de 6 % n'y figurera que pour ordre et sera versée aux recettes générales de la société.

Les médecins et les pharmaciens doivent établir, pour les soins médicaux assurés en exécution de l'article 64, des mémoires sp'ciaux qui seront conservés par les societés pour être produits, le cas échéant, à l'appui de leurs demandes de remboursement.

Je suis persuadé que les sociétés de secours mutuels, les sociétés de secours des ouvriers mineurs et les caisses de secours des syndicats professionnels, informées par vos soins du rôle que le législateur leur a réservé dans l'application de la loi du 31 mars 1919, auront à cœur de collaborer activement à l'œuvre de réparation des dommages physiques causés par la guerre aux défenseurs de la nation et qu'elles assureront le service spécial des soins médicaux aux victimes de la guerre avec le même esprit d'économie et le même souci d'un bon emploi des deniers de l'Etat qu'elles apportent dans la gestion de leurs services ordinaires.

Circulaire du 17 décembre 1919 fixant le régime de permissions à appliquer aux médecins, pharmaciens, dentistes et officiers d'administration du service de santé, de réserve et de l'armée territoriale, autorisés à effectuer un stage d'instruction avec solde dans les conditions prévues par la loi du 30 octobre 1919.

Pendant la durée du stage qu'ils seront autorisés à accomplir dans les conditions prévues par la loi du 30 octobre 1919, les médecins, pharmaciens, dentistes et officiers d'administration du service de santé de réserve et de l'armée territoriale bénéficieront :

A. — Jusqu'au 31 décembre 1919, du régime de permissions prévu par le paragraphe 1er de la circulaire nº 13587 K. du 24 septembre 1919 (*Bulletin officiel*, 1917, p. 2822) ;

B. — A partir du 1er janvier 1920 :

1º D'une permission de 30 jours par an, à prendre en une ou plusieurs fois, ou, si la durée de stage est inférieure à un an, d'une permission calculée sur le taux de trois jours par mois sans que la durée totale de la permission puisse excéder trente jours.

2º Si les nécessités de service le permettent :

a) De permissions de vingt-quatre ou quarante-huit heures, de préférence les dimanches et jours fériés ;

b) De permissions de très courte durée pour les cas exceptionnels prévus ci-après :

Mariage de l'officier.

Décès, maladie grave (mettant les jours en danger) et mariage de parents très proches.

Naissance d'un enfant.

Les officiers visés ci-dessus, qui se trouveront en service dans des formations des théâtres extérieurs (armée d'Orient, armée du Levant, Maroc) ou qui feront partie d'une mission à l'étranger,

bénéficieront du régime de permissions prévu par les circulaires n° 16568 K et 17232 K, des 1er et 17 décembre 1919 pour les militaires de ces formations qui accomplissent la durée légale du service.

(*J. O.*, 20 décembre 1919).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Le Conseil d'Administration de « *La Maison du Médecin* » vient de renouveler son bureau qui reste ainsi constitué :

Président : M. Schwartz ; vice-présidents : MM. Triboulet et Cunéo ; secrétaire général : M. Lucien Nass ; secrétaires : MM. Buret et Régis ; trésorier-général : M. Schmidt ; trésorier-adjoint : M. Favreau.

Il a décidé l'organisation d'une grande vente de charité qui aura lieu en mai prochain. Le nombre croissant des confrères demandant leur admission à la maison de retraite, la nécessité de mettre sur pied la maison des veuves, imposent à l'Association des besoins considérables nécessitant des ressources nouvelles.

Un comité de dames va être constitué pour l'organisation de la vente. D'ores et déjà, le Conseil fait un pressant appel à tous les médecins, à leurs familles, pour leur demander d'alimenter les comptoirs en dons de toute nature. En 1912, date de la dernière vente, nos confrères avaient répondu avec un admirable empressement à l'appel du Conseil, et le Comité de la vente avait eu à faire peu d'achats, la plupart des objets ayant été gracieusement offerts par le Corps Médical.

Nous sommes assurés qu'il en sera de même cette fois-ci.

Prière d'adresser les envois au Siège Social, 9, rue d'Astorg, à Paris, ainsi que toutes les communications.

— **Tribunaux départementaux des Pensions.** — Sont nommés membres des Tribunaux départementaux des Pensions militaires ci-après, les médecins dont les noms suivent :

D'Agen : M. *Renoux*. Suppléants : MM. *Ricard* et de *Gaulejac*.

d'Alençon : M. *Springer*. Suppléants : MM. *Demirleau* et *Bailleul*.

D'Amiens : M. *Hurtrel*. Suppléants : MM. *Caraven* et *Merle*.

D'Auxerre : M. *Nodot*. Suppléants : MM. *Duché* et *Chevereau*.

De Bordeaux : M. *Vergé*. Suppléants : MM. *Lande* et *Guyot*.

De Chambéry : M. *Voutier*. Suppléants : MM. *Schall* et *Gaillard*.

De Chartres : M. *Bouchard*. Suppléants : MM. *Dudefoy* et *Roué*.

De Clermont-Ferrand : M. *Bousquet*. Suppléants : MM. *Dionis du Séjour* et *Grasset*.

De Laon : M. *Blanquinque*. Suppléants : MM. *Macon* et *Ruby*.

De Libourne : M. *Petit*. Suppléants : MM. *Bouchard* et *Berger*.

De Périgueux : M. *Le Roux*. Suppléants : MM. *Chaume* et *Crozet*.

De Versailles : M. *Broussin*. Suppléants : MM. *Legrand* et *Fleury*.

De Lyon (1re section) : M. *Durand*. Suppléants : MM. *Leriche* et *Péchu*.

De Lyon (2e section) : M. *Locard*. Suppléants : MM. *Potel* et *Forment*.

De Marseille : M. *Imbert*. Suppléants : MM. *Alezais* et *Reynès*.

De Mézières : M. *Roland*. Suppléants : MM. *Rozoy* et *Blairon*.

De Montauban : M. *Delcassé*. Suppléants : MM. *Monribot* et *Paysseran*.

De Montpellier : M. *Riche*. Suppléants : MM. *Vires* et *Rimbaud*.

De Nice : M. *Rovery*. Suppléants : MM. *Feydeau* et *Gruzu*.

De Niort : M. *Corbin*. Suppléants : MM. *Veau* et *Collon*.

—**Recensement des compétences des médecins de complément.** — Le sous-secrétariat du service de santé a fait procéder dans chaque région à un recensement des médecins du cadre complémentaire et à une vérification des dossiers de ces officiers au point de vue de leurs compétences et de leurs spécialités ; ces dossiers devront être complétés ou constitués en mentionnant les différents postes occupés pendant la guerre ; chefs de centre et de secteurs, médecins et chirurgiens consultants, etc... et en tenant compte de toutes les aptitudes qui se sont révélées et de tous les services rendus.

Ces dossiers seront conservés et mis à jour à la fois dans les régions et au Ministère de la guerre.

Le service de santé militaire possèdera ainsi d'une façon permanente un état des compétences et spécialités de chaque région.

Les intéressés pourront s'adresser aux directeurs des régions pour faire connaître leurs titres, aptitudes, compétences et spécialités.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Ce n'est pas du côté de la préfecture que vous pourrez réellement agir. Le préfet ne peut pas réquisitionner un médecin pour l'exercice de la vaccine : l'article 23 de la loi du 30 nov. 1892 nous oblige seulement à déférer aux réquisitions de la justice.

Vous pouvez, vis-à-vis du préfet, soulever toute la question de la médecine publique et faire comprendre à ce magistrat que nous acceptons des honoraires ridicules pour l'assistance et autres, que nous devons mettre ces honoraires en rapport avec le coût actuel de la vie.

Puisque le préfet entend faire participer les sages-femmes au service de la vaccine, ce qui est son droit, vous, médecins, vous avez le droit de n'accepter aucun des contrats de travail proposés par la préfecture pour l'assistance, les enfants assistés, etc.

Ce n'est pas la grève, puisque les malades seront toujours soignés, mais ces malades paieront directement au médecin les honoraires, qu'ils se feront rembourser par qui de droit.

Si votre Syndicat est suffisamment uni pour entreprendre cette lutte, je me mets à votre disposition pour vous donner tous les tuyaux nécessaires.

Dr P. B'

Recrutement des infirmiers dans les hôpitaux.

Je suis médecin de l'hôpital cantonal, et comme je n'ai pu obtenir aucun rendement sérieux des infirmiers civils employés à notre établissement, je désire avoir sous mes ordres des religieuses qui résident ici, et avec lesquelles j'ai eu l'occasion de faire de la chirurgie pendant la guerre durant plus d'une année. J'ai beaucoup apprécié leurs services, aussi je tiendrais beaucoup à ce qu'elles s'installent à notre hôpital comme infirmières.

Le Conseil d'Administration de l'hôpital, ici la Commission de l'hospice, a-t-elle qualité suffisante pour donner un avis, et dans l'affirmative ne faut-il pas aussi que le Préfet donne son approbation ? En d'autres termes, quelles sont les formalités à observer pour mettre en pratique mon intention ?

Dr M.

Réponse

Il nous faudrait savoir si votre hôpital a passé un contrat avec une collectivité d'infirmiers ou avec chaque infirmier en particulier. Ces infirmiers sont-ils nommés pour une période de temps déterminée ?

En principe, d'après le règlement modèle des hôpitaux (décret du 25 déc. 1899), en vertu de l'article 19, les infirmiers, etc., sont choisis ou renvoyés par l'administrateur de service, avec l'approbation de la commission administrative.

Mais vous parlez de religieuses, et il est probable que la congrégation voudra établir un contrat de travail, pour les sœurs qui seront envoyées dans votre hôpital. La commission, ou l'administrateur de service, n'aura pas à contracter avec des individualités, pour une embauche de travail, mais avec une collectivité qui, malgré tout, conservera une autorité morale sur vos infirmières.

En second lieu, ce ne seront pas les Sœurs X, Y et Z qui vous seront envoyées, comme infirmières : la congrégation s'engagera à vous fournir tant de religieuses par an, sans les désigner par leurs noms.

Ce contrat devra donc être pris par une délibération de la commission administrative de l'hôpital et être approuvé par le préfet (loi du 7 août 1851, art. 8, paragr. 6).

Dr P. B.

Les locations postérieures au 1er août 1914 n'ont pas droit à la prorogation.

Pouvez-vous, par la voie du *Concours*, me renseigner sur le point suivant ?

Ayant une location écrite contractée pendant la guerre, mais sans désignation de la durée du bail, à quelle prorogation ai-je droit ?

J'ajouterai que lorsque j'ai contracté ma location, j'étais placé hors-cadres pour infirmités de guerre, que je n'ai été démobilisé néanmoins qu'en mars 1919, et que je suis maintenant réformé avec pension.

Dr G. P.

Réponse

Les locations nouvelles, écrites ou non, contractées postérieurement au 1er août 1914, ne peuvent être prorogées en vertu des lois spéciales sur les loyers, sauf dans le cas de mobilisation postérieure à la location.

Certaines propositions de loi d'origine parlementaire prévoyaient la prorogation de ces locations, mais si elles ont été adoptées par la Chambre des Députés, elles ont, par contre, été repoussées par le Sénat. Nous croyons que les propositions dont il s'agit seront reprises devant la nouvelle Chambre.

La situation des locataires, au point de vue militaire, est sans aucune influence sur le droit de prorogation, si ce n'est dans le cas ci-dessus visé et pour les petits logements visés à l'article 15 de la loi du 9 mars 1918.

Dr P. B.

Secret professionnel et accidents du travail.

Les Compagnies d'Assurances, quoi que nous

fassions, trouvent décidément toujours le moyen de nous en faire voir encore de nouvelles. Voyez plutôt :

J'ai soigné une jeune fille de 22 ans qui a subi par un accident du travail, une petite mutilation des doigts.

Il lui a été accordé une invalidité de 5 %, ce qui lui fait une rente de 33 fr. 11. Et aujourd'hui elle vient me présenter une lettre de la Cie d'Assurance, lettre imprimée avec blancs pour les chiffres, qui, en relatant la chose, ajoute : « Pour nous permettre de décider le mode qui vous conviendra le mieux, pour nous acquitter envers elle, demandez s'il vous plaît au médecin traitant (c'est en effet au patron que cette lettre est adressée) *ce qu'il pense des chances de longévité de cette jeune fille...* »

J'ai répondu par une note, que j'ai remise à l'ouvrière, disant que d'après le barème du *Concours*, publié en 1910, à 22 ans, 1 fr. de rente se rachetait pour 5 % par 22 fr.091. Donc cette jeune fille pouvait accepter le rachat de sa rente pour un minimum de 33,11 × 22,091.

J'ai ajouté, pour le surplus, que j'avais le regret de ne pas avoir le droit de répondre à la question posée (longévité probable) ceci étant contraire à la loi.

C'est, en effet, une question de secret professionnel, n'est-ce pas ?

Certains, voire beaucoup, doivent pourtant répondre, puisque cette lettre est imprimée !

Voulez-vous donc me dire ce que vous en pensez, et me le dire par la petite correspondance du *Concours*, pour que ce ne soit pas utile qu'à moi seul ?

Dr D'

Réponse

En matière d'accidents du travail, le secret médical subsiste toujours. La Cour de Cassation a reconnu ce principe (Chambre Crim., 9 mai 1913, Rec. des Accidents du Travail du Ministère du Travail, T. XV, p. 450).

En poussant à leur extrême les conséquences de ce principe, il faut donc admettre, ainsi que nous l'avons toujours soutenu, et le répétons encore dans l'Agenda-Mémento de 1920, que le médecin traitant ne doit remettre qu'à son client les certificats prévus par la loi sur les accidents du travail. Il est certain, en effet, que le blessé pourrait se retourner contre son médecin, si celui-ci avait remis directement au patron ou à l'Assistance un certificat de nature à lui nuire dans l'exercice de ses droits.

Même si l'on reconnaissait que les constatations faites par le médecin traitant ne peuvent tomber sous le coup de l'article 378 du Code Pénal, si elles se rapportaient exclusivement aux conséquences directes de l'accident, on ne saurait nier que, si elles allaient au delà, elles constitueraient une violation de cet article. Il en serait ainsi, par exemple, si le médecin dévoilait, dans son certificat, remis à un tiers, l'état antérieur de l'ouvrier.

De même, dans le cas qui fait l'objet de votre lettre, les chances de longévité d'un blessé du travail n'ont rien à voir avec l'application de la loi de 1898. Le patron, l'assureur, pas plus que le juge qui a à fixer le montant de la rente, n'ont à s'en préoccuper. Ce facteur n'entre pas en compte dans le calcul de l'incapacité et s'il doit avoir une répercussion sur le coût de l'accident, il ne doit en rien être pris en considération dans la fixation de la rente.

A fortiori, lorsque, comme en l'espèce, la rente ayant été fixée, le rôle du médecin traitant se trouve terminé, il saurait encore moins être question de dispenser celui-ci de respecter à l'égard de son client le secret professionnel. La victime de l'accident est alors redevenue pour son médecin un client de droit commun, et il n'a pas plus le droit de faire connaître à la Cie d'Assurances les chances de longévité de cette victime qu'il n'aurait le droit de dévoiler à un tiers les antécédents morbides ou les tares de l'un quelconque de ses clients.

Pendant le délai de trois ans prévu par la loi pour la révision de la rente, le chef d'entreprise peut désigner au Président du Tribunal un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime. Cette désignation, visée par le président, donne au médecin accès trimestriel auprès de la victime. Même si vous aviez été habilité, dans cette forme, pour examiner la jeune fille, nous sommes d'avis que vous ne pourriez, ayant été son médecin traitant, l'examiner que de son consentement, et constater dans votre certificat que l'atténuation ou l'aggravation de l'infirmité ayant donné lieu à la rente, sans faire mention de ses chances de longévité.

Tout au moins, ne devriez-vous pas remettre à l'assurance le certificat dans lequel vous auriez répondu à cette question spéciale. Vous n'auriez le droit que de le remettre à votre cliente, pour en faire l'usage qu'elle jugerait bon.

Au contraire, si vous aviez été désigné pour examiner un rentier du travail, que vous n'auriez pas soigné antérieurement, vous pourriez remettre directement votre rapport à l'assurance, dont vous seriez le médecin, remplissant une sorte de rôle d'expert.

Nous vous faisons remarquer que les barêmes ét ablis pour le versement et le rachat des rentes accidents du travail, que le *Concours* a publiés et qui figurent notamment dans l'Agenda-Memento de 1912, n'auront plus cours à compter du 1er janvier 1920. Les nouveaux tarifs ont été publiés au *Journal Officiel* du 18 déc. dernier, dont ils remplissent, avec les explications, 28 pages.

D'après ces nouveaux tarifs, le prix d'une rente de 1 franc pour une victime ayant 5 % d'incapacité ne serait plus que de 17,6417 (à l'âge de 22 ans).

Déclarations de revenus.

En ma qualité du membre du « Sou Médical », je prends la liberté de vous demander conseil pour ma déclaration d'impôt sur le revenu à faire avant le 24 janvier 1920.

Pendant la guerre, j'ai déclaré ma solde d'aide-major. Suis-je obligé cette année de faire connaître mon chiffre d'affaires ? les revenus de ma propriété ? Quelles dépenses doivent entrer en déduction ? frais d'automobiles, gages du personnel, assurances, etc? N'auriez-vous pas pour me fixer un tableau modèle que je pourrais remplir ? Si vous avez publié un nº du *Concours Médical* traitant cette question, soyez assez aimable pour me l'envoyer.

Réponse

Le délai de 3 mois après la cessation des hostilités, expirant par conséquent le 24 janvier 1920, concerne les déclarations en vue de l'impôt sur le revenu à faire par les anciens mobilisés et les personnes que les évènements avaient empêchées, par suite de force majeure, de faire leur déclaration dans les délais légaux, pour les exercices antérieurs, jusques et y compris celui de 1919, comportant la déclaration de *revenus de 1918*.

Si donc vous avez fait votre déclaration de revenu afférent à l'exercice 1918, vous n'avez pas à la faire à nouveau avant le 24 janvier prochain. Pour le revenu de l'exercice 1919, vous devez faire cette déclaration dans les trois premiers mois de 1920, soit au plus tard le 31 mars.

Vous devez déclarer tous vos revenus, tant ceux provenant de l'exercice de votre profession que ceux provenant de vos propriétés et valeurs.

Nous avons donné à maintes reprises, dans le *Concours Médical*, des renseignements sur les modes de déclarations, notamment en ce qui concerne le revenu de la profession médicale. Mais les numéros du *Concours* qui contenaient ces articles, de même que la brochure qui en avait été extraite, sont épuisés depuis longtemps déjà. Un résumé en a été inséré dans l'Agenda-Mémento de 1920, qui vient de paraître. Vous pourrez l'avoir à temps pour faire sans doute, votre déclaration dans le délai normal, et même avant le 24 janvier prochain, si vous y étiez tenu.

Pour la déclaration de revenu en vue de l'établissement de l'impôt général et global, il est délivré, en temps utile, dans les mairies, des imprimés spéciaux.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 2 — DIMANCHE 11 JANVIER 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS

Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	18 fr.
Etranger	22 »
Etudiants (*France*)	7 »
Le numéro	40 cent.

DIRECTION

Dr A. GASSOT, DIRECTEUR

Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT

J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

AVIS

AGENDA-MEMENTO DU PRATICIEN

Nous avons reçu, dans les premiers jours du mois, un certain nombre de réclamations pour la non-réception de notre *Agenda*.

Celui-ci ayant été expédié par poste recommandée du 24 au 31 décembre, nous avons supposé que les réclamations reçues s'étaient croisées avec notre envoi.

Nous prions donc les souscripteurs qui n'auraient pas encore reçu satisfaction à l'heure actuelle de vouloir bien nous en aviser.

—

Avis aux retardataires

Par suite des nombreuses demandes qui nous sont parvenues depuis la clôture de la souscription, au 1er août dernier, nous avons été mis dans l'obligation de procéder à un tirage complémentaire très onéreux.

Dans ces conditions les souscriptions qui nous parviendront maintenant devront être accompagnées d'un mandat de 12 francs et l'envoi du volume sera fait dans les 48 heures.

AVIS

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 en timbres pour frais de réimpression de bande.

Quarante-deuxième année. N° 2 11 Janvier 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

(Voir numéros précédents).

DEMANDES et OFFRES

Toute demande de renseignements doit être accompagnée d'un timbre pour la réponse.

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Nº 12. — Dr A. Bézy, de Ste-Livrade (Lot-et-Gne), s'offre comme intermédiaire pour procurer à confrères, à des prix exceptionnels, d'authentiques pruneaux d'Agen. Lui écrire.

Nº 13. — Jeune médecin célibataire, prendrait la succession de médecin âgé ou fatigué.

Nº 14. — Médecin faisant pharmacie, seul, commune 5.000 h., rayonnant autres communes, pays riche, chasse, Bretagne, céderait poste très bon, s'il trouve indemnité suffisante. Médecin le plus près à 14 km.

Nº 15. — Le Dr de Vaubercey, Miribel, Ain, forme un groupement pour la commande collective avantageuse de véhicules médicaux sérieux. Lui écrire pour adhésions de principe qui, nombreuses, retiendront l'attention et la considération des constructeurs.

Nº 16. — Docteur en médecine, 40 ans, santé excellente, connaissant auto, cherche situation para ou extra-médicale, Paris de préférence ou province. Voyagerait.

Nº 17. — A louer, p. institut médical : château Clos-Roy, 3 h. Paris, 1 k. gare Lorris, Loiret. Belles réceptions, 30 chambres, conf. mod., vastes communs, parc enclos 4 h, pr. grande forêt 40.000 h., chasse et pêche, Situation très salubre, vrai sanatorium. Prix : 6.000 fr., non meublé. Ecrire Dr Chancerel, 43, rue Bellechasse, Paris (VIIe).

Nº 18. — Jeune médecin, 33 ans, très actif, cherche poste médical n'exigeant pas capitaux, transmissible, soit avec facilités de payement, soit avec part pour le cessionnaire sur honoraires perçus.

Nº 19. — Etudiant 16 inscriptions, très au courant de la clientèle, stages accouchements et spécialités, cherche place dans clinique ou maison de santé ; aiderait un médecin surchargé ou fatigué. A. Castelbon, 18, rue Cassini, Paris (XIVe).

Nº 20. — Algérie. Important poste à céder dans grande ville. Rapport environ 45.000 frs. Très belle installation à prendre en sus si on le désire. Grand appartement très bien situé. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

Nº 21. — Bon poste à céder dans région du Nord. Rapport avant-guerre 28.000 frs. 300 frs. de fixes mensuellement, grande et belle villa. On accepterait paiement par annuités. Pays riche et agréable. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

Nº 22. — A vendre à l'état de neuf, petit arsenal chir.,-méd. composé de : th.-cautère, 1 asp. Potain, 2 ser. de Roux, 1 bat. cour. cont. Gaiffe, 1 pile Chardin, 1 ser. art. Gal., 1 bande d'Esmark, 1 forc. Pajot, 1 Tarnier, 2 p. à pans. utér., 2 porte-mèches, 2 spéc. Cusco, 1 spc. Ricord, 1 hysmtre., 3 dav., 1 s. can., 7 p. hémost., 1 dilat. et 2 canules Krishaber pour trachéot., 2 cout. à amputat., 1 bist, droit, 1 scie avec lame de rech., 1 ser. Pravaz et ser. ver. hypodermique avec aig., 2 thermom., 6 sond. gomme., 1 troc. à hydrocèle, 1 rugine, 1 pince à mors, 1 cisaille, 1 ser. en étain à hydrocèle, blephon. Prix global : 500 fr. (On détaillerait à l'occasion).

CORRESPONDANCE

Tarif Dubief et Tarif local.

Veuillez me dire :

1° Si le tarif kilométrique local peut être substitué au tarif Dubief lorsque le choix du médecin est fait par le patron.

2° Si ce tarif local peut être celui qui est *actuellement* en vigueur, bien qu'il s'agisse d'accident couvert par une police souscrite avant la guerre.

3° Si l'on doit faire payer au Tarif Dubief ou patronal un certificat de prolongation donné au cours des soins.

4° Si l'on doit faire payer le certificat de guérison quand le choix du médecin a été fait par le patron.

Dr M.

Réponse.

1° Lorsque le médecin a été choisi par le patron pour donner des soins à un ouvrier blessé, c'est le droit commun qui s'applique dans les relations entre médecin et patron. Le Tarif Dubief n'est donc applicable en rien, et l'indemnité kilométrique doit être calculée, non pas d'après ce tarif, mais conformément au tarif ouvrier local ou au tarif syndical, s'il en existe un.

2° C'est le tarif local ou syndical en vigueur au moment où les soins ont été donnés qui doit être appliqué, et non le tarif en vigueur au moment de l'accident, encore moins au moment où la police a été souscrite. Ceci, bien entendu, dans le cas où il n'y a pas de contrat entre le médecin et le patron, ou entre le médecin et l'assurance.

2° Le tarif Dubief ne prévoit que le certificat initial et le certificat final, et non le certificat descriptif délivré en cours de traitement. Ces certificats ne doivent donc être délivrés par le médecin, s'il veut éviter des difficultés lors du paiement de la note, que sur demande formelle et écrite du patron ou de la Cie d'assurance. Il doit en outre le délivrer à son client, le blessé, et non à un tiers, pour éviter d'être inquiété pour violation du secret professionnel.

4° Le certificat de guérison doit être payé quand le médecin a été choisi par le patron.

Notre réponse à cette dernière question est affirmative, parce que nous ne pensons pas qu'il existe de tarif local ou syndical qui admette qu'un médecin délivre gratuitement un certificat à un client qui peut payer.

L'exercice de la dentisterie par les diplômés étrangers.

1° Un dentiste (diplômé américain) peut-il exercer en France sans diplôme français ?

2° Un docteur en médecine français a-t-il le droit de s'associer à ce dentiste et de le couvrir de son diplôme ?

Il me semble que la réponse est négative dans les deux cas.

Dr R.

Réponse.

1° Pour exercer la profession de dentiste en France, il faut être muni d'un diplôme français de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste.

La loi du 30 nov. 1892 (art. 32) a maintenu à titre transitoire le droit d'exercer l'art dentaire aux dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892. Mais les diplômés étrangers n'ont pas le droit d'exercer.

2° Exerce illégalement la médecine, et par suite tombe sous le coup des sanctions pénales s'appliquant à l'exercice illégal, toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes qui exercent sans diplôme valable l'art dentaire, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la loi.

En conséquence, un médecin qui s'associerait à un dentiste non muni du diplôme français, pour le couvrir de son propre diplôme, serait passible des peines édictées par la loi contre l'exercice illégal de la médecine.

Un docteur en médecine peut exercer la profession de dentiste.

Puis-je exercer dans ma campagne (pour ma clientèle) ma profession de médecin et celle de dentiste ?

J'ai fait en 1908 un stage à l'Ecole dentaire, ce qui me donnerait le droit d'exercer.

Réponse

Un docteur en médecine a le droit d'exercer la profession de dentiste sans avoir à justifier d'aucun diplôme spécial, ni d'aucun stage dans une école dentaire.

Cette solution résulte de l'article 2 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, qui dispose que « nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste. »

Réflexions à propos du « cumul ».

Je vous remercie de votre lettre au sujet du « cumul ». Un article paru à la page V du n° du 21 décembre achève de me confirmer dans la résolution que j'ai prise de refuser désormais mes soins aux accidentés du travail. Je ne vois pas pourquoi, parce qu'il s'agit d'un blessé du travail, je ne compterais pas le prix de la visite ou consultation en même temps que le prix de l'intervention, alors que

cela se fait dans la pratique habituelle. D'autre part, ne vous semble-t-il pas que l'arrêt de la Cour de Cassation va rendre presque impossible le règlement des notes d'hororaires pour les accidents du travail, car il est probable — sinon certain — que pas une de ces notes ne sera payée sans qu'il y ait contestation et même jugement. Or, tout praticien sait ce qui l'attend de la part du juge de paix.

J'ai plusieurs notes en souffrance, notes que j'ai adressées au patron respectif de chacun des blessés, ne voulant connaître aucune compagnie. Je ne doute pas que, après l'arrêt en question, ces notes ne me soient payées qu'après réduction variable suivant le cas. Je vais perdre peut-être deux cents francs environ.

Comme mes moyens (après 4 ans 1/2 de mobilisation — j'étais engagé volontaire à 40 ans) ne me permettent pas de subir des pertes semblables périodiquement, je préfère renoncer, dès aujourd'hui, à soigner les blessés du travail. Je crois que je ne suis pas le seul médecin en France à penser de même.

Dr G.

Réponse.

Il est certain que l'arrêt de Cassation du 1er août dernier, si le Tarif Dubief n'est pas promptement modifié, n'est guère de nature à diminuer le nombre des procès que ce Tarif aura fait naître.

Mais, au lieu de renoncer à soigner les blessés du travail, il est préférable d'exiger du patron, avant de donner vos soins, un engagement *formel* et écrit de vous payer au tarif ouvrier local.

Exercice simultané de la médecine et de la pharmacie.

Je voudrais bien avoir les précisions du *Concours* sur les questions suivantes.

Un docteur en médecine ayant le diplôme de Pharmacien, et exerçant la pharmacie en officine ouverte dans une ville où il y a déjà plusieurs pharmaciens et médecins, a-t-il le droit de faire des visites en ville, de faire des certificats pour accidents du travail, etc... en un mot d'exercer la médecine.

Doit-il payer patente de médecin ?

Fournisseur comme pharmacien de l'Assistance Médicale Gratuite du Département, a-t-il le droit d'être en même temps médecin de cette assistance gratuite et de faire des ordonnances qu'il exécutera ensuite comme pharmacien ?

Dr H.

Réponse

Dans l'état actuel de la législation, le titulaire des deux diplômes de docteur en médecine et de pharmacien peut exercer concurremment les deux professions.

Il peut donc, bien qu'ayant une officine de

pharmacie ouverte, faire au dehors des visites et exercer la médecine dans les mêmes conditions que tout docteur en médecine.

Rien ne s'oppose, légalement, à ce qu'il soit en même temps médecin et pharmacien de l'Assistance médicale gratuite.

Prorogation de bail.

J'ai reçu tellement d'avis contradictoires au sujet de la prolongation des baux des mobilisés, que j'ai recours au *Concours* pour me fixer. Voici ce dont il s'agit :

Au 1er mai 1909, j'ai fait un bail de 18 ans qui doit donc me conduire au 1er mai 1927. Sur ces entrefaites la guerre est arrivée, et j'ai été mobilisé durant toute sa durée, c'est-à-dire jusqu'au départ de ma classe (février 1919).

Quels sont mes droits au sujet d'une prolongation de bail ? Bien remarquer que, même en 1919, il me reste 8 ans de bail de droit. Pour certains, c'est ce qui me priverait de tout droit de prolongation.

2) D'autre part, a-t-on droit à une prolongation de bail pour tout l'immeuble loué, ou simplement pour les pièces où s'exerce la profession ? En province — et c'est encore mon cas — on loue généralement une maison en entier dont on distrait quelques pièces pour la profession.

3) La prolongation du bail à demander est-elle de la durée de la mobilisation ou s'étend-t-elle jusqu'au décret de cessation des hostilités ?

Réponse

1° Il a été jugé par la Cour de Cassation que, quelle que soit la durée du bail, la prorogation de la loi du 9 mars 1918 ne courait que de son expiration. La mobilisation du locataire n'a pas d'effet, d'une manière générale, sur la durée de la prorogation. Votre bail, antérieur au 1er août 1914, expirant en 1927, c'est donc de 1927 que doit courir la prorogation de la durée des hostilités, applicable aux locaux professionnels.

2° Dans un article qui a paru dans le *Concours Médical* du 4 janvier, page 44, vous pourrez lire que la prolongation la plus longue s'applique à tous les locaux lorsqu'ils comprennent des locaux professionnels et des locaux d'habitation.

3° La prorogation applicable aux locaux professionnels est d'une durée égale à celle qui s'est écoulée entre le décret de mobilisation et la loi fixant la cessation des hostilités.

Syndicat local et Fédération départementale

Nous venons de fonder un syndicat médical local à propos duquel je vous avais demandé des renseignements cet été.

(*Voir la suite page XXIX-121*).



Demander Références scientifiques et Echantillons

d'Iodogénol Pépin

à Messieurs PÉPIN et LEBOUCQ
30, Rue Armand - Sylvestre, à Courbevoie (Seine).

PROPOS DU JOUR

La vie médicale dans les départements dévastés. — Dans la région de Douai.

Si nous avions cru devoir formuler des vœux au début de cette année 1920, ils auraient été tous pour nos confrères des régions dévastées.

Mais à quoi bon souhaiter quelque chose ? ne serait-ce pas courir aux déceptions ?

Voilà 14 mois que les hostilités sont terminées, 14 mois que l'on parle de reconstitution, que les autorités font appel au patriotisme des habitants des régions du Nord et du Nord-Est, que des milliards sont votés sans compter. Et quel résultat ?

Naguère, l'ancien ministre des régions libérées, M. Lebrun, réclamait des médecins pour les Ardennes dépeuplées, et nous avons reproduit ici le tableau, aussi fidèle que peu attrayant, de la situation médicale dans ce département.

Aujourd'hui, nous signalerons à nouveau au Ministre des régions libérées, M. André Tardieu, dans quelles conditions se trouvent les médecins de la région de Douai.

Nous nous bornerons à reproduire les renseignements d'un des médecins praticiens les plus autorisés de cette région, accompagnés de documents officiels.

***

Vous me demandez, nous répond notre correspondant, quelle est la situation faite par les pouvoirs publics aux médecins du Nord ; voici des précisions que je m'empresse de vous envoyer :

***

1° La question des instruments de chirurgie. — Malgré demandes et démarches (et j'en ai fait plus d'une personnellement), il est impossible de se procurer d'autres instruments que quelques pinces ou bistouris. Impossible au moindre spécialiste de se constituer l'arsenal chirurgical le plus réduit, le plus modeste, et cependant les instruments de ce genre encombraient pendant la guerre toutes les formations sanitaires (1).

(1) Liquiderait-on, par hasard, les stocks du service de santé à la façon des stocks américains ? En tant que médecins, citoyens et contribuables, nous aurions, nous semble-t-il, le droit d'obtenir quelques précisions à ce sujet. J. N.

***

2° Question des moyens de locomotion. — Quelques faits précis montreront où en est cette question.

a) Le Dr X., de Z., a été obligé de déclarer à la Préfecture que si on ne lui donnait pas l'argent nécessaire pour le rachat d'un cheval et d'une voiture indispensables à l'exercice de sa profession, il serait dans la nécessité de donner sa démission de médecin de l'assistance gratuite. Au milieu de décembre 1919, *il reçut un mandat de* **225** *francs*. DEUX CENT VINGT-CINQ FRANCS (sic) *pour racheter le cheval et la voiture que lui avaient volés les allemands* ! (sans commentaires).

b) Le Dr N., à qui les Allemands avaient volé l'automobile dont il se servait pour exercer la médecine avant la guerre, demanda à l'Administration de lui procurer un moyen de locomotion pour reprendre ses fonctions dans un pays qui fut pendant quatre ans zone de combat. Il lui est répondu comme vous pourrez le lire dans une des lettres officielles dont je vous adresse copie :

« Quant aux moyens de transports, ni mon administration, ni la Direction du Service de Santé ne possèdent d'automobiles à l'usage des médecins. *Il serait donc préférable d'acheter dans le commerce une voiture attelée..*

Cette parole, digne de feu Calino, est signée :

Pour le Préfet du Nord,
Le Conseiller de préfecture délégué :
Illisible.

c) A ma connaissance, à Douai et aux environs il y avait avant la guerre *onze* médecins, ayant des autos qui furent volées par les Allemands. *Aucun* n'a pu s'en procurer aux ventes des stocks de l'armée qui ont commencé dans notre région en juillet dernier. Les pauvres bougres font leurs tournées à bicyclettes, sur des routes défoncées dignes du bled colonial.

***

3° Question de l'indemnité mensuelle. — A ce sujet MM. les Ministrss ont fait publiquement les plus belles promesses, *avant* le

retour des médecins aux postes qu'ils occupaient jadis. Malheureusement, cette indemnité est allouée par une commission départementale qui se montre avare des deniers du département... en ce qui concerne le service médical.

Quelques exemples : A *Marchiennes*, il existait avant la guerre des tréfilerie, verrerie, faïencerie qui ne fonctionnent plus maintenant.

Les deux confrères qui y exerçaient jadis et y sont retournés, n'ont rien pu obtenir parce-que *leur commune n'est pas détruite.* Cependant, la disparition complète d'industries florissantes occasionne de sérieuses pertes aux médecins.

Il en est de même à *Somain*, centre minier important, siège d'une faïencerie et d'une tannerie aujourd'hui abandonnées, et qui remarcheront Dieu sait quand !

Notez cette bizarrerie réglementaire :

A *Marchiennes* (3.500 habitants), il y a actuellement, comme je vous l'ai dit plus haut, deux médecins. Ils n'ont aucune indemnité mensuelle.

Or, d'après les décisions de la Commission départementale, si un seul était rentré, il toucherait 250 francs d'indemnité par mois parce qu'il serait considéré comme médecin de campagne. Mais, ayant eu l'outrecuidance de revenir chez eux tous les deux, ils n'ont droit à rien.

Comprenne qui pourra.

Il paraît que cette indemnité a été instituée pour inciter les médecins des régions dévastées à revenir à leur poste d'avant-guerre ! ! !

***

A l'appui de sa communication, notre dévoué correspondant nous transmet la copie des deux lettres officielles suivantes que lui a transmises un de ses voisins :

PRÉFECTURE DU NORD — Lille, le avril 1919.

Assistance médicale gratuite.

Le Préfet du Nord
à M. le Dr X. à Z.

En réponse à votre lettre du... avril courant, j'ai l'honneur de vous informer que votre demande d'indemnité mensuelle sera soumise à la Commission spéciale lors de sa réunion du 16 avril courant.

Quant aux moyens de transports, ni mon Administration, ni le Directeur du Service de Santé ne possèdent d'automobiles à l'usage des médecins. Il serait donc préférable d'acheter dans le commerce une voiture attelée.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération très distinguée :

Pour le Préfet du Nord,
Le Conseiller de Préfecture délégué :
Illisible.

PRÉFECTURE DU NORD — Lille, le.. septembre 1919.

—

Assistance médicale gratuite
Indemnité mensuelle.

Le Préfet du Nord
à M. le Dr X. à Z.

Vous m'avez adressé une demande en vue de bénéficier de l'indemnité mensuelle attribuée aux médecins qui reprennent l'exercice de leur profession dans les régions dévastées.

J'ai l'honneur de vous informer que, lors de sa dernière réunion, la commission spéciale, instituée par la Circulaire Ministérielle du 24 janvier 1919, a émis l'avis d'accorder une indemnité mensuelle aux médecins qui ont dans leur circonscription médicale d'avant-guerre une ou plusieurs communes comprises dans la 1re catégorie de la liste des localités dévastées.

Comme votre circonscription médicale ne comporte aucune commune figurant sur cette liste, vous ne pourrez bénéficier de l'indemnité dont il s'agit.

Pour le Préfet,
Le Secrétaire général délégué,
Jacques RÉGNIER,

CONCLUSION : Avant d'aller s'installer dans les pays libérés attirés par les sollicitations de l'ex-Ministre Lebrun, nos confrères en quête d'un poste feront bien de se renseigner sérieusement. Ils ne pourront l'être qu'en s'adressant au Syndicat médical de la région.

J. NOIR.

M. Yves Guyot, Président de la *Ligue du Libre Echange* (108, Boulevard St-Germain à Paris) a bien voulu, dans le n° 10 du *Bulletin* de cette ligue, citer plusieurs articles du *Concours médical*, sous le titre : *L'esprit protecteur contre les malades et les blessés.* Il nous avise qu'il suffit à nos lecteurs de faire la demande du N° de ce *Bulletin* à Mlle Leport, 44, rue de Rennes à Paris, pour le recevoir franco.

Nous remercions bien sincèrement M. Yves Guyot et la Ligue du Libre-Echange de la publicité et de l'appui qu'ils veulent bien donner aux campagnes que nous menons contre de trop criants abus.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades : M. le prof. MARFAN.

Traitement de la broncho-pneumonie des enfants du 1er âge.

Le traitement de la broncho-pneumonie des enfants du premier âge doit varier avec les formes de la maladie. Il est cependant un certain nombre de prescriptions générales, d'ordre hygiénique principalement, qui s'appliquent à tous les cas. Nous allons, en premier lieu, les passer en revue.

L'enfant atteint de broncho-pneumonie aiguë doit être soigné dans une chambre spacieuse, largement baignée de lumière, et convenablement aérée. Vous savez que la lumière solaire est un grand destructeur de microbes et que partout où elle passe, elle purifie l'atmosphère. C'est, de plus, un stimulant des actes vitaux.

La température de la chambre sera maintenue aussi constante que possible, jour et nuit, entre 16° et 18° le jour. On peut la laisser tomber un peu la nuit, jusqu'à 14°, si l'enfant est couvert. L'aération est aussi une condition essentielle, à laquelle il convient d'attacher une grande importance. Pour cela, il faut d'abord supprimer les rideaux au berceau du petit malade. Puis, on aérera la pièce, avec certaines précautions. On ne prend pas froid par l'air que l'on respire, mais par la peau. On peut respirer de l'air frais sans inconvénient, à condition que le corps soit convenablement couvert. On mettra un bonnet sur la tête de l'enfant, un fichu sur sa poitrine, un édredon sur le reste du corps et une boule d'eau chaude aux pieds au besoin, les bras placés sous les draps. On ouvrira alors la fenêtre, pendant 10 à 15 minutes si le temps est peu favorable, pendant une demi-heure si le temps est beau, et cela toutes les 3 ou 4 heures dans la journée et quelquefois même la nuit. Cette respiration d'air frais renouvelé est une pratique excellente. L'air frais oxygène le sang, stimule le cœur et apaise le système nerveux.

L'aération ainsi effectuée est un moyen très supérieur au procédé qui consiste à saturer l'atmosphère de vapeur d'eau chargée de balsamiques, d'eucalyptus par exemple. Souvent, les familles font bouillir sur un réchaud, dans la chambre du petit malade, de l'eau où ont été mises quelques feuilles d'eucalyptus. Il se dégage ainsi des vapeurs chargées d'émanations balsamiques. Lorsqu'on pénètre dans une chambre où cette pratique est mise en œuvre, on a la sensation d'une atmosphère âcre, d'un air irrespirable. Je ne dis pas que ces vapeurs n'aient pas quelque propriété antiseptique, mais je leur préfère de beaucoup l'air frais, renouvelé.

Il faut, d'autre part, s'occuper de l'alimentation du petit patient. Ce qui domine cette question, c'est l'état du tube digestif et la fièvre. L'alimentation sera appropriée aux fonctions digestives et modifiée si le sujet a de la diarrhée ou des vomissements. On observera, en outre, les règles relatives au régime des fébricitants. Quand un malade a de la fièvre, on doit diminuer les substances alimentaires et conserver les boissons aqueuses. Chez un enfant de 6 mois, je suppose, atteint de broncho-pneumonie, avec 39°, sans troubles digestifs, vous donnerez des prises alimentaires de 60 gr. de lait mêlé à 60 gr. d'eau sucrée. S'il y a des troubles digestifs, le régime y sera approprié.

Une prescription commune à toutes les formes de broncho-pneumonie est le changement fréquent de décubitus. Comme chez le vieillard, le décubitus dorsal favorise, chez l'enfant, les infections descendantes des bronches. Quand il s'agit d'un jeune sujet, on aura soin de tenir la tête et aussi le tronc un peu relevés, de changer l'enfant de côté, de le prendre même quelquefois sur les bras.

Enfin, un dernier point commun au traitement des diverses formes de broncho-pneumonie consiste dans l'antisepsie des premières voies respiratoires. Dans la broncho-pneumonie infantile, on note souvent un catarrhe infectieux des fosses nasales, du cavum, et de la stomatite, qui précèdent ou accompagnent la lésion thoracique. Il faut traiter ces foyers d'infection. Quand il s'agit de rhinite simple, on se bornera à mettre dans les fosses nasales, deux fois par jour, quelques gouttes d'huile eucalyptolée à 1/50. La technique de cette petite opération est la suivante : l'enfant est tenu couché, horizontalement, le visage regardant le plafond, et un aide maintient sa tête immobile en plaçant les mains sur les deux oreilles. Avec une seringue à bout olivaire, il est facile de verser quelques gouttes d'huile dans chaque narine. L'enfant est maintenu une minute pour permettre à l'huile de gagner le cavum.

Lorsque la rhinite est nettement suppurée, l'huile eucalyptolée ne suffit plus, et doit être remplacée par des agents plus énergiques, qui sont aussi plus irritants et qu'il est nécessaire de cesser au bout de un ou deux jours. Vous instil

lerez dans ces conditions, et suivant la même technique, quelques gouttes (4, 5, 6 gouttes), d'une solution d'eau oxygénée à 1/5, deux fois par jour. Vous reviendrez à l'huile eucalyptolée après un ou deux jours. On peut remplacer l'eau oxygénée au cinquième par le collargol à 1 pour 100, un peu moins irritant, mais aussi un peu moins efficace. Quelquefois, il y a de la stomatite et de la gingivite concomitantes. On les soignera par des attouchements à l'eau oxygénée diluée au 1/5e.

J'arrive au traitement proprement dit de la broncho-pneumonie infantile. Une expérience déjà ancienne a montré que cette maladie comportait 3 grandes médications : révulsive, stimulante et expectorante.

La médication révulsive a pour but d'exciter la peau et d'y appeler le sang. Elle se réalise sur une surface plus ou moins étendue. Dans la broncho-pneumonie, la méthode la meilleure est celle qui provoque une vaso-dilatation cutanée rapide et considérable. Elle agit en décongestionnant le poumon d'une façon mécanique d'abord, par action nerveuse ensuite, sur les vaso-moteurs profonds, en déterminant une vaso-constriction interne. Enfin, elle stimule le système nerveux, et la diurèse.

La médication stimulante a pour objectif de lutter contre les défaillances du cœur et du système nerveux. La médication expectorante vise à diminuer l'encombrement des petites bronches, cause d'asphyxie et de septicémie. Il faut y ajouter, quelquefois, des médications occasionnelles, le sérum anti-diphtérique dans la broncho-pneumonique diphtérique, les traitements spéciaux de l'asphyxie et de la septicémie.

Ces indications sont connues depuis longtemps. Si nous avons réalisé quelques progrès en la matière, c'est surtout par les moyens nouveaux de les remplir et par les méthodes mises en œuvre, différentes suivant les formes de la maladie.

Au point de vue thérapeutique, les divisions adoptées en pathologie doivent être un peu oubliées et il convient de considérer successivement les formes aiguës, suraiguës, subaiguës et latentes de la broncho-pneumonie.

Je prendrai pour exemple le traitement de la forme aiguë. Il suffira d'y apporter quelques modifications pour les autres formes.

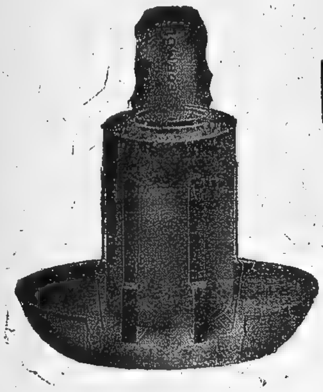
Qu'il s'agisse de broncho-pneumonie aiguë à foyers disséminés, pseudo-lobaire, congestive, condensante, etc., le traitement reste le même.

Pour réaliser la première indication, la révulsion, le meilleur moyen est le bain chaud, dont l'introduction dans la thérapeutique des broncho-pneumonies est de date assez récente. Autrefois, on donnait les bains sinapisés, aujourd'hui réservés au catarrhe suffocant. Il y a 20 ou 25 ans, au moment de la grande vogue des bains froids dans la fièvre typhoïde, on a essayé de traiter la broncho-pneumonie par les bains froids. Ils furent vite abandonnés, les enfants, surtout dans le premier âge, au-dessous de 2 ans, réagissant mal à la balnéothérapie froide. C'est alors que, en 1896, dans un mémoire présenté à l'Académie, M. Joseph Renaut, de Lyon, préconisa l'usage des bains chauds.

Voici comment nous employons ces bains chauds dans le service. On prend la température du petit malade toutes les 3 heures, le jour, et toutes les 4 heures la nuit, sauf lorsque l'enfant dort, auquel cas, il faut attendre qu'il se réveille. Quand la fièvre atteint ou dépasse 39°, on donne un bain à 38°. Pendant le bain, un mouchoir que l'on arrose d'eau fraîche est placé sur la tête de l'enfant. La durée du bain sera de 5 à 10 minutes. Si, au bout de 4 à 5 minutes, le visage du petit patient pâlit, exprime de la souffrance, on arrête le bain à ce moment, sans plus attendre. L'enfant sorti du bain est épongé rapidement avec un linge bien sec et placé sur une couverture de laine. On glisse sous la couverture une serviette pour achever de sécher la peau. On met une chemise, on donne une boisson chaude et on porte l'enfant dans son lit.

Si vous voulez vous rendre compte des bienfaits du bain, vous devez y assister. Dès que le petit malade en est sorti, sa peau se montre rouge indiquant une révulsion énergique et étendue. Quand la peau, après une légère friction, n'est pas rouge, c'est qu'il n'y a pas de réaction : le pronostic est alors grave. Dans le bain, les respirations sont plus profondes, et la ventilation pulmonaire meilleure par conséquent. Après le bain, la température baisse de un demi ou même de un degré. Si vous observez un enfant, après 2, 3 ou 4 bains, vous constatez une diminution de la dyspnée et une augmentation de la diurèse. Les périodes d'accalmie sont plus grandes. Ainsi, alors que le premier jour, on était obligé de mettre le petit malade dans le bain toutes les 3 heures parce que sa température dépassait 39°, les jours suivants, on peut espacer les bains. Parfois, ce résultat n'est obtenu que le deuxième ou le troisième jour. Si, après le 3e jour, on n'a pas d'amélioration, le pronostic apparaît mauvais.

Le bain chaud dans la broncho-pneumonie infantile n'a pas de contre-indication, sauf peut-être la menace de collapsus immédiat. Il est préférable, en ce cas, de s'abstenir, pour ne pas s'exposer à voir le sujet mourir dans le bain. Mais, le bain chaud rencontre quelquefois des obstacles. D'abord, les préjugés de l'entourage. Au début, cette méthode s'est heurtée à la résistance des familles. Aujourd'hui, elle est généralement acceptée. Lorsque, néanmoins, vous sentirez une certaine opposition dans l'entourage, vous en triompherez en donnant vous-même le premier bain : l'amélioration obtenue gagnera la confiance des parents. Si le médecin ne paye pas alors de sa



personne, le bain est généralement mal donné ou pas donné du tout. Il est bon d'agir ainsi toutes les fois où il n'y aura pas auprès du malade une garde ou une personne expérimentée en la matière.

Un autre obstacle est l'absence de baignoire, à la campagne surtout, et principalement quand le malade est un peu grand. S'il est facile de baigner un enfant de moins de 3 ans, cela devient plus difficile ensuite, pour les sujets de plus de 14 ou 15 ans, en particulier.

Quand l'emploi des bains chauds est ainsi irréalisable, que pouvez-vous faire ? Vous les remplacerez par des enveloppements humides, qui sont moins efficaces, mais donnent cependant de bons résultats. Voici comment vous procéderez. Vous prenez une serviette, ou de la tarlatane pliée en huit, ou un drap de lit de berceau plié en quatre, de façon à obtenir une pièce de toile susceptible d'envelopper l'enfant des aisselles au bassin. Vous trempez cette toile dans de l'eau chaude, vous l'exprimez en la tordant suffisamment et vous en enveloppez ensuite le tronc depuis les aisselles jusqu'aux os iliaques. On recouvre quelquefois cet enveloppement d'un imperméable. C'est une erreur, il faut le recouvrir, au contraire, d'un tissu perméable, par exemple un fichu à mailles faites au crochet. L'évaporation qui n'est pas empêchée, dans ce cas, possède une action antithermique, sans nuire à l'action révulsive. Vous laissez l'enveloppement une heure à une heure et demie, jusqu'à ce qu'il soit sec. Le moment de l'enlever varie suivant la température, la toile séchant plus vite si la fièvre est plus forte. On peut faire de l'enveloppement continu en le changeant toutes les heures, ou faire 3 ou 4 enveloppements par jour.

L'action de l'enveloppement humide est aussi très favorable. Le premier contact du drap humide, toujours un peu frais, saisit l'enfant, qui fait alors de grandes inspirations, d'où une ventilation plus active des poumons. L'enveloppement fait tomber la chaleur, diminue la température, et a des effets révulsifs. La peau devient rouge, surtout après 2 ou 3 enveloppements, quelquefois trop rouge même, avec des petites vésicules. C'est une des raisons pour lesquelles il faut rejeter l'usage des imperméables, qui favorisent la transpiration, les éruptions miliaires, les pyodermites consécutives, obstacles à la continuation du traitement. Les enveloppements ont, en outre, de bons effets sur la diurèse et sur le sommeil qui devient meilleur. Il est des enfants, qui, dès le saisissement causé par le contact du drap humide passé, s'endorment aussitôt.

Les bains chauds ou les enveloppements humides sont les deux moyens révulsifs de choix dans la broncho-pneumonie aiguë. Le cataplasme sinapisé, moins énergique, s'adresse aux formes légères de la maladie. Le bain sinapisé doit être réservé aux formes suraiguës, à tendance asphyxique, au catarrhe suffocant.

J'arrive à la 2e médication, la médication stimulante. Nous possédons aujourd'hui un moyen manifestement supérieur aux autres, l'injection d'huile éthérée camphrée. Le camphre est un stimulant de la circulation, un expectorant et un diaphorétique selon certains auteurs, un antithermique et un anti-infectieux selon d'autres. Il nous suffit, en tout cas, qu'il soit un tonique du cœur et du système nerveux. L'éther est également un stimulant, qui à petites doses favorise l'expectoration.

La formule d'huile éthérée camphrée que nous employons est la suivante :

Camphre	0 gr. 50
Ether officinal pur...	2 cent. c.
Huile d'olives stérilisée	8 cent. cubes

On peut ajouter à cette formule une substance balsamique, à dose modérée, du gaïacol ou de l'eucalyptol, lorsque les sécrétions sont très abondantes — 0 gr. 50 d'eucalyptol, je suppose. Quant aux doses de cette huile éthérée camphrée, elles seront de :

1/4 de cent. c. par injection, de la naissance à 6 mois ;
1/2 cent. c. par injection, de 6 mois à 2 ans ;
1 cent. c. par injection, après 2 ans.

Le nombre d'injections variera de 1 à 3 par jour.

Considérons maintenant la troisième médication, la médication expectorante, destinée à fluidifier et à favoriser l'expectoration. On distingue deux groupes d'expectorants. Le premier groupe comprend tous les vomitifs, l'ipéca, le tartre stibié et le kermès. Le deuxième groupe comprend les stimulants nerveux et musculaires, agissant en particulier sur les fibres de Reissessen des parois bronchiques. Les vomitifs, très employés autrefois, doivent être rejetés complètement, car ils dépriment les malades et donnent parfois des troubles digestifs. Il ne faut se servir que des stimulants neuro-musculaires.

L'huile éthérée camphrée est déjà un expectorant. Il est bon quelquefois de renforcer ses effets par d'autres agents, l'acétate d'ammoniaque, l'ergotine et la noix vomique. L'acétate d'ammoniaque sera utilisé chez les sujets jeunes, l'ergotine et la noix vomique chez les sujets plus âgés.

L'acétate d'ammoniaque, sel déliquescent, se trouve dans les pharmacies en solution à 1/20, solution connue sous le nom d'esprit de Mindererus. C'est un stimulant diffusible, diaphorétique. Nous l'employons dans le service suivant une formule ainsi composée :

◆◆

Acétate d'ammoniaque......	1 gr. 50.
Teinture de cannelle........	1 gr.
Sirop d'éther..............	15 gr.
Infusion de café...........	30 gr.
Sirop simple	q. s. pour 90 c. c.

Donner 4 à 5 cuillerées à café par jour, pour un enfant de 6 mois. La dose, ici, n'a pas une très grande importance, la préparation ne comprenant aucun toxique.

Quand il s'agit d'enfants plus grands, de plus de 2 ans, dans la broncho-pneumonie des diphtériques principalement, on se trouve bien d'employer l'ergotine et la noix vomique. Nous avons recours dans le service de la diphtérie à la formule suivante :

Ergotine Bonjean......	5 gr.
Sulfate de strychnine....	*cinq milligr.*
Sirop d'écorces d'oranges	50 gr.
Eau distillée...........	q. s. pour 120 cc.

Les doses sont :
Avant 6 mois, 2 cuillerées à café.
De 6 mois à 2 ans, 3 cuill. à café ;
Après 2 ans, 4 ou 5 cuill. à café.

L'inconvénient de cette préparation est de déterminer assez facilement de la diarrhée.

Il faut ajouter quelquefois à ces trois grandes médications, des médications occasionnelles. Il va sans dire que si la broncho-pneumonie survient chez un diphtérique, on injectera du sérum anti-diphtérique, qui sera un traitement primordial. Si des symptômes septicémiques se montrent prépondérants, on pourra recourir aux colloïdaux, bien que leur action paraisse assez inconstante. On fera des frictions à la pommade au collargol :

Argent colloïdal..........	3 gr.
Vaseline	ââ 10 gr.
Lanoline................	

Frictionner, 2 fois par jour (après le bain de préférence), pendant 5 ou 6 minutes chaque fois, avec gros comme un pois de cette pommade, successivement aux mollets, au tronc, etc.

Lorsque vous arrivez à la période de déclin de la broncho-pneumonie, vous tombez dans le traitement des formes subaiguës. Quand la fièvre a cessé, que l'enfant entre en convalescence, il faut le surveiller de près, la maladie ayant tendance aux rechutes. Si la toux persiste, avec des caractères humides, on prescrira les balsamiques, substances résineuses qui s'éliminent par les voies respiratoires. On ne les emploiera pas à la période d'acuité, car ils sont irritants. On les utilisera à la phase de déclin, quand la sécrétion reste abondante. Vous formulerez la terpine, associée au benzoate de soude, par exemple :

Terpine..................	0 gr. 30
Benzoate de soude.........	0 gr. 60
Julep gommeux...........	90 cent. c.

3 à 4 cuillerées à café suivant l'âge.

On peut compléter par quelques frictions avec la mixture térébenthinée, à la fois révulsive et balsamique. Frictionner la poitrine, matin et soir, pendant une minute, avec :

Essence de térébenthine....	100 gr.
Huile camphrée...........	50 gr.

Mêl.

Quand l'enfant n'a plus de fièvre depuis une dizaine de jours, qu'il ne tousse plus, on lui fera faire sa première sortie, en choisissant une journée de ciel clair et de sol sec.

Voyons, enfin, le traitement des formes suraiguës, subaiguës et latentes de la broncho-pneumonie. Les indications générales sont les mêmes, mais les moyens de les réaliser diffèrent un peu.

Dans la broncho-pneumonie suraiguë, la bronchite capillaire, le catarrhe suffocant, vous vous adresserez aux bains sinapisés. On ne sinapisera pas tous les bains, ce qui serait trop excitant pour la peau, mais un bain sur deux, le second bain étant un bain chaud ordinaire. Le bain sinapisé rougit et porte la vaso-dilatation de la peau à son maximum.

Quelques conseils à propos de ce bain. Rappelez-vous une donnée de pharmacodynamie : le principe actif, l'essence, de la farine de moutarde ne préexiste pas dans celle-ci. Il se développe par une action fermentative qui apparaît lorsque la moutarde est mise dans l'eau. Mais, comme toutes les actions de ferments, une trop forte température l'annihile. Aussi, pour préparer le bain, faut-il mettre tout d'abord au fond de la baignoire une petite quantité d'eau dont la température ne dépasse pas 40°, de l'eau simplement tiède, y ajouter une poignée de farine de moutarde, et mêler celle-ci à l'eau pour provoquer le dégagement de l'essence active. Arrive un moment où l'on sent l'odeur spéciale de la moutarde, où la main qui remue la farine perçoit des picotements assez vifs. La réaction fermentative est alors effectuée et l'on peut ajouter la quantité d'eau du bain, à la température, quelconque cette fois, que l'on désire.

Le bain sinapisé excite le système nerveux, stimule le cœur et arrive à transformer le catarrhe suffocant en broncho-pneumonie aiguë. Ce bain n'a pas de contre-indications. Il a seulement, comme le bain chaud, des obstacles matériels. On le remplacera, en ce cas, par les enveloppements sinapisés.

Pour réaliser ceux-ci, vous mettez un litre d'eau tiède, dans une cuvette ; vous y ajoutez une poignée de farine de moutarde. Lorsque l'es-

sence s'est dégagée, vous trempez dans le liquide un drap de lit de grandeur suffisante pour recouvrir le tronc du malade (du cou jusqu'au bassin), vous étalez le drap sur une couverture de laine: l'enfant y est placé, et enveloppé. Au bout de quelques minutes (8 à 10 en moyenne), lorsque l'enfant s'agite, vous l'enlevez, vous chassez la moutarde restée adhérente à la peau, avec de l'eau tiède. On termine par une légère friction à l'alcool. La peau devient rouge écarlate, la révulsion obtenue étant très vive.

Aux bains ou aux enveloppements, on joindra l'huile éthérée camphrée et quelquefois la caféine, parfois aussi les inhalations d'oxygène, moyen discuté par les physiologistes, mais qui cliniquement paraît jouir de quelque efficacité. Je vous conseille de faire respirer cet oxygène pendant 5 minutes, reposer 5 minutes, etc. Si vous avez la chance de franchir les dangers du catarrhe suffocant, vous retombez dans le traitement de la broncho-pneumonie aiguë.

Dans la broncho-pneumonie subaiguë, où la température n'atteint souvent pas 39°, il n'y a pas lieu de donner des bains, si le thermomètre reste au-dessous de ce chiffre.

On aura recours alors aux cataplasmes sinapisés. Il faut éviter de les donner trop chauds pour deux raisons : ils peuvent brûler l'enfant en ce cas (on en voit assez souvent des exemples) et, d'autre part, l'essence de la moutarde ne se dégage pas. La potion à l'acétate d'ammoniaque peut aussi être prescrite.

Deux mots, pour terminer, sur les broncho-pneumonies latentes chez les cachectiques. Ces broncho-pneumonies sont des épisodes terminaux qui précipitent la cachexie. Il est difficile de s'y opposer. On essayera le traitement causal, l'alimentation normale, le lait de femme chez les cachectiques du biberon par exemple, les injections de sérum artificiel. On donnera les bains chauds, assez rares cependant, car ils fatiguent ces petits malades, et suivis de frictions à l'alcool. Malheureusement, on arrive, ici, souvent trop tard pour espérer un résultat favorable.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

PHYSIOTHÉRAPIE

La Chimiothéropie de la tuberculose.

ERRATUM. — No 1, p. 26, 1re col. — *Dans l'alinéa concernant les incidents possibles, il faut lire* : « Le moyen le plus sûr d'éviter les incidents est « d'injecter immédiatement après la solution man- « ganatée, l'aiguille restant en place, quelques cen- « timètres cubes de SÉRUM PHYSIOLOGIQUE », et non pas : *d'eau distillée ou de sérum...*

2e col. — *Au lieu de* : « Dans les crachats.., quel- « quefois cet index est, au contraire, une véritable « décharge microbienne, il faut lire : QUELQUEFOIS, « CET INDEX EST AU CONTRAIRE AUGMENTÉ ; il « SE PRODUIT ALORS UNE VÉRITABLE DÉCHARGE « MICROBIENNE... »

THÉRAPEUTIQUE

Les Emphysémateux (1).

On entre dans l'emphysème par l'asthme, les bronchites répétées ou la bacillose. On en sort par l'asystolie.

Votre emphysémateux est donc un tuberculeux fibreux ou un asthmatique ou un abonné aux bronchites ; s'il est en plus artérioscléreux ou obèse, le pronostic n'est que plus sérieux.

Bien que l'emphysémateux vienne rarement consulter au moment où sa maladie commence à s'installer, voyons chez un candidat à l'emphysème :

I. — COMMENT ON PEUT RETARDER L'EMPHYSÈME.

a) *La Gymnastique respiratoire* : couché, le malade s'essaye à respirer uniquement avec le diaphragme : pendant l'inspiration, il gonfle l'abdomen sur lequel appuie un livre, tandis que pendant l'expiration, il laisse son ventre s'affaisser.

Assis : il combine des mouvements du tronc et des bras avec les exercices respiratoires bien rythmés : mouvements de torsion de la colonne vertébrale autour de son axe vertical alternativement de droite à gauche et de gauche à droite, — traction des bras en arrière — écartement passif des bras tendus en avant, mouvements du nageur. En même temps, vous hachez le dos avec le bord cubital de la main et vous tapotez doucement le thorax (sommets exceptés) avec la paume, quand le sujet a les bras levés latéralement.

Jamais de gymnastique dans les périodes de fatigue et de fièvre.

b. *La bouteille de Pescher*, ou mieux son *Spiroscope* développent la capacité respiratoire et montrent au malade ses progrès.

Ne parlons pas des cloches ni des appareils compliqués, impossibles en pratique.

c) Les frictions au gant de crin.

(1) Extrait du « *CONSULTAIRE* » (Les 100 consultations de tous les jours) de M. Ségard. In-8° Broché 516 pages, 1920, 18 fr. Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Tous droits de reproduction et de traduction réservés.

II. — PLUS TARD, L'EMPHYSÉMATEUX AVÉRÉ CONSULTE AVANT TOUT POUR DE LA DYSPNÉE.

Deux médicaments :

L'Arsenic et les Iodures.

a. *L'Arsenic* est la préparation la plus utile, celle que vous pouvez prescrire au plus grand nombre, sans contre-indication :

La potion d'Arséniate de soude ; (Voir *Formulaire pour adultes*) ;

Les granules de Dioscoride : 2 à 5 par jour ;

La Liqueur de Fowler : X à XX gouttes ;

Les injections de cacodylate de soude : 5 centigrammes par jour + 1 milligr. de Sulfate de Strychnine (vasoconstricteur et toni-bronchique).

Donnez l'Arsenic 10 jours ; et les 10 jours suivants, donnez :

b. *Les Iodures* : indiqués aux emphysémateux asthmatiques et contre-indiqués aux tuberculeux (congestifs).

Iodure de potassium : 0 gr. 50 par jour ; ou la Teinture d'Iode : X gouttes dans du lait au début des 2 grands repas ; ou les Peptones Iodées du commerce.

Enfin :

c. *Le Régime et le Genre de vie* : pas de viande le soir, ni épices, ni excitants.

Les douches ou tubs tièdes après la séance de gymnastique.

L'hiver, sur la Riviera ou un peu en arrière de la mer (Le Cannet, Grasse, Vence, Hyères). Jamais plus de 600-800 mètres, surtout après 40 ans.

L'été : hydrothérapie doucement conduite et cure de boisson à une station sulfoarsenicale.

III. — VOUS ÊTES APPELÉ POUR UNE BRONCHITE AIGUE.

a) Donnez : *des Eupnéiques* :

La Liqueur d'Hoffmann par V à X gouttes dans un peu d'eau sucrée ; à répéter plusieurs fois par jour :

La Teinture Ammoniacale Anisée par V à X gouttes dans un peu d'eau sucrée ; à répéter plusieurs fois par jour ;

b) Et : *des Calmants* :

La Teinture d'Aconit : XXX gouttes le 1er jour :

Les Teintures de Datura et de Droscra (antispasmodiques) : XXX gouttes le 1er jour ;

c) *Décongestionnez* en couvrant la poitrine de ventouses sèches et en en scarifiant quelques-unes aux bases, s'il y a de la congestion pulmonaire ;

Avec les enveloppements sinapisés ;

Avec les bains chauds : le malade est recouché dans un lit chaud et prend des boissons chaudes.

d) En outre, lorsque le MALADE EST DÉPRIMÉ, donnez :

La potion Todd-Acétate d'ammoniaque ; (Voir : *Quelques formules d'urgence*) ;

Du sirop d'éther ;

Et soutenez son cœur avec :

Des injections d'Huile Ethérée-Camphrée et de Spartéine.

e) SI LES BRONCHES SONT ENCOMBRÉES :

La potion au Kermès-Minéral (0 gr. 25) + Teinture de Lobélie (2 gr.) + Sirop de Polygala (30 gr.) ; le Kermès insoluble dans l'eau peut être donné dans un looch de 60 centimètres cubes, (potion de la journée) ;

Ou la poudre de Dower (Ipéca Opiacé) : 4 paquets ou cachets de 0 gr. 25, par jour ;

Ou l'Ergotine (tonibronchique) : 6 pilules de 0 gr. 05 ;

Ou le Sirop Dessessartz : 1 c. à soupe = 0,10 de poudre d'Ipéca ; donnez à l'adulte 20 à 50 gr. par jour.

Donnez ces expectorants *loin des repas* et à des doses fractionnées.

Corrigez leurs effets déprimants par X gouttes de Digitaline à 1/1000e, surtout si le pouls faiblit, si la cyanose persiste.

Pas de tartre stibié aux vieillards, aux myocardes fatigués.

f) L'EXPECTORATION TRAINE OU EST EXCESSIVE :

La Terpine : en pilules ou en potion alcoolisée (1 gramme par jour).

Les injections intramusculaires d'Huile Eucalyptolée-Gaïacolée-Iodoformée (voir « *Les Bronchitiques Chroniques* »).

g) L'EMPHYSÈME SE COMPLIQUE D'ASTHME :

Les pulvérisations intra-nasales d'Atropine ou d'Hypophysine-Adrénaline ;

La potion Bromure-Iodure-Chlorure de Sodium (voir « les *Asthmatiques* »).

IV. — L'EMPHYSÉMATEUX BRONCHITIQUE CHRONIQUE.

Selon les cas, vous ordonnerez :

a. *Les expectorants des râles secs* (liquéfiants) :

Le Carbonate ou le Chlorhydrate d'Ammoniaque : 1 gramme par jour ;

L'Acétate d'Ammoniaque : 3 grammes par jour ;

Ou les Iodures. Tous en potion.

b. *Les expectorants des râles humides* (évacuants) :

L'Ipéca (sirop d'Ipéca, Poudre de Dower, Sirop Dessessartz) ;

Le Benzoate de Soude : 2 gr. par jour.

c. *Les injections* sous-cutanées ou mieux *intramusculaires* de 2 centimètres cubes :

Gaïacol	0 gr. 10
Iodoforme	0 gr. 02
Eucalyptol	0 gr. 20
Huile d'olives stérilisée	2 cent. cubes.

Pour une ampoule.

d. *Les Toniques neuro-cardio-bronchiques* : la Strychnine ;

e. *Les Cardio-toniques* à doses d'entretien.

La Digitaline à 1/1000e ou l'Intrait de Digitale : V gouttes par jour.

Le Strophantus : 1 milligr. d'extrait ou XV gouttes de teinture.

L'Huile camphrée en injections sous-cutanées.

f. *Le traitement thermal* est un adjuvant merveilleux : avant tout, deux stations d'été : Saint-Honoré (Nièvre) : Soufre + Arsenic. Douches de pieds chaudes décongestives — inhalations — cure d'air et climat régulier de 1/2 altitude ;

Le Mont-Dore (Puy-de-Dôme) : altitude 1050 mètres. Silice et Soufre. — Aspirations. — 1/2 bains hyperthermaux.

Saint-Honoré est préférable « chez les emphysémateux sujets à des bronchites congestives » (G. Lyon). Il est recommandé aux emphysémateux avec « suppurations bronchiques abondantes ».

Les Sulfureux du Dauphiné et des Pyrénées ont aussi leurs indications.

N. B. — Une forme spéciale : l'Emphysème avec lésion des cartilages costaux : les cartilages costaux ayant perdu leur élasticité, le thorax agrandi devient rigide et se fixe en inspiration. On résèque les 2e, 3e, 4e cartilages costaux en enlevant aussi leur périchondre pour éviter toute régénérescence ; on fait une résection étendue avec interposition de muscles pour empêcher la soudure des extrémités cartilagineuses.

V. — L'Emphysémateux entre en Asystolie.

.... Le vieil asthmatique devenu emphysémateux, bronchitique, rénal et cardiaque est un type que vous verrez tous les jours. C'est un pneumo-cardio-rénal, qui fait de l'asystolie et parfois de l'asystolie urémique.

Le péril est au cœur et au rein.

a. Règle clinique : surveillez donc les menaces d'hyposystolie : le bocal d'urines, l'œdème malléolaire du soir, la congestion du foie sont trois bons criteria.

b. Conseillez : 1-2 jours de lait par dizaine, et, le reste du temps, le régime lacto-végétarien.

Une petite purgation saline tous les mois.

Et après la purgation, X gouttes de Digitaline à 1/1000e ou d'Intrait de Digitale, 10 *jours de suite.*

Les 10 jours suivants : Théobromine + Benzoate de soude : 0 gr. 50 à chaque repas.

Pour alterner, donner : la Teinture de Strophantus dans du Sirop des Cinq Racines ; quelques pilules de Lancereaux ; un peu de Vin de Trousseau ou de vin scillitique de la Charité.

Faites des injections d'Huile Camphrée, de Spartéine et de Strychnine.

Appliquez périodiquement : les Ventouses Scarifiées ; au besoin, faites la Saignée (voir *Les Hyposystoliques et les Asystoliques*).

Enfin : une cure à Royat (Puy-de-Dôme) quand le cœur n'est pas trop décompensé et que l'artériosclérose n'est pas trop marquée. Les Sulfureux et les Sulfoarsenicaux ne sont plus indiqués à partir du *moment où l'emphysémateux entre en hyposystolie.*

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Signe diagnostique du zona vrai et des herpès zostériformes.

(M. Sicard. — *Société médicale des hôpitaux.*)

On connaît la controverse, soulevée par Landouzy, sur le zona. Landouzy et les partisans de sa conception accordent au zona vrai un caractère de spécificité : selon eux, le zona confère l'immunité et ne récidive pas. En face de cette opinion, d'autres auteurs reconnaissent des zonas symptomatiques, à étiologie multiples, avec tendance à la récidive.

M. Sicard estime que l'on peut départager ces avis différents en distinguant un zona vrai et des herpès zostériformes. Un signe clinique lui paraît devoir permettre cliniquement cette distinction, à savoir la cicatrice cutanée laissée par l'éruption. Le zona seul laisserait une marque post-éruptive qui ne s'observerait pas dans les herpès zostériformes.

L'auteur présente, comme exemple, une malade tabétique chez laquelle il provoque, à coup sûr, une éruption de vésicules herpétiques, en larges placards lombo-fessiers, en tous points semblables à ceux du zona franc, par l'injection thérapeutique sous-arachnoïdienne de deux dixièmes de milligrammes de cyanure de mercure. C'est par dizaine de fois, que cette éruption a été produite, sans jamais laisser après elle la moindre marque tégumentaire. Les cicatrices post-éruptives constitueraient donc, selon M. Sicard, un signe diagnostique différentiel du zona vrai et du faux zona symptomatique — tout emploi d'applications irritantes mis à part.

M. Comby et M. Variot n'ont jamais constaté, chez l'enfant, la présence de cicatrices après le zona.

Une nouvelle technique d'examen de la tension artérielle (méthode oscillo-sphygmophonique).

(MM. Maurice Villaret et Dufour. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Trois méthodes générales sont employées, aujourd'hui, pour rechercher l'état de la tension artérielle — toutes trois, d'ailleurs, sujettes à critiques :

1° La méthode palpatoire, la plus ancienne ;

2° La méthode oscillométrique, très répandue actuellement, dont le Pachon est l'appareil-type ;

3° La méthode auscultatoire, enfin, la dernière en date, mise en honneur par M. Vaquez et ses élèves, qui paraît appelée à un certain succès.

Ces trois méthodes ont été critiquées et on leur a adressé des objections de valeur diverse. Elles ne répondent pas à tous les desiderata de la sphygmomanométrie et M. Villaret a pensé que pour réduire ces inconvénients, il y aurait intérêt à combiner les trois méthodes dans *un emploi simultané*, à fixer sur un graphique leurs données et à établir avec ces données associées une constante sphygmomanométrique.

La technique de l'auteur est simple. Elle consiste à appliquer le brassard de l'oscillomètre de Pachon au niveau du bras, le tambour du sphygmophone de Laubry au lieu d'élection du pli du coude, et enfin un doigt palpeur sur le pouls radial.

Sur un papier quadrillé à diagramme, on note en ordonnées les oscillations du Pachon, les indications du sphygmophone Laubry et les indications palpatoires. On obtient ainsi un graphique qui réunit sous les yeux les résultats des trois principales méthodes sphygmomanométriques. Pour résumer ces indications en un chiffre de constante, M. Villaret a imaginé d'utiliser le procédé, déjà employé dans l'industrie pour étudier les graphiques de rendement inscrits par certaines machines, et connu sous le nom de méthode des pesées.

Notes sur l'hérédo-syphilis.

(MM. Marino, de Buénos-Ayres, et Mussio-Fournier, de Montévidéo. — *Société médicale des hôpitaux.*)

MM. Marino et Mussio-Fournier insistent sur l'importance de l'hérédo-syphilis dans la pratique journalière. Ils pensent qu'un bon pourcentage de malades dont l'état morbide répond aux tableaux du lymphatisme, de l'habitus asthénique, des états endocrinopathiques, sont des hérédo-syphilitiques. Même en l'absence de tout stigmate significatif, ils estiment qu'on doit leur appliquer un traitement mercuriel à petites doses, alternant avec le 914, pourvu toutefois, qu'il n'y ait pas de contre-indications à l'emploi de ces médicaments.

L'anergie tuberculinique au cours de la grossesse.

(MM. Nobécourt et Paraf. — *Société médicale des hôpitaux.*)

On admet généralement que la grossesse favorise l'évolution de la tuberculose pulmonaire. Sans doute, comme l'a montré M. Bar, les tuberculoses éteintes, les tuberculoses fibreuses même cavitaires peuvent ne pas être influencées ; mais les tuberculoses ulcéro-caséeuses en évolution reçoivent ordinairement un coup de fouet. C'est surtout pendant les jours qui suivent l'accouchement que les accidents éclatent, qu'apparaissent les broncho-pneumonies et les granulies rapidement mortelles. C'est également à cette période que M. Nobécourt a observé, chez des femmes apparemment indemnes de bacillose, des pleurésies séro-fibrineuses et des congestions pulmonaires, en général curables d'ailleurs, mais remarquables par l'élévation et la persistance de la fièvre, l'atteinte profonde de l'état général et la lenteur de la résolution.

Il semble donc que la grossesse crée un état favorisant de la tuberculose. L'étude des réactions à la tuberculine pendant la puerpéralité fournit des renseignements qui permettent d'expliquer ce fait dans une certaine mesure.

Divers auteurs, Stern, Bar et Devraigne ont signalé déjà une moindre fréquence des réactions positives à la tuberculine pendant la gestation et après l'accouchement. MM. Nobécourt et Paraf ont repris la question et ils ont constaté qu'effectivement la cuti-réaction est influencée par l'accouchement. Elle se montre moins commune et moins accusée chez la femme dans le post-partum qu'en dehors de la grossesse. La gestation et surtout l'accouchement déterminent ainsi une sorte d'état d'anergie tuberculinique. Or, on sait que, chez les tuberculeux, la diminution de la sensibilité à la tuberculine coïncide le plus souvent avec une diminution parallèle de l'immunité. Cet état d'anergie après l'accouchement peut expliquer l'aggravation que subissent à ce moment les processus tuberculeux.

L'absence d'appendice xyphoïde, signe d'hérédo-syphilis.

(M. L. Queyrat. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Queyrat signale une malformation qui lui a paru fréquente chez les hérédo-syphilitiques et qui ne semble pas avoir été signalée jusqu'ici : c'est l'absence d'appendice xyphoïde. L'auteur recherche systématiquement et depuis longtemps l'axyphoïdie et il pense qu'elle mérite de prendre une place importante à côté des autres dystrophies et arrêts de développement qu'il est de règle de mentionner comme stigmates de l'hérédo-syphilis.

M. Hallé rappelle que l'absence d'appendice xyphoïde s'observe souvent chez les sujets atteints de rétrécissement mitral congénital, ainsi que l'avait indiqué Duroziez.

M. Queyrat croit que le rétrécissement mitral pur congénital, comme nombre d'autres dystrophies, est attribuable, au point de vue étiologique, plutôt à l'hérédo-syphilis qu'à la tuberculose. Sa coïncidence avec l'axyphoïdie se comprendrait, dès lors, facilement.

Séquelles tardives des plaies de poitrine.

(MM. E. Sergent et P. Pruvost. — *Société médicale des hôpitaux.*)

MM. Sergent et Pruvost présentent à la séance médico-chirurgicale de la Société un rapport sur les séquelles des plaies de poitrine.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Notes d'ordonnances. — Notes d'ordonnances portant comme en-tête des instructions aux blessés du travail.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures). — Au recto de ces mémoires, on trouvera des colonnes dans lesquelles on pourra porter le relevé des opérations et le montant des honoraires; au verso, on trouve le réquisitoire et l'exécutoire à faire signer par les autorités compétentes qui ordonnanceront ce mémoire.

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Notes d'honoraires ordinaires

Notes d'honoraires d'un modèle spécial établies selon les indications du tarif Jeanne.

Ces différents imprimés son envoyés au prix de franco

Les 50	4 fr. » »
Le 100	6 fr. » »
Les 500	28 fr. » »
Les 1000 ...	50 fr. » »

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du **Concours médical, 132,** *faubourg St-Denis, Paris.*

Ils divisent ces séquelles en deux groupes : les séquelles non tuberculeuses et les séquelles tuberculeuses, ces dernières beaucoup plus rares qu'on ne l'a cru et dit.

Une notion demande à être soulignée d'abord. Si, le plus souvent, les examens stéthoscospiques et radioscopiques permettent d'interpréter les symptômes éprouvés par le sujet et de les rattacher à des lésions persistantes ou à la présence d'un corps étranger, il est d'anciens blessés de poitrine qui se plaignent de troubles fonctionnels et subjectifs (dyspnée, toux, angoisse, palpitations), chez lesquels, l'exploration la plus minutieuse ne fournit pas d'éléments suffisants pour les expliquer. Il ne faut pas trop hâtivement conclure à la simulation ou à des phénomènes purement nerveux. On peut rencontrer quelquefois alors des lésions des nerfs du médiastin et du plexus cardiaque.

Les séquelles des plaies de poitrine sont les unes superficielles, pariétales, les autres profondes. Parmi les premières, on observe des névralgies inter-costales, la pleurodynie, les brides cicatricielles, les fistules diverses et les déformations thoraciques.

Les névralgies intercostales durables sont entretenues soit par la présence du projectile, soit par les lésions qu'a produites le passage de celui-ci, soit par une pleurite sous-jacente. Les brides cicatricielles sont gênantes lorsqu'elles sont très serrées et peuvent nécessiter, lorsqu'elles résistent au massage et à l'ionisation, l'intervention opératoire. On rencontre parfois des fistules osseuses, des fistules pleurales. On voit aussi des déformations thoraciques, conséquences de larges blessures mutilantes.

Les séquelles pleurales tardives ne sont généralement pas immuables. Elles régressent et évoluent plus ou moins rapidement suivant la cause dont elles dépendent. M. Sergent ne pense pas toutefois qu'il faille opposer, comme l'ont fait Péhu et Daguet, les séquelles des épanchements traumatiques aux reliquats des épanchements pleuraux spontanés. Si ces derniers sont communs, les premières ne sont pas rares.

Les séquelles profondes comprennent des états cicatriciels et des lésions pulmonaires en évolution, quelquefois des kystes hématiques. Les hémoptysies tardives et récidivantes sont fréquentes, *en dehors de toute tuberculose.* Elles sont tantôt très minimes, tantôt très abondantes. Les manifestations pulmonaires infectieuses sont assez communes, poussées fébriles avec expectoration muco-purulente, foyers de pneumonie, etc. S'il persiste un corps étranger, on pourra discuter les avantages et les inconvénients de l'extraction. S'il y a suppuration ou kyste hématique, on l'évacuera. Dans les autres cas, on conseillera le séjour à la campagne pour éviter les contaminations des villes, et la gymnastique respiratoire lorsque toute trace d'infection aura disparu.

Les lésions médiastinales peuvent porter sur les importants organes contenus dans le médiastin, le phrénique, le pneumogastrique, le sympathique, en particulier. On note, alors, la névralgie phrénique, la dyspnée, les troubles cardiaques (douleur, arythmie) les troubles pupillaires, l'apparition d'un goitre avec ou sans exophtalmie, les tremblements et les troubles vaso-moteurs.

Quelle conduite adopter s'il reste des corps étrangers inclus ? Parfois, ils sont très bien tolérés. D'autres fois, ils sont la cause d'accidents, d'hémoptysies, de réactions inflammatoires, de troubles neuro-cardiaques. Pour cette dernière catégorie, la question de l'extraction du projectile se pose. Elle doit être discutée en faisant la part des avantages et des inconvénients qu'elle offre.

Chez un certain nombre de ces anciens blessés, on rencontre une atteinte plus ou moins profonde de l'état général, poussées fébriles, amaigrissement, asthénie, traduisant un état infectieux sournois, et faisans penser à la tuberculose.

En réalité, la tuberculose traumatique est extrêmement rare chez les blessés de poitrine, pense M. Sergent. Elle se voit cependant, et la dépister est toujours chose assez délicate, car les séquelles tardives non tuberculeuses la simulent beaucoup. La radiographie, la recherche du bacille de Koch dans l'expectoration permettent dans bien des cas de l'éliminer.

M. Claisse signale les bons résultats donnés par la gymnastique respiratoire bien surveillée, avec l'appareil Pescher en particulier, dans les séquelles de blessures pleuro-pulmonaires. Mais, il faut que la blessure soit aseptique et on doit surveiller la température du malade.

M. Tuffier parle des accidents tardifs des plaies de poitrine au point de vue chirurgical surtout.

L'extraction secondaire des projectiles pulmonaires ne sera pratiquée que sur indications spéciales bien précisées. Elle n'est pas, en effet, sans inconvénient, sans danger même, et, d'autre part, nombre de corps étrangers intra-pulmonaires restent parfaitement tolérés.

M. Tuffier est d'accord avec M. Sergent, quant à la rareté de la tuberculose pulmonaire consécutive aux traumatismes thoraciques.

P. L.

Plissements en cercles de la rétine. — Corps étranger intra-oculaire. — Manifestations articulaires anormales dans la dysenterie bacillaire. — Spondylite typhique. — Aphasie sensorielle.

(*Société de médecine de Toulouse.*)

M. Frenkel donne lecture d'un mémoire intitulé : *Un nouveau cas de plissements en cercles de la rétine par contusion du segment postérieur de l'œil.* Il s'agissait d'un jeune soldat présentant une otite double, une cataracte droite et un décollement de la rétine gauche se manifestant sous la forme de quatre plissements en cercle. Ce malade n'ayant jamais présenté de traumatisme direct, l'auteur pense qu'il s'agit là de lésions causées par le *vent du boulet* subi par ce soldat, et qui seraient le résultat de la projection du globe oculaire contre les parois de l'orbite.

M. FRENKEL rapporte une observation d'*extraction de corps étranger intra-oculaire par l'électro-aimant.* Un fragment métallique situé au niveau du cristallin fut facilement attiré dans la chambre antérieure, puis attiré au dehors après une kératotomie.

MM. SERR et LAPORTE communiquent 4 cas de *manifestations articulaires anormales dans la dysentérie bacillaire.* Trois fois, il s'agissait de formes polyarticulaires, et une fois d'arthrite chronique ; toutes ces lésions dues à la toxine du bacille de Schiga et évoluant sous l'aspect d'arthrites avec épanchement, se sont terminés favorablement, sauf dans un cas où il y a eu une ankylose partielle du genou.

M. ROQUES rapporte un cas de *spondylite typhique* ayant débuté par un torticolis. Les douleurs vertébrales, qui ne se sont manifestées avec intensité qu'au moment de la convalescence de la fièvre typhoïde ont été rebelles à toute médication, et n'ont cédé qu'à l'immobilisation dans un corset platré.

MM. CESTAN et LAURENTIES présentent deux malades atteints d'*aphasie sensorielle.*

Réparation endoprothétique des grosses pertes osseuses. — Pseudo-étranglement herniaire.

(*Société de Chirurgie de Toulouse*).

M. DUCUING expose le résultat de ses recherches expérimentales sur *la réparation des grosses pertes de substance osseuse par l'endoprothèse en caoutchouc durci.* Les expériences, qui ont porté sur des poulets et des lapins, ont montré que la présence d'un corps étranger en caoutchouc parfaitement toléré, avait un pouvoir ostéogénétique des plus marqués. Tous les résultats obtenus ont été excellents, aussi l'auteur pense-t-il que cette méthode pourrait être utilement employée chez l'homme dans tous les cas où il existe une perte de substance osseuse très étendue.

M. TOURNEUX rapporte un *cas de pseudo étranglement herniaire par fibrome du mésentère.* — Chez un homme âgé de 68 ans, il s'était manifesté, à la suite d'un effort intense, une hernie s'accompagnant de tous les symptômes classiques de l'étranglement. Ces manifestations avaient disparu au bout de 48 heures, et seule avait persisté une irréductibilité complète. L'intervention chirurgicale montra qu'elle était causée par une petite tumeur du mésentère, un fibromyxome. C'est là un fait exceptionnel, et seuls deux cas rapportés par Martin et par Lecène, où l'irréductibilité était due à un kyste du mésentère, peuvent être rapprochés de cette observation.

J. T.

A TRAVERS LA PRESSE

I

Presse française

De l'imprégnation créosotée.

La créosote a été longtemps considérée comme une sorte de panacée dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Vers 1890, on l'employait dans le service de Moizard, à Tenon, en injections huileuses sous-cutanées. Plus tard, je l'ai moi-même prescrite systématiquement à mes tuberculeux, sous forme de lavements d'huile créosotée, avec des résultats satisfaisants.

M. E. SCHOULL (*Courr. méd.*, 11 déc. 1919) en rappelant son utilisation déjà ancienne dans ces conditions particulières, la vante d'une façon toute spéciale dans le traitement des pneumococcies et des complications broncho-pulmonaires de la grippe.

Des trois modes possibles d'administration : estomac, peau, intestin, c'est à cette dernière voie qu'il donne la préférence, en recommandant surtout, de recourir au lavement d'émulsion créosotée dans le lait, presque toujours bien toléré, sans addition de laudanum, à la condition de le faire précéder d'un grand lavement évacuateur.

La dose moyenne pour un adulte est de 30 à 40 gouttes par lavement administré matin et soir, la quantité de véhicule ne devant guère dépasser un demi-verre que quand la dose d'agent actif est élevée. Les enfants du premier âge supportent parfaitement des doses de 4 à 10 gouttes par jour en deux fois.

La principale contre-indication de cette méthode est l'albuminurie. Aussi devra-t-on ne l'employer qu'après avoir examiné les urines à ce point de vue, en passant outre au besoin quand l'état du malade paraît désespéré et qu'on est autorisé à tout tenter pour le guérir.

Il n'y a guère de signes d'intolérance : le goût de créooste perçu dans la bouche est souvent l'indice d'une action favorable du médicament. Les sensations de vertige, de malaise général, de courbature, de constriction épigastrique, de froid intense, avec frissons, pâleur, sueurs froides et visqueuses, tendance au collapsus, ressortissent plutôt à l'intoxication. L'hypothermie accompagnée de sensation de froid intense, la petitesse et la rapidité du pouls, la coloration noire des urines objectivent l'intolérance, habituellement très rare.

La créosote est modificatrice des épithéliums, dynamogénique, bactéricide, et antithermique.

L'imprégnation créosotée influe sur l'évolu-

tion de la maladie qui se fait plus bénigne et plus rapide ; sur la température qui redevient tantôt brusquement et tantôt en deux ou trois jours normale ; sur la toux, rendue plus facile ainsi qne l'expectoration ; sur le pouls, qui reprend souvent de la force et de l'ampleur ; sur la respiration, plus ample et plus libre ; sur l'état général enfin très nettement amélioré.

Les indications de la créosote sont les affections aiguës, primitives ou secondaires, des bronches et du poumon, pneumonie et broncho-pneumonie franche, grippale, morbilleuse, etc.

Elle agit encore comme préventif de ces complications dans les affections où elles apparaissent si fréquemment, notamment dans la rougeole.

Elle n'exclut d'ailleurs pas la prescription des toniques cardiaques, des toniques généraux, de la révulsion, de l'hygiène et de la diététique qui conviennent à chaque cas pris en particulier.

Les kystes gazeux de l'abdomen.

Une observation de kystes gazeux de l'abdomen publiée récemment dans la *Presse Médicale* met cette question à l'ordre du jour et nous vaut une intéressante Revue de cette affection par M. Chastanet de Géry (*Gaz. des Hôp.*, nº 78, 1919).

A vrai dire, intéressante surtout au point de vue spéculatif, les kystes gazeux de l'abdomen n'étaient jusqu'à présent que des trouvailles sur la table d'opération ou d'autopsie.

Ces kystes sont des bulles arrondies, rarement pédiculées, résultant du soulèvement de la séreuse, claires et même transparentes, situées habituellement sur l'iléon, mais pouvant également se rencontrer sur les autres portions de l'intestin, sur le mésentère, sur le péritoine pariétal. Ils s'agglomèrent en une tumeur comparable à une grappe de raisin ; ont un volume qui varie d'un grain de mil à celui d'un œuf de pigeon. Le gaz contenu dans leur cavité est inodore.

Histologiquement, il suffit de savoir que le kyste gazeux est vraisemblablement une lésion du système lymphatique.

Au point de vue étiologique, il faut mettre en relief la coexistence fréquente d'une affection du tube digestif, ulcère du pylore, cancer du pylore, occlusion intestinale, appendicite, fièvre typhoïde. Parmi les théories pathogéniques proposées, la plus généralement admise est la théorie infectieuse.

La symptomatologie est assez obscure. L'affection concomitante se traduit par ses signes propres. D'autre part, la pneumatose abdominale se révèle souvent par son action mécanique : sténose, quand le volume et le siège des kystes leur permettent d'agir mécaniquement sur le tube digestif.

Les signes objectifs sont l'augmentation du volume du ventre, la découverte par le palper et le toucher rectal de masses élastiques et bosselées, au niveau desquelles la percussion est sonore.

Le diagnostic est à faire avec la péritonite tuberculeuse.

Le pronostic est bénin en soi. Il s'aggrave du fait des complications ainsi que de l'affection concomitante.

Le traitement direct est inutile. L'intervention ne serait indiquée que si l'on se trouvait en présence d'une tumeur relativement isolable.

En réalité, la lésion a une tendance à s'affaisser et à disparaître spontanément. On a même prétendu, et cela semble l'opinion de Letulle (*Presse méd.*, 20 déc. 1919), que la laparotomie a une action favorable sur l'évolution de cette maladie.

La méningite purulente pneumococcique au cours de la grippe.

Considérée comme une complication rare, la méningite purulente a été au contraire plusieurs fois observée par M. Dubourg (*Gaz. des Soc. méd. de Bordeaux,* 14 déc. 1919) qui en rapporte 6 cas typiques. Il faut dire que ces observations ont été recueillies dans un milieu d'indigènes, et qu'on connaît la sensibilité extrême des noirs au pneumocoque.

Quoiqu'il en soit, ce qu'il en faut retenir, c'est la gravité du pronostic, les six malades de Dubourg étant morts, et la brutalité fréquente du début des accidents méningés, ainsi que la rapidité de l'évolution.

Le pneumocoque étant en cause, la ponction lombaire permettra de préciser le diagnostic microbien, et de distinguer la méningite à méningocoque de la méningite à pneumocoque. Du reste, toutes les fois qu'on soupçonnera une localisation ménigée, on pratiquera systématiquement la ponction lombaire.

Le traitement sérothérapique n'a jusqu'à présent donné que des désillusions, soit en injections de sérum antipneumococcique dans la cavité rachidienne, soit en injections sous-cutanées.

Ce sérum doit plutôt être considéré comme un excellent perventif afin d'éviter l'éclosion des accidents méningés si redoutables.

Le tatouage en thérapeutique chirurgicale.

Les opérations sur la face et le cou, les blessures, les brûlures, laissent après elles des cicatrices indélébiles qui déparent le visage des intéressés. Il en est de même de certaines taches décolorées ou hypercolorées dues au vitiligo, à la syphilis.

On peut rémédier à ce que ces taches ont

disgracieux au moyen d'un tatouage bien fait.

Les couleurs à employer, dit M. DUFOURMENTEL (*Presse Méd.*, 10 déc. 1919) sont le blanc d'antimoine, les oxydes de fer connus sous le nom générique de *terres* (terre de Sienne, terre de Venise), le rouge brun, les couleurs dites *de Mars*, le jaune et le rouge de cadmium, l'encre de Chine.

On prépare la région à tatouer en la dégraissant et en la désinfectant à l'éther et à l'alcool. On étend ensuite sur elle le mélange coloré, obtenu par délayage de la couleur d'abord dans l'alcool, puis à l'eau. Enfin, on procède au tatouage proprement dit au moyen d'un jeu d'aiguilles (3 à 6) réunies en faisceau et dont la pointe est rigoureusement sur le même plan. Il faut pénétrer dans le derme à moins d'un demi-centimètre. La piqûre ne doit pas saigner.

La douleur est très minime et l'opération bien supportée. Ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'on peut se rendre compte du résultat, lequel est généralement satisfaisant quand l'opération a été bien faite.

« Il y a donc là une méthode susceptible de « rendre des services véritablement précieux et « qui mérite d'être répandue puisqu'elle se « propose de remédier à des choses considérées « jusqu'ici comme irrémédiables. »

Les émissions sanguines chez les cardiaques.

FIESSINGER rappelle (*Journal des Prat.*, 8 nov. 1919) que la saignée générale copieuse (300 à 400 gr.) est le traitement héroïque de l'œdème aigu du poumon, ainsi que de la thrombose cardiaque du rétrécissement et des accidents gravido-cardiaques avec œdème des membres inférieurs.

La dilatation du cœur droit avec congestion passive du foie, des poumons, des reins, se trouve très bien d'une saignée, mais, dans ces cas également, l'émission sanguine réalisée au moyen de ventouses scarifiées appliquées sur la région du cœur, du foie, des reins, à la base des épaules, suffit, si l'on y joint le régime hydro-lacté de réduction, la digitaline cristallisée à faible dose et la théobromine.

Il en est de même de l'emploi des ventouses scarifiées périodiquement placées dans les endocardites, les péricardites, anévrysmes, dans l'hypertension artérielle avec azotémie.

Par contre, les crises subintrantes d'angine de poitrine se trouvent mieux de la vessie de glace précordiale et des petites injections de morphine (2 à 3 milligr. toutes les 3 heures).

Traitement de la paralysie générale.

Pendant longtemps, la thérapeutique de la paralysie générale est demeurée des plus décevantes. Le traitement mercuriel classique non seulement ne donnait pas de résultats, mais encore était accusé, à tort d'ailleurs, d'aggraver la maladie.

M. S. CHAUVET (*L'Hôpital*, déc. 1919 - A) préconise comme donnant des résultats très satisfaisants l'emploi du cyanure de mercure et du novarsénobenzol, en injections intraveineuses.

Les injections de cyanure de mercure peuvent être pratiquées au cabinet du médecin. Elles se font par séries de quinze, à raison d'une injection d'un centigr. de cyanure de mercure tous les jours ou tous les deux jours, chaque série étant séparée de la suivante par un intervalle de trois semaines au plus, à moins qu'on intercale une série de novarsénobenzol.

Les injections de cyanure de mercure sont délicates. On les effectuera avec le plus grand soin et une méthode rigoureuse. Il faut éviter surtout que la solution de cyanure se répande hors de la veine ou dans les parois de celle-ci. Il se produirait, en effet, des accidents inflammatoires avec gonflement ligneux, escarre de réparation lente, et finalement séquelle de tissu cicatriciel englobant les veines de la région et en supprimant la perméabilité.

L'injection sera poussée très lentement. On évite ainsi les malaises qui apparaissent (angoisses, pâleur, respiration profonde) quand le bulbe est atteint par une arrivée massive du médicament. On se rend compte en outre que le liquide pénètre bien dans la veine. S'il en était autrement en effet, on verrait se dessiner un petit gonflement significatif qui commanderait d'arrêter l'injection.

Un procédé préconisé par l'auteur, consistant à injecter à plusieurs reprises trois nappes d'eau distillée légèrement cocaïnée, prévient et atténue considérablement les conséquences de la diffusion cyanurée hors la veine.

Les injections de novarsénobenzol se pratiquent tous les quatre ou huit jours à raison de 0,05, 0,10, 0,15 au maximum, quand le médicament est bien supporté. Elles imposent le lit et la diète et ne peuvent se faire qu'au domicile du malade.

Les crises nitritoïdes se combattent avec des injections intra-musculaires de chlorhydrate d'adrénaline.

Les acquisitions de la médecine expérimentale dans la lutte antituberculeuse.

Elles sont formulées par M. CALMETTE (*Presse Méd.*, 17 déc. 1919) en ces propositions suffisamment explicites :

« L'infection bacillaire, abondamment diffusée « et véhiculée par la civilisation à travers le « monde, est, chez l'immense majorité des sujets « tuberculisables (hommes et bovidés principalement) compatible avec les apparences de

« la santé. Le bacille de Koch reste, le plus
« souvent, pour leur organisme, un parasite
« inoffensif.

« Seules, les infections bacillaires massives se
« produisant chez des sujets jeunes ou adultes,
« vierges de toute infection antérieure, déter-
« minent d'emblée une maladie généralisée ou
« localisée du système lymphatique (granulie,
« s epticémie bacillaire).

« Les infections bacillaires bénignes, qui ret-
« tent pendant de longues années occultes ou
« latentes, déterminent, chez les sujets qui les
« portent, un état particulier de résistance aux
« infections nouvelles. Lorsque celles-ci se sur-
« ajoutent, elles provoquent, suivant qu'elles
« sont plus ou moins abondantes, virulentes et
« rapprochées, un phénomène spécial d'into-
« lérance vis à vis du bacille tuberculeux.

« Les facteurs essentiels de contamination
« sont les semeurs de germes virulents.

« L'infection tuberculeuse est réalisée par le
« bacille seul, et la gravité de cette infection est
« surtout conditionnée par le nombre, la qualité,
« l'origine des éléments infectants, ainsi que par
« les voies que ceux-ci empruntent pour péné-
« trer dans l'organisme.

« Chacun lutte contre l'affection avec ses ar-
« mes naturelles qui sont ses leucocytes, ses
« ganglions lymphatiques, ses ferments cellu-
« laires, ses facultés héréditaires ou acquises
« de résistance ou d'intolérance à l'égard du ba-
« cille. »

C'est ainsi qu'il faut concevoir l'influence du terrain, et l'alcoolisme, la misère, le taudis, ne doivent être considérés que comme des conditions prédisposantes, mais non suffisantes si le bacille ne se met pas de la partie.

On s'efforcera donc de dépister les porteurs de germes, ce qui n'est pas chose aisée, et de se préserver des cracheurs de bacilles.

On développera les œuvres de préservation antituberuleuse, les dispensaires de prophylaxie, et on fera l'éducation hygiénique de ceux qui cohabitent avec les malades.

L'adénoïdite aiguë.

C'est l'inflammation aiguë des végétations adénoïdes dans la première et la seconde enfance, qu'on observe surtout au printemps et à l'automne.

Au dire de M. Raimondi (*Presse méd.* 21 août 1919) l'affection débute brusquement par une toux quinteuse, sèche, continue ou presque continue, dite toux coqueluchoïde. En même temps, la fièvre s'allume et peut atteindre 39°, 40° et plus encore.

Aucun signe de bronchite ni de broncho-pneumonie. L'examen de la gorge révèle une rougeur intense des amygdales et du pharynx, ainsi qu'une sécrétion muqueuse ou muco-purulente provenant du cavum. Plus tard, le toucher montrera l'existence de végétations adénoïdes.

La durée peut être assez longue, de quelques jours à quelques semaines ; les complications sont la trachéite, la pharyngite, la laryngite striduleuse.

Chez quelques sujets, la fièvre fait défaut ainsi que la sécrétion du cavum : c'est l'adénoïdite sèche. Ailleurs, la sécrétion existe ; c'est la toux qui fait défaut.

Il s'agit d'une affection bénigne dont le traitement consiste dans la désinfection du nez avec de l'huile résorcinée (0,30 de résorcine pour 12 gr. d'huile), chez les nourrissons, d'huile goménolée, de solution de protargol ou de collargol chez les enfants plus âgés.

Les injections nasales d'eau bouillie tiède au moyen de la petite poire nasale débarrassent la cavité des sécrétions muco-purulentes.

L'adénotomie précoce est le grand moyen préventif de cette affection.

II

Presse Anglaise

La stase intestinale chronique chez les enfants.

La stase intestinale chronique chez les enfants a fait l'objet d'importantes études en Angleterre et l'on connaît, en particulier, les travaux d'Arbuthnot Lane sur cette question.

Dans une communication faite à la *Kent Branch* de la *British Med. Assoc.*, M. Godfrey Taunton montre que les accidents de stase chronique de l'intestin dont se plaignent tant d'adultes ont souvent leur début dans le jeune âge et qu'autant ils deviennent tenaces dans la suite, autant il est souvent possible de les traiter avec succès chez les enfants.

Les lésions rencontrées à l'origine de la stase intestinale chronique consistent en bandes fibreuses et en membranes reliant le péritoine pariétal au péritoine viscéral. Lane, qui les a bien décrites, a montré qu'elles agissaient en provoquant des coudures ou des sténoses du canal intestinal.

Un point très important réside dans la pathogénie de ces productions membraneuses.

Le rôle d'une séreuse est le glissement, le mouvement de ses deux surfaces voisines. Si cette fonction n'est pas mise en jeu, la séreuse subit une atrophie et une substitution de tissu fibreux. Dans le cas du péritoine, du tissu fibreux finit par s'organiser entre les deux endothéliums du péritoine pariétal et du péritoine viscéral, d'où les brides et les membranes signalées par Lane.

Or, les mouvements du péritoine sont mis en action par la respiration, les déplacements de

l'intestin et les mouvements du corps lui-même. D'où, trois ordres de causes favorisant l'immobilité péritonéale et la formation des brides de Lane : une mauvaise respiration, une fixité relative du tube intestinal et une mauvaise attitude du corps. Dans nombre de cas de stase chronique intestinale chez les enfants, on trouve effectivement une respiration défectueuse et une attitude particulière de tronc et de l'abdomen. Ce sont des petits malades atteints d'obstruction nasale, par végétations adénoïdes en particulier, qui respirent surtout par la bouche. Dans la respiration buccale, l'expansion thoracique se fait péniblement et la cavité abdominale n'a plus sa mobilisation régulière. La seconde cause, la mauvaise attitude du corps, se traduit par la position de fatigue : thorax affaissé, côtes appuyant et entrant dans l'abdomen, la partie supérieure de celui-ci contractée, comme écrasée, la partie inférieure étant, au contraire, saillante. Cliniquement, on voit l'abdomen plat en haut, saillant en bas, de larges plis transversaux séparant les deux régions.

Le traitement,qui donnera des résultats d'autant meilleurs qu'il sera appliqué plus tôt, sera d'abord étiologique. On agira sur l'obstruction nasale par les moyens appropriés, pour améliorer la respiration. On se préoccupera de l'attitude vicieuse des enfants. Il ne suffit pas de dire aux petits malades de se tenir droits et de ramener les épaules en arrière, il faut arriver à la rectitude de la colonne vertébrale et à une position normale des côtes. Un certain repos, les exercices physiques, les toniques, le séjour à la campagne trouveront aussi leur indication.

Lorsque la stase existe à un degré appréciable, on la combattra par le port d'une ceinture abdominale, l'emploi de l'agar-agar et surtout de l'huile de vaseline donnée avant chaque repas, comme lubréfiant et pour rendre plus facile le passage des aliments.

Si ces moyens demeurent insuffisants, l'intervention chirurgicale devient nécessaire.

L'anesthésie chloroformique.

A la réunion du 29 novembre 1919 de la *Société écossaise des Anesthésistes,* M. Paton Boyd a lu un travail sur la valeur du chloroforme dans l'anesthésie générale.

Le but de l'auteur est de réfuter les conclusions extrêmes adoptées par l'association médicale américaine. La section d'Anesthésie de cette association avait conclu que : « 1° l'usage du chloroforme comme anesthésique pour les grandes opérations n'était plus justifié, en raison des dangers de l'intoxication chloroformique post-opératoire ; 2° l'usage du chloroforme pour les petites opérations devait être abandonné, pour céder la place au protoxyde d'azote ; 3° le chlorofomre pourrait quelquefois cependant convenir pour l'anesthésie des individus alcooliques et chez quelques autres sujets. »

Ces conclusions, remarque M. Paton Boyd, quelle que soit l'autorité du comité américain, voisinent l'absurde. En Ecosse — où l'anesthésie chloroformique prit naissance — on emploie cet agent depuis plus de soixante années d'une façon presque exclusive et les résultats obtenus peuvent soutenir la comparaison avec ceux donnés dans tous les autres pays, par d'autres méthodes. Ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que *la sécurité, dans l'anesthésie, dépend plus du médecin qui administre l'anesthésiant* que du produit ou de la méthode employée.

Appendicite aiguë gangréneuse pendant l'accouchement.

Dans le *Surgery, Gynec. and Ob stet.* (nov. 1919), M. Grattan relate une observation d'appendicite aiguë gangréneuse survenue au début du travail. Il s'agit d'une primipare de 22 ans qui fut prise, au moment des premières douleurs du travail, d'une élévation forte de température et de phénomènes abdominaux que l'auteur put rapporter — malgré des difficultés de diagnostic que l'on conçoit — à une appendicite aiguë. La malade fut opérée immédiatement et l'on tomba sur un appendice complètement gangréné, très distendu, renfermant un coprolithe à son extrémité, mais non perforé. L'enfant, extrait neuf heures après l'opération par une application de forceps, succomba peu après, sans doute à des phénomènes d'intoxication d'origine maternelle. La femme guérit complètement, non sans avoir présenté elle-même des accidents graves d'ordre toxique.

Le rétrécissement mitral chez le soldat.

M. Thomas F. Cotton (*British medical Journ.*, 27 déc. 1919) a eu l'occasion d'observer, à l'hôpital spécial pour soldats atteints de cardiopathies, à Colchester, 75 malades offrant des signes de rétrécissement mitral.

Pour l'auteur, le diagnostic d'un rétrécissement mitral récent peut être fait seulement par la constatation du roulement présystolique. En son absence ,le diagnostic reste incertain. Les autres signes (accentuation du premier bruit, dédoublement, etc.) peuvent être une indication pour un examen plus minutieux, mais ils n'ont rien de caractéristique. On les entend souvent sur des cœurs normaux surmenés.

Le pronostic est difficile à établir. On sait que la maladie est progressive et que nombre de patients font finalement de la défaillance cardiaque. La durée de la vie peut être réduite par des attaques répétées de rhumatisme ou d'autres infections, ou prolongée par des soins et une hygiène convenable. Lorsque l'attaque initiale

de rhumatisme est ancienne et unique, que la santé est restée bonne depuis, s'il n'y a pas dilatation cardiaque, ou une dilatation très légère, on est autorisé à penser que la maladie est stationnaire. Avec une grosse dilatation du cœur, le début du collapsus cardiaque, dans bien des cas, n'est pas loin.

Septicémie méningococcique.

M. Muir (*Royal Army Med. Corps Journal*, nov. 1919) rapporte deux cas de septicémie à méningocoques rapidement mortels. Les malades, bien portants le soir, avaient succombé le lendemain matin. Pas de méningite et absence de méningocoques dans le céphalo-rachidien. L'examen bactériologique du sang révéla la présence de diplocoques ne prenant pas le Gram. Il en fut de même dans des coupes de la peau, au niveau de taches pétéchiques.

Ictère syphilitique et arsenical.

On connaît la controverse soulevée en France par M. Milian relativement aux ictères qui s'observent au cours du traitement arsenical de la syphilis. Pour MM. Scott et Pearson (*American Journ. of Syphilis*, oct. 1919) la question se présente de la manière suivante, du moins quant à l'ictère dans la syphilis récente. Deux types devraient en être distingués : l'ictère syphilitique, qui relève seulement de l'action toxique du tréponème et apparaît avant le traitement ou est dû à une réaction d'Herxheimer se montrant dans les trois premières semaines qui suivent l'injection arsenicale ; l'ictère syphilitique et arsenical, dépendant à la fois de l'action du poison spécifique et de l'arsenic sur la cellule hépatique, et qui se montre après la 4e injection.

Nécrose d'un doigt par bains de lysol.

Le lysol, produit complexe obtenu par saponification d'huile de goudron de houille, est un homologue des phénols. Comme les phénols, et comme l'acide phénique en particulier, il jouit de propriétés antiseptiques et aussi d'une action locale anesthésiante, ischémisante et caustique pouvant aller jusqu'à la nécrose. M. Sowles (*Boston Medical and Surgical Journ.*, oct. 1919) en rapporte un exemple. Il concerne un homme qui fut atteint d'une gangrène de l'index, à la suite de bains pris 4 fois par jour, pendant 15 à 20 minutes chaque fois, dans une solution de lysol. Les bains étaient préparés en versant dans le récipient une quantité indéterminée de lysol et d'eau. L'auteur rappelle que les solutions antiseptiques de lysol doivent être employées à 1 ou 2 pour 100 et qu'il est indispensable, avant de s'en servir, de mélanger soigneusement le lysol à l'eau pour en faire une solution définie.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Chez MALOINE, 27, rue de l'École-de-médecine Paris.

Dr M. Ségard (de Saint-Honoré). — **Consultaire** (*les 100 consultations de tous les jours*).

Présentation de types cliniques de tous les jours, présentation de malades et de schémas vivants démontés devant nous en quelque sorte ; formules simples, procédés modernes, méthodes rationnelles, éprouvées, strictement applicables. Jamais dangereuses, toujours utiles et soulageant toujours quand elles ne peuvent guérir, telles sont les grandes caractéristiques du « Consultaire » de Ségard, ouvrage nouveau dans son plan et dans sa forme.

Visant la thérapeutique de chaque jour et dans ce plan limité voulant toutefois être complet, le consultaire ne pouvait passer sous silence les cas de pratique dermatologique, oto-rhinologique et ophtalmologique. Nous y trouvons donc les préparations courantes que le non spécialiste doit avoir à sa disposition sans avoir besoin de recourir aux précis spéciaux.

Un tableau schématique résume la pédiatrie journalière. Un autre condense le formulaire d'urgence.

Enfin autre caractéristique voulue par Ségard : le moins possible de noms d'auteurs et de bibliographie, malgré les emprunts nombreux faits à toutes les thérapeutiques. Voilà ce qu'est le « Consultaire » de Ségard. Rien d'ailleurs ne peut mieux donner un aperçu sur l'esprit du livre que les dix premières consultations prises suivant l'ordre alphabétique : l'abcès froid, les acnéiques, les adénoïdiens, l'adénopathie trachéobronchique chez l'enfant, les anémiques et les chlorotiques, les anévrismes de l'aorte, les angines et la diphtérie, les angines de poitrine, l'appendicite aiguë, les asthmatiques, etc...

Un tel énoncé nous dispense de commentaires et notre vieille amitié pour Ségard nous autorise à lui prédire un gros succès pour son livre.

Dr Prosper Bouvier. — **Contribution à l'étude des projectiles libres dans la cavité pleurale.** (Thèse de Lyon, 1919).

De cette étude extrêmement documentée, nous extrayerons ce qui a trait à l'acte opératoire. Lorsque l'intervention est décidée, dit Bouvier, le projectile sera localisé au point déclive de la plèvre, de façon à éviter son déplacement au cours de l'acte opératoire. La position qui satisfait le mieux à ce desideratum est le décubitus latéral, légèrement couché en avant, avec les épaules un peu surélevées.

PARTIE PROFESSIONNELLE

HONORONS NOS MORTS !

Souscription pour la glorification des médecins morts pour la Patrie.

Sur l'initiative de la Faculté de Médecine de Paris, toutes les Facultés et Ecoles de Médecine de France, tous les groupements médicaux, scientifiques et corporatifs, toutes les Associations d'étudiants ont décidé d'ouvrir une souscription pour la glorification des 1.600 médecins et étudiants en médecine, morts pour la Patrie.

Le produit de cette souscription servira :

1° A la publication d'un Livre d'Or où seront commémorés les noms des héros et les citations qui leur ont été décernées. Ce livre sera mis en vente au profit de la souscription ; une édition particulière sera distribuée aux souscripteurs de plus de 40 fr.

2° A l'édification à Paris, près de la Faculté, d'un monument qui devra être en rapport avec l'importance des services rendus pendant la guerre par le Corps médical tout entier.

Il est fait appel à tous les médecins français, aux médecins des pays alliés, aux familles des héros médicaux et à tous ceux qui, pendant la guerre, ont dû aux médecins leur vie ou leur santé.

Dans chaque centre régional de Faculté ou d'Ecole, dans les principaux groupements de Sociétés professionnelles, sera constitué un Comité chargé d'organiser la propagande et de récolter les souscriptions.

Les médecins affiliés à des groupements médicaux sont priés de souscrire entre les mains de leurs trésoriers.

Tous les souscripteurs pourront, d'ailleurs, verser leurs dons, soit entre les mains des trésoriers désignés par les Comités régionaux, soit directement au Dr Bongrand, trésorier général du Comité, 6, rue de Villaret-Joyeuse, à Paris, 17e, soit dans les divers bureaux des banques qui les vireront au compte établi par le Crédit foncier au nom du COMITÉ POUR LA GLORIFICATION DES MÉDECINS MORTS POUR LA PATRIE.

Le médecin a l'impérieux devoir d'être prévoyant.

Il doit s'assurer contre l'incapacité de travail que peuvent lui causer la maladie ou les accidents.

Il doit s'assurer une retraite pour ses vieux jours.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Forfait ou tarif à la visite.

J'ai reçu il y a quelques jours la lettre ci-jointe me demandant d'assurer le service médical d'une usine.

C'est une très grosse affaire qui s'installe et je n'ai pas besoin de vous dire que cela trouble un peu le calme de ma population, jusque-là purement agricole.

Avant de traiter la question avec la direction de l'usine, je viens me documenter auprès du *Concours médical* pour avoir quelques données précises.

Bien entendu, les accidents relevant des Compagnies d'assurances seront honorés par le tarif Dubief.

Mais l'usine voudrait, par la création d'une caisse alimentée partie par elle, partie par l'ouvrier, assurer les soins médicaux à son personnel. Par exemple, il y aurait deux consultations par semaine à heure fixe, et les soins à domicile. Il y aurait aussi à envisager la possibilité de donner également des soins à la famille de l'ouvrier.

Vous serait-il possible de me signaler quelque modèle d'organisation-type, quelque usine où cela fonctionne actuellement à la satisfaction de tous, patrons, ouvriers et médecins, et qui pourrait me faire parvenir des statuts bien établis.

Je suis seul médecin ici, où j'exerce depuis 19 ans et il y a bien peu de chance pour voir un nouveau médecin s'installer ici, où je gagne honorablement ma vie ... mais sans plus.

Si l'usine prospère — comme tout le fait supposer, — il y aura là une population nouvelle, c'est entendu.

Mais il y aura aussi dans ce personnel une partie de ma clientèle actuelle qui lâchera sans hésitation le travail des champs pour celui de l'usine, attirée par les gros salaires — et la fameuse loi de huit heures. Si pour moi, il y a gain d'un côté, il y aura perte de l'autre.

Faut-il accepter un forfait ou le tarif à la visite ?

Le tarif à la visite m'a toujours semblé le plus équitable : à un travail donné doit répondre un salaire normal (j'abandonne décidément le mot honoraire où il y a trop d'honneur et pas assez de ... galette quelquefois).

Mais le forfait, s'il est suffisamment rémunérateur, a l'avantage de mieux fixer la clientèle, et est plus facilement accepté par une collectivité, car cela lui facilite l'établissement de son budget, et la met à l'abri des surprises.

Un confrère ami à qui je causais de mon affaire me suggérait l'idée d'une rémunération par un pourcentage à débattre.

Par exemple, la caisse étant alimentée par une retenue de 2 % sur le traitement mensuel de l'ouvrier, supposons une usine occupant 300 ouvriers à un salaire moyen de 250 fr. par mois. Cela fait par mois 250 fr. × 300 = 75.000 fr. et par an 75.000 × 12 = 900.000 fr. Sur cette somme, on retient 2 % pour la caisse maladie. Total : 18.000 fr. C'est sur cette somme que l'on pourrait prendre un tant pour cent, 25 à 30 % par exemple, pour rémunérer le travail du médecin.

Et s'il y a plusieurs médecins appelés à soigner le personnel, la répartition est faite suivant le nombre d'ouvriers qui se sont fait inscrire au début de l'année pour tel ou tel médecin.

Cette façon de faire me paraît assez séduisante.

Dr T.

Réponse

Vous avez plusieurs procédés d'action : ou ignorer purement et simplement toutes collectivités et soigner vos malades, comme des clients ordinaires ; mais vous leur délivrerez des reçus des sommes qu'ils vous auront payées et ils se feront rembourser par qui de droit. Ou contracter directement avec l'usine, ou la mutualité. Ne perdez pas alors le point de vue qu'il s'agit avant tout de l'intérêt des malades, et que cet intérêt doit tout primer.

Or, vous pouvez accepter un forfait, pour la consultation à heure fixe, que vous donnerez deux fois par semaine. Il est difficile de faire payer à tant par tête.

Mais pour les visites à domicile, le forfait est dangereux : le malade vous fera appeler à toute heure du jour et de la nuit et trouvera que vous ne venez pas assez vite. La mutualité, ou l'usine, trouvera qu'on vous paye très cher le peu de travail que vous avez à faire et vous, au contraire, vous vous plaindrez d'être dérangé pour rien et d'être traité comme un employé.

Donc tarif à la visite. Si la mutualité redoute les abus, indiquez-lui le moyen que j'ai publié dans le *Concours* de 1912, p. 1061 et 1150. Le mutualiste achète des bons de visite au secrétaire de sa mutualité et vous honore avec ces bons. Le malade paye donc moins cher qu'au tarif normal ; la société sait que le malade n'abusera pas des visites, puisqu'il doit supporter une partie des frais occasionnés par celles-ci et le médecin n'aura affaire qu'à un seul débiteur : la société, qui le paiera sur le vu des bons.

Je vous adresse un modèle de ces bons.

Le système est employé dans beaucoup de villes et notamment à Lyon, où il a donné d'excellents résultats.

Je vais essayer de vous donner, sous la forme d'un tableau, la comparaison entre le service médical à forfait et celui à la visite.

1° *Pour le malade.*

Tarif à forfait.	*Tarif à la visite.*
Il dérange le médecin pour des riens. Visites à domicile plus fréquentes que les consultations, car le malade préfère déranger le médecin que de se déranger lui-même.	Payant sa quote-part, il ne fait venir le médecin qu'à bon escient. Préfère la consultation, qui lui coûtera moins cher qu'une visite à domicile.
Fait abus de visites d'urgence et de visites de nuit, en ne considérant que sa seule convenance. Se plaint que le docteur ne répond pas assez vite à son appel.	Evite les frais supplémentaires, dont il paie une quote-part.
Se plaint de visites trop écourtées. Est moins bien soigné, parce que le médecin surmené par des visites inutiles et la perte de temps causée par chaque déplacement.	Le médecin n'est appelé que lorsque c'est nécessaire : le docteur, moins surmené, peut consacrer plus de temps à chaque malade et peut travailler chez lui, pour se tenir au courant de la science.
Fait appel au médecin, pour obtenir des médicaments, qu'il transforme ensuite en vin de quinquina, si le pharmacien se prête à ce trafic.	Pas d'abus possible, puisque chaque fois le médecin reçoit un bon, que paye en partie le malade.
Régularisation après coup, demandée par le pharmacien, pour des médicaments délivrés sans ordonnance.	Les ordonnances doivent correspondre comme dates avec celles des bons de visites ou consultations.

2° *Pour la collectivité.*

Somme fixe inscrite au budget annuel. Le médecin n'est plus qu'un salarié ou un employé à traitement annuel. Grâce à ce fixe, il sera possible, en cas de conflit, d'attirer un autre docteur, qui prendra la place. Accepte facilement les plaintes formulées par les mécontents, contre l'employé-médecin.	Somme variable, selon l'état sanitaire.
Croit aux abus. Paie plus cher en journée d'invalidité et en médicaments, parce que visites médicales nombreuses. Tout malade nécessitant des soins assidus, sera envoyé à l'hôpital, pour s'en débarrasser. Journée d'hôpital plus onéreuse des deux tiers que la journée de soins à domicile.	Contrôle automatique par les bons. Devant payer partie de l'honoraire du médecin, le malade ne sera pas tenté de se faire délivrer facilement une feuille de maladie, ni des médicaments inutiles. Le médecin préfère garder son malade et ne le fait hospitaliser que lorsqu'il ne peut faire autrement.

Concluez maintenant : si vous avez l'avantage d'avoir un « fixe » annuel, ne croyez-vous pas que ce « fixe » sera bien chèrement acheté ? Vous serez surmené de travail gratuit, que vous serez tenté de mal faire, parce que, la plupart du temps, vous vous rendrez compte que vous avez été dérangé inutilement, ou mal à propos.

Vous serez accusé, par vos malades, de ne jamais mettre assez d'empressement à répondre à leur appel, toujours urgent, de jour et de nuit.

Vous serez l'employé à gages de la collectivité, qui trouvera toujours qu'elle vous paye trop cher le peu de travail qu'elle prétend que vous avez.

Et si vous entrez en conflit avec elle, c'est ce même fixe qui servira d'appât à celui qui viendra vous remplacer au bagne professionnel.

Vous me demandez mon avis : il est très net. Jadis, lorsque j'étais à Oyonnax, j'ai eu des services de mutualité à traitement annuel fixe. Je n'ai été vraiment heureux que le jour où, grâce à la bonne harmonie qui existait avec mes confrères, nous avons pu supprimer les quelques milliers de francs que nous avions à nous partager, pour faire adopter le tarif à la visite, d'après le système de bons, que je vous ai envoyé.

Seules, ont résisté deux sociétés de secours mutuels, qui donnaient chacune à chacun de mes deux confrères, 3.600 francs par an. A toutes nos tentatives de suppression du forfait, les sociétés trouvaient des candidats médecins, prêts à prendre la place et ces fixes.

Vous pouvez obtenir un tarif à la visite : n'allez pas vous mettre des chaînes, si dorées soient-elles. Vos nombreuses années d'exercice dans le pays ne vous créent aucun droit à a reconnaissance des sociétés financières, industrielles ou autres, pour lesquelles vous n'êtes ou ne serez qu'un employé. Renoncez donc à une rémunération forfaitaire et préférez-lui un tarif à la visite. Vous serez mieux considéré, vous aurez plus de temps de libre et chacun vous respectera, parce que vous ne dépendrez de personne.

Dr Paul BOUDIN.

II

Les soins médicaux aux réfugiés des pays envahis.

Je vous soumets ci-dessous quelques réflexions, au sujet des « réfugiés ». A vous de voir ce qu'elles peuvent avoir d'intéressant au point de vue professionnel.

Pendant la guerre, un certain nombre d'habitants des pays envahis du Nord et de l'Est de la France se sont réfugiés dans les départementsde l'intérieur de la France.

Beaucoup de ces réfugiés ont été ruinés par la guerre ; aussi, lorsqu'ils étaient malades, étaient-ils soignés aux frais de l'Assistance médicale gratuite de la commune où ils s'étaient réfugiés.

Cependant, depuis 3 à 4 ans que ces réfugiés habitent une commune, beaucoup d'entre eux ont fini par y trouver des emplois : les uns se sont placés comme domestiques, d'autres, ouvriers, employés de magasin, bureau, etc.... Autrement dit, ils se sont refait des situations leur procurant un salaire ou un traitement.

Il en résulte qu'un grand nombre de ces réfugiés ne retourneront pas, je crois, dans leur pays d'origine dévasté et se fixeront définitivement dans leur nouveau pays d'adoption.

Ces gens ne devront donc pas, me semble-t-il, continuer encore pendant des années d'être traités comme « réfugiés », ayant droit aux soins médicaux gratuits de l'Assistance publique.

Un domestique, un ouvrier, un employé, etc... originaire du pays, payent leur médecin au tarif normal ; ces réfugiés, touchant le même salaire ou traitement, doivent aussi payer leur médecin au tarif normal.

Ces déracinés méritaient qu'on leur vînt en aide au début, mais la chose ne doit pas durer indéfiniment ; un moment doit venir où il faut les faire rentrer dans le régime ordinaire.

Il faudrait faire *une sélection* parmi les réfugiés.

Les uns, n'ayant trouvé qu'un travail peu rémunérateur, seraient *définitivement* classés dans la liste de l'Assistance Médicale gratuite. Les autres, s'étant refait des situations leur permettant de vivre, seraient supprimés de ces listes. Du reste, déjà actuellement, un certain nombre d'entre eux ont compris la chose, et se font soigner à leurs frais.

Il faudrait donc que les Pouvoirs publics décrétassent, qu'à partir de telle époque, les « réfugiés », pris dans leur ensemble actuel, cesseront d'être traités aux frais de l'Assistance Médicale Gratuite ; et que, par conséquent, ils devront dorénavant payer leurs médecins et pharmaciens, au tarif normal comme tous les autres clients.

Il me semble qu'il devrait être décrété *qu'à partir du 1er janvier 1920 les « réfugiés » n'existeront plus au point de vue médical.*

Il n'y a que le « provisoire » qui dure, dit-on ; il faudrait donc provoquer une réglementation à ce sujet de la part des Pouvoirs publics, sans quoi, nous risquons encore, pendant des années, de faire des visites à prix réduits à des gens qui ne le mériteraient plus.

Dr MARICHAL.
de Belley (Ain).

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année 1919 au trésorier Dr Gassot à Chevilly (Loiret).

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

La médecine militaire devant l'opinion médicale.

A voir le soin jaloux avec lequel certaines grandes vedettes de la Médecine Militaire s'appliquent, depuis un an, dans des journaux professionnels bien connus pour leur tendresse toute particulière envers celle-ci, à en démontrer l'utilité, la nécessité, l'indispensabilité dans l'armée de demain, en mettant en relief les innombrables services qu'elle a rendus pendant la guerre, en dénombrant rigoureusement les lourdes pertes qu'elle a subies, on ne peut faire moins que de se dire : « Faut-il qu'elle ait besoin d'être défendue, la Médecine Militaire, pour que de si chaleureux et si tendancieux plaidoyers soient prononcés en sa faveur ? ».

Mais qui donc l'attaque ainsi ? Est-ce encore, est-ce toujours toi, chétif *Concours Médical*, qui fut traité de bolcheviste, de sovietiste, pour avoir osé dénoncer à maintes reprises, au cours de la guerre, l'hérésie de l'assimilation des médecins militaires, pour t'être insurgé contre la subordination technique qui est une des conséquences de la hiérarchie désuète qu'elle possède encore ?

Non, non, ce n'est plus toi. Ce n'est plus *seulement* toi.

Tu es en effet dépassé, et comment ? Par le monde officiel, ce monde qui est si loin de toi, à tant de points de vue, mais qui n'en fournit pas moins la justification éclatante de tout ce que tu as toujours soutenu.

Le monde officiel, c'est, en l'occurence, le jeune et brillant professeur P. Duval qui, dans sa leçon inaugurale, à la Faculté de médecine de Paris, le 12 décembre 1919, dressa contre les conceptions de la *médecine par ordre*, qui sont celles de la médecine militaire, le vigoureux et saisissant réquisitoire suivant :

Le corps médical, dit-il, en s'adressant au professeur Quenu, vous doit une gratitude infinie. Vous avez été notre conscience.

Nous avons pendant la guerre mené une véritable croisade ; vous en fûtes le chef incontesté.

Qui donc, dès le début des hostilités, a proclamé qu'il n'y avait point d'ordres en matière professionnelle ; qui donc a dégagé notre conscience médicale de l'obéissance à des ordres ou à des conseils qui voulaient régir le traitement des blessés, comme la marche de l'infanterie ; qui, donc, si ce n'est vous, nous a rendu la seule atmosphère pour nous respirable : l'indépendance de l'action médicale sous le seul contrôle de notre conscience ?

Je ne connais pas de plus admirable campagne que celle que vous avez menée pour légitimer la laparotomie dans les plaies pénétrantes de l'abdomen.

La doctrine militaire était l'abstention ; la vôtre fut l'opération systématique et précoce.

Jamais question ne fut étudiée avec un soin plus complet. Prenant les observations qui, de tous les points du front, vous étaient adressées, vous avez posé le problème dans sa généralité, puis vous l'avez résolu par l'examen minutieux de tous ses détails.

Question de temps, nature de la blessure, lésions des viscères en particulier, question d'installations opératoires et radiologiques, question des compétences chirurgicales : tout fut examiné, et votre ferme conclusion fut l'opportunité incontestable de l'opération.

La vérité scientifique, une fois établie, alors, vous dressant dans toute sa majesté, vous en avez imposé le respect.

Adversaire obstiné de cette idée que le fait de guerre doit plier la vérité à ses exigences, vous avez, au contraire, proclamé qu'il n'est point de contingences si particulières et si exceptionnelles qu'elles puissent jamais dispenser l'homme d'obéir à sa loi.

Cette obéissance devait entraîner des transformations d'organisation, de matériel, voire même des changements de personnes ; il devait peu importer.

La vérité est une, et les hommes ne peuvent la changer, même au caprice des plus grands évènements de la vie.

C'était en 191... J'avais été chargé par M. le médecin inspecteur général Sieur, dans sa haute compréhension des réformes nécessaires, compréhension qui lui vaut notre estime particulière et notre gratitude, d'organiser le service chirurgical de la X[e] armée.

J'avais installé des postes chirurgicaux avancés et je les avais confiés aux premières compétences chirurgicales de l'armée.

Peu de jours, avant l'attaque, je reçus une circulaire recommandant aux chirurgiens de ne point faire de laparotomies dans les plaies pénétrantes de l'abdomen. C'était, paraît-il, du temps perdu, pour un mauvais résultat.

L'auteur de cette circulaire était un jeune médecin de l'armée coloniale, mon supérieur hiérarchique. Ma réponse fut dure.

Comme chirurgien responsable de toute l'armée, je refusai d'obéir, et j'enjoignis a tous mes collaborateurs de suivre uniquement leur conscience, c'est-a-dire d'opérer toujours quand ils le jugeront utile.

Comme homme, je m'insurgeai contre ce principe que l'on puisse jamais refuser le secours médical, si aléatoire soit-il, *et je stigmatisai l'ignorance qui, seule, jugeait incurables des blesssés que la vérité scientifique déclarait guérissables.*

Ce jour-là, mon cher Maître, je fus bien votre élève. Henry Barsnby le fut aussi, car il publia bientôt après sa statistique : 53 pour 100 des blessés de l'abdomen vous devaient la vie, à vous qui nous aviez permis de désobéir et, révoltés, de demeurer les esclaves de la vérité que vous aviez établie.

J'ai donc raison de dire que vous fûtes notre conscience.

Reprenons, ramassons ces phrases lapidaires dont chacune tombe comme un coup de hache exécuteur d'un Système, d'une Ecole, d'une Mentalité:

« *Qui a dégagé notre conscience médicale de l'O-* « BÉISSANCE A DES ORDRES *ou à des conseils qui* « *voulaient régir le traitement des blessés, comme la* « *marche de l'infanterie ?*

« *Adversaire obstiné de cette idée que le fait de* « *guerre doit plier la vérité à ses exigences, vous avez* « *proclamé au contraire qu'il n'est point de contin-* « *gences si particulières et si exceptionnelles* « *qu'elles puissent jamais dispenser l'homme d'o-* « *béir à la loi. . .*

« *Comme homme, je m'insurgeai contre ce prin-* « *cipe que l'on puisse jamais refuser le secours* « *médical, si aléatoire soit-il,* ET JE STIGMATISAI « L'IGNORANCE QUI, SEULE, JUGEAIT INCURABLES « DES BLESSÉS QUE LA VÉRITÉ SCIENTIFIQUE » DÉCLARAIT GUÉRISSABLES. . . . »

L'officielle *Presse Médicale*, qui publie la leçon de P. Duval dans son numéro du 27 décembre, portera ces paroles vengeresses parmi ses abonnés de France et de l'Etranger.

Elles sont trop caractéristiques pour que nous ne contribuions pas à les répandre parmi nos lecteurs, dont un si grand nombre nous ont tant de fois fait la confidence de ce qu'ils avaient eu à souffrir des conceptions de la Médecine Militaire.

Ces conceptions ne se bornent pas à « faire plier la vérité aux exigences du fait de guerre », elles paralysent, sur le terran scientifique, la libre discussion, qui devrait pourtant s'épanouir aisément et sans efforts entre médecins. Elles la paralysent et, *chose stupéfiante ! elles en* PUNISSENT LES VELLÉITÉS.

Cette fois, c'est l'officieux *Paris Médical* qui dans son numéro du 20 décembre, et sous la plume du Dr Henri ROCHÉ, nous en fournit la preuve, dans les lignes suivantes :

Hier et aujourd'hui.

Hier, c'est Châlons en fin de 1915 et au début de 1916. Au premier étage du Cercle militaire, il y a réunion médicale de la xe armée. Très courues ces réunions : grâce à ce prétexte, beaucoup s'évadent de leurs postes monotones de la Suippe, pour venir prendre l'air de la ville. Les plus malins ne paraissent pas à la conférence et vont on ne sait où. L'auditoire comprend les têtes couronnées dont l'absence serait notée, les ambitieux avides de se montrer et de se pousser, les naïfs à l'âme encore civile, puis les simples curieux et aussi beaucoup de frileux ; et tous, grâce à leur uniforme, savourent le plaisir béat de s'asseoir côte à côte avec de plus galonnés qu'eux.

Qui donc a la parole ? et qu'arrive-t-il ? Ce sont des éclats de voix, des répliques rapides. *Un obscur aide-major, médecin d'un hôpital de province, a osé apporter des faits cliniques en contradiction avec la thèse que l'orateur inscrit développe avec autorité. Celui-ci n'accepte pas d'un inférieur la liberté de discussion et l'autre la réclame. Puis, c'est le geste napoléonien, la parole coupante du président qui oblige l'aide-major à se taire. Et les jours suivants j'avais à transmettre à l'aide-major sa mutation de l'ambulance sur un régiment.*

***

Nous avons vu encore, au cours de l'an dernier, l'orthodoxe *Journal des Praticiens* ouvrir libéralement ses colonnes à des correspondants qui n'étaient pas précisément tendres pour le Service de Santé.

Nous avons sous les yeux une lettre parue dans ce journal, en octobre 1919, et où nous lisons :

« Une mobilisation intelligente basée sur les compétences eût, certes, permis au médecin « inspecteur Troussaint de mieux se défendre « contre l'intrusion des parlementaires, qui eurent beau jeu d'agir au nom du principe : « The « right man in the right place ». Certes, ils en « profitèrent pour caser leurs camarades, MAIS « LE RÈGNE DE LA CAMARADERIE, CE N'ÉTAIT PAS « UNE NOUVEAUTÉ ; MAIS LES MÉDECINS NE POU- « VAIENT REGRETTER LA DICTATURE DES SANTARDS. »

N'est-ce pas dans ce même journal, qu'un autre correspondant, vers le même temps, a osé écrire : « Il faut supprimer l'Ecole de Lyon et le Corps de Santé Militaire . . . . . ?

***

On nous a assez reproché d'avoir mené campagne contre la médecine militaire pour que nous ne laissions pas échapper l'occasion qui nous est offerte de montrer combien nous sommes en bonne compagnie, combien les critiques que nous avons formulées ou dont nous nous sommes fait l'écho devaient être authentiques et fondées, puisqu'elles ont retenti à des tribunes qui leur ont donné l'estampille officielle.

***

Tout cela n'empêche d'ailleurs pas la médecine militaire de faire un étalage complaisant des pertes énormes que le corps actif a subies pendant la guerre, comparées à celles des médecins de complément.

Jugez-en plutôt :

Pourcentage officiel des médecins tués à l'ennemi (1) :

Médecins de l'armée active, 3.34 % ;

Médecins de complément, 0.99 %.

(1) Réouverture de l'Ecole d'application du Val-de-Grâce. 6 novembre 1919.

Médecins auxiliaires : 4.05 %.

Pourcentage officiel des pertes totales du Service de Santé :

Personnel officier du cadre actif: 7,25 % de son effectif ;

Personnel officier du cadre de complément : 4,25 %.

Médecins et pharmaciens auxiliaires, 11,11

Ces chiffres, dont personne ne nous a dit comment ils avaient été obtenus, sont incomplets.

Un pourcentage intéressant, en effet,et nécessaire, serait celui des médecins de l'active *tués à l'ennemi* par rapport aux médecins de complément tués également au feu.

Peut-on l'établir avec les données que nous possédons ? Peut-être.

A la mobilisation, *Annuaire en main*, le cadre actif (armée métropolitaine) comprenait 1.435 médecins. Ajoutons-y 558 élèves de l'Ecole de santé mobilisés, et peut-être une centaine de médecins en congé ou en réserve spéciale, au total : 2.100 environ.

Le cadre complémentaire comprenait, toujours d'après l'annuaire de 1914, 9.545 médecins.

Tandis que le cadre actif ne pouvait s'augmenter que de quelques unites, le cadre des médecins de complément, au contraire, s'accroissait de tous les récupérés, de tous les démissionnaires, de tous ceux qui,dégagés de leurs obligations militaires, reprirent du service, tant et si bien que le chiffre officiel des médecins de complément mobilisés a été à un moment donné de 15,724.

Si, à ces chiffres, nous appliquons le pourcentage proclamé publiquement des tués à l'ennemi, nous trouvons, à raison de 3.34 %, sur 2.100, un total de 70 médecins de l'armée active. En ce qui concerne les médecins de complément, à raison de 0,99 % sur les 9.545 officiers mobilisés le 2 août 1914, cela ne donnerait que le chiffre dérisoire de 95 tués à l'ennemi (1).

Or, il y a eu, au total, 1600 médecins ou étudiants morts pour la Patrie.

Si nos calculs sont erronés, nous attendons qu'on nous le prouve. Il est toutefois un chiffre et un fait particulièrement suggestifs, qui ressortent d'une statistique publiée : les médecins du cadre actif tués à l'ennemi,qui étaient au nombre de 22, le 25 avril 1915, restaient à ce même chiffre de 22, le 1er août 1915. Entre temps, avait eu lieu la très meurtrière offensive d'Artois du 9 mai 1915. Et les pertes du cadre complémentaire, en tués à l'ennemi, étaient passées dans le même temps, de 81 à 120.

Ce qu'on sait, ce que nous pouvons dire, c'est que les médecins de carrière, au cours de la guerre, ont été, en moyenne, dix fois moins nombreux que les médecins de complément ; on a compté environ un médecin de carrière pour dix médecins de complément.

Eh bien ! dans le pourcentage relatif des pertes, la même proportion n'a pas été atteinte, il s'en faut de beaucoup.

Parmi les médecins tués à l'ennemi, pour *dix* médecins de complément, il n'y a pas eu *un* médecin de carrière ; nous l'affirmons.

Il fallait que ces choses fussent dites au moins une fois, quelque pénible que puisse être cette supputation des pertes respectives éprouvées. Nous en rejetons la responsabilité sur ceux qui, jouant merveilleusement avec les chiffres, ont pu croire qu'ils en imposeraient à l'opinion par une présentation habile qui ne tendrait à rien moins qu'à exalter le sacrifice des uns au détriment de celui des autres.

C'est sans doute à la faveur de cette présentation que le Corps de Santé actif a eu sa place marquée au défilé de la victoire du 14 juillet 1919.

Mais, où étaient, au même moment, les représentants du Corps de Santé des réserves ?

(1) On nous dit bien que, sur les 558 élèves énoncés plus haut, 44 sont morts au feu. Mais on ne nous dit pas combien, sur ces 44 braves, étaient officiers (aides-majors), combien hommes de troupe (sous-aides-majors, médecins auxiliaires), de telle sorte que dans le pourcentage officiel des pertes totales, il est impossible de savoir pour quel chiffre figurent ces 44 élèves respectivement dans le personnel officier et dans les médecins auxiliaires.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Circulaire du 24 décembre 1919 relative à la situation militaire des officiers de complément admis à une pension pour invalidité par application de la loi du 31 mars 1919.

La situation militaire des officiers de complément admis à une pension définitive outemporaire pour invalidité par application de la loi du 31 mars 1919, doit être régularisée conformément au décret du 31 août 1878, qui règle leur état.

Ces officiers ne doivent pas être rayés des contrôles de leurs corps ou service sur le simple vu de la décision de la commission de réforme, cette procédure étant réservée exclusivement aux hommes de troupe.

Dès la décision de la commission de réforme, les officiers en question doivent faire l'objet d'une proposition régulière en vue de l'une des mesures ci-après, selon les services qu'ils sont encore susceptibles de rendre, savoir :

1° Radiation des cadres, pour raison de santé, dans les conditions de l'article 5 du décret du 31 août 1878, modifié par le décret du 12 octobre 1918 ;

2° Mise hors cadres, pour la même raison, par application de l'article 11 dudit décret ;

3° Changement d'arme ou de service, dans les conditions du décret du 19 juillet 1906 et de l'article 30 de l'instruction du 2 février 1909 (dispositions communes) ;

4° Passage d'une arme dans un service, dans les conditions fixées par l'instruction du 22 février 1909 (dispositions spéciales à chaque service).

Les propositions pour la radiation des cadres ou pour la mise hors cadres seront basées sur l'avis émis par la commission de réforme statuant, par ailleurs, sur le droit à pension. Une copie du procès-verbal et de la décision de la commission de réforme sera demandée, à cet effet, par le chef de corps ou de service. Les officiers intéressés ne seront donc pas soumis à de nouveaux examens médicaux.

Ceux de ces officiers proposés pour un changement d'arme ou de service ou pour le passage d'une arme dans un service, qui ne formuleraient pas la demande nécessaire à cet égard, seront présentés soit pour la mise hors cadres, soit pour la radiation des cadres.

J. O. 28 déc. 1919.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Sommes-nous prêts ?

Nous assistons depuis un demi-siècle à une transformation de la société. C'est la disparition de l'individu au profit de la collectivité ; c'est la vie, l'alliance ou la lutte des groupements entre eux. Associations, syndicats, sociétés, cartels, fédérations, etc., sont les nouvelles manifestations du besoin de se réunir.

La médecine devait suivre le mouvement et chaque jour, nous voyons la transformation en médecine des collectivités. Nous restons bien le médecin de notre malade, mais nous sommes obligés de considérer sa position dans les groupements auxquels il appartient ; les assurances, mutualités, œuvres d'assistance qui le couvrent en cas de maladie et avec lesquelles nous sommes obligés d'avoir des rapports.

Sommes-nous prêts pour cette transformation ? Non... Le médecin reste individualiste et fait lentement son évolution vers le modernisme. Pourtant, un certain nombre de lois sociales existent, notamment la loi des accidents du travail, des maladies professionnelles, la loi des pensions, dans lesquelles le médecin intervient.

Demain sera votée la loi qui bouleversera l'exercice de la profession médicale : la loi sur l'assurance obligatoire en cas de maladie ou invalidité. Elle sera l'œuvre de la prochaine législature. Elle fut déjà jadis amorcée par un certain projet Chéron que j'eus jadis l'occasion d'étudier dans le *Concours Médical.* Récemment, lors de la réunion de la fédération nationale de la Mutualité, elle donna lieu à des manifestations oratoires de divers politiciens, enfin un projet récent vit le jour sous le nom de projet Lerolle, porte-parole en l'espèce de la Mutualité.

Cette loi, du reste, existe dans un certain nombre de pays voisins : en Angleterre, en Suisse, en Allemagne. Le retour de l'Alsace-Lorraine à la France et l'adaptation des lois sociales d'origine allemande aux lois françaises nécessiteront la création de cet organisme en France dans un délai assez rapproché. La nomination au ministère du travail, de M. Jourdain, député alsacien, bien au courant de la question, semble indiquer que le gouvernement a hâte de voir la nouvelle Chambre légiférer sur le sujet.

Sommes-nous prêts à imposer nos volontés dans la gestation de la loi en préparation ?

Quelle sera la situation du médecin dans la nouvelle loi ? Elle sera ce que le médecin voudra qu'elle soit, cela dépend de lui,

Serons-nous embrigadés dans des Caisses, selon le mode allemande, fonctionnaires caporalisés ? Ce n'est pas ce que nous rêvons.

Serons-nous des fonctionnaires à la mode française, c'est-à-dire mal payés, sans retraite ou avec des retraites de facteurs ruraux ? Ce n'est pas non plus notre idéal.

Mais sommes-nous prêts à lutter contre les menaces du fonctionnariat ?

Il faut en outre se méfier de l'emprise de la Mutualité dans l'élaboration de la loi sur l'assurance maladie obligatoire, car elle agira toujours contre les médecins.

Elle traverse une crise grave. Beaucoup de sociétaires n'ont pas payé leurs cotisations. D'autre part, les frais augmentent, personnel à payer, et surtout augmentation du tarif des honoraires de ces misérables médecins, contribuant ainsi à ruiner la Mutualité. Le remède le plus simple serait d'augmenter les cotisations. Elles ne veulent pas le faire, craignant la désertion de leurs cotisants. Ajoutez à ceci la défection probable des membres honoraires se souciant peu de verser pour améliorer la situation d'ouvriers sans cesse en révolte contre eux et qui de main, soumis de par la loi à un versement obligatoire, ne voudront pas verser une cotisation double. L'Etat de même ne pourra verser pour un même ouvrier une cotisation comme application de la loi et une subvention au même individu en tant que mutualiste. C'est la faillite en perspective. Aussi s'accroche-t-elle désespérément à la loi d'assurance maladie pour la modeler à sa façon et pouvoir avec profit en assurer la mise en marche.

Sommes-nous prêts à éviter ce nouveau danger ? Non.

Eh bien, si nous ne sommes pas prêts, mettons-nous à l'œuvre sans retard. Quittons notre individualisme égoïste, groupons-nous solidement dans nos Syndicats, qui doivent être seuls, par la voix unique de l'Union des Syndicats Médicaux de France, les porte-paroles des praticiens français. Déjouons les calculs de la Mutualité si nous ne voulons pas devenir ses fonctionnaires, si nous avons assez de son exploitation systématique. Affranchissons-nous, cessons tous rapports avec elle et que nous puissions dans l'avenir discuter avec elle de nos intérêts en toute liberté, d'égaux à égaux, et non d'employés à patron.

Dr M. VIMONT.

LA TRIBUNE DES JEUNES

La rentrée de l'Université de Paris.

Impressions d'un étudiant.

La séance fut imposante.

D'un côté, un hémicycle recouvert des robes rouges et jaunes de nos professeurs ; de l'autre, le Maréchal Foch avec, derrière lui, toute la jeunesse studieuse, mûrie par quatre années de guerre.

D'un côté, la pensée, de l'autre, l'action.

L'évocation de la mémoire des étudiants et des professeurs fauchés glorieusement a longuement et à plusieurs reprises secoué tous les cœurs d'une généreuse émotion

....

En écoutant tous les beaux discours, nous avons vibré, nous avons pensé. Parmi toutes les idées émises, quelques-unes nous ont frappé, plus fortes, plus nettes, plus vivantes que les autres, parce qu'elles sont l'expression de la réalité présente, des espoirs à venir !

Essayons de les dégager.....

Le concert de sympathie fut formidable quand M. Lucien Poincaré parla du rayonnement de la pensée française dans les « marches de l'Est », d'abord, à Strasbourg ; dans le monde entier, ensuite.

Oui, vers là, vers l'extérieur doivent tendre tous nos efforts d'avenir. Le moment est propice pour faire connaître « *urbi et orbi* », toutes les découvertes des intelligences françaises.

Nous souhaitons que la voix vibrante de M. le Recteur de l'Université se fasse entendre par les pouvoirs publics, détenteurs des fonds nécessaires à la propagande.

....

Un malaise a, un instant, effleuré nos esprits, quand M. le Recteur a vanté les services rendus par les « universitaires » choisis comme conseillers techniques du « traité de paix ».

Instinctivement, nos regards se sont portés sur le Maréchal Foch et nos souvenirs vers les enthousiasmes du 11 novembre 1918 où nos cœurs étaient remplis d'espérances vengeresses.

....

Disons-le tout de suite, ce traité, avorté dans son principe, ce traité qui ne paye rien, ne venge rien, nous a profondément déçus.

Nous voulons croire à la haute sagesse de tous ces « conseillers techniques », nous voulons croire que leurs voix n'ont pas été entendues.

Ou alors, si elles l'ont été, c'est que les idées nouvelles émises par eux étaient néfastes puisqu'irréalisables.

M. le Recteur l'a dit : nous sommes rentrés mûris de cette guerre, mûris et décidés. Il suffit de rencontrer un ancien camarade, d'échanger deux mots pour sentir que le courant général des idées est le même. Nos yeux à tous se trournent vers l'extérieur. Ils voient large, ils voient grand. Ils aperçoivent non pas une France conquérante, mais une France forte chez elle, influente chez les autres.

C'est là un des résultats essentiel de notre victoire. Pour que ce résultat produise, il importe de débarrasser notre pensée des nuées, des utopies conçues dans les brouillards de la Germanie.

Revenons et bien vite à la vieille méthode française qui peut se résumer en deux mots :

Clarté dans la pensée,
Réalité dans l'action.

....

II

Une autre voix sympathique, celle de M. le Doyen de la Faculté de droit, nous a rappelé les principes immuables, générateurs de tous les progrès sociaux, nouveaux ou anciens : la « propriété » et la possibilité pour chacun de l'acquérir.

Eh oui. Là se trouve le salut social et la raison d'une prospérité nationale profitable à tous. C'est, à notre avis, le seul moyen de faire cesser la lutte des classes basée sur l'envie, mise en action par des idées venues d'Allemagne : donner à ceux qui n'ont rien, la facilité de posséder quelque chose. Le Droit, a dit M. le Doyen, leur permettra de le conserver.

Le Droit, oui, mais le Droit appuyé par la Force.

Car ne l'oublions pas, nous avons en face de nous 70 millions de Teutons redoutables, 70 millions de cerveaux qui ne ensent pas comme nous, qui ne sentent pas comme nous, qui parlent une autre langue que nous.

Pas plus que les « principes immuables du droit », leurs cerveaux n'ont changé. Ils restent unis et quand ils auront de nouveau la « Force », il faudra lutter contre eux par la « Force ».

Ne l'oublions pas. Que notre vigilance ne vacille pas un instant !

Pour le moment, nous ne désespérons pas. Le coq gaulois est là qui veille.

Il assistait à la grande réunion de cet après-midi, assis, les bras croisés, sous les traits d'une figure humaine que nous vénérons tous.

Par trois fois, il fut obligé de se camper sur ses jarrets pour répondre aux tonnerres d'applaudissements qui secouaient le vaste amphithéâtre chaque fois que le nom de Foch était prononcé !

Applaudissements qui disaient assez que tant qu'il sera là, nous aurons confiance.

. . . .

III

Foch a gagné la première manche : la guerre.

Mais la lutte continue, lutte économique, lutte de pensées. Elle sera dure.

Ici, non plus, nous ne désespérons pas. Vous feriez comme nous si vous aviez entendu la voix vibrante du président des Etudiants, si vous aviez vu le recueillement avec lequel les « anciens » l'écoutaient faire le serment de venger ceux dont les corps reposent sous la terre de France, mais dont le souvenir reste et restera vivace dans nos esprits. Serment fait en public par notre président, mais que chacun de nous a fait en lui-même tacitement.

Nous ne sommes plus des vaincus, mais la leçon a été payée cher !

Les morts ne seront pas morts, si nous transmettons à nos descendants une France remontée, forte, dont ils n'auront plus qu'à garder les frontières solides, l'ordre à l'intérieur, le prestige à l'extérieur.

Claude Myal,
Etudiant en médecine.

VARIÉTÉS

Anthologie médicale.

Noël 1920.

La tempête a cessé, et le flot sur la plage
Doucement vient mourir ;
Hélas que de marins perdus dans le naufrage
Ne vont plus revenir !
Les combats sont finis et les bruits de bataille
Ne vont plus retentir !
Hélas ! que de soldats fauchés par la mitraille
Ne vont plus revenir !
Que de blessés sanglants ! que de morts dans les tombes
Qui viennent de s'ouvrir ;
Combien de disparus dans l'affreuse hécatombe
Ne vont plus revenir !
Combien qui sont restés dans les prisons germaines,
Qui se sont vus mourir,
Sans pouvoir envoyer à leurs mamans lointaines
Un dernier souvenir !

Je pense à tous ceux-là, en cette fin d'année,
Qui ne reviendront pas, la guerre terminée
Au foyer paternel !
Qui ne reverront plus la maison familière
Où les chants d'autrefois font place à la prière,
En ce jour de Noël !

Dr J. Monplaisir.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Médecins des Hôpitaux.** — *Nominations.* — A la suite du concours qui vient d'avoir lieu, sont nommés médecins des hôpitaux de Paris : MM. Rivet, Laederich, Darré, Lian et Tixier.

— **Accoucheurs des Hôpitaux.** — *Nomination.* — A la suite du concours qui vient d'avoir lieu, ont été reçus accoucheurs des hôpitaux de Paris : MM. Levant et Metzger.

— **Hôpital Saint-Antoine.** — M. A. Lapointe, le jeudi, à 9 h., conférence de clinique et de pratique chirurgicales élémentaires.

Les lundis, mercredis et vendredis, exercices cliniques par les stagiaires.

Opérations, tous les jours, sauf le lundi.

— **Hôpital Hérold.** — Conférence de pathologie infantile, par M. Barbier, tous les vendredis, à 10 h. 1/2 au pavillon Grancher, à l'hôpital Hérold.

Programme : Propédeutique infantile. Développement du fœtus et de l'enfant : ossification, dentition, poids, taille, etc. Physiologie et pathologie de la croissance. Régime alimentaire. Atrophies alimentaires et congénitales. Tuberculose de la première enfance. A l'occasion, présentation de malade.

— **Clinique oto-rhino-laryngologique.** — *Enseignement du semestre d'hiver* sous la direction de M. Pierre Sébileau, professeur.

Cet enseignement comprendra : 1° L'enseignement magistral (clinique et technique) par le professeur, dans le service O.-R.-L. de l'hôpital Lariboisière. Enseignement gratuit. — Leçon clinique : le mercredi, à 10 h. — Technique opératoire : mardis, samedis, à 10 h.

2° L'enseignement aux stagiaires (théorique et clinique), par le professeur, dans l'amphithéâtre général de Lariboisière. Enseignement gratuit pour les stagiaires. Droit de 100 francs pour les autres auditeurs. — Mardis, jeudis, samedis, à 4 h. 1/2.

3° L'enseignement complémentaire (théorique), par MM. F. LEMAITRE et M. GRIVOT, otologistes des hôpitaux, dans l'amphithéâtre général de Lariboisière. Enseignement gratuit. — 20 leçons, le jeudi à 11 h. — 1er cours : jeudi 20 novembre.

4° L'enseignement de perfectionnement (technique et clinique), par MM. ROUGET, DUFOURMENTEL, MIÉGEVILLE, chefs de clinique ; HALPEN et BONNET, assistants, dans le service O.-R.-L. de Lariboisière. Droit à verser : 150 francs. Lundis, mecrcredis, vendredis, à 4 h. — 1er cours: vendredi 9 janvier.

— L'application de la loi sur les pensions aux réformés de guerre. — L'*Amicale des mutilés de guerre* dénommée « Aide et Protection » a protesté récemment contre les retards qu'elle trouve dans l'application de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions. Elle a réclamé notamment le règlement d'administration publique concernant les soins médico-pharmaceutiques aux victimes de la guerre. Elle a proclamé l' « insuffisance » ou la « partialité » de certains experts des centres de réforme ; elle a demandé l'exclusion des médecins des compagnies d'assurance ou des grandes administrations.

— Maison de santé et clinique urologique et chirurgicale du Dr LE FUR, 21 et 21 *bis*, rue de Rémusat, Paris (XVIe).

— Conservation des œufs. — Les cendres de bois ou de tourbe bien tamisées assurent la conservation des œufs en bon état, moyennant une seule précaution fort simple, que bien des gens négligent faute d'en comprendre l'importance.

Après avoir placé dans un baquet une couche de cendres d'environ 5 centimètres, on y pose les œufs tout près les uns des autres, le gros bout en bas ; puis on tamise de nouvelles cendres par-dessus, pour placer un second lit d'œufs, toujours dans la même position.

Chaque œuf contient une bulle d'air plus ou moins volumineuse, qui en occupe intérieurement le gros bout ; il importe à la conservation de l'œuf que cette bulle d'air, soit constamment en bas et non à sa partie supérieure, ce qui aurait lieu si l'œuf reposait sur le petit bout. Le dernier lit d'œufs à conserver doit être recouvert d'un décimètre d'épaisseur de cendres.

On peut aussi conserver les œufs en les plaçant simplement dans un vase quelconque en grès qu'on emplira d'une eau ayant dissous de la chaux, lorsque cette eau sera devenue claire.

— Institut de médecine légale et de psychiatrie. — Tous les cours et conférences ont lieu d'après-midi, la présence des élèves y est obligatoire.

Médecine légale.

Cours théorique de médecine légale. Ce cours sera professé les lundis, mardis, mercredis, vendredis et samedis, de 6 à 7 h., pendant le semestre d'hiver :

1° Médecine légale, toxicologie et déontologie, par M. le prof. Balthazard.

2° Législation et jurisprudence médicales, par M. le prof. Garçon, de la Faculté de droit.

Cours théorique complémentaire de médecine légale: 1° Accidents du travail, par M. le prof. Balthazard, assisté d'agrégés, de médecins et chirurgiens des hôpitaux, les lundis, mercredis et vendredis, de 6 à 7 h. (pendant les mois de mars et avril) ;

2° Toxicologie par M. Duvoir, chef des travaux de médecine légale, mêmes jours et heures (pendant le mois de mai) ;

3° Pratique des expertises, par M. Dervieux, chef des travaux d'anatomie pathologique (pendant le mois de juin).

Cours pratiques : 1° Autopsies à la Morgue pendant le semestre d'hiver, de 1 h. 1/2 à 3 heures :

Le jeudi, par M. le prof. Balthazard ;
Le mardi, par M. Duvoir ;
Le samedi, par M. Dervieux.

Pendant le semestre d'été, les élèves procéderont eux-mêmes aux autopsies et seront exercés à la rédaction des rapports, les mêmes jours de 4 à 5 h. 1/2.

2° Travaux pratiques de médecine légale (applications des méthodes de laboratoire à la pratique médico-légale), les samedis, de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2, sous la direction de MM. Duvoir et Dervieux (semestre d'été) ;

3° Travaux pratiques de toxicologie, sous la direction de M. Kohn-Abrest, chef des travaux toxicologiques, au laboratoire de toxicologie, à la Préfecture de police, tous les vendredis, de 4 à 5 h. 1/2 (semestre d'été) ;

4° Expertises d'accidents du travail, sous la direction de M. le prof. Balthazard, assisté d'experts près le Tribunal (semestre d'été).

Psychiatrie.

Cours de psychiatrie médico-légale : M. Laignel-Lavastine, agrégé, chargé du cours de maladies mentales, fera le cours tous les lundis, à la

clinique des maladies mentales de Sainte-Anne, de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2, pendant le semestre d'été (présentation de malades après chaque cours).

Cours clinique de psychiatrie : Le cours aura lieu pendant le semestre d'été, les mercredis et vendredis, de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2, dirigé par M. Laignel-Lavastine, à Sainte-Anne. Examens de malades et rédactions de rapports.

Les deux chefs de clinique dirigeront ces exercices à la Clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, tous les jeudis, de 4 à 6 heures (semestre d'hiver) et les mercredis, de 3 h. 1/2 à 5 h. 1/2 (semestre d'été).

Conditions d'admission aux cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie : Les docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français (titulaires de 16 inscriptions) et étrangers, seront admis à suivre les cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie après s'être inscrits, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Les titres et diplômes, et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, doivent être produits au moment de l'inscription.

Les droits à verser sont :

1 droit d'immatriculation........	20 fr.
1 droit de bibliothèque..........	10 fr.
4 droits de laboratoire à 75 fr. soit.	300 fr.
1 droit d'examen................	100 fr.

— **Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** — M. Jeanselme a commencé ses cliniques, le vendredi 28 novembre, à 10 heures, et les continuera tous les vendredis à la même heure, à l'amphithéâtre de la clinique.

Objet du cours : La syphilis.

Les mercredis, à 10 heures, à partir du 3 décembre, leçons de dermatologie, à la policlinique de la salle Henri IV.

Les lundis, à 8 h. 3/4, examen des malades.

Les mardis et vendredis, à 8 h. 3/4, visite des malades dans les salles Saint-Louis et Henri IV.

Les jeudis, à 8 h. 3/4, opérations dermatologiques, à la policlinique de la salle Henri IV.

Les samedis, à 8 h.3 /4, examen des malades à la salle des consultations externes de l'hôpital.

— **Laboratoire d'hygiène.** — *Cours compémentaire d'hygiène scolaire,* sous la direction de M. le prof. Léon Bernard et de M. H. Méry, agrégé avec la collaboration de MM. Gougerot, Nobécourt, Terrien, agrégés ; Harvier, médecin des hôpitaux ; Cayla, Collin, Dufestel, Genevrier, Gillet, Halphen, Heuyer, Meyer, Nogué, Trèves, Vitry.

Ce cours est destiné à la préparation au concours de l'inspection médicale des écoles ; il a commencé le 28 novembre 1919 et se terminera le 30 janvier 1920.

Les leçons seront faites, à 5 heures, au Laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine.

Le cours sera accompagné d'exercices pratiques (examen clinique et radiologique d'enfants, entraînement au dépistage de la tuberculose pendant la période scolaire, recherches de laboratoire), et de visites d'écoles et d'établissements ayant trait à cet enseignement.

Les exercices et visites auront lieu le matin, deux fois par semaine.

Les inscriptions sont reçues à la Faculté de médecine, guichet n° 3.

Il sera perçu un droit de laboratoire de 50 fr.

— **IVe Congrès international pour la protection de l'enfance du premier âge.** — Ce Congrès, sous le haut patronage de LL. MM. Le Roi et la Reine d'Angleterre, se tiendra à Londres en septembre 1920, faisant suite aux Congrès de Paris (1905), Bruxelles (1907), Berlin (1911).

Le programme du Congrès est le suivant :

1° *Questions d'ordre médical* :

A. L'influence de la chaleur estivale sur le nourrisson.

B. Isolement dans les installations destinées aux nourrissons.

2° *Questions d'ordre philanthropique* :

A. Influence de la mutualité dans la protection du premier âge (mutualités maternelles).

B. Organisation de la profession de garde-nourrissons et uniformisation de cette organisation.

3° *Questions d'ordre administratif* :

A. Proposition d'un cadre uniforme à adopter dans tous les pays pour y consigner les données statistiques médicales des œuvres de protection du premier âge : *a*) pour les consultations de puériculture ; *b*) pour les pouponnières ; *c*) pour les crèches.

B. Enseignement de l'hygiène infantile aux maîtresses et aux élèves des écoles primaires, secondaires, normales ou ménagères et dans les lycées de jeunes filles.

Une liste d'institutions à visiter, en Angleterre, sera publiée ultérieurement.

Pour de plus amples informations, s'adresser à Mlle J. Halford, secrétaire générale du Congrès, 4, Tavistock Square, à Londres, W. C.

Les adhésions et les cotisations des membres français du Congrès peuvent être adressées au Dr Grasset, secrétaire du Comité français de l'Union internationale pour la protection de l'enfance du premier âge, à Tours, 27, rue de Clocheville.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Malheureusement, le Syndicat départemental croit devoir nous considérer comme des dissidents.

Pourtant si nous voulons notre autonomie pour résoudre nos questions locales, nous désirons y être affiliés et collaborer avec lui pour les questions départementales, comme nous venons d'adhérer à l'Union des Syndicats pour les questions plus générales.

Vous avez trop soutenu cette thèse dans le *Concours* pour que je puisse douter un moment de ne pas être dans la bonne voie.

Je n'aurais certainement pas accepté la mission de créer ce Syndicat si j'avais pu prévoir qu'il puisse devenir plus tard une cause de conflit ; mais j'avais, et j'ai encore la conviction absolue de m'être conformé à la plus stricte déontologie médicale.

Je serai très heureux d'avoir votre avis à ce sujet.

Dr V.

Réponse

Mon cher Confrère,

Nous avons tout intérêt à nous grouper en syndicats, pour la défense de nos intérêts professionnels, comme pour donner, aux pouvoirs publics, une collaboration active, par nos avis autorisés. Mais il ne faut pas tolérer la tyrannie syndicale, sous quelle que forme que ce soit.

Or, les dirigeants du syndicat départemental, qui vous considèrent comme des dissidents, se trompent, bien qu'étant animés des meilleurs sentiments.

Un syndicat, pour être vivant, actif et utile, doit être composé des confrères ayant les mêmes intérêts et pouvant se voir fréquemment. C'est l'identité des besoins et des soucis de chaque jour qui crée le meilleur lien entre les syndiqués.

Or, personne ne pourra soutenir que tous les médecins d'un même département ont tous la même vie professionnelle, les mêmes difficultés les mêmes besoins.

Plus que jamais je me fais le défenseur de la formule : aux besoins locaux doit correspondre le syndicat local. Les confrères, résidant dans la même localité, ou dans des localités voisines, sont seuls juges de la manière de sauvegarder leurs intérêts corporatifs et communs.

Je conclus donc à l'utilité incontestable de la création de petits syndicats locaux, partout où quelques confrères se trouvent unis par les mêmes besoins.

Contre ces petits groupes, on objecte que le nombre fait la force. En êtes-vous bien sûr, puis-je répondre, car, à ma connaissance ce sont justement les petits syndicats et non les gros qui sont les plus actifs et les plus productifs. Un grand syndicat, groupant par exemple, tous les docteurs d'un département, se réunira une à deux fois par an. Les médecins auront de la difficulté pour se rendre à ces assemblées. Puis, les médecins de pays de plaine ont des difficultés

que ne connaissent pas les confrères de la montagne et réciproquement. Les citadins n'exercent pas l'art de guérir comme les ruraux. D'où force en apparence, mais division intérieure.

Mais autant je me déclare partisan des petits syndicats locaux, groupant les intérêts locaux de même ordre et apprenant aux confrères à se voir souvent, autant je proclame la nécessité de l'union de ces petits groupes d'un même département, lorsqu'il s'agit de solutionner des questions d'ordre départemental. Ces divers syndicats locaux formeront une fédération départementale pour étudier en commun les règlements et tarifs de l'assistance médicale, des enfants assistés, des vaccinations, etc.

Point n'est besoin de bureau, ni de statuts pour cette fédération : les présidents et secrétaires des syndicats locaux se réunissent au chef-lieu du département, sous la présidence du plus âgé et discutent les questions communes à tous. Le travail élaboré et adopté par cette fédération est soumis à l'assemblée générale de chacun des syndicats, qui ratifie ou modifie en toute autonomie. Mais l'accord se fait toujours.

Néanmoins, il convient d'éviter l'erreur qui consiste à voir, dans la fédération départementale, un organisme supérieur à chaque syndicat, et dont les décisions doivent obliger chaque groupe. La fédération n'est qu'une union momentanée des efforts de tous les syndicats du département, uniquement pour les questions d'ordre départemental. Mais chaque groupe conserve et doit conserver toute son autonomie, pour les questions locales.

Cette longue lettre a donc pour but de calmer voe appréhensions : vous avez bien fait de grouper vos confrères. Et maintenant, par votre travail, démontrez aux dirigeants du syndicat départemental que loin d'être des dissidents, vous serez d'excellents collaborateurs pour toutes les questions départementales. Travaillez, discutez entre vous pour aboutir, non pas à des critiques stériles, mais à des études réfléchies, documentées et surtout écrites, en vue de modifications positives.

C'est ainsi que, si votre règlement départemental d'assistance ne vous donne pas toute satisfaction, vous devez au préalable étudier ce qui se passe dans les autres départements, grâce aux travaux publiés dans le *Concours* et ses agendas, comme dans les rapports très documentés du Dr Rinuy.

Comparez ce qui se passe ailleurs et chez vous; puis voyez ce que vous pouvez obtenir du Conseil général, par l'action commune de tous les syndicats du département.

Et si vous voulez travailler, nous vous aiderons.

Dr P. B.

Tenue de l'officine d'un pharmacien par sa veuve.

Veuillez avoir l'obligeance de me donner un renseignement sur la question suivante qui m'intéresse beaucoup en ce moment ? Il y a ici une pharmacie dont le titulaire est décédé pendant les hostilités, avant l'armistice. Or, sa veuve continue à gérer l'officine, en l'absence d'un pharmacien diplômé.

Elle a tout simplement pour la couvrir, un « cul-de-plomb » qui n'a jamais fait et ne fera jamais d'études de pharmacie, n'étant pas même bachelier.

A-t-elle le droit de continuer dans ces conditions ?

Il y a là, il me semble, un état de choses qui est préjudiciable en même temps à la clientèle et aux médecins (car, hélas, nous sommes deux dans ce patelin).

Réponse,

Aux termes de la loi du 9 février 1916, complétant l'article 25 de la loi du 31 germinal an XI, au décès d'un pharmacien, la veuve, les enfants ou héritiers peuvent continuer à tenir son officine ouverte pendant un délai d'un an, aux conditions de présenter à l'agrément de l'Ecole ou de la Faculté dont dépend l'inspection de l'officine, un étudiant majeur et pourvu d'au moins 8 inscriptions, en même temps qu'un pharmacien diplômé, sous la responsabilité duquel seront dirigées et surveillées les opérations de l'officine.

Le délai d'un an a été suspendu à dater du 31 juillet 1914. Un nouveau délai de deux ans a été accordé, qui a comme point de départ le 1er novembre suivant la date à laquelle la loi fixant la cessation des hostilités a été promulguée au siège des écoles ou facultés dont dépend l'inspection de l'officine.

Ce délai ne prendra donc fin que le 1er novembre 1921 et il est possible que la veuve du pharmacin soit en règle.

Nous ne saurions trop vous conseiller, en tous cas, de prendre vos précautions avant de délivrer des médicaments à vos clients, car vous pourriez vous exposer à être poursuivi pour exercice illégal de la pharmacie.

Comment faire payer les frais médicaux aux blessés du travail hospitalisés ?

J'ai recours à votre obligeance pour me donner les moyens nécessaires à l'installation d'un service hospitalier pour les accidentés du travail, à l'hospice — bien entendu, pour arriver à faire payer MM. les assureurs.

Nous sommes ici quatre médecins, dont trois nommés par la Commission administrative — sans concours, bien entendu. La ville, de 4.500 habitants avant la guerre, était déjà pourvue d'un noyau industriel assez important. Depuis, de nouvelles industries s'y sont installées : fonderie, réparations

de wagons, fabrique de pressoirs, ou développées, industrie de la chaussure, qui arrive pour une seule maison à plus de mille ouvriers et ouvrières.

Lorsque ces industries seront en plein travail, la population ouvrière atteindra au moins 3.000. Dès maintenant.., les accidentés du travail sont en nombre important.

Je termine 2 mois (nov. et déc.) comme médecin de l'hôpital (nous faisons 2 mois à tour de rôle) et je puis certifier que les deux tiers du travail à effectuer ont été occasionnés par des accidents.

Je connais bien la nouvelle municipalité, pleine de bonne volonté pour les médecins et les malades.

Il faudrait donc lui indiquer la ligne de conduite pour lui permettre de faire payer les pansements et assurer la rémunération de ses médecins.

Dr G.

Réponse

Il faut que vous obteniez, de la commission administrative de l'hôpital, une délibération par laquelle il sera entendu que les docteurs de l'hôpital recevront une indemnité uniquement pour les soins qu'ils donneront aux indigents hospitalisés, en vertu des lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893.

Mais, pour tous autres hospitalisés : payants, blessés du travail, etc., les médecins sont laissés libres de réclamer directement leurs honoraires aux blessés, malades, ou aux responsables.

Cette délibération doit être approuvée par le préfet.

Lorsque vous aurez ce droit, vous exigerez du chef d'entreprise, avant l'admission à l'hôpital de son ouvrier blessé, la signature d'un engagement écrit, par lequel il se déclare responsable de vos honoraires pour soins donnés à son ouvrier admis à l'hôpital..

Vous pouvez encore faire décider, par la commission administrative de votre hôpital, que certaines salles de l'établissement seront uniquement affectées aux malades payants et aux blessés du travail. De la sorte, d'après la jurisprudence, vous aurez transformé cette partie de l'hôpital en clinique ou maison de santé et le « tout compris » du paragraphe 3 de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905 ne vous sera pas applicable. Mais, bien entendu, il faudra encore que la commission administrative vous autorise à percevoir des honoraires pour ces malades ainsi admis dans les salles payantes.

Si la commission administrative refuse ce que vous lui demandez, vous êtes en droit de donner votre démission, c'est-à-dire de rompre votre contrat de travail. Vous n'êtes pas un fonctionnaire, en étant médecin de l'hôpital, et vous pouvez démissionner quand bon vous semble.

Vous êtes 4 médecins, dites-vous, dans votre ville, dont 3 titulaires à l'hôpital. Pourquoi ne pas obtenir que le 4e soit nommé, comme vous,

ou que, tout au moins, il ait le droit de soigner ses malades dans les salles payantes ? Il ne faut pas continuer les errements qui, jusqu'ici, font la force des administrations : l'hôpital doit être la maison des médecins de l'endroit et non pas accepter que seuls les favoris du moment soient arbitrairement désignés, au détriment des autres.

Vous pouvez même, si vous vous entendez bien entre vous quatre, proposer à la commission administrative de l'hôpital de faire un contrat collectif, pour que les médecins d'A. soient chargés, sous leur responsabilité collective, d'assurer, comme bon leur semblerait, le service médical de l'hôpital. Si le procédé vous agréait, je vous enverrais un projet de contrat.

Dr P. B.

Que faire contre un maire qui se refuse à appliquer la loi sur l'A. M. G.

J'ai l'honneur de vous mettre au courant de la situation — curieuse, au moins — dans laquelle se trouvent les médecins de ma ville.

L'Assistance médicale gratuite n'existe pas chez nous. Il y a bien une loi, n'est-ce pas, sur cet article. Il me semble qu'elle fut faite pour toute la France. Je ne pense pas qu'on ait fait une exception pour notre petite ville ? Et pourtant les indigents ne reçoivent pas les carnets de l'A. M. G. Ils les réclament cependant, soyez-en sûrs. Chaque fois que nous en voyons un à notre cabinet, ou en ville, mon confrère et moi, nous les envoyons à la mairie. Comme nous sommes sûrs du résultat, nous leur donnons cependant nos soins. La mairie les envoie chercher les médicaments à l'hôpital, où la pharmacie est tenue — avec beaucoup de bonne volonté, certes — par une religieuse. Mais c'est à cela que se réduit l'Assistance médicale gratuite. En sorte que les malades, plus ou moins obligés de régler le médecin, le demandent le moins possible et les médecins et les pharmaciens sont frustrés des honoraires qui leur reviennent légalement.

Je voudrais bien savoir s'il est possible de mettre fin à cet état de choses et de faire enfin observer la loi de 1893.

J'ai à ajouter — avec le sourire — que c'est à un confrère que nous devons cela. Il était en ce temps-là maire — et n'a pas fait appliquer la loi, disant qu'il verrait lui-même et gratuitement tous les indigents. Il l'a peut-être fait alors. Mais depuis... il est devenu sénateur... et c'est tout dire.

Dr C.

Réponse

Pareille mésaventure m'est arrivée, lorsque j'exerçais à Oyonnax, dans le même département que vous. Le maire, pour ne pas avoir à faire voter un centime additionnel pour l'application de la loi du 15 juillet 1893 et du règlement départemental de 1894, trouvait très économique de n'inscrire personne comme indigent.

Au nom de mes confrères, qui commençaient à trouver excessif ce procédé économique de gérer les biens communaux, je vis à Paris le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, au Ministère de l'Intéreur.

Il demanda des précisions au préfet de l'Ain et l'on se joua de nous, en présentant tantôt la liste des inscrits au bureau de bienfaisance, tantôt celle des vieillards, infirmes et incurables. Bref, pendant quelque temps, notre action fut paralysée par la mauvaise foi et la mauvaise volonté.

Or, un jour, au cours d'une conversation avec le sous-préfet de Nantua, je lui déclarai nettement notre volonté d'en finir avec cette rébellion contre les lois et règlements. Le sous-préfet me fit remarquer, avec justesse, que d'un côté il y avait quatre médecins, dont aucun n'était même conseiller municipal, tandis que de l'autre côté se trouvait M. le maire, conseiller général, le plus gros électeur de l'arrondissement.

Je répondis au sous-préfet que, puisqu'il fallait aborder les question politiques, le syndicat des médecins du Bugey et du Pays de Gex, dont j'étais le secrétaire, saurait rappeler, aux prochaines élections, à M. le député, que les médecins voteraient contre lui, puisqu'il était incapable de faire respecter dans son arrondissement les lois qu'il votait au Palais-Bourbon.

Ce fut magique et, trois jours après, le règlement départemental était appliqué à Oyonnax.

Je vous donne donc ce procédé pour ce qu'il vaut.

Au point de vue juridique et légal, que faire ? Chaque année (et ce va être le moment), le conseil municipal arrête la liste des indigents (art. 12 de la loi du 15 juillet 1893). Vous pouvez, par lettre recommandée au maire, lui demander d'assister à la confection de la liste (art. 12).

Cette liste doit être déposée au secrétariat de la mairie, où on peut en prendre connaissance (art. 14). Pendant 20 jours, après le dépôt, de cette liste, un indigent (ou s'il ne s'en trouve pas d'assez courageux, un médecin, en tant que contribuable) peut émettre des réclamations en inscriptions ou radiations (art. 16).

Adressez ces réclamations au sous-préfet, qui les soumetttra à la commission spéciale de révision (art. 27). Si satisfaction vous est refusée ou si le sous-préfet ne vous répond pas (faites recommander votre lettre, avec avis de réception) nous demanderons à nos avocats conseils d'étudier le recours en conseil d'Etat, soit pour excès de pouvoir, soit pour violation de la loi.

Lisez ce qui a trait à l'assistance médicale dans l'Agenda du Concours, 1914, p. 154 et suivantes. Tenez-nous au courant, pour que nous puissions vous aider de notre mieux.

Dr P. B.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 3 — DIMANCHE 18 JANVIER 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY

Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS

Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	18 fr.
Etranger	22 »
Etudiants (*France*)	7 »
Le numéro	40 cent.

DIRECTION

Dr A. GASSOT, DIRECTEUR

Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT

J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. N° 3 18 Janvier 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

(Voir numéros précédents).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur Cornin, de Laon, la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

Toute demande de renseignements doit être accompagnée d'un timbre pour la réponse.

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

N° 23. — A céder, roue Stepney 760 × 90, piles bichromate Bunsen-Leclanché ; appareils Chardin, Richard, enregistreur double de température, seringues Straus-Collin. Livres divers, médecine et littérature, Lejars, Letulle, Trousseau, Tillaux, Cruveilhier, Lemoine, dictionnaire grec. Docteur Leraître, Beauvais.

N° 24. — A vendre un microscope d'étude, neuf, marque Emile Busch de Rathenow, grossissement 280, en étui bois, lames et pince, prix 200 frs. S'adresser au docteur Poitevin, à la Rochelle.

N° 25. — On demande : table métallique opération, un fauteuil, trois chaises, bibliothèque, bureau à rideau, américains.

N° 26. — Poitou. A céder poste 20.000 fr., seul médecin propharmacien, clientèle facile, pays agréable à proximité ville importante, chasse et pêche. Condition absolue : 3.000 comptant sans la pharmacie.

N° 27. — Belle et forte clientèle médicale à reprendre de suite dans la grande banlieue, chiffre d'affaires à indiquer. Clientèle facile et payant bien. Médecin du chemin de fer.

N° 28. — Docteur 40 ans, sérieux, actif, disposant quelques heures par jour, s'intéresserait à affaire médicale ou para-médicale à Bordeaux.

N° 29. — Lion-Peugeot 10 H P. 1913, 4 cyl., 4 pl., état de neuf, 14.000 fr.

N° 30. — Offre : ouvrages divers (collection Testut) ; dictionnaire encyclopédique Trousset, neuf, relié ; Annales politiques et littéraires 1910 à 1920 ; métronome Maezel, Paris, neuf.

N° 31. — On demande à acheter boîte de verres complète, pour oculistique. Faire offres au Docteur, 30, Bd Voltaire.

N° 32. — A céder : culotte peau doub., ét. n. ; pant. rouge fin ; ceint. verni av. bél. ; Livr. verte d'aut. pet. tail., cache-pous., crisp., tire-bot., pard. cocher gr. tail. et péler. four. harn. verni n. plaq. bl., artic. d'écurie. Dr Versepuy, 17, rue de la Mairie, à Chevreuse (S.-et-Oise).

N° 33. — Etudiant ayant subi tous les examens, libre l'après-midi, demande place dans clinique ou aiderait confrère surchargé.

N° 34. — Place à prendre pour dentiste, dans clinique médecine générale, 6, rue Gît-le-Cœur (Paris VIe). S'y adresser de 11 h. 1/2 à midi.

N° 35. — Suis acheteur Chimie Joannis pour le P. C. N. — A vendre jolie conduite intérieure, 12 chevaux, 4 cylindres, 2 places, marque S. E. M., bon état, 6,000 francs. Docteur Richault, Etréchy (S.-et-O).

N° 36. — Panhard 12 H P., 1912, landaulet 4 cyl., mécanisme entièrement revu et confort, carrosserie d'avant-guerre. 20.000 fr.

N° 37. — A vendre par suite de décès : 1° auto, conduite int., 2 places, Terrot, mot. Balfot, 1914, 4 cyl., 6-10 HP., pas roulé pendant la guerre, éclairage électrique, capote, accessoires, prix à débattre ; 2°

instruments de chirurgie et de médecine, état neuf. S'adresser à Mme A. Hilfairet, à Montendre (Ch.-Inf.).

N° 38. — A céder dans la banlieue parisienne, excellent poste de 40.000 fr. de rapport moyen, résidence agréable, beau pavillon d'habitation, petit rayon à desservir. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 39. — Docteur 58 ans, ancien directeur de clinique médico-chirurgicale, chevalier de la Légion d'honneur, provenant des régions dévastées, recherche place dans sanatorium, clinique ou situation analogue. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris

---

CORRESPONDANCE

Délai de citation devant la Commission arbitrale des loyers.

Excusez-moi de vous déranger pour une petite affaire qui n'est peut-être pas d'un intérêt palpitant, mais qui cependant m'intéresse. Si vous avez quelques lignes de libres dans un de vos prochains numéros, je vous serai très reconnaissant de me donner une réponse.

Je crois être en règle avec mon propriétaire bien que ne l'ayant pas payé pendant la durée de la guerre (petit loyer, mobilisé) ; mais malgré tout il m'a menacé à plusieurs reprises de la commission arbitrale par l'intermédiaire du concierge.

Quelle est la procédure suivie pour les appels devant la Commission ? La loi a-t-elle fixé un minimum de temps entre le reçu de l'avis de citation et le jugement. Ne suis-je pas exposé à recevoir l'avis de me présenter un ou deux jours avant le jour du jugement ?

N'y a-t-il pas moyen de savoir si le propriétaire m'a cité devant la Commission arbitrale et dans le cas favorable, à qui dois-je m'adresser pour l'apprendre ?

J'ai peur en effet d'être prévenu trop tard, et je tiens à être là pour me défendre.

Réponse

Si vous avez un petit loyer dans les termes de l'article 15 de la loi du 9 mars 1918, c'est-à-dire, à Paris, inférieur ou égal à 500 francs, si vous êtes célibataire, — 600 si vous êtes marié, — plus 100 francs par enfant de moins de 16 ans ou autre personne à votre charge, et avez été mobilisé, vous devez être exonéré totalement du paiement de ce que vous restez devoir sur les loyers échus ou à échoir pendant la durée des hostilités et les six mois qui suivront leur cessation.

Si, malgré cette disposition, votre propriétaire vous cite devant la Commission arbitrale, vous

devez d'abord être appelé en conciliation devant le Président de la Commission, par lettre recommandée du Secrétaire, avec un délai minimum de trois jours francs.

Si, pour une raison quelconque, vous ne vous présentez pas à la conciliation, vous seriez convoqué dans le même délai à l'audience de la Commission arbitrale.

Les locations verbales postérieures au 1er août 1914 ne peuvent être prorogées.

La prorogation des baux et loyers est-elle applicable, dans certains cas, aux locations consenties pendant la guerre ?

J'ai loué la maison que j'occupe en mars 1916. — J'étais à cette époque mobilisé dans ma propre résidence pour le service d'un hôpital de blessés. Au moment où j'ai loué, rien ne pouvait me faire prévoir mon déplacement qui survint peu après. Du fait de la guerre, je n'ai donc pu habiter moi-même cette maison, puisque je suis parti ensuite pour le front (mais ma femme et mes enfants l'ont habitée).

J'ai été démobilisé en mars 1919. Dans ces conditions, ai-je droit à la prorogation ? Pour combien de temps ? Dois-je en avertir mon propriétaire (qui se propose de venir habiter cette maison), sous quelle forme, et avant quelle date ? Je n'ai pas de bail, — c'est une location verbale payable par trimestres échus. Dr B.

Réponse

Par dérogation à la règle générale, qui n'accorde le droit de prorogation que pour les baux et locations verbales en cours au 1er août 1914, l'article 36, § 5, de la loi du 2 mars 1918 dispose que « seront également prorogés au profit des locataires maintenus dans la vie civile par le décret de mobilisation, mais postérieurement mobilisés en vertu d'ordres individuels, les baux et locations verbales par eux contractés entre le 1er août 1914 et la date de leur mobilisation ». Mais cette disposition ne vous est pas applicable, puisque vous étiez déjà mobilisé au moment où vous avez loué.

Le changement d'affectation n'a pas été prévu par le législateur comme suffisant à justifier le droit de prorogation d'un locataire déjà mobilisé au moment où il a contracté sa location. Ce changement d'affectation, en effet, pouvait facilement et devait être prévu.

D'autre part, comme la loi du 23 octobre 1919, n'a pas autorisé la prorogation des locations verbales postérieures au 1er août 1914, ainsi que le proposaient divers projets, vous n'avez certainement droit à aucune prorogation légale.

Quels statuts adopter pour une fédération départementale des Syndicats ?

Je vous serais très reconnaissant si vous pouviez me faire adresser:

1° Les statuts types d'un Syndicat médical ;

2° les statuts types d'une Fédération de Syndicats locaux. (Féd. départ.) ;

Dr G.

Réponse.

Je vous ai déjà fait adresser les statuts du Syndicat de Versailles. C'est, à notre avis, les statuts types d'un syndicat médical, qui ont été élaborés par une commission de médecins et d'avocats.

Pour une fédération départementale de syndicats, point n'est besoin de statuts, ni de bureau. Les Syndicats du département doivent chacun conserver leur autonomie et résoudre, à leur guise, leurs difficultés locales.

Mais, lorsqu'une question départementale est en jeu (assistance médicale, vaccination, enfants assistés, etc.), le secrétaire d'un syndicat demande aux autres secrétaires et présidents de tous les syndicats du département, de se réunir pour étudier en commun les solutions à proposer ensuite à l'assemblée générale de chaque groupe. Un des secrétaires peut être chargé de l'étude et du rapport à faire. Ce travail est discuté dans la réunion des présidents et secrétaires.

S'est-on mis d'accord, le texte sera voté par chaque syndicat séparément.

Les frais, s'il y en a, sont supportés par chaque syndicat, au prorata du nombre de ses membres.

A chaque réunion, vous élisez un président et un secrétaire pour la séance.

De cette manière, vous obtenez le fonctionnement le plus simple, car il faut éviter, avant tout, les questions de personnes, ou de préséance, qui surgissent dans les candidatures à la présidence départementale.

Il faut, d'autre part, éviter la domination d'un syndicat sur les autres, sous le prétexte qu'il est le plus nombreux, ou qu'il représente le chef-lieu du département.

Les syndicats sont égaux en droits et en puissance et une fédération, ou union, quelle qu'elle soit, n'est qu'une réunion de forces et d'efforts et non pas un organisme supérieur, qui doit dicter des ordres et une ligne de conduite aux syndicats locaux.

Comme exemple, les trois syndicats de l'Ain ont adopté cette manière d'agir depuis 1903 et s'en sont toujours fort bien trouvés. Toutes les questions départementales et surtout celles des tarifs, ont été discutées par les trois présidents et les trois secrétaires : puis, le travail commun était soumis à chaque syndicat.

Y avait-il des divergences de vues sur un

point, on se mettait rapidement d'accord. Ou bien le syndicat de la plaine reconnaissait le bien fondé de la réclamation du syndicat de la montagne : il s'y associait, ou reconnaissait à la montagne le droit d'agir sur ce point, au mieux des intérêts des confrères.

Dr P. B.

Réduction arbitraire d'une note d'honoraires par un Juge de Paix.

J'ai été appelé, en janvier 1914, à opérer d'une occlusion par néo inopérable du rectum une femme D... à 48 kilomètres de chez moi. Notre tarif syndical comprenait 800 frs. pour ce déplacement, l'opération et les honoraires du médecin traitant (car, ennemi juré de la méprisable dichotomie, je porte sur mes notes de chirurgien les honoraires du médecin qui, m'ayant appelé, m'aide à opérer).

En juillet 1919, n'étant pas réglé des 300 francs que j'avais demandés (au lieu de 800, parce qu'il s'agissait de gens de condition moyenne) je fais assigner les héritiers de la dame en justice de paix.

Or le juge — *ancien pharmacien* — me réduit mes honoraires à 250 francs et me condamne.. aux dépens !!!

Comme je ne puis faire appel, je me suis permis d'envoyer la lettre ci-jointe à cet excellent juge pour lui dire tout l'étonnement que m'a causé sa décision et l'assurer que tout de même je ne suis pas une fripouille.

Dr T.

V..., le 27 décembre 1919.
Monsieur R..., juge de paix

Monsieur le juge,

Le vingt-deux janvier 1914, par un froid rigoureux, mon distingué confrère le Dr T., de C., me pria d'aller à F., opérer une malade atteinte de cancer du rectum et tourmentée par les atroces douleurs de l'occlusion intestinale. Je répondis à cet appel et fis à cette malheureuse un « anus artificiel », qui ne la guérit pas de son cancer inopérable, mais la soulagea, l'empêcha de souffrir et lui permit de survivre quelque temps.

La guerre survint avant que je fusse « honoré » pour cette opération. En rentrant de Verdun, réformé no 1 avec pension, je trouvai impayée la note envoyée. Celle-ci était si réduite que je croyais de mauvaise foi les héritiers de mon opérée qui m'oubliaient totalement. J'eus donc recours au juge de paix pour obtenir le règlement de ce que je considérais comme une indemnité de déplacement bien plus que comme une rétribution équitable.

Le hameau de F. étant à 48 kilomètres de V., ayant dû m'y rendre en auto, avec tout mon matériel d'opérations, mes instruments stérilisés, mes pansements, je perdis ma journée sans regret puisque la vie d'une malade était en jeu. Si je consulte le tarif régional en vigueur depuis 1908, tarif *minimum*, je puis ainsi qu'il suit établir le montant des honoraires que comportait mon opération :

(*Voir la suite page XXIX-185*).



CYTO-SÉRUM

THÉRAPEUTIQUE ARSENICALE INTENSIVE

PUISSANT STIMULANT DE L'HÉMATOPOÏÈSE ET DE LA PHAGOCYTOSE

GRIPPE
TUBERCULOSE
SYPHILIS
PALUDISME
NÉOPLASMES
NEURASTHÉNIE

contre toute altération du sang,
contre les maladies infectieuses et parasitaires,
contre les cachexies de toute origine.

ÉCHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE

LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS
Télép.: Wagram 37-64
Télég.: Panluto-Paris

NÉOPLASMES, ÉRYTHÈMES POLYMORPHES, TOUS ACCIDENTS BLENNORRAGIQUES

Ampoules de Bromure DE Mésothorium

3 Sortes de Solutions

DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
D'ÉNERGIE ET DE RADIO-CHIMIE
51, 53, Rue d'Alsace,
COURBEVOIE-PARIS.

ÉNÉSOL

SALICYLARSINATE DE MERCURE

(38,46 % de Hg et 14,4 % de As, dissimulés)

AVANTAGES
Faible toxicité, 70 fois moindre que HgI^2.
Indolence de l'injection.
Valeur spécifique double : 1° Comme *hydrargyrique* ; 2° comme *arsenical* (action élective de l'arsenic sur le spirochète). FLECKSEDER (clinique du Prof. Von Neusser, de Vienne) qui a utilisé parallèlement l'ÉNÉSOL et le Dioxydiamidoarsenobenzol a constaté seulement avec l'ÉNÉSOL la disparition rapide et complète du Wassermann chez un paludéen syphilitique.

PHARMACOLOGIE et DOSES
Ampoules de 2 cc. d'une solution dosée à 3 cgr. par cc., soit 6 cgr. d'ÉNÉSOL par ampoule. Injection intramusculaire d'une ampoule par jour.

LABORATOIRES CLIN — COMAR & Cie, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS. 1337

PROPOS DU JOUR

L'évolution de la chirurgie au cours de la guerre.

A la gloire de la Chirurgie française et des Chirurgiens français.

Il faut lire dans la *Presse médicale* du 27 décembre 1919 la leçon d'ouverture de M. Pierre Duval, le nouveau professeur d'opérations et d'appareils, chaire dont la désignation est singulièrement surannée à cette heure et que nous préférerions voir tout simplement transformée en clinique chirurgicale. Jamais exposé plus net, plus clair, ne fut fait de l'évolution des méthodes chirurgicales durant la guerre, jamais dithyrambe plus éloquent ne fut prononcé en l'honneur de la chirurgie française.

Nous passerons rapidement sur la première partie de la leçon où, selon la tradition, le nouveau professeur doit vanter et remercier ses maîtres. Et cependant, il est des phrases dans l'hommage à Farabeuf, maître dont le génie ne fut pas apprécié à sa haute valeur, qui méritent d'être relevées. « Son enseignement, a dit le Pr Pierre Duval, mettait toujours l'anatomie au service des applications pratiques ». Ceux qui ont pu, comme nous, approcher de près le vieux Maître et vivre pendant une courte période dans son intimité, savent quel souci il avait toujours dans son enseignement, dans ses travaux, dans ses recherches, des déductions pratiques et comment son cabinet de dissection était devenu un atelier et un laboratoire de pratique obstétricale et chirurgicale. Celui-là avait la claire conception de ce que devait être l'enseignement dans une Faculté de médecine.

M. Pierre Duval est entré au vif de son sujet, lorsque, sous prétexte de faire l'éloge de son maître, M. Quénu, il a proclamé sans ménagements que *la conscience médicale devait être dégagée de l'obéissance à des ordres et à des conseils qui voulaient régir le traitement des blessés comme la marche de l'infanterie,* et que la seule atmosphère respirable pour le médecin, en temps de guerre, était l'*indépendance de l'action médicale sous le seul contrôle de sa conscience.* C'est là une thèse qui fut toujours celle du *Concours médical* et que nous ne cesserons de soutenir ici, en dépit des bonnes raisons de toutes les médecines officielles, administratives et militaires.

***

Les progrès que fit la chirurgie au cours de la guerre reposent sur des bases absolument scientifiques, sur la biologie de la plaie de guerre, totalement inconnue en 1914.

Cette biologie fut faite presque exclusivement par des savants français, et M. Duval a rapporté, non sans fierté, l'hommage rendu par Lloyd George au génie chirurgical français en 1916, en suggérant à notre gouvernement l'idée de réunir à Paris une Conférence chirurgicale interalliée. Il a fait le récit émouvant de la session de cette Conférence en 1918, quand, au sujet de la sérothérapie de la gangrène gazeuse, les chirurgiens français exposèrent les résultats merveilleux obtenus avec les sérums préparés dans le silence de l'Institut Pasteur par des modestes, tels que Veillon et Weinberg, sous le contrôle de Roux, alors que les délégués de l'Angleterre, de la Belgique, de l'Amérique, de l'Italie, du Portugal et du Japon avouaient l'absolue insuffisance de leurs procédés.

Voyons quels furent les constatations de la biologie de la plaie de guerre. Elle a d'abord établi scientifiquement que les tissus dévitalisés par le traumatisme, et surtout le tissu musculaire, mettent en liberté des produits toxiques que retiennent normalement les tissus vivants, qu'à ces poisons s'en ajoutent d'autres, plus dangereux encore, fabriqués par les ferments qu'apportent les leucocytes envahissant les tissus mortifiés.

La plaie de guerre est donc une fabrique de poisons et le blessé est avant tout un intoxiqué. Cette intoxication, à son suprême degré, produit des accidents qualifiés de shock traumatique, comme l'a démontré Quénu.

Mais aussitôt que la plaie de guerre est produite, elle est envahie par les germes. Une seconde vérité, que l'on ne connaissait pas, a été encore établie : c'est qu'il n'existe pas de plaies de guerre sans microbes.

C'est ainsi que l'infection de la plaie évolue en deux temps : pendant le premier, les microbes prolifèrent lentement à la surface de la plaie, puis, au bout de quelques heures, à cette contamination succède l'infection.

Les agents microbiens de la plaie sont de deux ordres, les uns, anaérobies, viennent des vêtements du soldat, de la terre du champ de bataille; les autres, aérobies, se trouvent surtout sur la peau du blessé et, parmi eux, est le streptocoque qui assombrit terriblement les pronostics.

Des faits, scientifiquement d'ordre secondaires, mais pratiquement de première importance, ont été constatés : la ligature des gros vaisseaux, par l'ischémie qu'elle provoque, le froid, le garrot, funeste mais souvent indispensable, favorisent l'infection et amènent parfois la gangrène gazeuse.

La levée brutale du garrot peut amener un shock mortel, par absorption brusque des produits toxiques.

L'étude biologique de la plaie de guerre démontra encore que le muscle se défend mal contre les microbes, l'os lui est encore, sur ce point, inférieur, tandis que les synoviales, le cerveau, et surtout le poumon, se protègent très efficacement.

Les travaux de sir Almroth Wright et de Noël Fiessinger ont montré comment l'organisme établissait aussitôt sa défense au pourtour de la plaie de guerre, et qu'il possédait tous les moyens de tenir tête victorieusement à l'infection, sauf lorsque cette dernière était provoquée par le streptocoque.

***

Une fois cette biologie de la plaie de guerre bien établie, les chirurgiens en tirèrent des conclusions thérapeutiques qui révolutionnèrent la chirurgie de guerre. Ces progrès se firent en trois périodes.

La première fut la période d'ignorance complète, d'absence totale d'organisation. M. Duval n'en cherche ni les causes, ni les responsabilités; il préfère n'en point parler: elle ne mérite que le silence, et le professeur a raison.

La seconde est l'application de la méthode de Carrel, celle de la désinfection systématique de la plaie par le liquide de Dakin, suivie de la suture secondaire, une fois cette plaie stérilisée.

La troisième est l'avènement de l'excision de la plaie de guerre, suivie de la suture primitive.

M. P. Duval, après avoir reconnu que Carrel fut un des premiers qui comprit que l'étude biologique de la plaie de guerre devait être la base de la thérapeutique, après avoir proclamé que sa méthode rendit d'immenses services, après avoir établi que, « grâce à cet homme qui a ajouté à son génie français bien des qualités comme aussi certains défauts du génie américain, nous avons eu à notre disposition une méthode de traitement des plaies de guerre qui nous a permis de sauver bien des existences, qu'il eut l'immense mérite, au moment du désespoir infini où nous condamnait notre impuissance, de nous rendre confiance, » M. le Pr Pierre Duval, après avoir ainsi vanté Carrel comme jadis les grands-prêtres couronnaient de fleurs leurs victimes, a fait longuement, et non sans acrimonie, la critique de sa méthode en insistant sur la double *erreur biologique* qu'il lui reproche, à savoir : de croire que même après le traitement chirurgical, la plaie de guerre est infectée et doit être stérilisée, et de ne pas tenir compte de la qualité des microbes qui l'infecte.

Nous regrettons l'insistance que le Pr Duval a mise à discuter Carrel ; d'abord, parce que des gens peu bienveillants (il en est) y ont vu la manifestation d'une pointe de jalousie, ce que nous ne pouvons, ni ne voulons admettre. Ensuite, parce qu'il était inutile de parler, dans l'amphithéâtre de la Faculté de médecine, des *défauts du génie américain.*

L'Amérique a, comme la France, ses grandes qualités et ses petits défauts, cela est certain. Mais elle s'est montrée à notre égard trop généreuse, elle nous a trop magnifiquement secourus dans les heures les plus critiques, elle nous a récemment comblés de trop de bienfaits, pour que notre reconnaissance nous permette même d'entrevoir publiquement ses défauts. Souvenons-nous qu'il y a quelques mois à peine, M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris racontait comment un million avait été envoyé de New-York pour fonder cette école de Puériculture que le manque de générosité des Français, nouveaux et anciens riches, ne permettait pas d'organiser.

Nous ne croyons pas qu'un savant de l'envergure de Carrel ait jamais cru que sa méthode était le dernier mot du progrès chirurgical. Il est donc tout naturel qu'elle ait cédé le pas à l'excision de la plaie de guerre et à la suture primitive qui, un jour, à leur tour, disparatront devant un meilleur procédé. Tel est la loi du Progrès.

Ce qu'il y a de piquant, c'est que l'inventeur de l'excision et de la suture primitive des plaies de guerre, que le Professeur Pierre Duval

a proclamé avec juste raison un *bienfaiteur de l'Humanité*, est un simple praticien de Lille, le Dr Henri Gaudier.

Les résultats obtenus par la méthode de Gaudier ont dépassé tout ce que l'on aurait pu imaginer en 1915. La suture primitive pratiquée dans plus de 60 pour 100 des cas donna 95 pour 100 de guérisons *immédiates* et les opérés furent rendus à l'armée dans un délai moyen de six semaines. 53 pour 100 des plaies pénétrantes de l'abdomen guérirent. 50 pour 100 des fractures furent suturées d'emblée.

La mortalité des plaies du poumon tomba de 21 pour 100 à 8 pour 100,

Et ces résultats ont bien été obtenus par la médecine française, car toutes les recherches, toutes les découvertes de la biologie de la plaie de guerre sont françaises, tous les procédés chirurgicaux sont français.

Le Professeur P. Duval, après cette constatation du grand mérite de la Chirurgie française conclut en ces termes :

« Messieurs, un dernier mot sur elle. Cette chirurgie de guerre dont je viens de vous exposer la lumineuse conception n'est pas l'œuvre de certains grands maîtres dont la haute culture aurait produit ces merveilles : elle est l'œuvre de tous, le corps médical français dans son entier y a contribué ! Chacun, les uns aux armées, les autres dans le territoire, les mobilisés comme les civils, chacun a apporté sa petite pierre à ce superbe édifice.

La multiplicité des efforts en a fait un magnifique et impérissable monument. Il porte l'empreinte dominante des deux suprêmes qualités de notre race : la *simplicité* et la *clarté* ».

Jamais paroles plus justes, et qui auront un retentissement plus grand dans le corps médical français, ne furent prononcées à la Faculté de Paris et nous remercions d'autant plus cordialement le Pr P. Duval que, personnellement, n'étant pas le moins du monde chirurgien, nous n'avons aucun droit aux éloges bien mérités qu'il a adressés si éloquemment à nos confrères.

Et le brillant Professeur a terminé par un appel au travail, en citant une phrase d'Emile Boutroux que nous devrions bien méditer tant dans nos études et la pratique de notre art que dans notre action syndicale :

« L'action efficace en ce monde n'appartient ni à l'impulsion irréfléchie et sans lendemain de la passion, ni à la pensée contemplative du rêveur qui plane au-dessus de la mêlée, mais à l'union harmonieuse de la pensée et de l'effort ».

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital des Enfants-Malades : M. le Professeur Hutinel.

Les manifestations cérébrales dans l'hérédo-syphilis infantile.

On peut observer, chez les hérédo-syphilitiques, des lésions cérébrales nombreuses, Il en est de grosses, massives (microcéphalie, hydrocéphalie), et d'autres, moins considérables, compatibles avec la survie. Je m'occuperai surtout de ces dernières, qui sont plus intéressantes à connaître.

Les formes de l'hérédo-syphilis cérébrale compatibles avec une survie assez longue sont d'ailleurs multiples et variées.

Tout d'abord, les paralysies. Le type le plus commun est le syndrome de Little. Dans ce syndrome, vous trouvez non pas une paralysie à proprement parler, mais de la contracture des membres inférieurs. L'enfant marche à la façon des spasmodiques. Les membres supérieurs n'ont presque rien et sont à peine contracturés. L'état psychique se montre satisfaisant, si satisfaisant que l'on s'est cru autorisé à dire qu'il n'y avait pas de troubles intellectuels. Ce n'est pas tout à fait exact : il existe bien une petite lacune de l'intellect, mais elle est au second plan. L'encéphale se trouve atteint en ce cas, alors qu'il était incomplètement développé. Le faisceau pyramidal reste rudimentaire et la contracture apparaît.

Dans ce syndrome de Little, la syphilis intervient assez communément. Il est donc nécessaire de la rechercher, et d'instituer le traitement spécifique, s'il y a lieu. Quelquefois, on obtient ainsi des résultats importants. J'ai soigné, pendant la guerre, un enfant atteint de maladie de Little, qui se trouvait dans un état lamentable. Soumis au traitement, il s'est si bien amélioré, qu'actuellement il marche et s'est notablement développé.

Voisines du syndrome de Little sont les diplégies. Voici un enfant qui se présente avec des contractures des membres, inégales des deux côtés. Ces manifestations, qui sont plus tardives que la maladie de Little, s'accompagnent de troubles de l'intelligence, le cerveau étant ici touché, alors que son développement est plus avancé, alors que les localisations cérébrales se sont dessinées. Chez l'enfant en question, le Wassermann est négatif. En matière de Wassermann, on ne doit pas retenir le résultat négatif, qui ne permet pas de conclusion quant à la syphilis.

A côté de la maladie de Little et de la diplégie, se place l'hémiplégie. Elle n'est pas, non plus, nécessairement syphilitique. Il y a quelque temps on nous a amené à la consultation une grande jeune fille de 12 ans, atteinte d'hémiplégie légère du côté gauche. Il m'a paru vraisemblable d'admettre une lésion droite de nature bacillaire, l'hémiplégie pouvant être le premier stade d'une méningite tuberculeuse. J'ai demandé que l'on me reconduise cette jeune fille, pour suivre son affection. La tuberculose intervient dans certains de ces cas, la syphilis dans d'autres.

Chez les hérédo-syphilitiques, outre l'hémiplégie, vous pouvez avoir des monoplégies. Aucune de ces affections n'est pathognomonique de l'existence de la syphilis. Il faut examiner l'enfant, rechercher ses antécédents, ses tares, ses stigmates, etc. Vous pourrez après cela conclure, souvent avec une simple probabilité.

Chez les hémiplégiques et les paraplégiques que je vous ai montrés, un fait a dû vous frapper : la prédominance de la contracture sur l'impotence proprement dite. Dans l'enfance, l'état spasmodique passe au premier plan, si bien que l'on a décrit une hémiplégie *spasmodique* infantile. Ce caractère est affaire d'âge et de développement du système nerveux. Il est général, et n'est nullement propre aux troubles hérédo-syphilitiques.

Il est d'autres symptômes à envisager, rangés souvent dans la catégorie des névroses, les convulsions par exemple.

Les convulsions sont fréquentes chez les enfants. Dans certains cas, elles sont associées à des lésions encéphaliques indubitables, crâne volumineux, idiotie, paralysies. D'autres fois, elles semblent essentielles, ne s'expliquent pas par des lésions apparentes : sans doute, existe-t-il là des altérations latentes, mais elles restent méconnues. Parmi ces convulsions « essentielles », les unes sont généralisées, bulbaires, et surviennent à l'occasion d'une infection, d'une bronchopneumonie, je suppose, qui fait monter la température, ou sous l'influence d'une excitation, surtout quand il existe de l'hyperexcitabilité nerveuse. Les convulsions sont alors un orage qui passe.

Tout autres sont les convulsions encéphaliques. Elles sont, d'abord, plus localisées que les convulsions bulbaires ; elles se répètent sans cause définie et s'accompagnent souvent de troubles de l'intelligence. Elles se présentent sous plusieurs formes : tantôt la grande attaque épileptique, tantôt l'épilepsie larvée.

La part de la syphilis dans l'étiologie des convulsions encéphaliques est considérable. Sur 100 enfants atteints de convulsions de ce genre, on a trouvé l'hérédo-syphilis 43 fois. Il faut donc la rechercher et appliquer le traitement s'il y a lieu. Si vous intervenez de bonne heure, avant que les lésions encéphaliques ne soient fixées, vous aurez plus de prise sur elles. Tout en donnant le bromure pour calmer les crises épileptiques, instituez la médication spécifique, chez les hérédo-syphilitiques. Vous obtiendrez ainsi des améliorations considérables. J'en ai observé, en ville surtout, des exemples encourageants.

A côté de la syphilis, dans la genèse de ces convulsions, d'autres lésions peuvent intervenir. Les hémorrhagies, la tuberculose, les dégénérescences, ne perdent pas leurs droits. Mais l'hérédo-syphilis est fréquemment en cause, et il est bon, en présence d'un enfant atteint de convulsions épileptiques, de toujours la rechercher pour y opposer, le cas échéant, un traitement qui peut être très efficace.

Un mot sur la céphalée. Rappelez-vous cette phrase d'Archambaud qui disait : « Ne croyez pas à la névralgie chez les enfants ». Les algies simples n'existent guère, en effet, en clinique infantile. Quand un enfant souffre de la tête, cherchez la cause. N'accusez pas toujours, il va sans dire, la syphilis. Ce peut être un sujet atteint de sténose nasale, un adénoïdien, un « nez bouché ». Ce peut être un sujet atteint de troubles d'accommodation visuelle. Mais, c'est quelquefois aussi une céphalée causée par l'hérédo-syphilis, et qui cèdera au traitement spécifique très rapidement.

J'arrive aux troubles psychiques. Ils se présentent sous plusieurs formes. Il y a d'abord l'idiotie des microcéphales. Le cerveau est peu développé, l'intelligence reste rudimentaire et les sujets sont des idiots complets qui vivent une existence végétative. Chez les enfants plus grands, l'idiotie présente des degrés. C'est un syndrome et non une maladie, indice d'une souffrance de l'encéphale. Les formes en sont innombrables. Certains de ces enfants sont déprimés, éteints, d'autres sont agités, nerveux, vicieux. Quand ils entrent dans votre cabinet ils se précipitent sur tous les objets, cassent tout. D'autres ont simplement des bizarreries et se rangent dans le groupe des arriérés, des anormaux. Si vous interrogez les parents, ils vous répondent quelquefois que ces enfants ont été

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMES DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Notes d'ordonnances. — Notes d'ordonnances portant comme en-tête des instructions aux blessés du travail.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures). — Au recto de ces mémoires on trouvera des colonnes dans lesquelles on pourra porter le relevé des opérations et le montant des honoraires ; au verso, on trouve le réquisitoire et l'exécutoire à faire signer par les autorités compétentes qui ordonnanceront ce mémoire.

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Notes d'honoraires ordinaires

Notes d'honoraires d'un modèle spécial établies selon les indications du tarif Jeanne.

Ces différents imprimés son envoyés au prix de franco

Les 50 ..... 4 fr. »»
Le 100 ..... 6 fr. »»
Les 500 .... 28 fr. »»
Les 1000 ... 50 fr. »»

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical *132, faubourg St-Denis, Paris.*

normaux jusqu'à un moment donné et qu'alors leur intelligence a commencé à faiblir, qu'ils sont tombés en démence. Quelques-uns, plus grands, font de la paralysie générale.

En présence d'un enfant idiot, il ne faut pas penser seulement à la syphilis (il y a aussi le myxœdème, etc.), mais il faut toujours y penser. Vous connaissez les deux grandes infections chroniques de l'organisme : la tuberculose et la syphilis. La tuberculose, lorsqu'elle frappe l'encéphale, permet rarement la survie. Mais quand l'encéphale n'est pas lésé directement par la tuberculose, celle-ci ne touche pas l'intelligence. L'hérédo-syphilis agit différemment : elle ne détruit pas l'encéphale, mais elle rend l'individu bizarre, inégal. Cette déséquilibration n'exclut pas parfois le génie, le génie pouvant confiner ainsi, chez quelques sujets, à la folie.

Deux mots maintenant des réactions méningées. En présence d'un enfant atteint d'un syndrome méningé, on pense volontiers à la méningite bacillaire. Dans certains cas, on voit ce syndrome guérir et, en cherchant soigneusement, on trouve des indices d'hérédo-syphilis. Il existe quelquefois des réactions méningées dans l'hérédo-syphilis. Sont-elles d'un diagnostic facile ? Assurément non. On dit bien qu'elles sont plus corticales que basilaires, que les troubles du pouls et de la respiration y sont moins accentués, que l'intelligence y est moins déprimée, mais tout cela reste imprécis et, en définitive, si vous ne constatez pas de stigmates de l'hérédo-syphilis, ne vous aventurez pas à conclure à la méningite syphilitique. L'examen du liquide céphalo-rachidien ne donne que des nuances, et le plus souvent le diagnostic est impossible. La méningite tuberculeuse peut d'ailleurs survenir chez un hérédo-syphilitique.

Donc, il peut exister, chez les hérédo-syphilitiques, des réactions méningées, qui font croire à la méningite tuberculeuse et qui sont susceptibles de guérir. Ne portez pas dès lors un pronostic trop inexorablement fatal, en pareille circonstance. Il vous arrivera, rarement il est vrai, de voir le syndrome méningé disparaître à la suite de frictions mercurielles, par exemple.

A côté des réactions méningées, se place l'encéphalite. On nous a amené à l'hôpital, récemment, un petit malade qui avait fait de la grippe, de l'albuminurie, et qui, deux jours après, avait été pris de convulsions et de coma profond. Entré dans le service dans le coma, on porta d'abord le diagnostic d'urémie et l'on pratiqua une saignée. Le lendemain matin, j'examinai l'enfant. Il avait 0 gr. 50 d'albumine par litre d'urine. La tension artérielle était de 9, chiffre faible. L'urée sanguine était également très faible, atteignant seulement 0 gr. 10 pour 1.000. Je rejetai le diagnostic d'urémie, et poursuivant l'examen, je remarquai quelques stigmates d'hérédo-syphilis. Je fis faire une série d'injections intra-veineuses de cyanure de mercure. L'enfant, après être resté douze jours dans le coma, commença à reconnaître alors l'entourage ; puis, son intelligence s'éveilla et il guérit. C'était un hérédo-syphilitique qui avait fait une poussée de néphrite et une encéphalite spécifique.

Je me rappelle un autre petit malade, âgé de 4 ans, qui souffrait de la tête, et me fut amené atteint de convulsions, dans le coma. La ponction lombaire donna un résultat négatif. Cet enfant guérit, lui aussi, par le traitement spécifique, les frictions mercurielles.

Voilà des cas où il faut songer à l'hérédo-syphilis et où notre intervention peut être triomphante.

Vous voyez combien sont variées les manifestations cérébrales de l'hérédo-syphilis. Je pourrais encore vous parler de la chorée. On la rencontre souvent chez les hérédo-syphilitiques. Quand la chorée est grave, quand elle est tenace, qu'elle s'accompagne de modifications des réflexes, prenez-y garde, il y a des chances pour que l'hérédo-syphilis intervienne.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Toulouse.

Leçon de M. G. P. Tourneux, *chef de clinique.*

Les périurétrites gangréneuses diffuses.

Il y a un mois environ, profitant du séjour dans notre service d'un malade atteint de périurétrite phlegmoneuse aiguë, je vous avais décrit cette complication infectieuse, si fréquente chez les sujets atteints de rétrécissement de l'urètre. Je vous avais montré sa pathogénie véritable, et j'avais insisté sur ce point, à savoir que, suivant la virulence du microbe, suivant l'intensité réactionnelle des tissus, et suivant aussi la prédisposition et la résistance du sujet, l'inflammation se développant autour de l'urètre pouvait réaliser un de ces différents aspects que nos ancêtres avaient si bien décrits, et que, d'après certaines conditions, les lésions pouvaient présenter des types différents, phlegmoneux, gangréneux ou encore scléreux. Ce sont là assurément des modalités inflammatoires qui nous paraissent bien nettement séparées les unes des autres et n'avoir aucun lieu de commun ; pourtant, en cherchant leur pathogénie et en examinant la manière dont elles évoluent, on peut reconnaître qu'il est un point qui permet de les rapprocher les unes des autres,

c'est l'analogie des conditions qui président à leur développement.

Dans tous les cas de périurétrite, on arrive à mettre en évidence les deux grands facteurs nécessaires à leur apparition, la lésion urétrale (rétrécissement, corps étranger, calcul enclavé, ou irritation locale) et l'infection.

La flore pathogénique de l'urètre a sa virulence décuplée par les phénomènes de rétention produits, et tel microbe, vivant jusqu'alors à l'état latent, devient soudain des plus dangereux. Les agents qui produisent ces accidents de périurétrite sont variables : les uns sont des pyogènes vulgaires, comme le colibacille, le staphylocoque ou le streptocoque, mais les autres appartiennent à des variétés plus redoutables : ce sont des anaérobies, bacillus subtilis, fragilis, perfringens, fundibuliformis, etc., et vous reconnaîtrez aisément que la présence de tel ou tel microbe, soit isolé, soit en association, pourra imprimer à la marche des lésions une allure tout à fait différente, allant du petit abcès tendant presque à la résolution spontanée, jusqu'au phlegmon gangréneux si terrible par ses complications toxinhémiques ou pyohémiques.

Je vous ai rapporté, il y a quelques jours, une observation bien typique de périurétrite aiguë, phlegmoneuse ; je veux aujourd'hui vous présenter un cas bien net de périurétrite gangréneuse, dénommée encore périurétrite diffuse.

Messieurs, la semaine dernière, on amenait d'urgence, dans notre service, un malade couché actuellement dans la salle St-Maurice. Il s'agit d'un homme âgé de 59 ans, possédant dans ses antécédents un certain nombre de blennorrhagies, qui lui ont laissé un rétrécissement siégeant dans la région membraneuse de l'urètre, pour lequel il a subi, l'année dernière, une petite intervention chirurgicale.

Depuis une huitaine de jours, ce malade, qui auparavant jouissait d'une très bonne santé, avait constaté l'apparition de quelques symptômes locaux, assez légers au début, consistant en dysurie et en brûlures à la miction. Puis, ces phénomènes morbides ont augmenté d'intensité, la température, jusqu'alors normale, est montée autour de 39°, et il s'est produit de la tuméfaction au niveau des organes génitaux. Cette tuméfaction, œdémateuse, molle et indolore, recouverte par une peau luisante et rouge, siégeait au début dans la région périnéale, mais elle n'a pas tardé à progresser avec une extrême rapidité, gagnant les bourses, envahissant la verge et les régions inguinales. C'est à ce moment que, sur les conseils de son médecin, notre malade est entré à l'Hôtel-Dieu. Mais au moment où il nous a été donné de l'examiner, la situation avait déjà bien changé. En quelques heures, la peau, de luisante et rouge, était devenue de couleur violacée, couverte de marbrures livides : la tuméfaction, de molle, indolore et œdémateuse, était devenue dure et douloureuse, pendant que la miction, de plus en plus difficile et pénible, se faisait pour ainsi dire goutte à goutte, et nous pouvions noter enfin, sur le périnée, les bourses et la verge, l'apparition d'un certain nombre de phlyctènes.

L'état général n'était pas plus satisfaisant que l'état local : le pouls était petit, mou et dépressible, la langue rôtie, le corps couvert de sueurs froides, et le malade, en proie à des périodes de délire, présentait des alternatives de vomissements et de diarrhée fétide.

Tels étaient les principaux symptômes que nous avons relevés, symptômes qui nous ont suffi pour établir notre diagnostic de périurétrite gangréneuse. Devant un pareil cas, il n'y avait qu'une choses à faire, à intervenir, et c'est ce que nous avons fait immédiatement. Le malade a été rapidement endormi par quelques bouffées d'éther, et, au moyen du bistouri, nous avons pratiqué toute une série d'incisions dans ces téguments tuméfiés. Nous avons d'abord fendu largement le périnée, depuis l'angle pénoscrotal jusqu'à 2 centimètres de l'anus, intéressant le derme et le tissu cellulaire sous-cutané, jusqu'au plan aponévrotique. Puis, nous avons multiplié les incisions partout où il y avait de l'œdème, sur les bourses, sur la verge, et sur les régions inguinales, donnant ainsi issu à des gaz et à de la sérosité verdâtre. Avec le doigt, nous avons détruit les cloisons, les tractus celluleux, effondré les prolongements latéraux, de manière à supprimer tous les clapiers existants, et à constituer de larges poches se drainant largement à l'extérieur. Nous avons ensuite procédé à d'abondants lavages à l'eau néolée et recouvert enfin toute la région de compresses humides que l'on a renouvelées plusieurs fois par jour.

Mais ce traitement purement local, suffisant dans les cas de périurétrite phlegmoneuse, ne l'est pas dans les cas de lésions gangréneuses, où il y a infection de tout l'organisme. Il importe donc d'agir sur l'état général, et c'est par du sérum artificiel, par des injections de lantol, d'huile camphrée et de spartéine, que nous avons cherché à relever notre malade et à lutter contre les accidents toxinhémiques.

Pendant plusieurs jours, l'état de notre opéré est resté assez précaire ; certes l'extension du processus gangréneux était arrêtée, car nous ne trouvions plus trace d'œdème dur, mais la température restait toujours élevée, oscillant entre 37 et 39, et les symptômes morbides ne semblaient pas vouloir se modifier d'une manière favorable. Enfin, sous l'influence de notre thérapeutique, un mieux sensible ne tarda pas à se déclarer, et pendant que toute la zone génitale était le

siège d'élimination de tissus sphacélés, mettant à nu les plans plus profonds, l'état général s'est amélioré, et nous n'avons plus à redouter maintenant une terminaison fatale, ce qu'on ne voit que trop souvent au cours des périurétrites gangréneuses.

Comme il s'agit en effet de lésions non plus seulement locales, mais retentissant sur tout l'organisme par suite de l'infection résultant de la résorption des toxines microbiennes, il est évident que le pronostic de cette périurétrite variera essentiellement suivant que nous aurons affaire à un sujet encore jeune, dont les différents appareils (foie et rein) fonctionnent normalement, ou à un vieil urinaire dont les organes déjà atteints de lésions de sclérose, ne pourront plus se défendre contre l'infection. Dans le premier cas, l'intervention chirurgicale pourra arrêter l'évolution de la gangrène, mais dans le second, la mort arrivera fatalement, soit de suite par toxinhémie, soit dans les jours suivants, par pyohémie.

Il ne faut pas s'inquiéter de l'étendue des surfaces détruites par le sphacèle, car la guérison ne se produit que si de larges et profondes incisions ont permis au phlegmon gangréneux de s'évacuer. Bien souvent, le périnée est ouvert, la verge dépouillée d'une partie de ses téguments, le scrotum détruit, et les testicules mis à nu n'ont plus rien pour les recouvrir; parfois les dénudations se poursuivent et étendent leurs ravages, mais elles ne tarderont pas à se réparer après l'élimination de tous les téguments gangrénés.

Il est une lésion presque habituelle que nous n'avons pas rencontrée chez notre malade : c'est la perforation de l'urètre. Il est presque normal, en effet, que l'infection, évoluant autour d'un urètre dont les parois sont profondément altérées, détermine rapidement l'ulcération du canal, soit avant toute intervention chirurgicale, soit lorsque la région périnéale a déjà été largement incisée. Et c'est la constatation de ce fait qui avait amené Voillemier à établir sa théorie pathogénique de l'infiltration d'urine. Pour cet auteur, le rétrécissement de l'urètre, formant une barrière au cours normal de l'urine, amenait la formation d'une véritable poche se distendant progressivement, et arrivant à un moment donné à se rompre mécaniquement.

Il en résultait que le flot d'urine s'échappait à travers la crevasse, et venait infiltrer tous les tissus avoisinant, déterminant ainsi les phénomènes gangréneux. Mais il est bien prouvé, depuis les recherches de Hunter, de Delbet, de Bazy, d'Escat et d'Albarran, que les phénomènes se passent tout autrement que ne le pensait Voillemier.

La périurétrite gangréneuse, comme d'ailleurs toutes les périurétrites, peut survenir chez des malades dont le canal est encore assez perméable pour ne pas éclater sous la poussée vésicale, et la perforation de l'urètre qui se fait, non de dedans en dehors, mais de dehors en dedans sous l'influence du processus inflammatoire, peut siéger en avant de la sténose, point où le mécanisme indiqué par Voillemier ne peut être invoqué. Ces phénomènes gangreneux peuvent de plus apparaître chez des sujets dont la vessie est paralysée, incapable de déterminer, par ses contractions la rupture de l'urètre ; elle évolue parfois, comme dans notre cas, sans qu'il y ait de crevasse urétrale, et enfin, point qui est le plus important, le liquide qui infiltre les tissus n'est pas de l'urine, mais de la sérosité d'œdème septique. Toutes ces lésions sont dues uniquement à l'action des microbes anaérobies et, chez notre malade, les recherches bactériologiques ont montré que les phénomènes gangréneux étaient dus à la présence du bacille subtilis.

Si, dans notre cas, le processus infectieux a mis quelques jours à évoluer avant de présenter tous ces caractères, il n'en est pas toujours ainsi et vous pourrez plus tard vous rendre compte vous-mêmes que, dans de nombreux cas les accidents débutent beaucoup plus brusquement, atteignant en quelques heures leur maximum d'extension. Dans d'autres cas, l'évolution est un peu différente, la lésion affecte d'abord le type phlegmoneux pur, et ce n'est qu'au bout de quelques jours, si l'en n'intervient pas, que l'association microbienne amène la transformation du type phlegmoneux en type gangréneux.

Quant au diagnostic lui-même, il est relativement facile. Vous ne confondrez pas cette périurétrite diffuse, avec les formes circonscrites et chroniques, dont l'évolution est toute différente et ne s'accompagne jamais de lésions aussi étendues. La périco wpérite est latérale, limitée, s'ouvrant rarement à la peau. La périprostatite gangréneuse à un siège plus profond, n'envahit jamais les bourses ni le pénis, et quant à la gangrène foudroyante des organes génitaux, elle débute au niveau du gland et du prépuce et non dans la région périnéale.

Il n'y a pas de discussions possibles sur le traitement des périurétrites gangréneuses : tout le monde reconnaît que c'est à l'incision précoce et profonde que l'on doit avoir recours. Certains recommandent de pratiquer des incisions multiples non au bistouri, mais au thermo-cautère; nous pensons, comme Legueu, qu'il faut absolument rejeter cette manière de faire, qui produit des escharres sur toute la longueur des plaies et ajoute encore à la destruction. Dans les cas où l'urètre se sera perforé spontanément et où la cicatrisation n'aura pas de tendance à se manifester, il y aura lieu, ultérieurement, quand la réparation cutanée sera presque complète, de tenter une autoplastie. C'est vers ce moment

que l'on devra également se préoccuper du calibre de l'urètre, une urétrotomie interne, faite en pleine infection, pouvant amener des résultats désastreux.

Enfin, il est bien évident que si vous vous trouvez en présence d'un sujet dont l'état est particulièrement grave, intoxiqué et shocké, vous vous garderez bien de le soumettre à l'anesthésie générale, mais comme il importe avant tout d'essayer de sauver la vie de votre malade, vous vous hâterez de pratiquer vos incisions sous anesthésie locale ou même sans anesthésie.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Alimentation comparée par diverses farines panifiables.

(MM. ACHARD et L. GAILLARD. *Académie de Médecine*).

M. Achard expose une série de recherches expérimentales qu'il a entreprises sur la valeur alimentaire de diverses farines panifiables (blé, sarrazin, riz, seigle, orge, maïs, etc.). Après avoir mêlé à la nourriture de plusieurs lots de lapins les farines en question, l'auteur a fait une analyse comparative des principaux organes prélevés chez ces animaux.

Les études de M. Achard ne permettent pas de déductions bien précises. La conclusion principale, toutefois, qui en ressort, est qu'il ne paraît pas y avoir de différence très importante, quant à la nutrition génrale, dans l'usage de telle ou telle de ces farines.

Il convient d'ajouter d'ailleurs que l'application à l'homme des données ainsi obtenues ne saurait être, faite sans réserves.

La prophylaxie de la tuberculose bovine.

(M. J. LIGNIÈRES. — *Académie de médecine*).

M. Lignières montre que la prophylaxie de la tuberculose bovine par la déclaration obligatoire et l'indemnisation des propriétaires de bêtes tuberculeuses est restée inefficace.

L'auteur propose deux mesures nouvelles qui selon lui, donneraient, à l'application, des résultats très supérieurs :

1° Déclarer nulle toute vente (sauf pour la boucherie) de bovidés tuberculeux, l'acquéreur ayant en ce cas le droit de rendre l'animal au vendeur, avec obligation pour ce dernier de rembourser le prix et les frais divers d'achat ;

2° Exiger la marque spéciale des animaux malades lorsqu'ils seraient mis en vente pour toute autre destination que la boucherie. Le service sanitaire, avisé, se rendrait dans l'exploitation d'où proviendraient les animaux tuberculeux pour y reconnaître tous les malades et les marquer.

L'alcoolature de buis contre les fièvres intermittentes.

(M. ARTAULT DE VEVEY. — *Académie de médecine*)

M. Artault de Vevey a eu l'occasion de traiter plusieurs soldats, retour de l'armée d'Orient, qui, sans avoir eu à Salonique d'accès paludéens, furent atteints à leur retour en France de fièvres intermittentes très violentes, rebelles à la quinine. Il leur administra de l'alcoolature de buis (*Buxus sempervirens*), à la dose d'une cuillerée à café matin et soir, et il obtint un succès immédiat et durable.

L'auteur pense que, chez ces malades, il s'est agi, sur un terrain malarique, de poussées d'angiocholite avec accès fébriles intermittents, affection dans laquelle l'alcoolature de buis semble avoir une action spécifique. On aurait là un moyen de diagnostic différentiel entre la fièvre intermittente vraie de la malaria, qui cède à la quinine, et la fièvre intermittente hépatique d'angiocholite, pour laquelle l'alcoolature de buis est une véritable pierre de touche.

Epidémie de fièvre paratyphoïde B due au blanchissage.

(MM. LOUSTE et GODLEWSKI. — *Société médicale des Hôpitaux.*)

MM. A. Louste et Henri Godlewski ont observé au camp de M.., en 1917, une épidémie de fièvre paratyphoïde B, identifiée par hémoculture. L'épidémie sévissait sur une seule compagnie. Après avoir éliminé l'eau de boisson, l'alimentation, les lieux publics de fréquentation, l'existence (qui étaient les mêmes pour les hommes des autres compagnies restées indemnes), on aiguilla l'enquête sur le blanchissage. Alors qu'une société importante avait l'entreprise générale du blanchissage, seule la compagnie infectée était tributaire d'un industriel du pays. La blanchisseuse en question ne procédait à aucune ébullition du linge et se contentait de l'humecter dans une mare d'eau croupie. Il a suffi de proscrire les services de la banchisseuse au linge suspect pour constater, au bout de huit jours, le dernier cas de paratyphoïde.

Diffusion d'une épidémie de dysenterie par le boulanger d'un village.

(MM. LOUSTE et GODLEWSKI. — *Société médicale des Hôpitaux.*)

MM. Louste et Godlewski font la relation d'une épidémie de dysentérie qui éclata dans un petit village de 600 habitants et se traduisit en un mois par 31 cas de dysentérie, avec 6 décès.

Les auteurs étaient venus enquêter sur cette épidémie au point de vue militaire et arrivèrent sur les lieux quelques heures après le départ des enquêteurs administratifs. Ceux-ci avaient limité leurs prescriptions aux mesures habituelles banales, désinfection des eaux de boisson, etc.

En recherchant les sources de la contagion, MM. Louste et Godlewski remarquèrent que les cas avaient été très limités jusqu'au jour où le boulanger du pays et sa famille furent atteints. Alors, les cas se multiplièrent rapidement. La responsabilité du boulanger ne parut pas douteuse, toute sa famille étant affectée de dysentérie et personne n'y prenant les plus élémentaires précautions d'hygiène des mains. Celles-ci, souillées de nombreuses fois par jour, à chaque épreinte, contagionnaient à chaque contact le pain livré aux clients. D'ailleurs, la preuve expérimentale de cette responsabilité fut obtenue rapidement : le commerçant, mis au courant de la situation, écouta les conseils qui lui furent donnés (lavage, savonnage, brossage des mains, etc.), et rapidement l'épidémie s'éteignit. Il s'agissait de dysentérie à bacille de Shiga.

A ce propos, rappelant l'enquête administrative banale faite dans ce cas, les auteurs mentionnent le danger qu'il y a à confier à un personnel administratif incompétent le soin de pourvoir aux mesures prophylactiques nécessaires à préserver une population éprouvée. Dans toute enquête épidémiologique — qui doit être avant tout confiée à des médecins — il est indispensable qu'aux mesures de prophylaxie générale s'ajoutent celles spéciales à certains intermédiaires responsables de la diffusion des foyers épidémiques.

Méningite aseptique puriforme dans la blennorrhagie.

(M. Boivin. — *Société médicale des Hôpitaux.*)

Les méningites puriformes aseptiques ont été décrites il y a quelques années par M. Widal et ses élèves. Elles ont été signalées dans la syphilis, au cours d'otites suppurées, et dans des états pathologiques encore mal définis.

M. Boivin a observé, chez un sujet atteint d'une blennorrhagie d'ailleurs discrète, une réaction méningée violente faisant penser à un début de méningite cérébro-spinale. La blennorrhagie, avec des symptômes uréthraux atténués, offrait surtout des déterminations à distance, sur le testicule, les méninges et les articulations, l'inflammation se déplaçant d'un organe vers l'autre à la façon d'une métastase. Au cours de la réaction méningée, on trouva un liquide louche puriforme aseptique, à polynucléaires intacts.

L'érythème arsenical œdémateux.

(M. Milian. — *Société médicale des Hôpitaux.*)

Partant des faits qu'il a observés, M. Milian distingue deux classes d'érythèmes post-arsenicaux : les érythèmes *infectieux*, qui ne sont que les coïncidences, qui se voient dans une salle d'hôpital et relèvent de la contagion, et les érythèmes *toxiques*.

Les premiers sont des rubéoles, des érythèmes polymorphes, morbilliformes, scarlatiniformes, etc., qui surviennent au cours du traitement, en série. On incrimine habituellement l'échantillon d'arsenic employé, alors que, pour M. Milian, il s'agit de contagions.

Les érythèmes toxiques seraient plus rares, et porteraient l'empreinte de l'intoxication arsenicale, s'accompagnant de vaso-dilatations voisines du purpura et d'œdèmes intra et hypodermiques.

M. Ramond a observé récemment un cas d'érythrodermie avec œdème, consécutif à des injections de novarsénobenzol, analogue à ce que rapporte M. Milian. Objectivement, l'éruption était caractérisée: 1° par de la rougeur ; 2° par un état mamelonné, peudo-dysidrosique de la peau ; 3° surtout par un œdème dermique considérable, une véritable pachydermie aiguë œdémateuse.

Affections typhoïdes et para-typhoïdes à l'armée d'Orient.

(MM. Armand-Delille, Paisseau et Lemaire. *Société médicale des Hôpitaux.*)

MM. Armand-Delille, Paisseau et Lemaire présentent une étude statistique, faite à l'armée d'Orient, sur 350 hémocultures positives, avec renseignements précis sur la vaccination, dans les affections typhoïdes et paratyphoïdes.

L'examen des chiffres apportés par ces auteurs montre que sur 82 cas d'infections à bacille d'Eberth, 11 fois seulement il y avait eu une vaccination normale (13 %) et que sur 206 sujets atteints d'infections paratyphoïdes, à paratyphiques A et B, 114 avaient été normalement vaccinés. Les états typhiques ont d'ailleurs été très minimes parmi les troupes de l'armée d'Orient, alors que les épidémies typhoïdiques se maintenaient fortes parmi la population civile de Salonique. Ces résultats sont nettement en faveur de la vaccination typhoïdique. La proportion assez grande des paratyphoïdes chez les vaccinés s'explique aisément. Les statistiques de M. Armand-Delille sont en effet de 1915 et 1916, époque où la vaccination trivalente T. A. B. était encore insuffisamment développée.

Gérodermie infantile.

(M. Souques. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Souques revient sur la communication récente de M. Variot relative à un cas de peau ridée sénile chez un enfant.

M. Souques rappelle qu'il a publié avec J.-B. Charcot en 1891, une observation analogue, sous le nom de gérodermie infantile. Il s'agissait d'une jeune fille de 21 ans, vue déjà à l'âge de 11 ans, par Lallier, dont la peau de la figure était flasque et ridée comme celle d'un vieillard, la peau du reste du corps étant également ridée.

M. Variot a appris que dans un village de Bre-

tagne existait actuellement une jeune fille dont la peau rappelle la peau de vieillard. Il en reparlera lorsque les renseignements qu'il attend lui seront parvenus. Cette dystrophie cutanée semble bien relever d'une agénésie des fibres élastiques.

P. L.

Injections de lait contre l'intolérance gastrique des nourrissons. — Grossesse molaire. — Dilatation subaiguë de l'estomac chez des femmes césarisées. — Grossesse gémellaire avec rétention. — Un cas de pyélo-néphrite. — Brièveté du cordon. — Circulaires multiples.

(*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Toulouse*).

M. Azéma communique le résultat de ses recherches sur *les injections de lait dans l'intolérance gastrique du nourrisson*, selon la méthode du Pr Weill, de Lyon. Sur 6 observations, une seule fois l'injection a donné un succès très net : ces résultats sont conformes à ceux obtenus par la plupart des pédiatres. Il s'agit cependant d'une méthode inoffensive à essayer, quand l'intolérance gastrique ne cède pas aux procédés usuels.

M. Gilles rapporte un cas de *grossesse molaire suivie de chorio-épithéliome* traité par l'hystérectomie subtotale sous rachi-anesthésie. L'auteur insiste sur l'apparition fréquente au cours de la môle hydatiforme de kystes ovariques ; ces derniers disparaîtraient spontanément après l'évacuation de l'utérus : il apporte 3 observations probantes de ces faits.

M. Audebert signale *deux cas de dilatation subaiguë de l'estomac survenues chez des femmes césarisées* et qui ont cédé facilement au décubitus ventral. Il s'agit de formes atténuées dont la pathogénie paraît être liée à une intoxication médicamenteuse due au chloroforme ou à l'éther, se produisant chez des opérées ayant un mauvais état des voies digestives.

M. Tournèux rapporte l'observation d'*une grossesse gémellaire où il y eut rétention du 2e fœtus* par suite d'une présentation de l'épaule. La malade vue seulement le 5e jour, était en pleine infection : l'hystérectomie subtotale pratiquée d'emblée fut suivie d'une guérison complète.

M. Garipuy communique un cas de *pyélo-néphrite* survenue huit jours après un accouchement, d'origine staphylococcique et colibacillaire.

M. Audebert rapporte un cas de *brièveté du cordon* ayant donné lieu à une rupture complète et à une hémorragie de la veine ombilicale, après la sortie de la tête.

M. Audebert signale un cas d'enfant mort-né présentant des *circulaires multiples autour du cou* et des membres inférieurs. La mort doit être due à la gêne apportée à la circulation générale et à la circulation cérébrale, toute la face étant le siège d'un œdème très prononcé.

Luxation iléo-pubienne de la hanche. — Traitement de la tuberculose pulmonaire par la saccharose. — Tuberculose de la face interne de la joue.

(*Société anatomo-clinique de Toulouse*).

M. Bernardbeig présente un cas de *luxation iléo-pubienne de la hanche par action directe* : c'est là un fait assez rare dont il n'existe qu'un petit nombre d'observations.

MM. Laporte et Jauréguiberry exposent les résultats qu'ils ont obtenus dans le *traitement de la tuberculose pulmonaire par des injections de saccharose* : la plupart des malades ont été très améliorés et il semble que cette méthode puisse être utilement employée dans de nombreux cas.

MM. J. P. et G. Tourneux rapportent un cas de *tuberculose de la face interne de la joue* qu'il leur a été donné d'observer chez une femme âgée de 45 ans. Il s'agissait d'une ulcération tuberculeuse typique, offrant les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Les préparations histologiques ont montré que les lésions tuberculeuses s'étendaient profondément dans le tissu musculaire ; aussi est-il nécessaire dans ces cas de faire une large ablation sous peine de voir se produire une récidive.

J. T.

MÉDECINE PRATIQUE

La ponction lombaire. Sa technique.

Parmi les procédés d'investigation journalière que tout praticien doit pouvoir exécuter, la ponction lombaire mérite de fixer l'attention, car, si l'on veut éviter des complications, rares sans doute, mais possibles, on doit la faire avec certaines précautions. Et d'abord,

Faits importants

1° Le malade sera à jeun pour éviter les vomissements ;

2° L'écoulement du liquide devra toujours être lent, pour éviter les accidents de décompression.

A. — *Instrumentation.*

L'opérateur doit avoir à sa disposition :

a) Au moins *deux aiguilles en platine iridié* (et non en acier), de 8 à 10 centimètres de long, de 1

millimètre de diamètre, à biseau court et avec mandrin (crin de Florence ou fil métallique) s'adaptant au diamètre intérieur de l'aiguille ;

b) Une *seringue* de deux centimètres cubes ;

c) Quelques *ampoules de spartéine* ou d'*huile camphrée* ;

d) Quelques *ampoules de stovaïne* (solution à 1 p. 100).

e) De la *teinture d'iode.*

f) Des *tubes à centrifuge* ou mieux des *flacons de sérum antidiphtérique*, ou antitétaniques, lavés soigneusement, avec bouchons de caoutchouc.

Il va sans dire qu'aiguilles, seringues, tubes à centrifuge et flacons auront été parfaitement stérilisés.

Ce matériel sera placé à portée, puis, avec un aide (il est préférable de se faire assister), l'opérateur donnera au malade la position la plus favorable.

B. — *Position du sujet.*

a) *Position couchée.*

C'est la position d'élection pour les malades graves ; cette position a de plus l'avantage de permettre un écoulement du liquide plus régulier.

L'assistant couche le malade « en chien de fusil » ; d'une main, il tient les épaules et de l'autre, les genoux, de façon à faire saillir le plus possible la colonne vertébrale.

b) *Position assise.*

Cette position peut être employée chez les malades résistants. Le malade est assis sur une chaise, ou mieux sur un lit, les jambes pendantes ; l'assistant lui recommande de faire « le gros dos » et le maintient en lui ceinturant le thorax d'arrière en avant, et en lui faisant passer la tête sous l'un de ses bras.

C. — *Conduite de l'opération.*

Quelle que soit la position adoptée, une fois le malade en place, l'opérateur se lave soigneusement les mains, fait au malade une piqûre d'huile camphrée, s'il craint une syncope et « part à la recherche » de la 4e apophyse épineuse lombaire, non sans avoir, au préalable, lavé et brossé à l'alcool la région. A cet effet, il marque à la teinture d'iode la partie la plus élevée des deux crêtes iliaques ; il les joint par une ligne ; cette ligne croise l'apophyse épineuse de la 4e vertèbre lombaire ; application de teinture d'iode à ce niveau. L'aiguille chargée de son mandrin bien en place (c'est-à-dire, l'une des extrémités au ras du biseau, et l'autre légèrement recourbée), est alors saisie de la main droite, pendant que l'index de la main gauche appuie fortement sur l'apophyse épineuse de la cinquième lombaire. Tenue à la façon d'un porte-plume, l'aiguille, placée sur l'index gauche, est alors poussée presque horizontalement, les téguments sont traversés ; à ce moment on dirige légèrement la pointe de l'aiguille en haut ; après 4 à 6 centimètres de trajet, on éprouve une sensation de résistance : c'est le passage du ligament jaune ; un léger enfoncement permet de franchir l'obstacle, et, cette résistance une fois vaincue, l'aiguille pénètre dans l'espace sous-arachnoïdien ; on fait alors jouer un peu le mandrin, on le retire et, si l'opération a réussi, le liquide s'écoule goutte à goutte.

Mais il arrive que le *liquide ne s'écoule pas* ; cet incident peut être dû simplement à l'obstruction de l'aiguille par de la graisse ou du cartilage ; faire tousser le malade et, si cela ne suffit pas, faire, avec la seringue, une légère apsiration ou un écouvillonnage avec le mandrin. Si l'aiguille est bien placée, le liquide s'écoule immédiatement. Sinon, il faut de nouveau enfoncer ou retirer un peu l'aiguille, ou mieux faire une seconde piqûre.

Parfois aussi, il ne *s'écoule* que du *sang pur* ; c'est que l'aiguille n'est pas à sa place ; par tâtonnements, il faut remettre l'aiguille « au bon endroit » ; si le *liquide* s'écoule *mélangé de sang*, il faut recueillir le liquide dans plusieurs flacons, d'où la nécessité d'en avoir à sa disposition un certain nombre ; enfin si le *liquide* s'écoule *pur*, il faut en recueillir 5 à 6 centimètres cubes dans un premier tube ou flacon, et 6 à 10 dans un deuxième ; boucher aussitôt les flacons et les envelopper minutieusement pour les envoyer au laboratoire. C'est le travail de l'assistant. Pendant ce temps, l'opérateur enlève la teinture d'iode, met un peu de collodion à l'endroit de la piqûre, et ne se retire qu'après avoir imposé le lit à son malade pendant trente-six heures au moins si l'on veut éviter céphalée, vertiges et vomissements.

Dr G. SIGURET.

A TRAVERS LA PRESSE

L'examen complet du liquide céphalo-rachidien en neuro-psychiatrie.

Illustrant son opinion de 4 observations concluantes, M. L. BABONNEIX (*Gaz. des Hôp.*, no 77, 1919), est plus que jamais d'avis que : « en présence d'une affection nerveuse ou mentale quelconque, et alors que rien dans le passé « ni dans l'état actuel du sujet, n'oriente l'esprit vers l'idée d'une syphilis, il faut toujours « et partout, se demander si cette affection n'est « pas en cause, et pour résoudre ce problème, « compléter l'examen clinique toutes les fois que « la chose sera possible par les épreuves de laboratoire (examen systématique du liquide « céphalo-rachidien). Seule cette méthode permettra au médecin de mener à bien les ex-

« pertises médico-légales qui lui sont confiées « et d'éviter des erreurs dont les conséquences « pourraient être irréparables. Qui, dans l'état « actuel de la science, oserait considérer comme « mentalement normaux des sujets présentant « les troubles somatiques et les réactions de « laboratoire propres à la syphilis nerveuse ? »

Rôle des vitamines dans la croissance.

M. Houlbert (*Paris Méd.*, 13 déc. 1919) a mis trois poulets en expérience. L'un a continué à vivre dans les conditions régulières du poulailler commun. Les deux autres ont été soumis à une alimentation avitaminée.

Au bout de 40 jours, le poulet témoin et l'un des poulets carencés sont sacrifiés. L'autre poulet carencé conserve la même alimentation à laquelle on ajoute cependant quelques gouttes d'une vitamine que l'auteur a réussi à extraire. Trente-deux jours après, li est à son tour sacrifié.

Les examens nécrospiques des glandes génitales de ces poulets mâles donnent lieu aux remarques suivantes :

La carence alimentaire en vitamines a exercé sur l'organe génital mâle une action immédiate qui s'est traduite par un arrêt des divisions et des métamorphoses cellulaires qui se produisent normalement dans les tubes séminaux à l'âge où l'animal a été sacrifié.

L'addition de vitamines a exercé sur la glande germinative mâle du deuxième poulet d'expérience carencé une action considérable qui se manifeste par un déclanchement du processus spermatogénétique et par un développement prononcé de la glande interstitielle.

« Si l'on sort du domaine du laboratoire, on « voit combien cette notion des vitamines dans « la division cellulaire et dans la nutrition est « importante ; elle pénètre dans le grand chapitre de la pathologie infantile, elle s'applique « au fœtus et à l'enfant pendant toute la période « de la croissance. Par delà même la croissance « normale, elle atteint les divisions cellulaires « anormales pathologiques et en particulier le « développement des néoplasies. »

Le traitement actuel de la gale.

Nous avons publié dernièrement les conclusions d'une thèse de Doctorat relative à la méthode de Milian dans le traitement de la gale par la pommade au polysulfure de sodium.

H. Bory (*Progrès Méd.*, 20 déc. 1919) à cette méthode qu'il rappelle également, ajoute le traitement par le pétrole qui, en pratique, peut être ainsi prescrit : Frictionner tout le corps, tête exceptée, avec un gant de toile imbibée de pétrole du commerce. Vingt minutes après, recouvrir le tégument de pâte de zinc. Changer le linge de corps.

Même opération trois jours de suite en prenant une douche ou bain, si possible.

Deux frictions suffiraient au besoin pour provoquer la guérison.

En ce qui concerne la frotte classique, l'auteur insiste sur quelques détails de pratique auxquels il attache avec raison une réelle importance : la frotte doit être individuelle. Elle doit être douce. Elle doit être unique. C'est une erreur de vouloir la rendre plus efficace en la renouvelant au bout de quelques jours. Si besoin s'en faisait sentir, ce n'est qu'au bout d'un mois qu'on serait autorisé à recommencer. Enfin, la frotte doit être complétée par un traitement secondaire calmant et protecteur, qui recouvre largement la surface cutanée d'une pommade blanche soufrée, camphrée, salicylée faible. Cette pommade constitue un pansement occlusif parfait, un calmant efficace des réactions cutanées et un antiseptique doux.

A propos de la contagion de la gale.

Sur le même sujet, M. Gougerot publie (*Journ. des Prat.* 20 déc. 1919) quelques remarques intéressantes dont son expérience lui a révélé la curieuse authenticité.

« Il existe des individus qui, exposés à la con- « tagion par cohabitation nocturne avec un ga- « leux ou une galeuse, restent indemnes : ce sont « les réfractaire à la gale.

« De ces réfractaires à la gale, les uns sont « vraiment indemnes et ne contagionnent pas. « Les autres sont des porteurs d'acares, « des « porteurs de germes » ; malgré leur intégrité « apparente, ils contagionnent et il faut les traiter « comme de vrais galeux. »

Prophylaxie de la diphtérie.

Les injections préventives de sérum antidiphtérique ont été longtemps préconisées comme le seul moyen de se mettre à l'abri de la contagion. Cependant, elles n'ont parfois été acceptées qu'avec répugnance, en raison des craintes d'accidents anaphylactiques qu'elles faisaient naître.

La diffusion du germe diphtérique étant imputable surtout aux porteurs de germes, M. Arloing (*La Médecine*, déc. 1919) fait grand cas d'insufflations dans la gorge de sérum desséché, à la fois antitoxique et bactéricide.

Ces insufflations se font trois à quatre fois par jour loin des repas, le sérum étant mélangé avec de la poudre de gomme adragante qui en facilite l'adhérence à la muqueuse.

« En trois semaines, très souvent en moins de « temps, on obtient la disparition des microbles « de l'isthme bucco-pharyngé. »

L'auteur appelle l'attention sur l'importance que présente dès lors l'identification des germes portés : on ne confondra pas les bacilles pseudo-diphtériques avec les vrais, qui offrent les caractères suivants : gramm positif, granulations polaires, aéro-anaéroblsme, fermentation du glucose.

Enfin, on ne considérera le porteur comme complètement inoffensif qu'après avoir fait une culture de la gorge une semaine au moins après la cessation du traitement.

La destruction des mouches.

MM. Boyer et Guyot ont préconisé dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine* du 21 janv ier 1919 le mélange d'huile de ricin et de sirop. Les mouches sont tuées en quelques instants.

Le résultat serait encore plus rapide en ajoutant 2 gouttes d'huile de croton par 30 gr. d'huile de ricin.

L'azotémie.

Ce n'est guère que depuis le commencement de ce siècle que l'existence de l'urée dans le sang, et toutes les conséquences qui en résultent pathologiquement, ont été reconnues, étudiées et mises en lumière.

M. Castaigne qui rappelle longuement l'historique de la question (*Journ. Méd. fr.*, nov. 1919) s'étend lumineusement sur les précisions élémentaires que le praticien doit posséder à ce sujet.

En clinique, le terme *azotémie* exprime que le sang contient de l'urée en excès. En réalité, le sang des sujets normaux en renferme une certaine quantité. Celle-ci est variable : elle dépend de l'influence des repas, et de la richesse ou de la pauvreté en chlorures des aliments.

Aussi « pour apprécier exactement le taux « de l'urée d'un sujet, il est indispensable, d'une « part, de le soumettre pendant plusieurs jours « avant la prise de sang à un régime très légè- « rement azoté et strictement déchloruré ; d'autre « part, de prélever le sang le matin à jeun, alors « que le sujet n'a pris aucune alimentation azotée « depuis la veille au soir. »

Considérée au point de vue pathologique, on distinguera l'azotémie-limite, comprise entre 0,40 et 1 gr., dont les porteurs sont à la limite de l'azotémie normale et de l'azotémie pathologique ; l'azotémie forte, qui va de 1 gr. à 3 gr. ; l'hyperazotémie, supérieure à 3 gr. comportant en elle-même, dans la néphrite chronique, en l'absence de cause surajoutée, un pronostic fatal à bref délai.

En tout cas, l'azotémie ne prendra toute sa valeur significative que si elle a été dosée au moyen d'une technique précise et rigoureuse. Cette technique, pour l'auteur, est la méthode pondérale de Fosse.

Le sang n'est pas seul à renfermer de l'urée ; tous les tissus et toutes les humeurs normales ou pathologiques en contiennent également, en des proportions d'ailleurs variables entre eux. Une preuve en est que des sécrétions qui n'en possèdent pas normalement, en éliminent pathologiquement, tels les vomissements des urémiques, leurs sueurs...

Ainsi s'explique que, dans les crises polyuriques qui jugent souvent les maladies aiguës, aussi bien que les crises d'asystolie, l'élimination uréique atteint 200 gr. en trois ou quatre jours, chiffre disproportionné avec les 5 ou 6 gr. d'urée qui se trouvent globalement en excès dans le sang.

Enfin, les causes même de la rétention azotémique excessive dans le sang sont l'insuffisance de la fonction uréopoiétique du rein ; l'oligurie ; l'apport exagéré à l'organisme des substances destinées à former l'urée. Il en résulte que l'azotémie n'est pas exclusivement commandée par un trouble fonctionnel des reins.

On tiendra compte également, dans le dosage de l'urée sanguine, de l'état de dilution ou de concentration du sang, qui influe sur le chiffre trouvé au litre, sans que le chiffre total en soit modifié.

C'est ainsi qu'un asystolique ou un brightique pourront avoir une dilution sanguine au moins deux fois plus forte qu'un grand diabétique très polyurique, ou qu'un cholérique algide. Il importe donc que, dans l'interprétation clinique de l'azotémie constatée, le médecin se mette à l'abri de la cause d'erreur provenant des variations de la dilution ou de la concentration sanguine.

L'abcès de fixation dans l'infection oculaire.

M. Van Lint a opéré de cataracte de l'œil gauche (*Le Scalpel*, 14 déc. 1919) une malade dont l'œil droit avait été précédemment énucléé à la suite d'accidents infectieux consécutifs à l'opération de la cataracte.

Au troisième jour, apparaissent des accidents infectieux : aspect blanc jaunâtre tendant comme un voile devant l'iris. Il commence par recourir aux injections parentérales de lait, sans aucun succès d'ailleurs, l'état de l'œil paraissant s'aggraver.

Devant cette situation, il pratique une injection térébenthinée dans l'espoir de provoquer un abcès de fixation modificateur de l'état oculaire.

De fait, le lendemain, amélioration progressive avec résorption du pus contenu dans l'œil, dont l'infection disparaît.

L'auteur attribue cet heureux résultat à l'abcès de fixation, auquel on n'hésitera pas à recourir dans les cas graves.

MÉDECINE LÉGALE

Un cas de responsabilité professionnelle médicale (1).

Par le Dr Paul BOUDIN.

Un de nos confrères de Nîmes est traduit en police correctionnelle pour homicide par imprudence. Il avait soigné deux malades d'une fièvre typhoïde extrêmement grave. Les deux malades sont mortes. Il avait fait appeler en consultation un professeur de Faculté. Cinq jours après, devant le fléchissement du cœur et certains symptômes de généralisation, il ordonna des injections d'huile camphrée et de strychnine.

Il y avait auprès de la malade une infirmière diplômée non choisie par lui, j'insiste sur ce fait.

Le professeur Grasset fut appelé deux fois en consultation. Au bout de quelque temps, suivant l'inconstance des malades, on prit un autre médecin. Après 2 mois, les malades moururent et on dépose une plainte entre les mains du Procureur de la République de Nîmes, en disant que le médecin a tué les malades.

Un expert a été nommé ; ses appréciations sont certainement discutables ; c'est à la suite de son rapport que notre confrère est traduit devant les tribunaux.

1° L'expert reproche à notre confrère d'avoir fait des injections sous-cutanées de strychnine à des doses trop fortes.

Je dois dire que pendant 3 jours, elles furent faites à la dose de 4 à 6 milligrammes par jour, à des doses fractionnées dans la journée. L'expert dit que les malades ont été empoisonnées ; cependant les symptômes de méningite constatés par le médecin ont été vérifiés par le Professeur Grasset ; deux ponctions lombaires furent faites et confirmèrent l'existence de la méningite.

2° L'expert reproche au médecin d'avoir provoqué des abcès sous-cutanés. Il prétend que les abcès sous-cutanés ont été produits par une faute d'asepsie de l'infirmière, et, ne s'arrêtant pas au point de vue de savoir si l'infirmière était diplômée ou non, désignée ou non par le médecin, l'expert prétend que le médecin traitant est toujours responsable des actes des infirmières et des infirmiers qui sont placés auprès du malade.

3° L'expert dit qu'après une consultation, le médecin traitant est mal venu de changer immédiatement le traitement que le consultant a ordonné, comme si les circonstances ne pouvaient imposer une modification de la thérapeutique.

Dans ces conditions, un avocat est là pour plaider la question purement juridique. Je suis appelé par toutes les associations professionnelles de Nîmes au secours de notre confrère.

Je ne veux pas vous donner lecture de tout le dossier, mais je peux vous dire que tous les maîtres et tous les confrères à qui il a été soumis, sont d'accord pour absoudre le médecin.

Je demande à la Société de Médecine de Paris, que je considère comme ayant une haute autorité médicale scientifique, si elle consentirait à voter une déclaration afin que je puisse en faire état à la barre du tribunal correctionnel de Nîmes.

Discussion

M. MOUCHET. — Nous savons tous que certaines injections donnent des abcès presque aseptiques, en dehors de la fièvre typhoïde.

M. G. ROSENTHAL. — Lorsque l'huile camphrée a été préparée avec de l'huile de vaseline, il y a presque toujours des abcès.

M. Paul GUILLON. — L'affaire est tellement intéressante que nous avons arrêté l'ordre du jour pour donner la priorité à cette question de défense professionnelle ; nous aurions voulu présenter les choses d'une manière plus scientifique pour donner une valeur plus grande à notre protestation ; on aurait nommé une commission et nous avons assez de gens autorisés et compétents, sachant ce qu'est la clientèle, pour parler d'un malade. Mais comme le procès doit venir d'ici 3 jours devant le tribunal, nous n'avions pas le temps de faire mieux. C'est pourquoi, d'accord avec M. Boudin, nous déposons des conclusions, de façon à ce que la haute autorité de la Société puisse, en les votant, soutenir un collègue qui n'a pas démérité et qui ne doit pas être traduit devant le Tribunal pour une responsabilité qu'il n'a pas encourue.

M. SCHMITT. — Il est classique que la strychnine s'elimine très vite et que les accidents, s'il y a en, ou bien disparaissent, ou bien soient rapidement mortels.

M. HARTENBERG. — Je suis un de ceux qui ont le plus contribué à faire employer la strychnine à hautes doses en France. Beaucoup de confrères l'utilisent dans la fièvre typhoïde comme tonique général nerveux et cardiaque. Moi-même, pendant la guerre, je l'ai prescrite dans les malades infectieuses, comme la fièvre typhoïde et la pneumonie. J'ai rencontré des confrères qui l'ont utilisée dans la broncho-pneumonie purulente des enfants et ont eu des résultats tout à fait remarquables. Chez les blessés de guerre, j'ai constaté que la strychnine faisait

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, le 29 novembre 1919.

disparaître le choc traumatique, ce qui permettait l'évacuation et l'intervention opératoire, et qu'elle hâtait d'une manière sensible la cicatrisation des plaies.

Telle est l'action thérapeutique de la strychnine ; par conséquent, non seulement ce n'est pas une faute de l'avoir utilisée, mais le médecin n'a fait que son devoir en l'utilisant.

Passons à la question des doses.

Les doses de 6 mmgr. fractionnées, dont parle notre confrère, sont extrêmement légères. J'ai l'habitude, en ce qui me concerne personnellement, d'employer des doses beaucoup plus élevées ; dans ma spécialité des maladies nerveuses, comme doses élevées, je suis arrivé à 5 et 6 centigrammes en 24 heures.

Je puis vous dire que je suis monté, chez certains malades, par doses progressives, jusqu'à 10 centigr. par jour.

J'ai constaté des réactions de strychnisme physiologiques qui sont favorables et que je désire obtenir.

J'ai soigné des milliers de gens avec des doses de strychnine variant de 1 à 8 centigr. par jour, et je n'ai jamais eu d'accidents toxiques. Il y a un mois environ, un de mes malades, qui devait prendre de la strychnine par gouttes, s'est trompé de bouteille et, au lieu de prendre les gouttes prescrites, a absorbé une cuillerée à soupe, soit 15 centigrammes de strychnine. Il a eu des phénomènes de strychnisme extrêmement violents ; on m'a appelé ; bien entendu, j'ai constaté que son cœur était un peu éréthique, mais qu'il était régulier, égal, que le malade était en pleine connaissance. Aucun phénomène de dyspnée, simplement de la raideur musculaire qui est la réaction normale physiologique de la strychnine. Il a dormi quelques heures, et en se réveillant, il était bien portant.

Par conséquent, je trouve que les allégations de ce confrère légiste sont contredites par la science et la pratique.

M. Ducor. — Je demande que l'on fasse la lecture des conclusions paragraphe par paragraphe.

L'idée qui domine dans toutes les questions de responsabilité médicale est celle-ci : pour que l'on puisse poursuivre un médecin, il faut qu'il y ait une faute lourde. C'est le médecin seul qui est juge du traitement à faire.

M. Marcel Labbé. — Dans le cas particulier, je suis sûr que le médecin n'est pas à mettre en cause ; la malade a fait des phénomènes méningitiques, la question de la responsabilité ne peut être posée.

Quant à ce qui a trait à l'emploi de la strychnine dans la fièvre typhoïde, je dirai que cet emploi de la strychnine est très recommandable, c'est un excellent moyen de traitement pour soutenir les muscles en état de défaillance. Cependant, pour la question des doses, il ne faut pas être trop absolu ; un certain nombre de nos collègues disent qu'ils ont donné des doses fortes sans inconvénients, mais il y a des gens qui, avec des doses de quelques milligr. ont eu des accidents d'intoxication qu'il vaut mieux éviter.

J'ai observé une jeune femme qui n'avait pas dépassé un centigramme par jour et qui présenta de l'excitation et des crampes musculaires très pénibles ; un médecin au bout de quelques jours de traitement eut également de la tachycardie, des accidents syncopaux avec chute brusque.

On l'a soutenu avec des injections d'huile camphrée et il est revenu à lui. L'accident de strychnisme n'avait pas entraîné la mort, et j'ai vu ce malade complètement guéri quelques jours après.

On ne peut donc pas, au moins pour tous les malades, préconiser les doses maxima. Si certains peuvent les supporter, il y a beaucoup de gens pour lesquels on ne peut pas arriver à la dose de 1 centigr.

M. Lematte. — On prépare tous les jours, dans les laboratoires, des ampoules contenant de 5 à 10 milligrammes de sulfate de strychnine. Il faut toujours préciser la nature du sel employé ; si le sulfate contient 78 % de strychnine, le cacodylate, par exemple, en renferme beaucoup moins.

M. Page. — Je viens confirmer ce qu'a dit M. Hartenberg, car en médecine nerveuse, j'ai employé des doses de 10 milligrammes et jamais je n'ai constaté d'accidents sérieux.

M. Hartenberg. — Il y a évidemment, comme disait M. Marcel Labbé, une certaine sensibilité à l'égard de la strychnine ; c'est pour cela que j'ai toujours recommandé de commencer par des doses très faibles, pour arriver progressivement aux doses les plus élevées.

C'est un des principes de la méthode que j'emploie. On peut augmenter de 1 milligr. par jour et l'on observe la manière dont le malade réagira.

Il faut distinguer entre la réaction et l'intoxication par la strychnine ; j'observe couramment des phénomènes de strychnisme légers, des raideurs de la mâchoire, des jambes, du mollet, mais je n'appelle pas cela de l'intoxication. C'est la réaction que je cherche à provoquer, car je crois que c'est une des conditions pour obtenir un effet thérapeutique.

Lorsque le système nerveux, et en particulier la moelle, sont pris, on obtient le réflexe de Babinski ; je voudrais faire une distinction entre la réaction simple, qui est normale et la réaction réellement toxique occasionnée par la strychnine. Encore, ne faut-il pas attribuer à la strychnine tout ce qui se passe chez un malade : je pourrais citer un cas où on mit sur le compte de la strychnine des phénomènes hystériques caractérisés. Par conséquent, il faut être prudent dans le diagnostic des accidents de pseudo-strychnisme et des accidents réels d'intoxication.

***

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Ducor, Mouchet, Levassort, Marcel Labbé, Gastou, Le Fur, Léopold-Lévi, la Société vote les conclusions suivantes, présentées par M. Boudin :

« La Société de Médecine de Paris, dans sa séance du 29 novembre 1919, est d'avis : «

« 1° Que l'emploi des injections sous-cutanées « d'huile camphrée et de strychnine est parfai- « tement indiqué dans le cas d'une fièvre ty- « phoïde grave, pour soutenir l'état général « et prévenir les défaillances cardiaques ;

« 2° Que la dose de strychnine employée, « 6 milligrammes, reste au-dessous de celles qui « peuvent être injectées sans danger en 24 heures;

« 3° Que les abcès sont possibles au cours de « la fièvre typhoïde, même lorsqu'il n'est com- « mis aucune faute contre l'asepsie ;

« 4° Que le médecin traitant est toujours « juge du traitement à employer et qu'il peut « le modifier selon les circonstances. »

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

La déphosphatisation chez l'enfant. Son traitement par le phytinate de soude, ou fortossan (1),

Par le Dr L. Gauthier,

La déphosphatisation chez l'enfant, quelle que soit son étiologie, doit être recherchée et dépistée dès ses premiers symptômes, en raison des déformations du squelette qu'elle entraîne. Il faut la combattre, dit l'auteur, par la suppression des causes provocatrices d'abord, par l'amélioration du régime ensuite, enfin par une thérapeutique appropriée. L'enfant, au point de vue alimentaire, a besoin non seulement d'une ration d'entretien, mais encore d'une ration d'accroissement ; l'assimilation, chez lui, doit être en avance sur la désassimilation, surtout au point de vue du phosphore qui joue un rôle si primordial dans l'édification du squelette et de la substance nerveuse. Mais la médication phosphorée chez le jeune, si l'on veut l'administrer à doses efficaces, n'est pas exempte de dangers. Les phosphates végétaux, les céréalophosphates, constituent la forme type que doit revêtir le phosphore pour entrer dans la thérapeutique infantile ; il convient de rechercher ceux qui sont les plus assimilables et de digestion facile. Le phytinate de soude, ou fortossan, qui représente le phosphore sous sa forme de combinaison végétale naturelle, possède un coefficient d'assimilabilité bien supérieur à celui des autres préparations phosphorées organiques, il n'a jamais donné lieu entre les mains de l'auteur, aussi bien dans son service hospitalier que dans sa clientèle, à aucun phénomène d'intolérance, à aucun trouble digestif. Soluble dans l'eau, presque insipide, il est bien accepté par tous les enfants, soit qu'on le délaye avec le lait du biberon, ou qu'on le mélange aux bouillies.

D'un grand nombre d'observations relevées par l'auteur, il résulte que, sous l'influence de cette médication, le squelette se raffermit, se minéralise, l'éruption des dents est activée, les troubles digestifs disparaissent, les courbes de poids, jusque-là stationnaires, se relèvent pour prendre une marche régulièrement ascendante. Ce médicament, d'une innocuité absolue, constitue donc un des meilleurs agents curatifs et prophylactiques à opposer au rachitisme et aux divers manifestations pathologiques du premier âge.

(1) *Journal de Médecine de Paris*, n° 11, novembre 1919.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

La cautérisation des ulcérations cornéennes superficielles.

Le traitement des ulcérations profondes de la cornée relève du spécialiste, dit M. A. Cantonnet (*Journal des Praticiens*, 27 déc. 1919), mais pour les cas superficiels, le praticien peut les traiter : atropine ; compresses chaudes ; cautérisation : il en existe deux procédés, l'air chaud ou l'iode.

L'air chaud s'emploie après instillation de cocaïne ; l'aiguille d'une seringue de Pravaz est plongée dans une flamme, on aspire l'air chaud dont on emplit la seringue, puis on pousse doucement cet air chaud sur l'ulcération ; on recommence plusieurs fois de suite.

Le teinture d'iode s'emploie à 1/20e ou à 1/30e ; elle doit être fraîche. On instille de la cocaïne, on plonge un stylet dans l'iode puis on la laisse évaporer jusqu'à consistance sirupeuse, pour qu'elle ne diffuse pas à côté du point touché. On en dépose un peu sur l'ulcération ; on recommence les jours suivants,

Ces procédés sont simples et à la portée du non-spécialiste ; ils n'offrent aucun danger.

FOURNISSEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Renseignements et échantillons sur demande

PARIS, 17, Rue Ambroise-Thomas, PARIS

Le plus puissant antiseptique
ni toxique, ni caustique.
Essence végétale pure

GOMENOL

TUBERCULOSES
PULMONAIRE ET
EXTERNES

PROSTATITES
VOIES URINAIRES
CYSTITES

OTITES
LARYNGITES
ANGINES

BRULURES
PLAIES ATONES
PHLEGMONS - FISTULES

GOMENOL

Le plus actif modificateur du terrain
malade (Dujardin-Beaumetz).
Antispasmodique et Désodorisant

Comme garantie d'origine et de pureté

Exiger le Nom et la Signature PREVET

Sirops Iodurés

de J.-P. Laroze

à l'Iodure de Potassium, à l'Iodure de Sodium, à l'Iodure de Strontium,	Une cuillerée à potage contient exactement 1 gr. d'Iodure chimiquement pur, complètement exempt d'Iodates.

INDICATIONS Artériosclérose au début, Angine de poitrine, Asthme, Emphysème, Bronchite chronique, Diabète, Goutte. Rhumatisme chronique, Scléroses viscérales, Syphilis secondaire et tertiaire.

L. ROHAIS & Cie,
2, Rue des Lions-Saint-Paul, PARIS

PARTIE PROFESSIONNELLE

JURISPRUDENCE

AUTOMOBILISME MÉDICAL

Les difficultés entre les médecins et les fabricants d'automobiles. Un jugement favorable aux acheteurs d'autos.

Nous n'avons pas besoin de rappeler à ceux de nos lecteurs qui ont eu des différends avec les fabricants d'autos, la consultation de Me Gatineau que nous avons publiée dans le no du *Concours* du 16 octobre denier, page 1675.

L'éminent avocat conseil du « Sou Médical » y concluait d'une façon très nette, notamment au mal fondé de la majoration du prix convenu, sous prétexte d'augmentation des prix de la main-d'œuvre ou de la matière première. Il y indiquait également que l'acheteur pouvait, nonobstant une clause stipulant que le retard ou le défaut de livraison ne constituait pas un motif de dommages-intérêts, qui figurait dans certains bons de commande, obtenir de la justice qu'un délai de livraison soit fixé, avec une astreinte de tant par jours de retard.

Le jugement du Tribunal de Commerce de la Seine, que nous publions ci-après, donne entièrement raison à Me Gatineau. Il est vrai de dire qu'il peut être frappé d'appel. Nous ne manquerons pas, en cette occurence, de relater l'arrêt de la Cour de Paris qui interviendra sur cet appel

J. D.

TRIBUNAL DE COMMERCE DE LA SEINE

16 *décembre* 1919.

Le Tribunal,

Attendu que les conventions intervenues entre les parties sont relatées sur un bon de commande en date, à Gannat, du 3 février 1919, le dit bon à enregistrer, et dans lequel il est dit, art. 4 : « Dans le cas où M. C. ne pourrait livrer une « voiture à l'époque prévue, l'acheteur aurait « le droit, deux mois au plus tôt après cette date, « d'annuler cette commande, et M. C. lui rem« bourserait la garantie déposée avec intérêt de 6 % « l'an. Le retard ou défaut de livraison ne peut « en aucun cas constituer un motif de dommages« intérêts d'aucune sorte. »

Attendu que le 28 février 1919, C., d'accord avec L., sur la chose et sur le prix, ayant reçu un acompte, a prévenu le demandeur que la livraison était prévue dans la 1re quinzaine de juin ; qu'en mai 1919, il a demandé des indications pour la peinture, indications fournies le 22 mai ; que C. a écrit que la grève retardait la livraison de 4 semaines ; que le 30 juin, il a écrit que la voiture ne serait livrable que dans la 1re quinzaine de septembre. Que le 8 juillet, promettant de faire l'impossible pour donner safisfaction dans le plus bref délai, il disait notamment : « Nous avons décidé de livrer ce genre de « carrosserie sur châssis renforcé avec des pneuma« tiques de 765 × 105 ; bien que cette transforma« tion ait motivé une augmentation de prix, nous « avons décidé que tous les clients qui avaient passé « commande jusqu'ici bénficieront du prix primi« tivement établi.

Qu'enfin, le 25 août, C. écrit : « Nous vous « accusons réception de votre lettre recommandée « du 20 et vous confirmons que nous ne pouvons « vous livrer votre conduite intérieure avant courant « novembre, ceci pour les raisons que nous vous « avons exposées dans notre lettre du 19 courant.

« Comme suite à la circulaire vous faisant part « de l'augmentation de nos prix et vous informant « que nous avions voulu faire bénéficier nos ache« teurs de la première heure, d'un prix spécial « intermédiaire, nous précisons que le prix de nos « conduites intérieures a été fixé, pour commandes « à prendre, à frs : 14.500 et que le prix intermé« diaire réservé à nos acheteurs fermes est de « 11.150.

« Nous tenons à préciser que cette augmentation « n'est nullement pour nous une prime à la livrai« son, pas plus qu'une source supplémentaire de « bénéfices ; elle nous est imposée par les faits « nouveaux que nous vous avons signalés.

« Nous croyons qu'il est de votre intérêt de « nous permettre de procéder à l'exécution de votre « commande, car il est absolument certain qu'à « l'heure actuelle, vous ne pourrez trouver sur le « marché automobile aucune maison capable de « vous livrer une voiture dans les délais que nous « vous donnons actuellement.

« Nous espérons que, dans ces conditions, vous « voudrez bien maintenir votre commande... «

Que c'est dans ces circonstances de fait que L. introduit sa demande dans les termes de son exploit. Que sans faire aucune offre, C. se borne à soutenir la demande non recevable.

Attendu que les conventions sont nettes, précises et formelles, qu'elles ont été conclues librement en février 1919, c'est-à-dire à une époque où toutes les difficultés de fabrication, de paiement, de main-d'œuvre, etc., devaient être envisagées : que C., industriel avisé, parfaitement au courant des questions commerciales, ne pouvait ignorer que des hausses de toute espèce pouvaient et devaient même vraisemblablement se produire. Attendu que les conventions

légalement formées font la loi des parties. Qu'il n'est justifié d'aucun motif qui soit de nature à empêcher l'application de l'art. 1134 du Code Civill. Qu'en effet, il ne s'agit pas d'un engagement pris avant la guerre et tombant sous le coup de la loi du 21 janvier 1918. Que C. ne saurait davantage exciper du fait du prince ou d'un cas de force majeure pour les raisons exposées ci-dessus. Qu'au surplus, ce n'est qu'en août 1919, c'est-à-dire 2 mois après l'époque fixée par lui, pour la livraison, qu'il a réclamé une augmentation de prix, et ce, après qu'en juillet 1919, il avait informé L. qu'il ferait une amélioration sans augmentation de prix.

Attendu, d'autre part, que le défendeur ne saurait soutenir que l'article du contrat l'exonérait de toute responsabilité autre que celle d'encourir la résiliation avec obligation de restituer l'acompte versé avec intérêts à 6 %, cette clause étant une faculté réservée à l'acheteur ; que la stipulation « le retard « ou le défaut de livraison ne peut, en aucun cas, cons- « tituer un motif de dommages-intérêts d'aucune « sorte » ne saurait avoir pour effet d'exonérer C. de sa faute propre, quelle qu'en pût être l'étendue, ou de le dispenser de remplir ses engagements à sa seule appréciation, d'abord pour la raison sus-indiquée et ensuite parce qu'une semblable interprétation aurait pour effet d'admettre la validité d'une clause protestative, contrairement aux articles 1170 et 1174 du Code Civil.

Qu'au surplus, cet article 4 ne vise que le cas de résiliation.

Et attendu que, s'appuyant sur les faits de la cause, les explications des parties, les documents produits et ce qui vient d'être exposé, le Tribunal trouve les raisons suffisantes pour dire que C. doit être rappelé au respect des engagements qu'il a librement contractés. Qu'il convient en conséquence de l'obliger à livrer la voiture automobile au prix convenu dans un délai et sous une astreinte qui seront ci-après déterminés, et ce, sans statuer, quant à présent, sur la résiliation et les dommages-intérêts à accorder en cas de non-exécution, cette dernière éventualité pouvant ne pas se produire ; qu'il échet par suite de statuer dans les termes ci-après :

Par ces motifs :

Condamne C. à livrer à L. la voiture automobile qu'il lui a vendue moyennant le prix de 9.000 *fr. dans la quinzaine de la signification du jugement et ce, sous astreinte de* 100 *fr. par jour du retard pendant* 3 *mois.*

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année 1919 au trésorier Dr Gassot à Chevilly (Loiret).

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

La Croix-Rouge et l'exercice de la médecine.

Sur les murs du XVIe arrondissement, à Paris, s'étale actuellement à profusion une affiche blanche, en haut de laquelle se profilent, juxtaposés, à gauche, la tête et le buste d'une sympathique « demoiselle aux pompons rouges », un de ces vaillants marins qui s'illustrèrent en maints combats, et notamment, à la bataille de l'Yser ; à droite, la tête et le buste d'un hardi poilu, bourguignotte sur le chef, qui semble, de la tranchée où il monte la garde, scruter l'horizon pour y deviner les mouvements de l'ennemi.

Cette illustration ne peut faire autrement que d'attirer les regards des passants. Le cœur du peuple garde un souvenir attendri et reconnaissant aux héros qui ont mené et gagné la grande guerre, et leur silhouette, partout où elle lui apparaît, a toute son attention admirative.

Quelle est donc la marchandise que couvre ce pavillon émouvant ?

L'annonce de Cours professés sous les aupicces de la Société de Secours aux Blessés (Croix-Rouge Française) :

Cours médico-chirurgicaux, d'hygiène sociale et de soins aux enfants.

A l'issue de ces cours, des examens seront passés.

Cours de soins à donner aux enfants, cela se conçoit parfaitement à une époque où la puériculture est à juste titre à l'ordre du jour. Avec cette réserve, qu'il ne saurait s'agir que de soins d'élevage, si j'ose dire, ayant pour objet l'hygiène infantile au point de vue du vêtement, de l'habitation, de l'alimentation. Soins destinés par cela même à assurer le développement normal et régulier du petit être, et à le préserver des maladies. Ou bien encore, soins spéciaux, en cas de maladie, *sous la direction et la surveillance du médecin.*

Cours d'Hygiène sociale, rien de plus légitime pour faire l'éducation des masses, pour leur apprendre la propreté par exemple, dans ses applications à l'individu lui-même et à son ambiance.

Mais, Cours médico-chirurgicaux, qu'est-ce que cela peut bien être ? Que prétend-on enseigner aux profanes qui suivront ces cours ? Que sanctionneront les examens qui seront subis à la suite, et quelles portes ouvriront-ils ?

La Croix-Rouge a rendu d'immenses services au cours de la guerre. Le nier serait plus que de l'ingratitude.

Mais il était à prévoir qu'à fréquenter assidûement les services de médecine et de chirurgie, les salles d'opérations, les laboratoires des formations sanitaires des armées et de l'intérieur, les infirmières hiérarchisées des trois grandes Sociétés françaises prendraient un goût prononcé aux questions médico-chirurgicales, acquerraient peu à peu certaines notions pratiques que donne la vie au contact permanent des malades et des blessés, et finiraient par être convaincues qu'elles en savent autant, et quelquefois plus, que les médecins avec lesquels elles ont collaboré.

De là à prétendre continuer à jouer un rôle actif auprès des malades et blessés de la paix, à prendre, à leur chevet, figure de médecins, il n'y a qu'un pas.

Que par surcroît, quelque vague parchemin, adorné de vignettes sympathiques, couvert de multiples sceaux et cachets qui font tant d'impression sur le citoyen français, vienne rendre plus brillante encore l'auréole dont la grande guerre a nimbé le front des infirmières de la Croix-Rouge, et ce n'est plus la porte dérobée et l'escalier de service accessibles à l'exercice illégal de la médecine, c'est la porte monumentale et l'escalier d'honneur qui lui sont largement ouverts.

Voilà pourquoi nous nous insurgeons *à priori* contre un pareil enseignement. Et s'il doit être donné par des médecins, voilà pourquoi nous nous étonnons que ceux-ci ne comprennent pas qu'ils taillent ainsi les verges dont ils seront plus tard fouettés.

Nous savons que la Croix-Rouge, s'écartant du but qu'elle se proposait primitivement, prétend faire désormais sa partie dans le concert de l'Hygiène et de la Préservation Sociale.

Nous n'ignorons pas qu'elle a toujours eu une propension assez marquée à « piétiner nos plates-bandes », sous le couvert de la coiffe élégante et de l'ample cape qui sont, pour elle, comme le : « Sésame, ouvre-toi ! » des chambres où gémissent les égrotants .

Mais ce ne sont plus les plates-bandes qui sont piétinées, c'est le jardin tout entier qui menace d'être envahi.

Aussi, croyons-nous opportun d'appeler l'attention de nos confrères sur ce nouveau danger, et de les convier à mettre cette importante question à l'ordre du jour de leurs groupements syndicaux.

Inculquer au peuple les principes essentiels de l'hygiène, c'est, tout à la fois, le moraliser et lui faire faire de la prophylaxie pratique.

Cette tâche incombe au corps médical organisé, et il lui appartient de la mener à bien, en traçant avec précision les limites de cet enseignement, qui ne doit, en aucun cas, empiéter sur le domaine essentiel du médecin.

Car, comme le proclame le vieux dicton et comme le veut le bon sens :

A chacun son métier, et les vaches seront mieux gardées.

G. DUCHESNE.

II

Statuts du Syndicat médical de la région de Lure (1).

BUT

Il est constitué à Lure, entre les médecins qui auront adhéré par signature aux présents statuts, une Société Syndicale dite : *Syndicat médical de la région de Lure*, qui fera partie de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Son siège social est à Lure, au domicile de M. le Dr VALOT ; il pourra être changé dans les conditions légales.

Le nombre des membres est illimité.

II

Le Syndicat a pour objet :

1° D'établir des rapports permanents entre les confrères de la région qui sont fréquemment en contact et de maintenir entre eux la plus étroite solidarité.

2° D'étudier et de préparer, de concert et en collaboration avec les pouvoirs publics ou autorités compétentes, l'application locale des mesures générales de médecine, d'assistance et de protection de la santé publique.

3° D'adopter un tarif minimum d'honoraires dus par la clientèle ordinaire, les diverses collectivités et les services publics.

4° D'assurer la défense des intérêts généraux des syndiqués, et de poursuivre l'exécution et le respect des résolutions adoptées par les assemblées générales de la Société.

ADMISSION. — RAPPORTS AVEC LES MÉDECINS ISOLÉS.

III.

Tout médecin nouvellement installé dans la zone du Syndicat et qui désirerait en faire partie devra faire une demande écrite au Président. Il sera admis provisoirement et jouira des mêmes privilèges que les confrères syndiqués ; mais son admission définitive n'aura lieu qu'à la réunion générale suivante à la majorité des voix et au bulletin secret.

(1) Ces statuts ont été approuvés à l'Assemblée Générale tenue à Lure, le 26 octobre 1919.

III bis.

Sauf les mutilés et les médecins des régions envahies qui ont droit à tous nos égards, aucun médecin installé avant la guerre, et qui aura profité de sa mobilisation dans un poste à l'intérieur pour rester dans ce poste après la guerre, ne pourra faire partie du Syndicat.

IV

Avec tout médecin qui, installé depuis deux mois, n'aura pas visité de confrères voisins et pratiquera la concurrence au lieu de la solidarité, les syndiqués réduiront les relations professionnelles au strict minimum imposé par l'humanité et l'intérêt des malades. Aucun de nous ne devra accepter d'être son aide, son consultant, ou son collaborateur *d'une façon habituelle*. On indiquera, quand on cédera à l'urgence et au sentiment d'humanité, que c'est à l'appel du malade qu'il est répondu et, dans la collaboration exceptionnelle qu'il nous faudra subir, nous bornerons notre attitude à l'absolue correction déontologique.

De plus, contre le médecin mauvais confrère, dont il est ici question, le syndiqué pourra être délié de tous les égards et de toutes les obligations que nous devrons observer entre nous.

Droits. — Devoirs. — Sanctions.

V

Les droits du Syndiqué consiste dans la jouissance d'une protection aussi étendue que possible contre les préjudices professionnels dont il peut être menacé ou atteint.

VI

Les obligations ou devoirs se résument dans l'observation des décisions du Syndicat et notamment en matière de :

1° Conduite déontologique ;

2° Interdiction de tous actes de concurrence illicite, de dénigrement de confrères, d'avilissements d'honoraires, etc.

3° Concours spontané au co-syndiqué menacé ou lésé.

VII

Les sanctions applicables aux cas d'infraction aux statuts ou résolutions sont prononcées au scrutin secret par l'assemblée générale, à la majorité absolue des membres présents, après enquête du bureau, audition des parties et rapport écrit.

Administration. — Fonctionnement.

VIII

Le Syndicat est administré par un bureau composé d'un Secrétaire général Président et de deux délégués élus pour une période de 3 ans au bulletin secret à une des Assemblées générales.

Le Président, ou un membre du bureau désigné par lui, représente le Syndicat devant les administrations, les collectivités et les tribunaux.

Dans toutes les circonssances graves, et particulièrement dans les enquêtes pouvant aboutir à des votes de pénalités, ainsi que dans les conflits qui pourraient surgir entre confrères, le Bureau et les anciens Présidents se réuniront en Conseil de famille sur convocation d'office du Président. Ils étudieront la question et provoqueront une Assemblée générale s'ils le jugent opportun.

IX

Tous les différends soulevés entre confrères et d'ordre purement médical, quelles qu'en soient la cause et la nature, ne devront en aucune circonstance être livrés par l'une des parties aux personnes étrangères à la médecine ; l'intervention du public dans les différends de ce genre ne pourrait être que préjudiciable à la considération de la corporation.

Il y aura chaque année deux réunions générales *obligatoires*. L'une d'elles sera suivie d'un banquet ; à l'autre auront lieu les élections et les versements des cotisations.

Les sociétaires feront connaître avant les réunions leurs besoins, leurs désirs, de façon à ce qu'ils puissent être examinés avant d'être soumis à l'Assemblée Générale.

La cotisation est provisoirement fixée à douze francs. Chaque adhérent devra verser un droit d'entrée de dix francs.

XI

Tout adhérent qui, ne pouvant assister aux séances obligatoires, s'excusera ou se fera excuser, ne sera tenu qu'à une amende de cinq francs. Cette amende sera de dix francs s'il n'a pas pris ces précautions. Les assemblées disciplinaires sont obligatoires et l'absence entraînera une amende de dix francs.

Les cas de force majeure, de maladies graves du sociétaire, de ses ascendants, ou des membres de la famille dont il est le chef, dispensent seuls de cette amende.

XII

Le procès-verbal de chaque séance ou au moins un extrait du compte-rendu, pourra être adressé dans un délai convenable, après chaque réunion :

1° Au *Concours médical* et au *Bulletin des Syndicats médicaux*.

2° Aux administrations et collectivités qu'auront visées les délibérations. Il est donné aux communications la forme qui sera jugée la plus utile à nos intérêts communs.

Fonds social. — Dissolution.

XIII.

Le fonds social est constitué par les cotisations et droits d'entrée et le produit des amendes.

L'emploi en sera fait sous la forme qui paraîtra utile aux intérêts des Syndiqués.

XIV

En cas de dissolution qui ne peut être prononcée que par les deux tiers des membres inscrits au moins, l'avoir de la Société sera employé à une œuvre médicale désignée dans cette dernière séance.

MEMBRES ADHÉRENTS.

MM. les Docteurs :

BERTRAND, BOISSON, BOLOT, VALOT, *Président*, à Lure.

FAIVRE, Mollans.

GILLET, Plancher-les-Mines.

MATHEY, *délégué*, Ronchamp.

PÉGEOT, Melisey.

CHATELOT, MIROUDOT, *délégué*, Villersexel.

Réflexions.

Ce qui retient surtout l'attention, dans la lecture des statuts du syndicat des médecins de Lure, c'est leur simplicité de rédaction.

Il semble que nos confrères ont été principalement guidés par un besoin d'entente commune : ils se sont préoccupés d'abord des relations déontologiques entre eux, comme du respect des décisions prises en commun.

C'est ainsi que l'article 3 *bis*, élimine les médecins ayant eu une conduite peu confraternelle pendant et à la suite de la guerre.

Puis, l'article 4, spécifie que seuls, les devoirs que commande l'humanité doivent présider aux relations avec tout médecin qui, « installé depuis « deux mois, n'aura pas visité de confrères voi- « sins, et pratiquera la concurrence, au lieu de la « solidarité ».

Les médecins de Lure considèrent donc, à juste titre, que le fait d'appartenir au syndicat local confrère un brevet de dignité professionnelle.

Cette conception est très juste, puisque les adhérents du groupe s'engagent, par l'article 9 des statuts, à ne pas étaler au grand jour, les discussions confraternelles, ni les turpitudes dictées par la jalousie ou une concurrence déloyale et déplacée.

Au Conseil de Famille, puis à l'Assemblée générale de leurs pairs, seront soumis les conflits entre médecins.

A signaler encore que, pour rendre plus étroits les liens de solidarité, basés sur l'estime mutuelle, les confrères doivent se voir souvent, au moins deux fois par an, aux assemblées générales, qui sont obligatoires. A force de se fréquenter, les médecins apprennent à se connaître, à causer de leurs déboires, puis enfin, à s'entr'aider, au lieu de s'entredéchirer.

Remarquons en dernier lieu que le bureau est réduit à sa plus simple expression. Un secrétaire général, expédiant les affaires courantes, puis en tant que président, représentant la personnalité morale du syndicat, vis-à-vis des tiers.

Pour conclure, nous assistons à une évolution du syndicalisme : groupe formé entre médecins très voisins (11 membres), unis par le désir d'une collaboration commune, mais prenant des précautions les uns envers les autres, pour éviter les faiblesses ou les défaillances humaines.

L'union et l'estime chez soi, d'abord, puis, pour le dehors, le travail et, si besoin en est, la lutte sans crainte d'être fusillé par derrière.

Et maintenant, le *Concours* sera très heureux de fournir au jeune syndicat de Lure tous les documents dont il aura besoin, pour faire du bon travail, positif, syndical, local.

Puis, lorsqu'il abordera, avec les autres syndicats de la Haute-Saône, l'étude des questions départementales d'assistance, de vaccinations, d'enfants assistés, etc., nous serons encore tout disposés à prêter nos archives à la Fédération départementale, pour que nos confrères puissent obtenir une vie morale et matérielle respectable et respectée, en un mot digne d'un médecin.

Dr Paul BOUDIN.

III

A propos des tarifs d'honoraires
Vœux et souhaits pour 1920.

Janvier 1920 nous a offert des bonbons et des friandises, il ne faut pas être ingrat ! Aussi, le vieux boudeur qui signe d'ordinaire ces colonnes veut-il aujourd'hui quitter le pamphlet pour la mandoline ; vous allez voir qu'il ne manie pas trop mal celle-ci...

En somme, les choses ne vont pas si mal que cela. Je note un peu partout des réalisations palpables dans l'ensemble des corporations...

Le corps conscient et organisé des prolétaires ouvriers a gagné les huit heures dans un fauteuil. Les différents corps de métiers ont obtenu la semaine anglaise. Il était temps, car on reprochait déjà sans galanterie aux dames de l'avoir possédée depuis toujours et de la garder, hélas, disent-elles !.. Egalité, tout le monde est content !... Les industriels eux-mêmes ont ingenieusement trouvé la tangente ; j'en vois qui se frottent les mains... Les commerçants flirtent délicieusement avec la vie chère. Les agriculteurs prospèrent et comptent bien continuer. Enfin, le corps médical lui-même a eu sa dragée un peu haute, il est vrai, mais il l'a décrochée... Ainsi, le Tarif Dubief a doublé de volume pendant quelques instants. Ce ventripotent a eu de la pudeur, il est redevenu simple par une louable et généreuse modestie. Ou plutôt nous l'avions vu dans un miroir, vous savez le miroir aux alouettes, on s'y contemple, mais on voit double, c'est ravissant...

Pour ma part, étant médecin, pour mon bonheur, j'avais fait le diagnostic d'une maladie grave contractée par le Tarif Dubief, quelque chose comme une néphrite a frigore (en hiver n'est-ce pas ?..) avec œdèmes bien entendu. D'où l'enflure...

Mais il va mieux, Dieu merci, ce Tarif Dubief, il a été guéri grâce aux médecins, par la déchloruration. Certes, nous ne pouvions entretenir décemment ces œdèmes et même ces épanchements par les épices et le gros sel, c'eût été un non sens professionnel. Les braves assureurs y comptaient bien... Cette cure, sans doute radicale, est un magnifique succès.

Un monsieur ténébreux, qui pratique la médecine, me disait l'autre jour en maugréant : « Çà ne va pas ! On avait proclamé étourdiment la fin de la pléthore médicale et voici que les facultés regorgent d'étudiants. Nous allons être étouffés, les tarifs vont dégringoler ! — Erreur, lui répondis-je, vous méconnaissez les bienfaits des dieux ! Suivez-moi bien !... Si nous étions nombreux, ce serait désastreux à cause de la surenchère au rabais, à cause des compétitions louches ourdies par les mutuelles, par les pouvoirs publics, par les assurances, à cause aussi du manque de clientèle... Mais si nous sommes une multitude. nous sommes sûrs de nous soigner les uns les autres ; nous aurons du pain sur la planche, aucun chômage. Nous serons sur les dents !...

Je ne sais pas pourquoi mon irascible confrère, qui doit être dyspeptique et bilieux, m'a tourné le dos en me donnant des noms d'animaux... Il n'est pas euphorique, lui, il a tort !!!

Enfin, nos admirables commissions ont fait florès. Elles ont chambardé la vertu du Tarif cette farouche mijaurée, qui après bien des chichis, s'est laissé remanier. Il va de soi qu'on n'a pas rompu avec les cinq francs ! on ne plaque pas un vieux copain !... Mais on a abordé carrément le chiffre 6. A ce propos, je me suis défié ! mais cela n'a pas d'importance — car le chiffre 6 n'est après tout qu'un 0 qui a la queue en l'air, et chacun sait que cette performance n'est qu'éphémère, même à Marseille ; je me dépêche de profiter de janvier pour souhaiter qu'elle retombe assez bas pour donner un 9, celui de Pâques, peut-être ?...

Pour l'A. M. G., les nourrissons, les pupilles, la vaccine, nous pouvons dormir tranquilles ; nous avons l'assurance formelle qu'on ne sera pas diminué. All right !!!

Voyez-vus bien que j'ai tenu ma promesse, que je n'ai pas été rosse, mais bien au contraire rempli de calme et d'optimisme.

Certes, ceux qui voudront voir dans ces lignes autre chose seraient bien malintentionnés... Je vous jure que j'ai le premier prix d'innocence !...

Confiance ! COLLIGNON.

IV

Au Syndicat des Hautes-Alpes.

Le Syndicat du département des Hautes-Alpes s'est réuni depuis la guerre deux fois, et a voté des résolutions prises à l'unanimité, qui peut-être intéresseront vos lecteurs.

1° Le syndicat écrit au préfet pour lui dire qu'à l'avenir rien ne devra être fait touchant les circonscriptions de l'A. M. G.. les divers services d'hygiène, pupilles, nourrissons, etc., sans que le bureau du Syndicat ait été consulté et ait discuté et agréé toutes modifications, tarifs, etc.

2° Le Syndicat émet le vœu que, dans toute commission administrative des hôpitaux, un médecin y soit nommé de droit par le préfet ou le conseil municipal, même si ce médecin est praticien dans cet établissement.

3° Pour les tarifs à appliquer aux réformés n° 1 nous demandons :

Dix (10) frs la visite du rapport ou la contre-visite.

Huit (8) frs toute autre visite ou consultation.

Deux (2) frs chaque kilomètre parcouru.

Et pour les soins donnés dans les hôpitaux nous exigeons :

Deux (2) frs par journée d'hospitalisation pour le médecin traitant, pour les malades médicaux, et le tarif Dubief primitif triplé pour les cas chirurgicaux.

Si ces conditions nous sont refusées, l'engagement a été pris d'envoyer les malades se faire soigner dans les hôpitaux militaires.

4° Pour le tribunal des pensions, l'heure de présence du médecin juge sera payée au moins 10 frs,

5° Les médecins prendront part à l'organisation d'un dispensaire départemental antituberculeux, sous la direction morale du syndicat.

6° Pour les accidents du travail soignés dans les hôpitaux, le syndicat va faire connaître aux diverses commissions administratives des hôpitaux du département, ainsi qu'aux diverses compagnies d'assurances qu'à dater du 1er janvier 1920, les blessés n'y seront soignés par nous que suivant la formule qui devrait être adoptée dans tous les hôpitaux de France :

« Le chirurgien touchera le tarif double, le médecin, le cas échéant, aura 2 frs de journée d'hospitalisation. »

Le blessé devra donc être admis dans les hôpitaux comme un payant qui a à sa charge les frais médicaux. chirurgicaux et pharmaceutiques.

Le Président du Syndicat.

Le médecin a l'impérieux devoir d'être prévoyant.

Il doit s'assurer contre l'incapacité de travail que peuvent lui causer la maladie ou les accidents.

Il doit s'assurer une retraite pour ses vieux jours.

CHRONIQUE DE L'ASSISTANCE

Syndicalisme et Assistance publique (1).

S'il est un mouvement dont on doive nécessairement faire état quand on essaye de projeter quelque clarté sur l'avenir de nos institutions sociales, c'est bien celui qui, sous nos yeux, avec une intensité croissante, entraîne la masse des éléments ouvriers aussi bien intellectuels que manuels, vers la réalisation du concept syndicaliste.

L'Assistance publique échappera-t-elle, par une faveur spéciale du destin, à cette transformation de la vie collective qui s'annonce comme inéluctable ? Il n'est aucune raison de le supposer.

Quelle que soit, d'ailleurs, la perfection d'organisation humaine que les apôtres de la nouvelle doctrine veulent bien nous promettre, quelle que soit la réduction des misères sociales qu'ils ont le légitime espoir de nous apporter — car, dans le cas contraire, pourquoi changer ? — il faut bien admettre cependant que les causes resteront nombreuses, même dans l'état de civilisation le plus avancé, qui rendront obligatoire le fonctionnement d'une assistance réglementée.

Quoi qu'on innove, on verra toujours des aliénés, des enfants abandonnés, des nourrissons à préserver de l'impéritie des nourrices, des malades et des incurables à hospitaliser. En d'autres termes, la clientèle fondamentale des institutions de charité subsistera ; seul, le cadre se trouvera modifié.

De là cette étude, qui ne doit pas être considérée comme un acte de défense de telle ou telle conception politique, mais bien comme un effort d'ordre sociologique — et par suite objectif — pour ajuster à un mode déterminé d'organisation sociale des œuvres de solidarité dont la continuité s'impose.

Praticiens de l'assistance et philanthropes peuvent revendiquer à juste titre le privilège de la neutralité. Placés par la vertu de leur mission au-dessus des conflits internationaux comme des luttes sociales, ils doivent constamment être en état d'alerte, scruter l'avenir, en envisager avec vigilance les éventualités et y préparer par un labeur sagace et méthodique l'adaptation de leurs tâches respectives. N'est-ce pas au reste le moyen et le meilleur de résister et de survivre à la tourmente, si jamais elle se produit, que de modeler par avance les organismes, dont ils ont la charge, sur les règles que les maîtres du lendemain sont susceptibles d'imposer ? Et puis, peut-on fermer les yeux sur ce fait, d'une portée redoutable, que peu à peu, tous ceux qui participent à un titre quelconque au service de l'Assistance, agents hospitaliers, fonctionnaires de l'inspection, médecins, employés de tous ordres, se groupent en syndicats, réclament leur affiliation à la Confédération générale du Travail et acceptent ainsi, les uns implicitement, les autres délibérément, mais tous avec le même esprit de discipline, l'obligation de concourir, *perinde ac cadaver*, à tout acte brutal de transformation sociale qui leur serait ordonné.

Il y a donc une nécessité urgente à se poser et à résoudre si possible la question suivante :

Quel sera le statut de l'Assistance publique dans le cadre de la cité syndicaliste ?

Mais auparavant, il convient de définir ce qu'on entend par syndicalisme.

Les débats du Congrès fédéral des syndicats, qui tenait récemment ses assises à Lyon, nous en fournissent les éléments.

On sait que deux tendances s'y trouvaient en présence : l'une, se réclamant de l'évolution, l'autre, procédant de la violence systématique. C'est la première qui a triomphé, à une majorité telle qu'on peut la considérer comme exprimant la pensée dominante du Syndicalisme français.

Analysons sommairement cette pensée, dépouillée des formules sonores et des impératifs de style, et aussi de ses contradictions et de ses obscurités.

Elle proclame un but et indique des moyens. Le but, c'est la prépondérance du travail « avec participation égale de tous aux charges et aux droits que les rapports nécessaires entre les hommes font naître » (1).

Les moyens, ou si l'on préfère, les principes d'action sont les suivants :

Le premier, qui est en même temps l'idée-mère autour de laquelle gravite tout le programme syndicaliste, est caractérisé par le « recul de la politique devant l'économie ». Ce fait est la « conséquence fatale de l'activité collective moderne..., l'impuissance des organisations politiques s'affirme de plus en plus forte, plus forte aussi apparaît constamment la nécessité pour la classe ouvrière de prendre ses responsabilités dans la gestion de la société ».

Le second, tiré de l'expérience des révolutions étrangères (Russie, Hongrie), proclame la nécessité des cadres. « On peut attacher l'homme à la machine, on ne peut extraire la pensée du cerveau du technicien », a dit un orateur, et non des moindres, M. Jouhaux. D'où l'utilité impérieuse de recruter des chefs pour assurer la direction des organismes.

Le troisième, ou moyen de contrôle, préconise la « nationalisation industrialisée, sous le contrôle des producteurs et consommateurs, des grands services de l'économie moderne ». Rapporté

(1) *Revue philanthropique*, 15 décembre 1919.

(1) Manifeste du parti.

au premier et traduit en langage clair, il signifie, sauf erreur, qu'au pouvoir des assemblées politiques, Parlement, Conseils généraux, Conseils municipaux, se substituent aux différents degrés de notre statut territorial, des Conseils économiques où le Travailleur, de simple salarié devenu associé, fait entendre une voix prépondérante.

Enfin, le quatrième, ou moyen subsidiaire si l'on peut dire, porte condamnation, par opposition au socialisme politique, de tout système d'étatisation et surtout de celui qui « soumettrait les industries essentielles au fonctionnarisme, avec son irresponsabilité et ses tares constitutives ».

Tels sont, si du moins nous les avons bien interprétés, les moyens ou principes généraux du syndicalisme. Transposons-les dans le champ de l'Assistance publique et essayons d'en dégager des vues d'avenir.

Le premier, ou recul de la politique devant l'économie, nous conduit à l'élimination du pouvoir politique comme organe de direction et de contrôle. Qu'est-ce à dire ? Le pouvoir politique de direction, qui prend sa racine dans la loi du 28 pluviôse an VIII, se manifeste tout au long de notre législation charitable par la tutelle exercée par les agents politiques du Gouvernement, préfets et sous-préfets, sur les services et établissements d'assistance. Le pouvoir de contrôle, dévolu aux assemblées politiques, donne l'impulsion à tous les organismes. Il crée, supprime et d'une manière générale concentre et absorbe : c'est le système parlementaire, avec ses dérivés, au sein du département et de la commune.

De ces deux pouvoirs, le syndicalisme fait table rase. Mais par quoi les remplacer ?

C'est l'objet des deuxième et troisième moyens.

La direction passe aux techniciens. Le syndicalisme « professionnel », dans son essence, réserve exclusivement la gestion des services à ceux dont la pensée en est comme le moteur. A eux la compétence, à eux l'autorité et sans doute aussi la responsabilité. De ces techniciens, l'Assistance publique foisonne. Ce sont les médecins, les psychiâtres, les administrateurs de divers ordres rompus aux questions d'assistance. Désormais, libérés des entraves politiques, ils dirigent dans la plénitude du terme.

Mais leur action n'est pas souveraine. Elle trouve son contrepoids naturel dans l'installation d'une organisation de contrôle régie par les intéressés eux-mêmes, les « consommateurs » et les « producteurs ». Malheureusement, si formuler est aisé, plus difficile est préciser. En matière d'Assistance publique, où est le producteur, où est le consommateur ? Il ne faut rien moins que la subtilité de l'exégèse syndicaliste pour répondre à la question. Le producteur, c'est celui qui crée. Mais une distinction est nécessaire. A côté de celui qui fait ou développe la richesse, à l'usine, aux champs, dans les mines, etc.., il y a celui qui n'en produit point, mais qui, cependant, par un travail d'une utilité équivalente, contribue au mieux-être de la collectivité : c'est le travailleur du service ou établissement de bienfaisance, infirmier, économe, administrateur, expéditionnaire, en un mot, le « professionnel ».

Pour la représentation dans l'institution de contrôle de ces deux classes de producteurs, il n'est aucun obstacle apparent : le jeu des fédérations de syndicats permet toutes les combinaisons possibles. Il n'en va pas de même en ce qui concerne le consommateur. Ici, c'est l'assisté, destructeur par excellence de la richesse acquise. Comment assurer sa représentation ? Pour certaines catégories, mineurs, infirmes mentaux, elle paraît malaisément réalisable, du moins par voie directe ; toutefois, on peut faire appel à l'intervention de divers groupements : anciens pupilles, représentants légaux des incapables, etc... Pour les autres, au contraire, malades ordinaires, tuberculeux, aveugles, infirmes et incurables spéciaux, on imaginerait sans grand effort diverses modalités pour les associer au contrôle.

Il reste bien entendu — et c'est le sens du quatrième et dernier moyen — que, dans ce système, l'esprit du « fonctionnarisme » est éliminé. D'où l'éviction des incompétents, c'est à dire des parasites étrangers à la profession et aussi de ceux qui, inaptes à une action intellectuelle et morale, s'efforcent de justifier leur utilité par des voies extérieures aux limites de leurs propres fonctions.

En résumé, dans le cadre syndicaliste, l'assistance est appelée à se mouvoir d'après les directives suivantes : exclusion de son fonctionnement des assemblées politiques et de l'autorité préfectorale qui en est l'émanation, gestion assurée par les techniciens, contrôle exercé par une représentation tripartite des syndicats généraux de producteurs, des syndicats de professionnels et, suivant certaines modalités, des groupements d'assistés, voire même d'anciens assistés ou de leurs représentants légaux.

Telle est la méthode. Si l'on s'efforce de porter sur elle un jugement impartial, on n'y discerne rien *a priori* qui paraisse devoir bloquer la marche des services d'assistance. Il y a, certes, déplacement d'autorité, mais, à condition qu'on y prenne garde, l'autorité nécessaire subsiste. Toutefois, une lacune apparaît — formidable. Qui donnera aux institutions, en dehors de leurs biens propres, le moyen de vivre ? En un mot, qui paiera ? L'Assistance publique sans ressources n'est qu'une expression vide de sens. Aussi une hypothèse s'impose à défaut de laquelle

Soufre Colloïdal Electrique
+
Arséno-benzo-vanadate de Hg
= **SULFARÈNE**

Fle et Méth. du Dr R. Molinéry (de Barèges)

ni nodule — ni douleur
SYPHILIS
et toutes ses manifestations.
(*Ampoules*)

GYNÉCOLOGIE
Soufre Colloïdal + Aromates.
(*Ovules*)

BL. DE GUERRE — DERMATOSES
(*Tube-Bain de Synthèse sulfurée*)

RENSEIGNEMENTS : *Laboratoire, Droguerie Centr du Sud-Ouest.* **AGEN. — PARIS** *Michelat et Souillard, grossistes.*

RÉGYL

A base de peroxyde de magnésium et de fluorure de sodium organique

Échantillons gratuits à MM. les Docteurs.

DYSPEPSIES
GASTRALGIES

6 fr. *la boîte. Traitement d'un mois.*

Laboratoires FIEVET, 53, rue Réaumur, PARIS

SPLÉNODOSE

RATE - FOIE - THYROÏDE

TUBERCULOSE sous toutes ses formes et à toutes les périodes
PALUDISME - ANÉMIE - MALADIES INFECTIEUSES etc.

PLACENTODOSE

PLACENTA - MAMMAIRE

Insuffisance lactée - Flaccidité des seins et de l'utérus
Métrorrhagies - Métrites - Fibromes - Tumeurs.
Dépôt : Laboratoire du Dr FRAYSSE - 130, Rue d'Aboukir. - PARIS

THYRODOSE

Arthritisme **OVARO-THYROIDINE** Rachitisme
INSUFFISANCES THYROIDIENNE ET OVARIENNE
OBÉSITÉ - *Troubles de la Ménopause et de la Puberté* - MYXŒDÈME

NEURODOSE

SUBSTANCE NERVEUSE ORCHITINE

ÉPUISEMENT nerveux sous toutes ses formes
ASTHÉNIE - IMPUISSANCE - SÉNILITÉ - NEURASTHÉNIE, etc.
Dépôt : Laboratoire du Dr FRAYSSE, 130, Rue d'Aboukir, 130. — PARIS

Gaïacalcine Latour

Polyphosphate Gaïacolé calcifiant
Modificateur des Sécrétions

Présentée en cachets. Boîtes pour 15 jours de traitement.

Bronchite chroniq. Emphysème pulmonaire. Tuberculose pulmonaire et osseuse. Dilatation des bronches. Catarrhe. Bronchite aiguë. Trachéo-bronchite. Anémie.

Échantillons gratuits à MM. les Docteurs.

Vente en gros : Laboratoires Latour, 17, Place des Vosges, Paris
DÉTAIL TOUTES PHARMACIES

Médailles aux Expositions
GUÉRISON des MALADIES
DE L'ESTOMAC ET DU VENTRE

DYSPEPSIE — GASTRALGIE
CONSTIPATION — GASTRITE, ETC.

EXIGER — LA SIGNATURE

Guéries par la

MALTINE GERBAY

Dosée par le Dr COUTARET, Lauréat de l'Institut,
Approuvé par l'Académie de Médecine.
Exportation **GERBAY, Roanne** (Loire)
Dépôt dans toutes les Pharmacies.

BRONCHITES
ASTHME · TOUX · GRIPPE
GLOBULES DU Dr DE KORAB
A L'HÉLÉNINE DE KORAB
EXPÉRIMENTÉS DANS LES HOPITAUX DE PARIS
2 à 4 par jour

L'HÉLÉNINE DE KORAB calme la toux, les quintes même incoercibles, tarit l'expectoration, diminue la dyspnée, prévient les hémoptysies. Stérilise les bacilles de la tuberculose et ne fatigue pas l'estomac

CHAPÈS 12, RUE DE L'ISLY **PARIS**

BENZOLACTOL

GRANULÉ
Perox. Magnésium (Syn: Hopogan), Benz. Naphtol, Salol, etc.
Le Meilleur Antiseptique dans toutes les Infections du TUBE DIGESTIF
(2 à 6 cuillerées à café par 24 heures)
ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE:
Laboratoires du **BENZOLACTOL**, **26, Rue de Sévigné, PARIS**

INSOMNIE

ESSENTIELLE ET DOULEUR ENTRAINANT L'INSOMNIE

HYPNEURAL
COS

CACHETS — COMPRIMÉS

$C^{19}H^{23}O^{4}AZ^{4}Na$

de H. LABBÉ Docteur en Pharmacie

MAISON LABELONYE
99, rue d'Aboukir PARIS

ANALGÉSIQUE dans un liquide froid
HYPNOTIQUE dans un liquide chaud

Échantillons sur demande

tout l'édifice risque de crouler ; nous supposerons donc qu'une série d'organes dont nous ignorons la structure, mais qui, vraisemblablement, auront figure de Comités intersyndicaux, assumeront, dans chacune des circonscriptions administratives, la mission de régler les charges « que les rapports entre les hommes font naître », c'est-à-dire de voter l'impôt et de répartir les crédits.

A la lumière de ces données générales, et nous appuyant sur ce fait que la doctrine dominante se réclame de l'évolutionnisme, ce qui nous permet de considérer que dans une certaine mesure les rouages existants seront maintenus après les adaptations nécessaires, essayons de mettre debout sur les fondements et aux différentes assises de l'organisation présente : Etat, Département, Commune, un rudiment d'organisation syndicaliste de l'assistance.

L'ébauche en sera certainement grossière, car la matière est ingrate et ce n'est que par tâtonnements successifs que l'idée créatrice se dégage des formules nouvelles ; néanmoins, elle peut prétendre à un intérêt, celui de faire pénétrer l'esprit plus avant dans les difficultés de réalisation, de les fixer, et de marquer en quelque sorte comme une première étape dans le développement de l'œuvre.

Actuellement, les attributions charitables de l'Etat se ramènent aux deux suivantes : direction et contrôle.

La première est réservée à la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques. Celle-ci, sous l'autorité du ministre de l'Intérieur, éclairée des avis d'un conseil technique, le Conseil supérieur de l'Assistance publique, et secondée par l'Inspection générale des services administratifs, donne l'impulsion à tous les services et établissements, assure l'unité de vue et de décisions et surveille l'exécution des lois et règlements. La seconde, en vertu des règles générales de notre droit public, appartient au Parlement.

Dans le régime syndicaliste, le pouvoir politique étant éliminé, l'autorité du ministre de l'Intérieur disparaît. Elle passe à la Direction de l'Assistance formée de professionnels. Il n'est pas touché à l'Inspection générale des services administratifs en raison de son caractère et de sa fonction techniques. Quant au contrôle, à défaut du système parlementaire périmé, il est assuré par un Conseil économique. Ce Conseil paraît pouvoir être, tout au moins dans ses grandes lignes, le Conseil supérieur déjà existant, mais sous la réserve que sa composition réglée par le décret de 1919 se trouvera complétée en ce qui concerne l'Assistance publique proprement dite, d'après les principes énoncés plus haut, c'est-à-dire par l'adjonction des représentants des syndicats généraux de producteurs, des travailleurs d'assistance, et enfin, suivant des règles de détail à déterminer, des groupements d'assistés ou d'anciens assistés. Par suite de cette extension de ses pouvoirs, le Conseil supérieur est appelé à jouer un rôle de premier plan : organe à la fois propulseur, coordonnateur et régulateur, il exercera une manière de souveraineté sur tous les domaines de l'Assistance. D'où l'obligation de lui conserver, à côté de son nouveau caractère professionnel, son privilège de haute intellectualité qui seul peut lui assurer le concours des grands corps de la nation voués au culte de la pensée sous toutes ses formes et dont — il est juste de le reconnaître — le syndicalisme se défend dans l'intérêt des classes populaires d'être le contempteur.

L'Etat exerce encore une action directe sur les établissements généraux de bienfaisance (Quinze-Vingts, Sourds-Muets, etc.). Appliquant les mêmes principes, nous aboutissons aux mêmes réalisations : au lieu d'une direction trop souvent politique, une direction technique ; au lieu d'un contrôle hospitalier dépendant exclusivement quant à son origine du pouvoir politique, comme dans la législation de 1841, un contrôle assuré par des commissions formées de la représentation tripartite caractéristique de la société syndicaliste.

La silhouette de cette ébauche, nous la retrouvons, toutes proportions gardées, dans le cadre plus restreint du département, à supposer que soit maintenue cette base administrative.

A l'autorité préfectorale abolie, fait place celle d'un agent technique qui en l'état actuel des choses paraît devoir être l'inspecteur de l'Assistance publique, dont la fonction est susceptible d'embrasser l'ensemble des questions d'assistance. A lui notamment incomberait l'exercice de la tutelle administrative précédemment dévolue au préfet et aux sous-préfets, sur les personnes morales du droit charitable, et d'ailleurs, il y a lieu de penser que cette tutelle, par suite du cours des évènements, serait réduite à sa plus simple expression.

De même, les organes politiques de contrôle, Conseil général et commission départementale de la loi de 1871, sont dessaisis de leurs attributions d'assistance au profit d'un Conseil économique dont le décret de 1919, créant les Commissions départementales d'assistance publique et de bienfaisance privée, peut fournir l'armature. La composition de cette commission devrait naturellement être modifiée *mutatis mutandis* dans le même esprit que celui indiqué précédemment pour le Conseil supérieur afin de lui donner la qualité et la compétence nécessaires pour exercer une action efficace sur les organes secondaires de contrôle propres à chacun des services départementaux et aussi sur les organes communaux.

Parcourons rapidement le cycle de ces services.

Pour ceux d'assistance obligatoire proprement dite, assistance médicale gratuite, assistance aux vieillards, aux familles nombreuses, aux femmes en couches, sous réserve des transformations probables de la législation dans le sens d'un système d'assurances contre la maladie, l'invalidité et en faveur de la maternité, il apparaît que les attributions respectives du préfet, du Conseil général, et de sa Commission départementale, en ce qui regarde l'admission dans certains cas aux secours publics, pourraient être confiées à la Commission départementale d'assistance. Quant à l'organe juridictionnel particulier qu'est la Commission cantonale, elle se vide au profit des éléments syndicaux de son contenu politique, sous-préfet, conseiller général, conseiller d'arrondissement, conserve en raison de sa fonction technique le délégué judiciaire et, sous le régime de la loi de 1905 les représentants des bureaux d'assistance et des sociétés de secours mutuels.

Nous passons sous silence, parce que débordant le cadre de notre étude, le remaniement éventuel de la juridiction administrative proprement dite, dont l'intervention se manifeste à chaque pas de notre législation d'assistance.

En matière d'aliénés, étant donnée la double origine des malades internés, il convient de réserver à un représentant de la puissance publique, quelle que soit d'ailleurs son appellation, le pouvoir de provoquer les placements d'office qui ont davantage le caractère d'une mesure de sûreté générale que celui d'une mesure d'assistance.

L'administration des établissements incombe désormais, sous l'autorité du chef de l'Assistance départementale, aux directeurs d'asiles qui devant être des techniciens, seront nécessairement dans tous les cas, soit des médecins, soit des professionnels des questions d'assistance. Le premier stade de contrôle continuera à être assuré par la Commission de surveillance, mais ses membres, au lieu d'être nommés par le préfet, comme sous l'empire de l'ordonnance de 1839, seront choisis suivant les principes ci-dessus exposés.

Dans le domaine des Enfants-Assistés, si, par analogie avec l'organisation parisienne actuelle, la tutelle est réservée au directeur de l'Assistance dans le département, la gestion effective du service sera confiée sous son autorité à un membre du corps de l'Inspection. Le contrôle, aujourd'hui réparti entre deux organes : d'une part, le Conseil de famille en ce qui concerne le civil, d'autre part, la Commission spéciale de la loi de 1904, pour ce qui regarde l'administratif, restera dévolu à une commission unique recrutée d'après le mode syndicaliste.

Le même schéma général de réorganisation est naturellement applicable à l'assistance aux tuberculeux.

Dans la Commune, les pouvoirs du maire et du Conseil municipal sont à leur tour éliminés. Il y a dorénavant un administrateur supérieur d'assistance, choisi parmi les membres des commissions syndicalistes des établissements publics d'assistance, dont la réunion constitue l'organe de contrôle communal.

Telle est, — projetée sur le plan de l'avenir — l'esquisse possible d'une organisation syndicaliste de l'Assistance. Par application des mêmes principes, on aboutirait à un dessin semblable dans la constitution des services connexes de la protection du premier âge.

Esquisse imparfaite sans doute, mais, dans une matière comme celle-ci, encore embrumée des incertitudes inhérentes à tout devenir humain, se borner à le constater ou se livrer à une critique exclusivement négative, serait véritablement pratiquer la politique du moindre effort et s'exposer à des réveils terriblement douloureux.

Si au contraire, on est pénétré de cette notion qu'un temps se trouve aboli et qu'un autre commence, qu'à des formes usées se substitueront inévitablement des modes nouveaux de structure sociale, il faut, abstraction faite de ses opinions personnelles, que chacun dans sa sphère individuelle reste libre de faire prévaloir, aborder l'étude de ce problème avec, comme but unique, la sauvegarde éventuelle de nos institutions charitables.

Ce qui importe, c'est d'éviter qu'une nouvelle loi du 23 messidor an II vienne non plus seulement, comme au début de la Révolution, disperser le patrimoine de nos établissements, mais encore, anéantir le bénéfice si laborieusement acquis de notre législation moderne d'assistance.

Pour parer à ce désastre, il n'est qu'une méthode, celle de préparer d'ores et déjà une sorte de plan de mobilisation où viendraient, dans un ordre pré-établi, s'encadrer œuvres et gens, au cas où suivant la parole suggestive d'un trade-unioniste anglais, « le centre de gravité de la puissance publique passerait de la Chambre des Communes au Quartier général des Syndicats. »

A cette tâche qui n'est autre, en somme, qu'un essai d'assurance contre le risque d'un bouleversement catastrophique et d'où d'ailleurs — indépendamment de toute réalisation syndicaliste — peut lever le germe d'améliorations utiles, nous convions tous ceux qui s'adonnent aux questions d'assistance, et en particulier, les professionnels au sein de leurs groupements corporatifs.

LEBOULANGER,
Sous-inspecteur de l'Assistance Publique.

AUTOMOBILISME PRATIQUE

La Motocyclette.

VI

Le changement de vitesse. — Le bloc moteur.

Nous voici donc avec la facilité de débrayer à la main sans perdre l'équilibre ; nous pouvons circuler à quatre à l'heure, si nécessaire, dans les mauvais passages et repartir progressivement sans la moindre secousse, sans acrobaties, comme en auto.

Cependant, pour aider le débrayage, il sera bon d'avoir un changement de vitesse.

Quels sont pour cet organe, les diverses solutions ?

Nous éliminerons de suite le moyeu arrière à plusieurs combinaisons qui demande des soins minutieux, beaucoup de graissage, avec tous ces petits pignons en mouvement — travail pas comparable avec le modèle de bicyclette — ; le câble qui le commande est toujours sujet à quelques variations de longueur — trois ou quatre millimètres font beaucoup dans ce cas — d'où réglages fréquents obligatoires ; sa complication le rend peu accessible aux amateurs, beaucoup de mécaniciens étant, du reste, ignorants de son fonctionnement. Il surcharge beaucoup la roue arrière, au plus grand détriment du poids non suspendu — voir articles antérieurs. — Bref, il est abandonné progressivement et les quelques maisons qui s'y raccrochent pour épuiser leurs stocks ne peuvent intéresser que les profanes.

Sur la plupart des machines modernes, le changement de vitesse est placé en position intermédiaire, entre le moteur et la roue arrière, « countershaft » des Anglais.

Là, nous avons toutes les aises voulues pour une boîte assez grande pouvant être fixée au cadre vers l'ancien emplacement du pédalier ; l'étanchéité sera assez facile à obtenir ; la denture largement calculée, la commande par levier indéréglable, la grande accessibilité, tout contribue à assurer à cette solution des avantages décisifs sur la première ; il y aura une première transmission du moteur à la boîte par chaîne ou engrenages et de la boîte à la roue arrière comme on voudra, courroie, chaîne ou cardan.

Nous ne voulons pas entrer dans les détails des changements de vitesse, ce qui est de la technique pure, mais pour renseigner nos lecteurs, nous les diviserons grossièrement en trois genres : le type classique par engrenages à renvois et baladeurs, genre auto, le type à pignons satellites ou épicycloïdal, et celui à chaînes multiples et segment extensible.

Ayant mis la transmission par courroie au second plan, nous ne parlerons pas des systèmes à poulies variables, intéressants, mais ne donnant pas une réduction assez grande.

Quant au plateau de friction, ce genre, qui existe, ne paraît pas devoir progresser.

Le type auto, théoriquement critiquable, a fait cependant ses preuves, et il n'est pas à discuter pratiquement d'autant plus que sur moto, il est plus simple par suite de la suppression de la marche arrière. Il y a bien un petit coup à prendre pour changer de vitesse, mais nous avons remarqué que l'opération était bien plus facile que pour les voitures : en pratique, pas de grincements ; il n'y a qu'à débrayer légèrement, à pousser vivement le levier et ça y est. On peut même sur certains modèles passer de 1re en 3e, de 2e en 4e. Nous avons dit « débrayé » et pas parlé du lève-soupape ; en effet, par le débrayage, le moteur ne perd pas son élan, ce qui est avantageux ; avec le lève-soupape, il y a tendance au ralentissement, minime nous en convenons, mais sensible, ce qui est logique.

Avec les systèmes épicycloïdaux, c'est encore plus simple : à n'importe quelle allure, on n'a qu'à pousser le levier ou la pédale ; les engrenages étant toujours en prise ne peuvent s'accrocher à faux ; de plus, il y a une grande progressivité qui remplace l'embrayage puisque l'entraînement se fait par un ruban qui glisse plus ou moins sur un tambour jusqu'à l'adhérence absolue, position de prise directe où tout tourne, satellites, pignons centraux ou couronnes dentées périphériques. Pour plusieurs vitesses, il y aura naturellement plusieurs jeux de pignons et de satellites avec chacun leur ruban-frein ou système analogue ; pratiquement, on ne dépasse pas trois jeux, car au-dessus, le nombre de pièces en mouvement et la complication augmentent d'une façon exagérée, ce qui est le revers de la médaille : barbotage dans l'huile assez grand, au détriment du rendement, et prix de revient plus élevé — au-dessus de trois vitesses. — Cependant, le principe est séduisant et il ne se passe pas d'année qu'on ne découvre de nouvelles réalisations, surtout utiles, du reste, pour l'auto, où l'inertie plus grande des pièces en mouvement rend plus difficile la manœuvre, d'où bruits sinistres trop souvent entendus et rupture de dents — avec un système épicycloïdal, soit dit en passant, on peut confier une voiture à n'importe qui — mais encore une fois pour la moto, le système classique va très bien.

Le troisième type, à segments extensibles, possède les mêmes avantages d'automatisme ; là il n'y a même plus d'engrenages proprement dits, mais plusieurs chaînes avec des roues dentées de différents diamètres qui sont mises alternativement en travail par des segments qui coincent, à l'intérieur de tambours, les chaînes des autres vitesses tournant folles.

C'est d'un fonctionnement très sûr, d'un bon

rendement, avec la possibilité de continuer si un jeu de vitesse se casse; mais, à notre avis, les engrenages sont plus robustes et pratiques, car des chaînes travaillant à très grande vitesse — entre le moteur et la boîte — ne peuvent que souffrir de ce traitement, même dans un bain d'huile.

Nous faisons une exception pour les chaînes « silencieuses », mais leur largeur interdit d'en installer trois ou quatre côte à côte.

Nos préférences sont donc au premier type, commandé par levier direct.

Combien de vitesses ? Le plus possible évidemment, car on a toujours intérêt à faire tourner le moteur vers son régime — rendement optimum. Deux sont donc un peu juste, trois constituent un gros progrès très acceptable et avec quatre, c'est l'idéal, qui permettra le six à l'heure dans les très mauvais tournants de montagne en côte et une allure économique, glissée, en palier, sans emballer le moteur.

Sur les modèles récents, on a encore réalisé un perfectionnement en accolant le changement de vitesse à l'embrayage qui lui-même forme un tout avec le carter ; on a ainsi un bloc-moteur genre auto qui permet un montage plus rapide, un ajustage rigoureux automatique, une diminution du poids et du prix de revient ; de plus, l'aspect est plus net et le nettoyage plus facile. Des pignons d'angle ou droits réduiront dans des proportions convenables la vitesse initiale motrice et la chaîne de transmission secondaire pourra travailler à allure normale, d'où longévité et silence ; à part cette dernière — et nous avons vu que ce n'était pas toujours à souhaiter, malgré que ce soit possible — tout trempera dans l'huile et tout se vidangera en même temps. Le « kick-starter » fera naturellement partie de ce bloc-moteur ; on appelle ainsi -- anglomanie et concision... -- le levier de mise en marche par le pied.

(*A suivre*). Dr DE VAUBERCEY.
Miribel (Ain).

RÉPORTAGE PROFESSIONNEL

— **La médecine dans les régions libérées.** — Le Ministère des Régions libérées offre aux médecins qui désireraient s'installer, au moins temporairement, dans les localités des Régions Libérées dépourvues de médecins civils, les conditions suivantes :

1° Les médecins seraient mis, par le Ministère de la Guerre, à la disposition du Ministère des Régions Libérées sous réserve d'assurer, toutes les fois que le secteur d'affectation le comportera, un service militaire aussi réduit, du reste, que possible.

2° Ils ne cesseraient pas d'être régis par leur statut militaire.

3° Ceux dont la solde serait inférieure à 1.000 fr. par mois, recevraient, du Ministère des Régions Libérées, le complément nécessaire pour atteindre cette somme.

4° Ils seraient engagés pour une période de trois mois renouvelable et autorisés à faire de la clientèle payante.

5° Ils seraient dotés, par les soins du Ministère des Régions Libérées, d'une automobile avec fourniture gratuite de pneus et d'essence calculée d'après le trajet que leur service d'assistance civile les obligerait à accomplir.

Les premiers postes à pourvoir sont des postes fixes, afférents aux Infirmeries et Hôpitaux, dont l'installation et l'organisation sont nécessitées par la constitution des centres importants, où sera réunie la main-d'œuvre à employer dans les Régions Libérées.

Les postes de cette nature sont, dans la Marne, l'hôpital de Prouilly et le centre de Pont-Faverger et dans la Somme, l'hôpital d'Hattencourt et l'hôpital d'Albert.

Les demandes des médecins devront être adressées au Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé (Service du Personnel), 30 avenue Marceau, à Paris (8e arrondissement).

— **Clinique Baudelocque.** — Enseignements complémentaires pendant les mois de février et mars 1920, réservés aux docteurs en médecine français et étrangers, et aux étudiants ayant terminé leur scolarité.

I. — *Cours de diagnostic et de thérapeutique obstétricale*, par M. Lévy-Solal, accoucheur des hôpitaux, assisté par MM. Vignes, chef de clinique, Cleisz et Sellé, chefs de clinique adjoints.

Ce cours comprendra des exposés théoriques, des examens cliniques et des exercices opératoires. Il aura lieu tous les matins à 9 heures et toutes les après-midi à 15 heures, du lundi 2 au samedi 28 février. Droit d'inscription : 100 francs.

II. — *Cours d'anatomie et de physiologie obstétricales, normales et pathologiques*, par M. Lévy-Solal, assisté de M. Lelièvre, chef de laboratoire.

Ce cours comprendra des démonstrations sur pièces macroscopiques et préparatoires histologiques. Il aura lieu du lundi 15 au samedi 27 mars, l'après-midi, à 14 heures. Droit d'inscription : 100 francs.

III. — *Cours de puériculture* sous la direction de M. Paquy, ancien chef de clinique.

Ce cours aura lieu tous les matins, à 9 heures, et les après midi, à 15 heures, du lundi 15 au samedi 27 mars. Droit d'inscription : 50 francs.

Les bulletins de versement relatifs aux cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

1° Déplacement à 48 kilomètres avec Indemnité kilométrique de 2 fr. 2 fr. × 48 = 96 fr.
2° Consultation avec le médecin traitant .... 20 fr.
3° Frais de stérilisation des instruments, blouses, champs et pansements, environ.. 30 fr.
4° Opération d'anus artificiel (page 17 du tarif) .... 500 fr
5° Honoraires de l'aide : 1 /3 du tarif : 500 : 3e .... 166 fr.
Total en chiffres ronds .... 800 fr.

Or, traitant ces clients comme de semi-indigents (ce fut d'ailleurs mon tort), je ne cherchais qu'à récupérer mes frais de déplacement, de transport de temps perdu et j'envoyais une note d'honoraires de... trois cents francs..

Dans notre profession, nous ne méditons pas assez le vieux proverbe : oignez vilain il vous poindra, surtout quand, comme moi, sans fortune, on doit vivre de son travail, nourrir sa famille et... revenir amoché de la guerre (ce qui, dans la circonstance, n'a pour les non intéressés que la valeur d'un épiphénomène, il est vrai).

Vous avez eu, Monsieur, à juger de mon différend. Jusqu'à une certaine somme, la loi fait de vous un être infaillible, un genre de « Pontifex maximus » dont la sage décision doit rester sans appel. Aussi, c'est très respectueusement que je m'incline devant votre décision, pour inattendue que je la trouve. En effet, vous m'avez trouvé bien payé avec 250 fr. et vous m'avez condamné aux dépens.

Certes, vous n'avez pas, jugeant en dernier ressort voulu apprécier la valeur de mon acte opératoire puisque, éclairé et documenté, vous ne pouviez ignorer que la tarification minima de mon travail était de huit cents francs.

Ce que vous avez voulu, je pense, me montrer en réduisant la somme infime que je réclamais, et aussi en me condamnant aux dépens, c'est que vous comprenez la charité, l'altruisme (si mieux vous aimez) bien plus largement que moi : votre idéal est plus beau, plus large que le mien.

Comme, en somme, je suis un honnête homme et que cette condamnation « aux dépens » m'a un petit air de blâme, je tiens, Monsieur le juge de paix, à m'excuser de n'avoir pas su Madame D... de F... aussi malheureuse que vous la saviez, vous. Elle n'était pas inscrite sur la liste d'assistance de la commune, inscription qui est une présomption — je n'ose dire, hélas, une certitude — d'indigence. La sachant indigente, je l'aurais opérée gratuitement soit à l'hôpital de V. (dont je suis chirurgien adjoint), soit mieux, à l'hôpital plus proche de C., où je n'ai jamais refusé mon concours gratuit pour les assistés que le Dr T. ou le Dr R. ont bien voulu m'y faire opérer.

En toute franchise, je ne pouvais prévoir qu'en perdant une journée d'hiver pour aller faire à 48 kil. de ma résidence, une opération qui sauvait la vie à une mourante non indigente, je m'exposais à être condamné « aux dépens » ni à passer pour un chirurgien cher en demandant 300 francs pour une opération tarifée à 800.

Et sans votre jugement, qu'en bon républicain, je respecte comme un dogme, je n'aurais jamais

compris tout l'honneur qu'a bien voulu me faire feue Madame D..., de F..., en me choisissant (indigne, hélas !) pour l'opérer et la tirer du mauvais pas où l'avait mise la malencontreuse obstruction de ses émonctoires naturels.

Avec un tel Idéal, que j'admire, si noble, si pur, je frémis des souffrances morales qu'ont dû vous causer les atrocités de cette guerre horrible : « bella judice detestata », aurait pu dire le poète[s]

Je vous en supplie, Monsieur le juge, ne me croyez pas un exploiteur du pauvre malade et soyez assuré de ma très repectueuse considération.

Dr T.

A propos du duplicatum du certificat initial d'accident du travail.

J'ai reçu la lettre suivante :

La P...

Compagnie Anonyme d'Assurances.

Bordeaux le 30 décembre 1919.

Monsieur le docteur,

Je vous prie de vouloir bien me faire parvenir dès que possible le certificat médical de constatation concernant l'ouvrier H. M..., blessé chez M. L...

Avec mes remerciements, veuillez agréer, etc.

J'ai répondu ce qui suit :

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre lettre du 30 décembre. J'ai examiné M. H. M..., ouvrier de M. L..., le jour de son accident.

Je lui ai délivré le certificat que la loi exige afin qu'il fasse sa déclaration.

Je ne suis nullement tenu d'établir un duplicata de certificat, soit pour M. L..., soit pour vous. Vous pouvez en faire copier les termes à la Mairie où l'original a été déposé à l'appui de la déclaration d'accident.

Enfin, je ne puis délivrer ce certificat qu'au blessé, qui vous le remettra s'il le juge à propos, en vous le faisant payer, ainsi qu'il résulte de la décision de Justice de Paix de Condé-sur-Escaut (Nord) du 12 février 1913.

De plus, j'envoie votre lettre au Sou Médical. Selon sa réponse, je modifierai peut-être ma décision à votre égard.

Avec mes regrets de ne pouvoir vous donner satisfaction, je vous prie d'agréer, etc.

Dr G. L.

Est-ce ainsi que je devais répondre ?

Soyez assez aimable de me fixer à ce sujet, en me retournant la présente. Les Compagnies se f... des médecins. Ceux-ci, s'ils faisaient comme moi, auraient vite le respect des Assureurs.

Dr G. L.

Réponse

Votre lettre est parfaitement conforme à l'esprit de la loi. Le médecin n'est nullement

tenu de délivrer un duplicatum de son certificat initial, duplicatum que personne ne lui paye.

D'autre part, ce duplicatum doit être remis à l'ouvrier, qui en fait ce que bon lui semble. Aussi, sommes-nous parfaitement d'accord avec vous.

Certains nous reprocheront peut-être notre intransigeance. Ils diront que, pour éviter des luttes et des conflits, mieux vaut se montrer conciliant et délivrer ce certificat initial en double exemplaire.

A cela nous répondrons : pourquoi les assurances font-elles une guerre acharnée au corps médical ? Pourquoi, systématiquement, chicane-t-on nos notes d'honoraires ? Pourquoi décourage-t-on les médecins honnêtes et indépendants de soigner les blessés du travail ? Pourquoi jette-t-on l'opprobre sur le corps médical tout entier, en exagérant la légende des médecins marrons et surtout en ne réprimant pas les abus, de concert avec le corps médical honnête ?

Si les assureurs veulent la guerre, nous l'acceptons. Nous ne possédons pas les millions qu'ils gagnent chaque année, mais nous en arriverons à refuser de reconnaître le tarif Dubief et à ne soigner qu'au tarif normal, dans tous les cas.

Quel tarif appliquer en 1920 pour les accidents du travail ?

Comment établir la note d'honoraires pour soins à des accidentés du travail, *non guéris*, après le 31 décembre ? Doit-on majorer de 100 % les soins donnés jusqu'à cette date, et appliquer le tarif Dubief pour soins postérieurs au 31 décembre ?

Dr L.

Réponse

La majoration du Tarif Dubief est acquise jusqu'au 31 décembre 1919.

Après cette date, l'ancien tarif est applicable. Mais nous vous conseillons d'attendre, pour envoyer vos notes d'honoraires, que la commission de révision du tarif Dubief ait terminé ses travaux.

L'Union des Syndicats Médicaux doit déposer ses propositions de modifications dans la seconde quinzaine de janvier ; puis, la sous-commission se réunira, pour faire aboutir ses travaux, dans le premier trimestre de cette année. Alors paraîtra le nouveau décret modifiant celui du 30 septembre 1905.

Par un accord tacite, cet arrêté aura un effet rétroactif au premier janvier de cette année.

Dr P. B.

Déclaration d'impôt sur le revenu.

Je me suis réabonné au *Concours Médical* en 1919, mais je n'ai pas vu d'article spécial concernant la déclaration d'impôt sur le revenu. Peut-être, s'il en a été parlé longuement, était-ce dans les numéros parus les années précédentes, que je n'ai pas reçus, puisque j'étais mobilisé.

Pourriez-vous me donner quelques indications sur la façon de faire cette déclaration. Est-elle obligatoire pour les régions envahies pour le 20 janvier ? Dois-je faire celle des années précédentes, bien que mes revenus aient été presque nuls ? J'avais ma solde et je touchais seulement quelques coupons.

Je suis marié, et père de trois enfants.

Est-ce que cela a de l'importance pour l'établissement de ma feuille ou est-ce l'Etat qui décomptera les sommes qui devront être décomptées à cause de ma famille ?

Tout en désirant faire ma déclaration telle qu'elle doit être faite, je désirerais ne pas payer plus que je ne dois le faire, et je vous serais très obligé, si vous vouliez bien me donner quelques conseils.

Réponse.

Les articles que le *Concours* a publiés sur la question des impôts sur le revenu sont, en effet, antérieurs à l'année 1919 et ont été épuisés ainsi que la brochure qui en avait été extraite.

Mais l' « Agenda-Memento » de 1920 contient un résumé assez complet de ces articles. Nous ne pouvons que vous conseiller de vous y reporter.

Aucune disposition légale, à notre connaissance, ne dispense les contribuables des Régions libérées de la déclaration de leurs revenus, et le délai de trois mois après la cessation des hostilités qui avait été accordé poour les personnes mises par cas de force majeure dans l'impossibilité de faire leur déclaration, expire le 24 janvier courant.

L'article 45, dernier §, de la loi du 17 avril 1919 sur la réparation des dommages de guerre, dispose bien que si l'attributaire est débiteur de l'Etat pour quelque cause que ce soit, même pour le paiement de ses contributions, la somme ainsi due par lui sera, sur sa demande, imputée à valoir sur le paiement de son indemnité et ne sera pas exigible avant que ce montant n'ait été déterminé.

Mais cette disposition ne s'oppose pas à ce que les contributions des bénéficiaires des dommages de guerre soient établies conformément aux lois générales applicables à tous les contribuables.

En ce qui concerne la déclaration du traitement que vous avez reçu de l'Etat (solde militaire), vous ne seriez pas tenu à la faire en vue de l'établissement de l'impôt cédulaire établi par la loi du 31 juillet 1917. Mais si cette solde, aug-

mentée ou non de vos autres revenus, vous constitue débiteur de l'impôt général sur le revenu global, vous êtes dans l'obligation de faire la déclaration en vue de l'établissement de cet impôt, sous la sanction de la majoration de 10 % en cas de déclaration tardive.

Les mairies distribuent des formules de déclaration. La situation de famille y fait l'objet d'une rubrique spéciale. Mais, c'est à l'administration fiscale, et non au contribuable, qu'il appartient de faire le calcul de l'impôt et les déductions qui sont un des éléments de ce calcul.

Tuberculose et pensions militaires.

Réformé de guerre comme médecin aide-major de 1re classe, pour tuberculose pulmonaire contractée au service, j'obtenais une pension provisoire (pour deux ans), avec une évaluation d'invalidité de 85 p. 100.

Or, le 21 octobre, sur tous les grands quotidiens paraissait un article ayant trait au nouveau barême des pensions pour les militaires tuberculeux et ainsi libellé :

(Copie de l'article du *Petit Parisien* du 21 octobre 1919).

Le Président de la République vient de signer le décret ci-après :

« Par modification au guide-barême annexé au décret du 29 mai 1919 et en vue d'assurer, par le repos et les soins indispensables, le traitement de la tuberculose pulmonaire confirmée, l'*évaluation* de cette maladie sera, *quel qu'en soit le degré de gravité*, portée à 100 % avec pension temporaire ou définitive, dans les conditions prévues à l'article 7 de la loi du 31 mars 1919.

« Cette évaluation est essentiellement subordonnée à la confirmation indiscutable de la nature tuberculeuse des lésions constatées et de leurs caractères d'activité.

« En l'espèce, on considèrera comme « tuberculose confirmée », celle caractérisée à la fois par des signes cliniques certains et par la présence du bacille tuberculeux.

« En ce qui concerne les autres localisations, etc., etc. ».

Ce décret me touchant tout particulièrement, j'écrivis sans tarder au médecin chef du Centre de Réforme qui avait prononcé ma radiation des cadres (à ce sujet, je n'ai encore aucune pièce justificative), pour lui demander s'il était nécessaire de lui renvoyer mon titre de pension, afin de le modifier conformément au décret paru,

Il me fut répondu qu'aucun décret concernant la situation des militaires déjà pensionnés (je l'étais seulement depuis quelques jours ! !), n'était arrivé à leur connaissance et qu'on me préviendrait au moment voulu.

Et depuis, je n'ai reçu aucune nouvelle.

Pourriez vous me dire : *a*) si un décret spécial concernant mon cas est paru ; *b*) ou, à défaut de nouveau décret, si la modification du 21 octobre, ne suffit pas pour me donner droit à une augmentation de pension *c*) si je dois à nouveau faire une réclamation au Centre de Réforme et dans quel sens ?

D^r T.

Réponse

C'est le décret du 17 octobre 1919, qui, par modification au Guide-Barême annexé au décret du 29 mai 1919 (ce Guide-Barême figure dans notre Agenda-Memento de 1920), a fixé les droits des tuberculeux pulmonaires de guerre. Le premier article de ce décret est textuellement celui que vous rapportez dans votre lettre d'après le *Petit Parisien.*

Le second article concerne les autres localisations de la tuberculose, et par conséquent, ne vise pas votre cas.

Si, par conséquent, vous vous trouvez dans les conditions nettement spécifiées à l'article 1er, vous êtes parfaitement en droit de demander que votre pension soit portée de 85 à 100 pour cent.

La demande de revision doit être adressée par lettre recommandée (dont nous vous conseillons de garder copie) au Directeur du Service de Santé de la Région de votre domicile.

LE LIVRE D'OR DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Citation.

Le Dr Barbé, de Saliès-du-Salat (Haute-Garonne), médecin aide-major de 1re classe.

A l'ordre du Corps d'Armée.

« Depuis le début de la campagne et notamment pendant la bataille de la Marne (Saint-Ouen) et au cours d'une longue période de fonctionnement de l'ambulance (en particulier pendant la période de combat écoulée, du 8 décembre 1914 au 15 janvier 1915) a fait preuve des plus brillantes qualités professionnelles et d'un dévouement au-dessus de tout éloge ».

(2 février 1915).

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 4 — DIMANCHE 25 JANVIER 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	18 fr.
Étranger	22 »
Étudiants (*France*)	7 »
Le numéro	40 cent.

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

AVIS

TARIF DUBIEF

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs, le TARIF DUBIEF avec son Répertoire alphabétique.

Prix franco : 1 fr.

DON

Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr GONTIER, d'Eauplet (S.-Inf.), la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

AVIS

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 en timbres pour frais de réimpression de bande.

Quarante-deuxième année. N° 4 25 Janvier 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

(Voir numéros précédents).

DEMANDES et OFFRES

Toute demande de renseignements doit être accompagnée d'un timbre pour la réponse.

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

N° 40. — A vendre : cout. p. ouvrir le can. lacrym., 8 frs ; spéc. pl. de Cusco, 12 frs ; pince à pans. ut. Dr Terrier, 9 frs ; écart. Farabeuf, 5 frs ; appar. Potain, 50 frs ; trousse à trach., Sinral, t. 00 à 5, 85 frs ; forc. Tarnier, 70 frs : dilat. ut., 22 frs ; pinc. à bal. Champelier d. Ribes, 15 frs ; pinc. à grif. p. abaissem., 9 frs ; séril. p. sond. fabric. Colin, 25 frs ; b. transf. p. lum. et caut. s. cour. alt. 110 volts, caut. dr. n° 01-02, manch. et fil, 160 frs. Le t. en b. état.

N° 41. — Le Dr Weber, de Void (Meuse), serait reconnaissant à confrère qui lui vendrait ou ferait connaître en toute confiance une chienne d'arrêt, épagneul, pointer ou braque, docile et prenant bien l'arrêt.

N° 42. — A vendre carrosserie double phaëton démontable, usagée, avec réservoir cuivre dans le baquet arrière, capote double extension, 500 fr. Dr Baudron, à Josnes, L.-et-Cher.

N° 43. — A céder dans grande ville, très important cabinet de consultation. Médecine générale, spécialité des voies respiratoires, avec installation complète de radiologie. Très gros produit. Cabinet jouissant d'une grande réputation dans la région. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante Paris.

N° 44. — Infirmière, hautes références, longue pratique aide chirurgicale, stérilisatrice, demande situation dans maison de santé, clinique ou analogue. Paris ou province.

CORRESPONDANCE

La crise de l'essence dans les régions libérées.

Vous avez, dans un des derniers numéros, avec juste raison, dépeint la situation des médecins des régions libérées : actuellement il y a une autre crise que je vous signale et la plus importante : depuis deux mois il est impossible de trouver de l'essence. Ce produit manque dans nos régions ; les transports ne se font pas et le commerce est démuni de carburants. Un de mes clients, industriel, en ayant d'avance, m'en a prêté : autrement je n'aurais rien et devrais m'abstenir de circuler. L'administration se moque de nous. Cependant à Paris, l'essence ne manque pas pour les autos des profiteurs de la guerre et des belles madames qui fréquentent le Bois de Boulogne et les restaurants de nuit. Qu'on ne s'étonne pas, après cela, qu'il y ait des gens bolchevistes : évidemment, ce n'est pas une solution à la situation que nous subissons, mais ils sont très excusables ; s'ils croient que cela ira mieux. Il n'est pas admissible que ceux qui ont le plus souffert de

la guerre soient rançonnés par des mercantis sans vergogne et ne puissent satisfaire tranquillement leurs aspirations de travail. Dr M.

Les assureurs entraînent les médecins dans le maquis de la procédure, pour ne pas payer leurs honoraires.

Suivant votre conseil, j'ai actionné en justice de paix le patron d'un accidenté du travail dont je n'avais pu faire rentrer la note. L'assurance, suivant son habitude, n'est venue ni en consultation, ni en citation. Elle va se laisser faire la signification du jugement, y faire opposition, tout cela pour me faire des frais. La note est de 63 fr. 50. Je ne puis continuer à supporter tous ces frais de recouvrements et si le « Sou Médical » ne peut prendre l'affaire en mains, je crois que je vais la laisser tomber. Je perdrai les frais déjà engagés et l'Assurance en sortira victorieuse. Le patron m'a d'ailleurs déclaré que, maintenant, cette Assurance lui conseillait de ne jamais rien signer, de ne donner aucun papier. En fait, m'a dit le propriétaire patron, maintenant, quand j'ai un blessé, je le mets à la porte et je ne m'occupe plus de lui. Est-ce pour en arriver à ce résultat qu'a été faite la loi sur les accidents du travail ? Est-ce uniquement pour enrichir les Compagnies d'Assurance ? C'est ce qui va se passer si je suis laissé seul face à face avec la X.

J'attends donc votre réponse à ce sujet.

Dr A.

Réponse

Le rôle du « Sou Médical » est justement de réagir contre la mauvaise foi systématique de certaines compagnies d'assurances, qui entraînent le médecin dans le maquis de la procédure, pour lui faire dépenser plus que ne doit lui rapporter sa note d'honoraires.

Aussi poursuivez votre action.

Si l'assurance ne s'incline pas et fait opposition ou défaut, prévenez-nous de suite et l'appui pécuniaire vous sera accordé, puisque vous serez la victime de la mauvaise foi et de l'abus de la procédure.

Oui, comme vous le dîtes fort bien, la loi sur les accidents du travail est systématiquement sabotée par les Assurances, qui pourtant viennent de faire des bénéfices considérables pendant la guerre. Elles ne veulent pas en convenir, mais il suffit d'interroger un employé de compagnie d'assurances pour savoir qu'eux, les employés, voient, sans participer au partage, les dividendes énormes et les réserves que, chaque année, encaissent les assurances, au détriment des chefs d'entreprises assurés, des ouvriers et des médecins.

Les assureurs voudraient avoir leurs médecins à eux, à leur solde et obéissant au doigt et à l'œil. Aussi décourage-t-on, par tous les moyens, les médecins consciencieux, mais indépendants

cependant qu'on colporte la prétendue légende des médecins marrons. Ceux-ci ne seraient-ils pas de connivence avec les assurances, dont ils font le jeu ? Dr P. B.

Les soins médicaux aux réfugiés des pays envahis.

Réponse au Confrère MARICHAL, de Belley (Ain). (*Concours Médical*, p. 106, nº du 11 janv. 1920).

— Ils ne demandent pas mieux, les pauvres, mais qu'on leur donne d'abord de quoi s'acheter un mobilier rudimentaire, du linge et des vêtements ! Quand la nation aura rempli son devoir envers eux, ils rempliront le leur vis-à-vis de leur médecin.

Dr JACOWSKI, de Saint-Quentin, (autrefois à Vermand, Aisne)

Assistance médicale gratuite. Les honoraires médicaux insuffisants.

En attendant le relèvement des honoraires de l'A. M. G., le Syndicat des Médecins du département a décidé de faire payer aux indigents le tarif ouvrier, c'est-à-dire 5 francs la consultation, et de leur donner un reçu qu'ils pourront présenter à la Mairie.

Une question se pose : peut-on faire l'ordonnance sur le papier A. M. G. : ce qui fait une économie de pharmacie pour l'indigent, mais alors, dans ce cas, n'accepte-t-on pas, *ipso facto*, le tarif de l'A.M.G.

Cependant nous ne détachons par le « Bon » visite ou consultation — nous le laissons tel que attaché à l'ordonnance.

Dr D.

Réponse.

Avez-vous prévenu le préfet de la rupture de votre contrat de travail, concernant l'A. M. G. ?

Dans votre département, le libre choix existe, mais les indigents choisissent leur médecin pour une année, ce qui indique que les docteurs qui acceptent de faire le service de l'A. M. G. d'après le règlement départemental font un contrat de travail d'une année.

Ce fait a son importance en cas de conflit avec la préfecture.

Si vous ne reconnaissez plus le règlement pour soigner les indigents, vous ne devez employer aucun des papiers administratifs. Par suite, vous ne devez pas faire des ordonnances sur feuilles spéciales à l'A. M. G. Le Conseil d'Etat a rendu des arrêts, déclarant qu'il ne saurait y avoir demi-assistance, c'est-à-dire délivrance de médicaments sans service médical organisé.

Or, si vous donnez les médicaments aux indigents, ceux-ci ne feront aucun effort pour vous aider dans vos réclamations, puisque de toutes

façons, ils ne paieront pas (je doute qu'ils vous donnent chaque fois 5 francs). Vous paieraient-ils, qu'ils doivent également payer leur pharmacien. Indigents et pharmaciens auront intérêt à se joindre aux médecins et, en tant qu'électeurs faire pression sur les conseillers généraux, leurs élus.

Quant au Conseil général et au Préfet, ils ont intérêt à faire traîner les choses en longueur, pensant que les médecins ne sauront pas se faire payer comptant par les indigents.

Si vous voulez obtenir quelque chose, poussez la lutte à fond. Dr P. B.

Assistance à la visite du médecin du patron.

Je vous serais reconnaissant de me fixer sur le prix que je dois demander pour une visite faite avec un confrère à un accidenté du travail.

En 1918 (j'étais mobilisé) un ouvrier a une jambe fracassée dans une fonderie. On le transporte à l'hôpital et il en ressort avec une jambe en accordéon après un an de traitement. Je le soigne depuis septembre 1919. Ces derniers temps, je lui ai donné un congé de trois mois de plus. Le patron a demandé qu'il fût visité par un chirurgien et dimanche dernier, 4 janvier, nous avons visité le blessé ensemble.

Comment dois-je établir ma note d'honoraires ? Le blessé habite à 10 kil. de C.

Je suis membre du « Sou » depuis le nouvel an.

Dr C.

Réponse

Le cas d'assistance à la visite du médecin du patron est prévu par l'article 4 du tarif Dubief.

L'honoraire alloué est du double du prix de la visite.

S'il s'agit, non pas d'une simple assistance à la visite de contrôle autorisée par l'article 4 de la loi accidents, mais d'une consultation avec le médecin du patron, c'est l'honoraire de l'article 7 du Tarif qui doit être compté, soit quatre fois le prix de la visite.

A ces prix doit s'ajouter, dans tous les cas, l'indemnité kilométrique.

Nous vous rappelons que, depuis le 1er janvier la majoration de 100 % du Tarif Dubief a officiellement cessé d'être applicable, et qu'il est préférable d'attendre, pour envoyer les notes d'honoraires afférentes à des soins postérieurs au 1er janvier, que la révision du Tarif Dubief ait été opérée.

Prorogation de bail.

Mobilisé en août 1914, mis hors cadres en août 1915, j'ai renouvelé mon bail pendant cette mise hor scadres — en 1916.

Or, en 1917, j'ai été mobilisé à nouveau et je ne suis pas encore démobilisé, étant de nouveau hors cadres depuis 1918.

Ai-je le droit de faire proroger mon bail — et pour quelle durée ?

Réponse

Si, comme nous le pensons, votre bail originaire était antérieur au 1er août 1914, vous avez le droit de faire proroger le bail renouvelé, puisqu'il s'agit de locaux professionnels, pour une durée égale à celle qui s'est écoulée entre le décret de mobilisation et la cessation des hostilités fixée par la loi, et ce, depuis la date à laquelle devrait régulièrement prendre fin votre bail renouvelé.

La prorogation aura lieu aux mêmes conditions de prix que le bail en cours, à moins que ces conditions ne soient inférieures à celles du bail primitif.

Pour bénéficier de la prorogation, vous devrez notifier votre volonté au propriétaire, par ministère d'huissier, trois mois au moins avant la date d'expiration du bail. Mais vous n'êtes pas obligé d'attendre les derniers jours de ce délai, et, si vous êtes bien fixé sur votre intention, vous pouvez faire procéder dès maintenant à la notification.

Nomination de médecin d'hospice.

Pouvez-vous me donner le renseignement suivant : Un maire peut-il nommer médecin d'un hospice un médecin de son choix, et de sa propre autorité, sans consulter la Commission de l'hospice, l'emploi étant vacant.

Dr D.

Réponse

Aux termes de l'article 14 de la loi du 7 août 1851 sur les hôpitaux et hospices, la Commission administrative nomme les médecins et chirurgiens de l'hôpital. Il ne saurait donc appartenir au maire de les nommer seul.

Le même article prescrit que la Commission ne peut révoquer les médecins et chirurgiens qu'avec l'approbation du Préfet.

Une circulaire du Ministre de l'Intérieur du 3 décembre 1907 a même prescrit aux Préfets d'en référer au Ministre.

Admission d'un malade de guerre dans un sanatorium.

Un de mes clients, réformé n° 1 au cours de la campagne, pour tuberculose pulmonaire, s'aggrave. Il doit, en outre, passer prochainement la visite, d'après laquelle sera fixée définitivement sa pension.

(*Voir la suite page XXIX-249*).

PROPOS DU JOUR

De la nécessité d'organiser le service social à l'hôpital et dans toutes les œuvres de l'Assistance.

L'Ecole de Puériculture a ouvert ses portes. Elle comprend à l'heure actuelle quatre services :

1° Un service social ; 2° un service de femmes en état de gestation ; 3° un service d'enfants de 0 à 3 ans, 4° un service d'enfants de 3 à 15 ans.

Une laiterie, un laboratoire de bactériologie et un service de radiologie complèteront l'école.

Nous attendrons pour apprécier cette nouvelle fondation qu'elle ait fonctionné et jugerons par les résultats obtenus, mais ce qui nous a frappé dans cette organisation, c'est que pour la première fois un service médico-social entre à Paris dans le rouage normal d'un établissement d'assistance.

Le service médico-social n'est pas cependant tout à fait chose nouvelle, mais l'indolence administrative en laissait toute l'initiative à la bienfaisance privée, et ce fut cette dernière qui en fit l'expérience dans quelques maternités et hôpitaux de l'Assistance parisienne.

Tous les médecins praticiens, et en particulier ceux qui assurent un service quelconque d'assistance, ont été frappés d'une lacune déplorable dans le fonctionnement des hôpitaux. Un malade est admis à l'hôpital. Soigné normalement dans un service, il en est renvoyé guéri, convalescent ou chronique. Le plus souvent, l'administration de l'établissement lui remet à la sortie un modique secours, puis le pauvre diable est sur le pavé. S'est-on préoccupé s'il trouverait un gîte pour passer la nuit ? S'il aurait une famille disposée à l'accueillir ? S'il trouverait du travail pour gagner dès le lendemain sa vie ? Lui a-t on indiqué les précautions d'hygiène qu'il devra prendre tant pour lui que pour le public ? Lui a-t-on appris, s'il est chronique ou imparfaitement rétabli, le régime qui lui convient, les travaux qui lui seront désormais possibles, l'habitation la plus convenable à son état ?

Evidemment non ; le médecin de l'hôpital a autre chose à faire et l'administration est absolument incompétente en pareille matière.

De quelle importance plus grande sont encore toutes ces questions médico-sociales, si l'on se trouve dans un hôpital d'enfants ou dans une maternité. S'il s'agit d'une consultation ou de traitement à domicile, la nécessité de l'assistance médico-sociale se pose d'une façon encore plus urgente.

Le médecin examine le malade, pose un diagnostic, prescrit un traitement. Il le fait en conscience. C'est bien. Mais comment tout cela sera-t-il réalisé ?

Il y a bien eu d'heureuses tentatives, telles que celle de l'Association pour le Développement de l'Assistance aux malades de la rue Amyot qui, depuis une vingtaine d'années a rendu de très grands services, mais ces efforts isolés sont fatalement insuffisants. Il faut que l'Assistance médico-sociale, qu'elle provienne de la Bienfaisance privée ou de l'Assistance Publique, soit méthodiquement appliquée et que tout hôpital, toute œuvre d'Assistance médicale soient pourvus de leur service social.

Ce service social aura le double avantage d'abord d'assurer une assistance morale et matérielle bien comprise qui complètera et rendra efficace l'intervention du médecin ; ensuite, d'exiger une enquête réellement sérieuse et d'empêcher ainsi à l'Assistauce de faire fausse route, de lui permettre de venir en aide à des gens qui en ont réellement besoin. Ce service contribuera à déjouer les calculs des gens aisés qui, sans pudeur, ne craignent pas d'exploiter la Bienfaisance, sans songer qu'en agissant ainsi, ils détournent de sa destination une partie des secours réservés aux indigents, et commettent ainsi l'odieuse action de voler le bien des pauvres.

Ce que nous venons d'exposer suffit pour montrer de quel intérêt est pour le médecin praticien cette question du service social dans l'Assistance, et nous croyons utile de faire ici un court historique de la question et d'indiquer où en est à Paris cette innovation relative.

***

Le premier « Service Social à l'Hôpital » en France, a été organisé à l'Hôpital des Enfants-Malades de Paris, à l'instigation de Madame le Dr Nageotte-Wilbouchewitch, ancien interne des hôpitaux, qui venait d'en étudier le fonc-

tionnement en Amérique et avait présenté sur ce sujet un très intéressant rapport à la Société de Pédiatrie (1), rapport auquel nous empruntons les renseignements suivants.

L'inventeur du Service social à l'hôpital fut le Dr Richard Cabot, médecin du Massachusett's General Hospital. Ce distingué praticien, homme d'esprit et de cœur, se prit un jour à réfléchir sur l'inanité des prescriptions du médecin, si personne ne surveillait leur exécution et ne donnait au malade les moyens de les réaliser. A quoi sert de prescrire un régime, si le malade ne peut se procurer les aliments prescrits ? Pourquoi conseiller à un enfant anémique un changement de climat, à un jeune ouvrier un changement de profession, si l'on ne facilite ni à l'un, ni à l'autre les moyens de suivre ces conseils ?

Si le médecin limite sa tâche à la découverte du *mal* et à l'indication des moyens pour l'enrayer ou le vaincre, il faut en bonne et utile assistance, que quelqu'un se préoccupe du *malade* et de l'application des moyens thérapeutiques indiqués.

Le Dr Cabot qui avait souffert de son impuissance thérapeutique et avait eu honte de conseiller maintes fois des choses inexécutables, chercha à combler la lacune déplorable du fonctionnement de son hôpital et créa le « Social Service » dont « *le rôle essentiel est d'appliquer intégralement le traitement prescrit par le médecin, de vaincre tous les obstacles que rencontrent ses prescriptions dans la pratique, de conserver les bénéfices du traitement.* »

Les hommes et les médecins sont les mêmes en Massachusett's qu'en France et à Paris ; les innovateurs se heurtent toujours d'abord à l'indifférence et au scepticisme.

Les collègues du Dr Cabot, tout en reconnaissant que ses propositions étaient logiques, les prétendaient irréalisables. Il ne se découragea pas. L'Administration du Massachusett's General Hospital accorda un local pour la nouvelle œuvre, ce fut le *fond d'un couloir*. Le Dr Cabot y installa une femme de haute valeur, de grand cœur, très versée dans les questions d'assistance, Miss Pelton. Elle débuta en enseignant aux mères d'enfants dyspeptiques l'hygiène alimentaire, qu'elle allait surveiller elle-même à domicile, et les enfants définitivement guéris ne revinrent plus à l'hôpital. Elle continua en trouvant le moyen d'envoyer en Floride, et de lui procurer là-bas un emploi, une jeune ouvrière, atteinte de la maladie de Raynaud, qui, pendant la saison froide, était absolument impotente et à charge à l'assistance. Les exemples de ce genre se multiplièrent et la cause du *Social Service* fut entendue ; les plus incrédules durent s'incliner.

Ce service prit une telle extension qu'on dut le sectionner, après l'avoir exhumé du fond de couloir où il avait pris naissance. Actuellement il comprend une section de la tuberculose, une section des nerveux, une section des filles-mères, une section d'hygiène, une section des prêts pour l'achat des appareils orthopédiques et prothétiques.

A la consultation de l'hôpital, le *social warker* (assistant social) s'ingénie à ce que l'indigent trouve tout ce qui lui est néeessaire comme le trouve en ville le malade aisé.

Dans les salles, l'assistant social joue un rôle surtout moral que le personnel médical ou hospitalier, bousculé et, il faut le dire, trop souvent rendu indifférent par l'accoutumance, est incapable de remplir.

Une section de coopération entre en relations avec les autres œuvres, et utilise les bonnes volontés, indique les placements en colonies pour les enfants,, les refuges pour les femmes enceintes. Il obtient des tarifs réduits pour les voyages. Il dirige les convalescents sortants vers les vestiaires et les bureaux d'assistance par le travail.

L'œuvre sociale du Massachusett's Général Hospital a un budget annuel de 275.000. Les assistants reçoivent un traitement variant de 4.000 à 7.500 francs par an avec 8 heures de travail par jour et un mois de vacances. Ces assistants sont secondés par des bénévoles mais ces derniers doivent accepter leur contrôle et leur direction.

Le recrutement des « social warker » doit être soigneux et difficile et une instruction spéciale doit leur être donnée.

Quoi qu'il en soit, on ne conçoit plus actuellement la possibilité de faire fonctionner le Massachusett's General Hospital sans un service social.

***

Madame Nageotte-Wilbouchewitch a inauguré, en France, avons-nous dit, le service social en mars 1914 à l'hôpital des Enfants-Malades. Elle a ainsi provoqué la création de l'Œuvre du service médico-social des maternités, dont elle collabore à la direction, œuvre

(1) *Bull. de la Soc. de Pédiatrie*, nov. 1913.

qui fonctionne déjà aux maternités de Baudelocque, Tenon, Lariboisière et Saint-Antoine (1).

Pour préciser le fonctionnement de cette œuvre nous reproduirons le plan qui indique en détail ce que ses agents doivent réaliser :

Plan du travail social auprès des femmes enceintes dans les hôpitaux

I. — *Assistance sociale aux consultations.* — 1° S'enquérir auprès de chaque consultante des services qui peuvent lui être rendus ;

2° S'enquérir des prescriptions du médecin et s'assurer que la femme sait et peut les exécuter ;

3° S'assurer qu'elle sait ce qu'elle doit préparer pour elle-même et l'enfant et vérifier qu'elle le fasse ;

4° La suivre et obtenir qu'elle fréquente la consultation aussi souvent qu'elle le doit ;

5° Lui procurer l'aide nécessaire et en faire le contrôle par le Fichier Central.

6° Là où un service de visiteuses existe (14e et 19e) remettre le nom et l'adresse des femmes enceintes aux visiteuses de ces sections avec les instructions nécessaires. Les enquêtes sur les conditions de vie et de logement doivent être envoyées à l'hôpital.

7° Dans les autres arrondissements, faire les visites nécessaires dans le plus grand nombre de cas possible. Suivre spécialement les cas importants.

8° Coopérer avec les œuvres existantes.

II. — *Assistance sociale dans l'hôpital.* — 1° Visite dans les salles. Se tenir au contact avec toutes les accouchées et leur donner l'aide sociale qui leur est nécessaire pour qu'elles puissent s'adapter à leurs nouveaux problèmes de vie.

Aider celles qui vont sortir et s'assurer que les conditions d'hygiène, de logement, etc., sont aussi bonnes que possible. Suivre les sortantes, les aider à reprendre une vie normale et saine, s'assurer qu'elles amènent leur bébé à la consultation des nourrissons.

2° Organiser des causeries pratiques pour les futures mères, clientes des consultations ou admises dans les dortoirs d'expectantes.

Comment doit se vêtir une femme enceinte. Comment préparer la layette du bébé. Démonstrations pratiques des soins à donner aux nouveau-nés. Leçons pratiques d'hygiène personnelle. Comment améliorer l'hygiène du logement, etc.

Il suffit de cette lecture pour juger de la nécessité de multiplier ces services sociaux dont on devrait doter méthodiquement tous les hôpitaux et tous les établissements d'assistance. Dans une administration bien organisée, ces services sociaux devraient faire partie du fonctionnement normal des établissements, et non être abandonnés à la bonne volonté et au dévouement de l'initiative privée qui peuvent faire défaut un jour ou l'autre. La générosité volontaire pourrait s'affirmer dans mille œuvres annexes qui apporteraient leur concours efficace au service social (placement des enfants ou des convalescents à la campagne, bureaux de placements, habitations hygiéniques à bon marché, vestiaires, économats pour vente à bon marché de produits diététiques, etc., etc.).

***

Pour conclure, constatons encore une fois, que ce fut l'initiative privée de Mme Nageotte-Willebouchéwitch qui a introduit un progrès dans nos établissements d'assistance.

C'est d'ailleurs la règle dans notre pays où les administrations indifférentes sont inhabiles à innover. Rappelons, comme exemples, qu'il fallut l'initiative du Dr Parant pour faire organiser à Paris un service médical de nuit : que pour doter notre capitale d'ambulances municipales, il fallut encore l'initiative du Dr Nachtel, revenant de New-York en 1880 et qui créa d'abord une œuvre privée ; que cette création fut, en 1890, réalisée à Bordeaux grâce à l'initiative privée de notre distingué confrère le Dr Mauriac.

Enfin, si Paris et nos grandes villes sont jamais pourvues de services de prompts secours en cas d'accidents (tout finit par arriver), ce sera parce qu'un jour un conseiller municipal ou un administrateur en mal d'innovations, découvrira dans quelque coin poussiéreux de bibliothèque le rapport que notre confrère, Marcel Baudouin, rédigea sur ce sujet, il y a un quart de siècle, en revenant de l'Exposition de Chicago (1). Ceci n'empêchera pas les orateurs patentés de la Philanthropie de proclamer que nous marchons toujours à l'avant-garde du progrès.

J. NOIR.

(1) Les personnes qui veulent s'intéresser à l'Œuvre, peuvent s'adresser à Mme Georges Getting, 3, avenue Bugeaud, Paris, 16e, ou envoyer les souscriptions au trésorier M. J. Bruneton, 58, rue de la Chaussée-d'Antin, à Paris.

(1) Rappelons, à ce propos, la tentative intéressante de notre confrère, le Dr Pamart, de Paris, que les évènements de ces dernières années ne lui permirent pas de réaliser.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Saint-Antoine : M. le professeur LEJARS.

Les sphincters naturels et les « stomies » chirurgicales.

La question des sphincters naturels de l'organisme est, pour l'anatomiste, un sujet d'étude des plus intéressants. En pathologie, d'autre part, ces sphincters jouent un grand rôle et le chirurgien est souvent appelé, lorsqu'ils sont lésés, à intervenir et à créer des bouches artificielles, des stomies chirurgicales.

Considérons, successivement, les divers orifices sphinctériens naturels. Ils sont nombreux, les uns superficiels, d'autres profonds. Celui qui se présente le premier à notre examen est l'orifice buccal, formé par les lèvres. Les lèvres sont constituées par un revêtement cutanéo-muqueux recouvrant une couche musculaire. Disons-le de suite, c'est là, la structure générale de toutes les bouches sphinctériennes de l'organisme. Ces sphincters comportent toujours une couverture cutanée ou muqueuse et un groupement sous-jacent de fibres musculaires destinées à maintenir fermé l'orifice. Ces orifices, en effet, ont pour fonction de rester clos, d'être continents et de ne s'ouvrir qu'à certains moments pour laisser passer des substances diverses, aliments, liquide gastrique, urine, etc.

Dans les cas pathologiques, lorsque la bordure cutanéo-muqueuse est détruite, par un ulcère, un néoplasme par exemple, l'orifice perd sa forme et n'est plus régulier : il cesse alors, pour raison mécanique, d'être continent. Lorsque les muscles qui entrent dans la charpente du sphincter sont paralysés, l'incontinence apparaît également : pour l'orifice buccal, les lèvres deviennent tombantes, la salive s'écoule en permanence au dehors. Il est un autre processus morbide qui peut troubler les fonctions normales de ces orifices : ce sont les spasmes, dont je vous parlerai tout à l'heure.

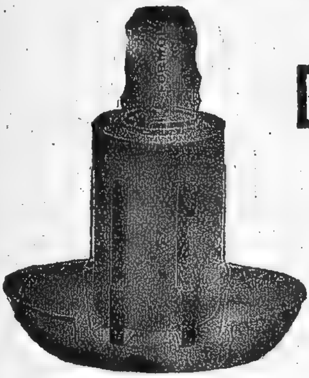
Si nous allons plus profondément, après la bouche, nous trouvons l'orifice pharyngien, avec sa muqueuse de revêtement, son plan musculaire formé par les piliers du voile palatin et le voile lui-même. En descendant encore, nous arrivons aux orifices du larynx, au nombre de deux, l'un supérieur, formé par les replis aryténo-épiglottiques, l'autre inférieur, la glotte, constituée par deux lèvres musculaires revêtues de muqueuse, et chargées d'empêcher le passage des corps étrangers dans les voies respiratoires inférieures. Vous savez que cet orifice glottique peut quelquefois se sténoser, se fermer, et nécessiter une intervention, la formation d'une bouche trachéale artificielle, par trachéotomie.

Tout à fait en bas, du côté des orifices déclives, nous avons à considérer l'anus, l'urèthre et la vulve.

L'anus est le type de cette constitution des orifices sphinctériens que j'ai déjà indiquée. Il comporte une muqueuse en continuité avec la peau ambiante. Au-dessous de la couverture cutanéo-muqueuse, existe une virole musculaire formée de deux muscles : le sphincter interne, d'abord, muscle lisse qui entoure complètement l'ouverture anale, et le sphincter externe, muscle strié. Quand on cherche à pénétrer dans l'anus, par le toucher digital en particulier, le doigt se trouve serré par ces muscles en contraction. A l'état normal, les sphincters de l'anus sont en état de tonicité, de contraction permanente, ce qui rend cet orifice continent. Supposons une paralysie des muscles en question, consécutive à une affection médullaire, je suppose : vous aurez un écoulement incessant des matières fécales au dehors, une incontinence fécale. Si le canal anal est lésé par une ulcération, une cicatrice, il se trouve rétréci, et il s'ensuit une gêne à l'expulsion des fèces.

L'urèthre présente, au niveau de sa terminaison libre, un méat en forme de fente verticale. Mais, ce méat uréthral ne constitue qu'un faible élément de la continence urinaire. La continence, la barrière à l'écoulement de l'urine, siège tout le long du canal, et est due aux muscles épais entourant la région membraneuse, aux fibres musculaires de la région spongieuse, à l'orifice postérieur de l'urèthre, étroit et entouré de muscle. C'est un des canaux naturels les mieux protégés contre l'incontinence. Malgré cela, l'incontinence urinaire n'est pas rare. Chez la femme, l'urèthre étant plus court, la continence est principalement assurée par le sphincter du col vésical : c'est une des raisons pour lesquelles l'incontinence d'urine fonctionnelle est plus fréquente dans le sexe féminin. Mais, là encore, en définitive, nous retrouvons la même structure : muqueuse et plans musculaires sous-jacents.

L'ouverture vaginale, bordée en avant par l'hymen, offre également une muqueuse recouvrant du tissu musculaire lisse, et, en outre, des fibres striées de certains muscles du périnée qui descendent sur les côtés du vagin. Cet orifice peut présenter une certaine occlusion qui n'a pas besoin, d'ailleurs, d'être très considérable.



Tous ces orifices naturels sont susceptibles d'être oblitérés ou rétrécis congénitalement. La fermeture congénitale de l'anus ne permet pas la vie, si l'intervention chirurgicale ne vient pas la corriger immédiatement. Lorsqu'il y a imperforation du vagin, que l'orifice vaginal est fermé, rien ne se produit jusqu'à la puberté. A ce moment, les règles apparaissent et le vagin les retient en formant une poche sanguine qui porte le nom d'hémato-colpos. Le sang peut encore fuser dans les trompes.

Voilà pour les orifices extérieurs. Ce sont, en résumé, des orifices d'une certaine étroitesse, froncés, constitués anatomiquement par une couverture cutanéo-muqueuse et par un plan musculaire sous-jacent, entourant l'orifice à la façon d'une virole et destiné à clore l'ouverture. Si la fermeture est déficiente, l'orifice cesse d'être continent, pour devenir incontinent.

A l'intérieur, nous trouvons la même chose. Il existe tout le long du tube digestif, une série d'orifices sphinctériens. Le cardia, d'abord, à la jonction de l'estomac et de l'œsophage. C'est un orifice froncé, étroit, recouvert de muqueuse et doublé d'un muscle. Ce muscle est susceptible de se contracter, de se contracturer et le malade, sans autre obstacle, cesse de pouvoir avaler.

Le spasme est un premier mode d'occlusion des orifices sphinctériens. On l'observe assez communément au niveau du cardia. Vous verrez souvent de ces malades qui ne peuvent avaler, même une goutte de liquide. Vous les cathétérisez avec une grosse sonde et cette sonde passe. Les cathétérismes dilatateurs joints à une médication anti-spasmodique générale constituent d'ailleurs le traitement des dits spasmes.

Ces spasmes peuvent se produire au niveau de tous les orifices naturels, à l'anus (spasmes de la fissure anale), au vagin (vaginisme), à l'urèthre, au cardia, etc.

Descendant encore les voies digestives, nous arrivons au pylore, orifice étroit, infundibuliforme — étroit par la contraction du sphincter pylorique, que constituent des fibres lisses épaissies de l'estomac. Au cours de la digestion, le pylore reste fermé. Lorsque la digestion gastrique est assez avancée, il s'ouvre par intermittence pour laisser passer le liquide gastrique. Donc, au pylore également, une muqueuse et une couche musculaire formant anneau. Souvent, le pylore est rétréci, à la suite d'une ulcération, d'une cicatrice.

Dans le duodénum, s'ouvre le canal cholédoque par un orifice constitué de la même façon. Vient après, le canal pancréatique. Partout où s'ouvre dans l'intestin un autre organe, il y a au moins la trace de cette architecture organique, c'est-à-dire une muqueuse et une couche musculaire sphinctérienne sous-jacente. Plus bas, l'iléon se jette dans le gros intestin. L'orifice de communication a une disposition spéciale en valvules, avec, autour, une formation sphinctérienne. Les valvules sont tournées du côté du gros intestin pour empêcher le reflux vers l'intestin grêle : ce reflux se voit dans les paralysies intestinales qui lèsent le sphincter. Les valvules en question sont les valvules de Bauhin ou des Apothicaires, ainsi nommées parce qu'elles arrêtent les grands lavements, les empêchent de pénétrer dans l'intestin grêle. Voilà un autre type d'orifice sphinctérien, par valvules, muqueux et musculeux.

Vient ensuite l'appendice. Il ne faut pas le croire en communication inerte avec le cæcum. Autour de l'orifice de séparation, existe un rudiment de sphincter. A l'état normal, l'appendice ne doit pas renfermer de débris stercoraux.

La même chose se produit ainsi partout. Vous trouverez en miniature, en beaucoup d'autres points, des orifices sphinctériens analogues. C'est là de l'anatomie vivante, intéressante pour la pratique journalière. Dans l'utérus, il y a les orifices des trompes qui semblent bien empêcher tout reflux, normalement, et les orifices, interne et externe, du col utérin. De même, dans le système urinaire, du côté des uretères, du col vésical.

Ces données générales sont importantes en chirurgie. Lorsque l'on veut faire un orifice artificiel, il faut chercher à l'obtenir aussi semblable que possible aux « bouches » naturelles. Lorsque le chirurgien cherche à pratiquer une stoma, il doit s'inspirer de l'anatomie normale, faire une couverture muqueuse, un plan musculaire, un sphincter. Ces vues générales servent aussi de bases aux indications thérapeutiques.

Vous avez un orifice fermé. Prenons le cardia, par exemple. Il peut être occlus par spasme, par corps étrangers, par cicatrice, par néoplasme. De même, le pylore, de même le cæcum au niveau des valvules de Bauhin, où l'obstruction par cancer et corps étranger est plus fréquente, cependant, que le spasme.

Il peut se faire que nous puissions dilater cette sténose, enlever le corps étranger, le néoplasme. Mais si on résèque l'orifice naturel, il devient nécessaire d'en refaire un autre. Admettez aussi qu'il soit impossible d'agir sur la cause de l'occlusion, que l'oblitération soit définitive. On doit, alors, trouver un moyen pour que les organes continuent à fonctionner. Supposez une occlusion de la glotte : on y remédiera par un orifice artificiel au-dessous, une trachéotomie. Supposez une sténose du cardia. Aucun aliment ne passe par le cardia. On pratiquera un orifice au-dessous également, une bouche stomacale, une gastrostomie. Si vous avez une occlusion du rectum ou de la fin du gros intestin, les matières fécales ne passent plus, l'abdomen se dilate, et il se produit de l'infection par résorption. Vous allez faire, pour

y remédier, un orifice au-dessus, une colostomie ou entérostomie. Ce sera la même chose chez l'individu qui ne peut plus uriner. L'urèthre est sténosé, les sondes ne passent plus. Il faut bien en sortir, sinon l'urine va s'accumuler dans la vessie, qui se dilatera et pourra se rompre. Ces ruptures de la vessie sont, il est vrai, des plus rares. J'en ai observé un seul exemple dans ma carrière. Mais, des accidents graves, du côté des reins en particulier, sont à redouter. Vous ponctionnerez la vessie et si l'obstacle uréthral est définitif, vous ferez une ouverture à la vessie, une cystostomie. Supposez une oblitération de l'uretère. L'urine s'accumule dans le rein, qui cesse de fonctionner. Vous êtes conduits à la « bouche » rénale, la néphrostomie.

Les stomies se pratiquent un peu partout. On ne les ouvre pas toujours à la peau. Ainsi, dans une sténose du pylore, ce serait un non-sens de pratiquer une duodénostomie, qui supprimerait l'estomac au point de vue digestif. Il faut recourir à une gastro-entérostomie, faire une bouche reliant l'estomac à l'intestin, qui permettra au liquide de digestion gastrique de passer dans le tube intestinal sans franchir le pylore. On peut pratiquer également une entéro-anastomose entre deux anses intestinales voisines. Ce sont là encore des stomies.

Tous ces orifices doivent se faire suivant le mode des orifices naturels. Il arrive que beaucoup de nos orifices de stomies chirurgicales sont incontinents ou sont continents pour un temps court. Une bouche de gastrostomie, si elle n'est pas continente, laisse échapper du liquide sur la peau, qui s'irrite. Pour les orifices profonds, de gastroentérostomie par exemple, les mêmes desiderata sont à réaliser autant que possible. Si l'orifice est trop large, tout passe ; s'il est trop étroit, il ne suffit plus, et il se rétrécit encore d'ailleurs. Pour faire des orifices continents, il faut tâcher de les faire relativement petits et s'efforcer de les recouvrir parfaitement de muqueuse. Si la muqueuse n'est pas satisfaisante, il s'ensuit des érosions de cette muqueuse et de la rétraction cicatricielle. On doit s'efforcer en troisième lieu, de reconstituer le fameux sphincter des bouches naturelles. La grosse affaire est la bonne musculature et nous arrivons difficilement à obtenir une stomie aussi satisfaisante que les sphincters de la nature. Il convient de toujours s'inspirer de ces derniers, en matière de stomies chirurgicales.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année* 1919 *au trésorier* Dr *Gassot à Chevilly (Loiret).

PÉDIATRIE

Varicelle et scarlatine coexistantes.

La coexistence de deux fièvres éruptives fait l'objet, de la part des auteurs, d'une mention tellement insignifiante et brève qu'il semble que cet évènement ne présente, à leurs yeux, qu'un intérêt tout à fait secondaire.

Ils paraissent surtout préoccupés de mettre le lecteur en garde contre la confusion qui pourrait être faite, au cours d'une fivère éruptive individualisée, entre l'apparition d'une autre fièvre éruptive de nature différente, et certains érythèmes qualifiés de *rash*, celle-là étant prise à tort pour ceux-ci.

Dans le *Traité de médecine de Charcot et Bouchard*, nous lisons en effet : « La coexistenc des fièvres éruptives est démontrée.

« Toutefois, il a y lieu d'éviter en cette matière « l'erreur commise bien des fois, qui consiste « à prendre pour signe d'une autre infection « les éruptions fugaces, les rash qui précèdent « la variole et la varicelle. (1)

Or, je viens d'avoir l'occasion d'observer une épidémie familiale, pour ainsi dire simultanée, de varicelle et de scarlatine ayant frappé quatre enfants, — frères et sœurs —, et dont le premier cas, caractérisé par l'apparition d'une scarlatine au cours d'une varicelle, ainsi que la suite des faits l'a démontré, s'est présenté dans des conditions telles qu'il n'était pas possible de ne pas tenir compte de la mise en garde rapportée ci-dessus, et de ne pas prendre pour uu rash pré-éruptif, une éruption véritablement scarlatineuse.

Avant d'exposer ce cas,et ceux qui ont suivi, je crois bon de rapporter ici comment s'expriment encore les auteurs, au sujet des rash de la varicelle, et des fièvres éruptives coexistantes.

« Quand l'invasion est bruyante, lisons-nous dans le *Traité des Maladies de l'Enfance de Grancher, Comby et Marfan* « on peut penser à « la variole, surtout si l'enfant n'a pas été « vacciné ; *on devrait y penser encore si l'on « voyait apparaître ces rash scarlatiniformes ou « morbilliformes observés dans une dizaine de cas « par différents auteurs, avant ou pendant la « sortie des vésicules...*

« *Les rash de la varicelle peuvent précéder les « poussées vésiculeuses ou leur succéder... Avec « le rash, la fièvre se rallume, mais à titre éphé- « mère, et le cours de la maladie se poursuit...*

« L'éruption de la varicelle peut être modifiée « par l'intervention d'une autre fièvre éruptive.

(1) Traité de médecine de Charcot et Bouchard, t. II, p. 39.

« J'ai vu, chez un enfant, l'intervention d'une « rougeole amener pour ainsi dire la suspension « de l'éruption varicelleuse, la retarder, accroître « sa durée dans des proportions inusitées. (1) »

« Il faut signaler l'apparition d'un rash scar- « latiniforme qui se montre dans les quelques « heures qui précèdent l'éruption et disparaît « quand elle se manifeste, qui peut survenir « aussi du deuxième au troisième jour de l'érup- « tion ; il est peu coloré, et l'on ne constate « avec lui aucune trace d'angine, ce qui permet « d'éliminer la scarlatine, dans les cas où il s'y « joint une fièvre intense...

« Comme toute autre fièvre éruptive, la vari- « celle atteint à quelque degré les muqueuses. « Mais l'énanthème est si bénin qu'il passe le « plus souvent inaperçu ; les vésicules qui le « caractérisent se développent tantôt dans la « bouche et le pharynx... Rapidement crevées, « elles se présentent sous la forme d'érosions « très rouges, granuleuses, entourées d'un très « léger gonflement et d'une zone rouge vio- « lacée. (2). »

Ainsi, le rash scarlatiniforme de la varicelle ne s'accompagne pas d'angine. Mais la varicelle localise son éruption sur la muqueuse bucco-pharyngée, de telle sorte que l'examen de la gorge ne manquera pas de révéler un état inflammatoire où il peut être fort embarrassant de faire la part de ce qui lui revient, et celle de ce qui reviendrait à une scarlatine éventuelle.

Dans leur *Manuel pratique des Maladies de l'Enfance*, d'Espine et Picot de leur côté, s'expriment ainsi : « La Varicelle ne présente pres- « que pas de complications. Mentionnons plutôt « à titre de phénomènes accessoire l'apparition, « au début de la maladie, d'un *rash scarlatini-* « *forme* analogue à celui qui a été observé dans « la variole ; ce rash précède de quelques heures « l'éruption habituelle de la varicelle pour dis- « paraître au moment où se montre celle-ci ou « persister encore quelque temps à côté d'elle ; « il peut s'accompagner d'une fièvre assez « vive. (3) »

Les mêmes auteurs formulent ailleurs l'opinion suivante : « La Scarlatine peut se compliquer... « de varicelle. Dans ces cas de coexistence de « fièvres éruptives, d'après Bez, l'exanthème « scarlatiniforme, bien que se montrant le pre- « mier, est en fait une affection incidente secon- « daire. Les périodes d'incubation et d'invasion « de la varicelle étant beaucoup plus longues « que celles de la scarlatine, il en résulte que « l'éruption scarlatineuse a déjà disparu lors- « qu'apparaît l'autre éruption. »

La doctrine étant ainsi établie par les auteurs, j'expose maintenant les faits que j'ai observés personnellement.

1re Observation. — *Roger B...*, âgé de 10 ans, est habituellement bien portant. On note, dans ses antécédents personnels, une coqueluche compliquée de broncho-pneumonie sévère en 1913. En outre, il est de tempérament lymphatique et réagit violemment aux moindres atteintes morbides : sa température s'élève facilement aux environs de 40°.

Il a été vacciné avec succès au moment de sa naissance, et revacciné sans succès en 1918.

Je le vois pour la première fois le dimanche 19 octobre. Il se plaint d'un léger mal de tête et de fatigue générale, Il est apyrétique et n'offre aucun signe objectif d'une affection quelconque. En dépit des malaises qu'il ressent, il continue à fréquenter le Lycée jusqu'au jeudi 23. Ce jour là, il s'alite avec une fièvre intense : 39° 9 (t. axill.).

Je le revois le lendemain, 24, à 6 h. 1/2 du soir. La température le matin était de 38° 7. Le soir, elle est de 39° 8.

Il souffre de céphalée et de fatigue générale, mais il n'a pas eu de vomissements. En le découvrant pour l'examiner, je constate qu'il porte, sur la face antérieure du tronc, quelques éléments éruptifs caractérisés par des bullettes ombiliquées de la grosseur d'un petit grain de chenevis, à peine entourées d'une légère aréole rouge.

J'apprends que le matin du même jour, aucune éruption n'existait encore, mais que, vers 11 heures, on avait noté une coloration rouge vif de la peau de la face antérieure du thorax.

La gorge est rouge, sans que la déglutition s'en trouve gênée. La langue est fortement saburrale.

Les urines sont foncées et peu abondantes, mais ne contiennent pas d'albumine.

Rien à signaler dans les autres organes et appareils.

Je conclus à une varicelle avec forte réaction fébrile, et je prescris, en même temps que la diète liquide et les lavages fréquents de la bouche et de la gorge, une potion avec 3 grammes d'acétate d'ammoniaque.

L'enfant est isolé dans une chambre où ne pénètre que sa mère, qui revêt chaque fois une blouse préparée en permanence près de la porte.

Le 25, température du matin : 38° 3 ; du soir : 39°5.

Le 26, température du matin : 38° ; du soir : 39° 5. Les éléments éruptifs constatés le 24 sont déjà affaissés et croûteux, mais d'autres ont apparu, plus abondants, disséminés sur tout le tégument, et envahissant le cuir chevelu. En même temps, l'enanthème bucco-pharyngé s'est caractérisé par un fonds rouge vif, sur lequel se détachent des vésicules d'âge différent, dont les plus anciennes sont remplacées par de petites exulcérations.

Le 27, température du matin : 38° 2 ; tempéra-

(1) Traité des maladies de l'enfance, t. I, pp. 256, 257, 262.

(2) Traité de Médecine, t. II, pp. 162, 163.

(3) Manuel des Maladies de l'enfance, p, 131, pp. 7 et 58.

ture du soir : 39° 9. A cette poussée thermique correspond une éruption scarlatiniforme éphémère qui intéresse tout le tronc, et qui me semble un rash classique d'autant mieux que le lendemain 28, une nouvelle éruption varicelleuse se produit avec des éléments ombiliqués, du volume d'une lentille, rappelant l'aspect de la pustule variolique. Ils sont disséminés sur le front, dans le dos, sur les membres. Ils s'accompagnent d'un violent prurit.

La température le 28 est de 37°1 le matin et de 38°4 le soir. Létat général demeure satisfaisant. L'enfant demande à manger. Les urines, systématiquement examinées chaque jour, n'ont jamais renfermé d'albumine.

Le 29, température du matin : 37°1 ; du soir : 38°3. Le petit malade se plaint de souffrir de certaines articulations. Je constate un peu de gonflement du poignet droit, dont les mauvements spontanés et provoqués sont douloureux.

Le 30, température du matin : 37° 8 ; du soir : 38°. Le gonflement a augmenté, Il intéresse les articulations des doigts de la main droite et les articulations tibio-tarsiennes des deux côtés.

Le 31, température du matin : 36° 8 ; du soir : 36° 6. Le gonflement articulaire a disparu en même temps que les douleurs. L'enfant a faim. La langue s'est nettoyée ; elle n'offre aucun aspect particulier.

La température est, depuis lors, demeurée normale. Cependant, les derniers éléments éruptifs se sont recouverts de croûtes rupiacées dont certaines ont la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Des applications de pâte de zinc sont prescrites, en même temps qu'un traitement tonique général. L'enfant est considéré comme convalescent. Pour plus de sûreté, il gardera la chambre et sera isolé encore pendant quelques jours.

A ce moment, le diagnostic de varicelle bruyante, ayant procédé par poussées successives, dont deux d'entre elles précédées d'un rash scarlatiniforme, ne semble pas douteux. L'enanthème bucco-pharyngée avait des caractères tels que son apparentement avec l'éruption externe ne pouvait faire aucun doute, ni prêter à équivoque.

Sans doute, le pseudo-rhumatisme articulaire constaté au déclin de la maladie aurait-il pu évoquer l'hypothèse d'une scarlatine intercurrente. Il pouvait être aussi bien la manifestation d'une localisation infectieuse sur les jointures, en rapport avec une varicelle d'allure sévère.

Bien que fixé sur la nature de la fièvre éruptive à l'évolution de lequelle j'assistais chaque jour et plusieurs fois par jour, je n'en ai pas moins proposé de soumettre tous les membres de la famille de Roger B. à la revaccination jennérienne.

J'insiste sur ces détails, dont la suite des évènements démontrera l'importance.

2me Observation. — *Odette B.*, 6 ans, sœur du précédent, est de bonne santé habituelle. D'aspect général plutôt fluet, elle ne présente à noter, dans ses antécédents, qu'une poussée d'érythème polymorphe fugace, au cours de l'été 1919.

Dès le début de la maladie de son frère, elle a été avec sa sœur aînée isolée dans une famille amie, éloignée du foyer de contagion. Je l'ai revaccinée le 31 octobre, avec succès certain.

Le soir du 6 novembre, elle se plaint de démangeaisons qu'elle attribue à des morsures de puce. Le 7 au matin, je l'examine et la trouve couverte d'une éruption varicelleuse typique, dont les éléments sont déjà affaissés et croûteux. Sa température rectale n'est que de 37° 2 ; son état général excellent, son appétit conservé.

En présence de cette situation, on décide de la ramener dans sa famille, ainsi que sa sœur, dont elle n'a cessé de partager le lit.

L'éruption varicelleuse paraît devoir demeurer discrète et évoluer sans complications, lorsque, le 10, sa température rectale monte à 40°. Elle se plaint en même temps de la gorge, qui est rouge vif, tandis que les ganglions cervicaux sont un peu engorgés et douloureux. On constate, en l'examinant l'apparition d'une éruption scarlatineuse.

Le 11, température du matin : 40°1 ; du soir : 40°2. L'éruption s'est accusée et caractérisée ; les amygdales sont recouvertes d'un enduit pultacé épais.

A ce moment, j'examine attentivement Roger, convalescent, et je m'aperçois qu'il desquame, sous forme de poussière furfuracée, au niveau du bas-ventre et des membres inférieurs.

Ma religion est alors éclairée. Le fameux rash scarlatiniforme précédent une poussée varicelleuse, que j'ai noté dans mon observation, n'était autre qu'une scarlatine intercurrente, origine de l'épidémie qui a sévi sur toute la famille.

Je reviens à la petite Odette. Le 12, température du matin : 39° ; du soir : 40° 3. L'enduit amygdalien a des apparences pseudo-membraneuses. On le traitera par des lavages fréquents de la gorge à l'eau alcaline et des instillations nasales. La scarlatine suit son cours,

Pour ma tranquillité personnelle, j'appelle en consultation le Dr Magdelaine, qui confirme purement et simplement le double diagnostic que j'ai porté.

Le 13, temp. du matin : 38°1 ; du soir : 39°9.
Le 14, temp. du matin : 38° ; du soir : 38°8.
Le 15, temp. du matin : 37°1 ; du soir : 37°2.

L'éruption a complètement disparu ; la gorge est redevenue normale. La langue s'est dépouillée et a pris l'aspect framboisé caractéristique.

A partir du 16, la température demeure normale. Elle ne dépassera plus 37° le soir.

L'enfant est très gaie. On commence à l'alimenter prudemment. Sa desquamatioû s'est faite sans incident. Ses urines n'ont jamais contenu d'albumine.

A l'heure où j'écris ces lignes, elle est complètement guérie et a repris sa vie normale.

3me Observation. — *Pierre B.*, 2 ans 1/2, a été vacciné à sa naissance avec succès. Je l'ai revacciné, également avec succès, le 31 octobre. Il n'a jamais été malade. Il est resté dans le voisinage de son frère Roger.

Le 9 novembre, sa mère constate qu'il présente une fluxion prurigineuse de tout le tégument, avec gonflement des extrémités, vomissements et fièvre. Sa température rectale est de 39° 3. Au moment où je le vois, l'éruption considérée alors comme de l'urticaire provoqué par un œuf douteux, est presque éteinte, mais elle a laissé un prurit intense. En même temps, apparaissent quelques éléments discrets de varicelle, au coin de la bouche, sur le ventre, sur les fesses. Le 10, la température rectale est de 38° 5 le matin, et de 39° le soir ; l'enfant est grognon ; sa gorge est un peu rouge. La varicelle ne semble pas vouloir s'étendre.

Le 11 en effet, le maximum thermique de la journée est de 38°. Le 12, de 37°3. A partir de ce jour, l'enfant reprend son existence normale. Il desquamera cependant légèrement. Mais, le 23 novembre, c'est-à-dire quatorze jours après la première éruption varicelleuse, il présente une ascension thermique de 39°, en même temps qu'une nouvelle poussée de varicelle sur le ventre, sur le dos et surtout sur les fesses. Cette éruption évolue en quatre jours, sans incident.

En ce qui concerne Pierre B., c'est donc à tort que j'avais pensé à un urticaire d'origine digestive. Il s'agissait en réalité d'une éruption fugace de scarlatine, sur laquelle s'est superposée une éruption de varicelle, qui a présenté cette particularité de se faire en deux fois, à intervalle de deux semaines.

Les urines n'ont jamais renfermé d'albumine. L'enfant est complètement guéri.

4° Observation. — *Simone B.*, 12 ans, est habituellement bien portante. Cependant, en juin 1919, elle a été atteinte d'un état infectieux généralisé, provenant d'une rhino-pharyngite d'origine vraisemblablement grippale, état pour lequel M. le Dr Comby a bien voulu la voir avec moi, et qui a été assez profond pour toucher le rein. Elle a conservé en effet, de cette atteinte morbide, une albuminurie intermittente, légère, compatible d'ailleurs avec une bonne santé apparente.

Vaccinée à sa naissance, elle a été revaccinée sans succès par moi en même temps que sa sœur Odette.

Celle-ci ayant été atteinte de varicelle, ainsi que je l'ai exposé dans la deuxième observation, les deux sœurs ont été ramenées dans leur famille le 7 novembre.

Le 9, Simone est prise de fièvre, de courbature et de vomissements et présente les premières manifestations d'une fièvre éruptive, qui sera reconnue pour une scarlatine le 10, quand le groupement de tous les faits cliniques relevés chez le frère primitivement atteint aura éclairci la siutation et précisé le double diagnostic. Sa gorge est rouge, ses ganglions cervicaux et sous-maxillaires un peu engorgés. Sa température axillaire est de 38°3.

Le 10, maximum thermique de la journée : 39°1. L'éruption notée d'abord aux aines et sur les flancs, s'est généralisée. La gorge est rouge vif. L'état général demeure satisfaisant.

Le 11, le diagnostic ne fait plus l'ombre d'un doute. Température du matin : 39° ; du soir : 39°.

Le 12, temp. du matin : 37° 6 ; du soir : 38°.

Le 13, temp. du matin : 37°5 ; du soir : 39°9.

Le 14, temp. du matin : 37°5 ; du soir : 37°5.

L'affection a suivi son cours normal. L'éruption s'éteint. La langue a pris l'aspect framboisé caractéristique.

A partir du 15, l'apyrexie est définitive.

Le 16, les urines qui jusque là n'avaient pas contenu d'albumine, en renferment 0,25.

Jusqu'au 19, rien à signaler. Ce jour-là, apparaît une éruption de varicelle qui s'accentue les jours suivants et devient cohérente, avec des éléments d'âge différents, mais volumineux et très prurigineux

Le 20, temp. du matin : 38°4 ; du soir : 39°7.

Le 21, temp. du matin : 37°9 ; du soir : 39°6.

Le 22, temp. du matin : 37°5 ; du soir 38°9.

Le 23, temp. du matin : 37°2 ; du soir : 37°.

L'apyrexie est, à dater de ce jour, définitive. Les 26, 27, 28 et 29, les urines renferment 0,50 d'albumine ; le 30, 0,25. Le 5 décembre, l'analyse en révèle des traces. Depuis, les recherches faites régulièrement n'en ont pas montré. L'enfant a commencé de se lever le 30 novembre, et actuellement, elle est complètement guérie et a repris ses cours au Lycée.

A noter que les vésicules de varicelle ont laissé sur le front et en certains points du corps, des cicatrices infundibuliformes analogues aux « marques » de la variole.

5e Observation. — La mère de ces enfants, Mme *Madeleine B.*, âgée de 37 ans, habituellement bien portante, a soigné seule le premier malade, Roger.

Le 8 novembre, elle s'est trouvée très fatiguée, frissonnante, avec une angine pultacée marquée. Mais, pour ne pas être tentée de s'arrêter et de cesser de s'occuper de ses enfants, elle a volontairement omis de prendre sa température.

Cependant le 11, elle n'a pas pu se lever, étant atteinte de gonflement douloureux des gaines synoviales des extenseurs, au niveau des poignets. Cet état a duré 48 heures. Quelques jours plus tard, elle commençait à desquamer d'une façon discrète, au niveau des membres inférieurs.

Sans aucun doute, elle a été atteinte d'une scarlatine fruste, dont l'éruption a été tellement discrète qu'elle est passée inaperçue.

Pour compléter l'historique de cette double épidémie familiale, je dois signaler que deux bonnes ont, de leur côté, été atteintes, l'une d'une angine simple qui s'est compliquée d'une otite, puis d'une mastoïdite ayant nécessité une trépanation de la mastoïde ; l'autre, d'un érysipèle de la face, qui a évolué bénignement en une semaine.

Peut-être ne s'agit-il là que d'une coïncidence. Peut-être aussi, pourrait-on voit une corrélation entre des infections de nature différente, mais conditionnées les unes et les autres par des germes au nombre desquels figurait, très certainement, le streptocoque.

Afin de tirer de ces faits l'enseignement qu'ils comportent, j'ai dressé le tableau synoptique suivant, où sont indiquées simplement les dates d'apparition des éruptions :

Mois et Dates	Roger	Odette	Madel.	Pierre	Simone
Oct. 24	Varicel.				
27	Scarlat. Varicel.				
Nov. 6	....	Varicel.			
8	....	....	Scarlat.		
9	....	....	....	Scarlat. Varicel	Scarlat.
10	....	Scarlat.			
19	....	....	....	....	Varicel.

Le cas initial, celui qui a été le point de départ de cette double épidémie, est caractérisé par la superposition de la scarlatine à la varicelle.

La fugacité de l'éruption scarlatineuse, à laquelle succède une nouvelle poussée de volumineux éléments varicelleux, pouvait parfaitement en imposer pour un rash scarlatiniforme, tel qu'il est décrit por les auteurs. L'angine elle-même, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, était manifestement varicelleuse, et ne pouvait faire songer à une origine scarlatineuse.

D'autre part, la varicelle s'est montrée la première. Or, comme le disent d'Espine et Picot, l'incubation de la scarlatine étant beaucoup plus courte que celle de la varicelle, celle-ci n'apparaît que lorsque la première a déjà disparu.

Toutes les circonstances concordent donc pour justifier la première opinion que j'ai formulée. d'un rash scarlatiniforme, au cours d'une varicelle bruyante et hyperthermique.

Dans la troisième observation, par contre, s'il y a encore eu superposition d'une fièvre éruptive sur l'autre, c'est la scarlatine qui s'est manifestée tout d'abord, s'éteignant très rapidement pour faire placc à une varicelle, également discrète.

J'appelle l'attention sur ceite particularité que cette éruption scarlatineuse a été fortement prurigineuse. L'enfant portait, quand je l'ai vu, des traces accentuées d'un grattage énergique.

Le prurit, au cours de la scarlatine, est, au dire de Comby (1), un signe de bénignité. Et de fait, les deux affections ont évolué, chez cet enfant, sans le moindre incident, et d'une façon tellement silencieuse, qu'elles n'ont pas réclamé de soins particuliers, à côté de ceux que demandaient les sœurs de l'enfant, malades en même temps que lui.

Enfin, une autre particularité de la varicelle de Pierre est la seconde poussée éruptive qui a récidivé deux semaines après la première, coïncidant avec la période d'acmé de la varicelle de sa sœur Simone, dont j'ai décrit la forme cohérente et presque confluente de l'éruption.

Simone (*observation* 4) a également débuté par la scarlatine, et la varicelle ne s'est déclarée chez elle que onze jours après l'éclosion de la premiere éruption. Ici, la période d'incubation de la seconde fièvre éruptive a donc été particulièrement longue.

Odette (*observation* 2) par contre, a débuté par la varicelle, et n'a fait sa scarlatine que cinq jours après l'invasion insidieuse de celle-ci, et alors qu'elle avait pour ainsi dire disparu.

De tout cet ensemble de faits se dégagent les conclusions suivantes :

1° La preuve est établie une fois de plus de la nature distincte de la variole et de la varicelle puisque ces 4 enfants avaient été vaccinés avec succès et revaccinés, dont deux avee succès, quelques jours avant le début de leurs affections.

2° La varicelle et la scarlatine peuvent coexister, tantôt en se superposant l'une à l'autre, tantôt en se succédant, l'une ou l'autre débutant indifféremment.

3° *Au cours d'une varicelle, quelques bonnes raisons que l'on puisse invoquer en faveur d'un rash scarlatiniforme, on se comportera comme s'il s'agissait toujours d'une éruption scarlatineuse franche,* tant au point de vue des soins que de la prophylaxie et de la préservation de l'entourage.

Docteur G. DUCHESNE.

REVUE GÉNÉRALE

Une question par mois

Comment traiter les fistules osseuses ?

Fistules consécutives aux blessures de guerre, fistules consécutives à une ostéite ou à une ostéomyélite microbienne, peuvent et doivent être considérées comme radicalement différentes dans le traitement auquel on doit les soumettre.

Seules les fistules consécutives aux blessures de

(1) *Loc. cit.* p. 126.

guerre seront l'objet de cet essai de mise au point.

Nous ne donnerons pas ici toute la bibliographie des très nombreux mémoires qui ont été consacrés à cette question. Nous renverrons le lecteur qui voudrait se documenter au rapport de M. Auguste Broca où cet auteur, avec MM. Dupont, Blanchard, Dambrin et Montagard, donne à cette question tout le développement qu'il comportera.

La question des fistules ne s'est véritablement imposée au praticien que vers le 4e ou 5e mois de la guerre. Dès ce moment, les antiseptiques diffusibles (teinture d'iode éthérée, éther goménolé), les embaumements (Baume du Pérou, camphre, hypochlorite de chaux), étaient utilisés avec ou sans grattage. Des échecs répétés vinrent assombrir les espérances que l'on avait fondées sur cette méthode ; celle-ci eût dû s'en tenir à des cas particuliers et nettement définis : fistule récente, à trajet direct, à séquestre superficiel et de petit volume, mobile, venant d'être enlevé.

Puis, ce fut la période des grands lavages, à laquelle succéda bientôt le « Dakin ». A son actif, cette méthode enregistre de notables guérisons. Vous le savez : on a pratiqué le Dakin avec tous les liquides aseptiques et antiseptiques, sérums physiologiques, médicaments modificateurs.

D'aucuns ont admis que, seule, la valeur *mécanique* du procédé était à retenir, le microbe étant *balayé* par le courant continu de la solution.

Une fois encore, question d'espèces : on n'eût point dû généraliser.

Les malades furent, dès lors, opérés, réopérés, curetés, six, huit, quinze fois ! Nous avons signalé avec notre distingué confrère, M. le Dr Pascal, de Tarbes, un malade qui avait subi 23 interventions diverses pour la même fistule. Un autre blessé, signalé par M. le professeur Sellier, de Bordeaux, avait connu 27 fois les caresses du bistouri ou de la curette, — au moment où cet inspecteur thermal l'adressait à l'hôpital militaire de Barèges.

On se récrie !.... ils ont été mal opérés, insuffisamment opérés, par des médecins improvisés chirurgiens.

Sans doute, la chose est possible......

Parmi les chirurgiens de carrière, si tous étaient d'avis d'opérer, la technique différait... du simple au composé.

Chirurgie à ciel ouvert, larges évidements, avec pansements de bas en haut... Et les mois et les mois passaient sans se voir combler la fistule. On a proposé le moulage des cavités, leur plombage au moyen de pâtes, mélange de paraffine, de carbonate de bismuth et de baume du Pérou. On a proposé les autoplasties cartilagineuses, graisseuses, cutanées. On a essayé le procédé de l'os en volet, à charnière que Cazin, Le Fur, d'autres encore, appliquaient avec succès, aux pertes de substance de la boîte crânienne, le périoste se trouvant retourné et regardant la profondeur.

MM. Viguier et Auger se réservent de publier les résultats obtenus à Gourdon-Polignan, en appliquant cette méthode aux os longs, sorte d'ostéoplastie totale.

En faveur de la « longévité » de certaines fistules, on a invoqué aussi 1° la difficulté d'obtenir le repos ininterrompu au lit, pour les blessés du membre inférieur.

2° La volonté, formellement exprimée par certains d'entre eux, de ne point accepter une opération, devant l'insuccès de la longue série des précédentes.....

Avaient-ils tout à fait tort ?....

Et cependant, qui songerait à incriminer le chirurgien ? Jamais celui-ci ne s'est trouvé aux prises avec des difficultés aussi complexes et aussi nombreuses.

Il semble, cependant, c'est un médecin qui s'exprime ainsi, qu'il ne doive pas y avoir une *méthode unique*, pour traiter les fistules, mais des *méthodes particulières*, variant avec chaque catégorie de cas.

Ablation du séquestre, évidement large, ouverture de tous les clapiers, épluchage, et dès lors, affaissement et fixation des parties molles au contact de la surface osseuse, stérilisée et aseptisée : tel est le procédé de Broca développé par Bardon (1).

Mais on le devine : pour traiter ainsi une fistule, l'aseptiser, la stériliser, il faut un traitement préalable, et ce traitement (à notre avis, après quatre années d'examen de ces fistules, dans un hôpital, en grande partie, spécialisé), doit être dirigé autant vers l'état général que vers l'état local.

Les interminables séjours dans des hôpitaux multiples, le fait de la suppuration elle-même, ont anémié les malades. Leurs échanges urinaires sont incomplets, les rapports urologiques sont anormaux, leur tension artérielle, élevée chez les uns, est trop basse chez les autres.

Aussi, demanderons-nous que ces malades, maintes fois opérés, soient, avant toute nouvelle intervention, dirigés vers les stations thermales spécialisées. Si leur état général est franchement déficient, adressez-les aux stations chlorurées-sodiques : Salies-de-Béarn, Salins-Moutiers, etc.

Si leur état général est moins mauvais, envoyez-les aux stations sulfurées.

Parmi celles-ci, l'indication climatique et d'altitude sera précieuse à connaître, suivant l'état des organes : cœur et poumon. Tel pourra séjour-

(1) Etude sur le traitement des fistules osseuses consécutives aux blessures de guerre. Thèse de Paris 1919.

ner à Amélie-les-Bains (225 m.), ou à Luchon (630 m.), qui sera incommodé à Barèges (1.250 m.)

Tel autre, au contraire, pourra, d'emblée, supporter cette haute altitude et, parallèlement au traitement thermal spécialement agencé pour les blessures de guerre, suivra un traitement héliothérapique en grande montagne.

Encore une fois, question d'espèces.

Les chirurgiens ne peuvent davantage nier l'action des eaux minérales sur les fistules, parce que *toutes* les fistules que l'on a traitées aux eaux minérales n'ont point guéri à leur contact, — qu'ils ne peuvent nier leur action chirurgicale bienfaisante, parce qu'ils n'ont pas guéri toutes les fistules qu'ils ont opérées.

Il est des catégories de fistules qui doivent être dirigées vers les eaux minérales afin :

1° De préparer le malade à une opération dont son état général ne pourrait faire les frais ;

2° De *mobiliser* un séquestre que la radiographie montre profond, enclavé, et pour l'ablation duquel un trop vaste délabrement serait nécessaire.

3° De tarir un suintement séreux, consécutif à une opération de date récente.

L'état général est-il meilleur ? Le séquestre est-il mobilisé (souvent à tel point que des séquestres du volume d'une noisette ou d'une amande ont pu être saisis à la pince) ? La question se pose de savoir si l'opération aura lieu dans la station thermale ou dans une formation chirurgicale voisine.

Nous avons toujours demandé qu'un service chirurgical complet soit affecté à chacun des grands hôpitaux militaires thermaux spécialisés.

Plusieurs circulaires du Sous-Secrétariat d'Etat du Service de Santé en ont fixé le fonctionnement.

Nous le savons de source certaine, M. le médecin-inspecteur général Sieur étudie les moyens de faire rendre aux formations militaires thermales le maximum de résultats que l'on est en droit d'attendre d'elles.

Pour cela, utilisant les renseignements recueillis sur place, au cours de ses dernières inspections, M. l'inspecteur général Sieur « catégorise » les cas qui en sont justiciables, et limite, de façon aussi nette et aussi judicieuse que possible, les indications de chacune de ces stations.

L'acte opératoire conditionné par l'état général du malade peut donc — et dans bien des circonstances, doit — être précédé, accompagné, suivi d'un traitement hydro-minéral spécialisé.

De celui-ci, on a eu le tort de vouloir faire une panacée universelle.

Mais les résultats indéniables sont suffisamment nombreux et probants pour n'avoir aucune peine à reconnaître, en toute bonne foi, les insuccès quand ils se produisent.

Dr R. MOLINÉRY.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Hygiène hospitalière et grippe.

(M. LESAGE. — *Académie de médecine*).

M. Lesage présente une statistique de la mortalité des enfants soignés dans son service à l'hôpital Hérold pendant l'épidémie de grippe.

De cette statistique, l'auteur conclut d'abord — ainsi que M. Achard l'avait montré déjà — que le nourrisson n'est pas réfractaire à la grippe, contrairement à une opinion ayant eu cours. Il conclut, d'autre part, que, en matière d'hygiène hospitalière, l'isolement individuel des malades grippés est une mesure indispensable, si l'on veut obtenir des résultats prophylactiques sérieux.

Ligature de la carotide primitive dans l'exophtalmos traumatique.

(MM. DE LAPERSONNE et SENDRAL. — *Académie de médecine.*)

MM. de Lapersonne et Sendral ont observé et suivi, pendant plus de deux ans, deux malades dont l'histoire paraît bien établir que le seul traitement de l'exophtalmie, due aux lésions de gros vaisseaux provoquées par une fracture directe ou indirecte de la base du crâne, doit résider dans la ligature simple ou double des carotides primitives.

A propos des paludéens et des dysentériques libérés. Mesures prophylactiques.

(M. F. BARBARY (de Nice). — *Académie de médecine.*)

La guerre, en multipliant les cas de paludisme et de dysentérie dans l'armée, a créé ainsi de nombreux porteurs de germes, appelés sans doute, si l'on n'y prend garde, à provoquer dans les milieux urbains et surtout ruraux, des foyers paludéens et dysentériques.

M. Barbary estime, dans ces conditions, que la nouvelle organisation de l'hygiène rurale doit prévoir, à l'avenir, la lutte contre les maladies exotiques. La prophylaxie, selon lui, viserait le malade et la collectivité.

Les malades, paludéens ou dysentériques, rentrés dans leurs foyers, devraient être soumis à des soins et des examens gratuits, pour que leur état soit dépisté et traité.

Pour ce qui concerne la collectivité, l'auteur conseille de faire connaître aux populations, par des circulaires, affiches et conférences, en termes simples, les causes, l'évolution de ces maladies, le danger des selles, les notions indispensables de propreté, les moyens de désinfection du sol, des écuries, du linge, de même que les mesures anti-paludéennes.

On sait que, dès 1916, le Service de Santé militaire a créé une Commission du paludisme, chargée d'évi-

ter la propagation du paludisme en France. Il convient d'agir de même vis-à-vis de la dysentérie (bacillaire, amibienne, etc.)

Spirochétose et signes d'intoxication biliaire.

(MM. Lortat-Jacob et Deglaire. — *Société médicale des hôpitaux.*)

On s'accorde habituellement à dire que, dans la spirochétose ictéro-hémorrhagique, l'ictère ne s'accompagne pas des signes habituels de l'intoxication biliaire (prurit, bradycardie). MM. Lortat-Jacob et Deglaire rapportent un cas de spirochétose, confirmé par le séro-diagnostic, dans lequel apparut, au septième jour de la maladie, un prurit généralisé intense, de la bradycardie et une réaction positive de Hay révélant la présence de sels biliaires dans les urines.

Mal de Pott chez un sujet de 70 ans.

(MM. Merklen et Schœffer. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Le mal de Pott sous-occipital est une localisation bacillaire rare après 40 ans, comme en témoigne une statistique de Lannelongue rapportée par Rousset dans sa thèse de 1909. L'observation de MM. Merklen et Schœffer, relative à une femme de 70 ans, atteinte de mal de Pott sous-occipital, offre à ce titre quelque intérêt.

Au cours de la maladie, se sont manifestés des accidents de compression qui ont réalisé le type paralytique de Jackson incomplet. Ce syndrome comporte une participation morbide associée de l'hypoglosse et des deux branches du spinal.

Un cas de gangrène gazeuse chez un typhique.

(MM. Weinberg et Françon. — *Société médicale des hôpitaux.*

MM. Weinberg et Françon ont observé dans le service du prof. Chauffard, à l'hôpital Saint-Antoine, un cas de dothiénentérie qui se compliqua de gangrène gazeuse des deux cuisses, et fut suivi de mort.

Le malade, dont l'état était grave, avait reçu au niveau des cuisses des injections de sérum chloruré et de spartéine-adrénaline, lorsqu'apparurent à la cuisse gauche d'abord, à la cuisse droite ensuite, des plaque noires de gangrène, entourées d'une aréole rouge et d'une zone de crépitation emphysémateuse. Malgré le traitement par injections intra-veineuses de sérum anti-perfringens, de sérum anti-vibrion septique et de sérum anti-œdématiens, le patient succomba.

La gangrène gazeuse est une complication exceptionnelle de la dothiénentérie. MM. Weinberg et Françon n'en ont relevé que 3 cas dans la littérature médicale : cas de Brieger et Ehrlich, consécutifs à des injections de teinture de musc ; cas de Méry, succédant à une injection de sérum physiologique. Bien que les injections paraissent avoir simplement joué un rôle de localisation pour les germes anaérobies véhiculés par le sang, il n'y en a pas moins là un petit point intéressant pour le médecin praticien. On doit admettre que la pénétration du germe se fait, en réalité au niveau de l'intestin.

Une balle dans le cœur tolérée depuis 4 ans.

(MM. Brémond (de Marseille) et Mariau (de Nice). *Société des Chirurgiens de Paris.*)

MM. Brémond et Mariau ont suivi depuis 4 ans un malade atteint d'une balle dans le ventricule gauche, tolérée sans accidents. Une tentative d'extraction, faite en 1915, ne permit pas l'ablation du corps étranger, en raison d'une localisation radiographique incomplète. Une nouvelle radiographie montra ultérieurement la balle (balle de fusil de 23 millimètres), logée dans la paroi musculaire du ventricule gauche, au niveau de la pointe. Le sujet exerce depuis 4 années la profession de surveillant de Docks et n'a jamais eu un jour d'indisponibilité. Rythme cardiaque normal.

Ce cas démontre la parfaite tolérance du cœur, comme de tous les autres organes ou tissus, pour les corps étrangers, pourvu qu'ils soient aseptiques et qu'ils ne portent pas atteinte au fonctionnement de l'organe. Ceci peut être un argument en faveur de l'abstention lorsqu'on est appelé à soigner un corps étranger du cœur. Toutefois, rien n'autorise à formuler de là des conclusions générales et il convient toujours d'examiner chaque cas complètement avant d'adopter une conduite thérapeutique.

Astragalectomie pour traumatisme du pied.

(M. R. Dupont. — *Société des Chirurgiens de Paris.*)

M. Bonneau lit un rapport sur un travail de M. Robert Dupont intitulé : astragalectomie partielle pour fracture du col et subluxation du corps de l'astragale.

Il s'agit d'un malade atteint de fracture avec transposition en dehors de la malléole externe, fracture du col de l'astragale et luxation du corps de l'astragale, diagnostic posé par la clinique et la radiographie. Des tentatives de réduction non sanglante n'ayant pu obtenir une réduction convenable du pied, la marche était restée totalement impossible. Trois mois après l'accident, on pratiqua une astragalectomie du corps en laissant la tête en place. Le résultat fonctionnel fut excellent.

C'est un document de plus en faveur de l'astragalectomie dans les fractures malléolaires avec luxation de l'astragale. Généralement, on attend assez longtemps, pour ne pas opérer à chaud, avant de pratiquer l'ablation de l'os. M. Bonneau estime qu'il y aurait peut-être dans certains cas avantage à intervenir peu après le traumatisme.

Libérations nerveuses suivies d'engainement dans du caoutchouc.

(M. R. DUPONT. — *Société des Chirurgiens de Paris.*)

M. Robert Dupont rapporte dix observations de lésions nerveuses de guerre s'accompagnant de douleurs et pour lesquelles il a pratiqué la libération et l'engainement dans du caoutchouc mince. Les résultats obtenus ont été très satisfaisants et ont comporté 6 guérisons et 4 améliorations.

M. VILLANDRE a pratiqué, au Centre neurologique de Lyon, un grand nombre de libérations de nerfs douloureux. Dans ces libérations, il faut s'efforcer de placer autour du tronc nerveux une atmosphère de tissu sain, pour éviter les retours de compression par tissu cicatriciel. Pour isoler les nerfs libérés, on s'est servi de différentes substances : lames de graisse prélevées sur le sujet lui-même, aponévrose, sac herniaire, amnios, corps inertes, tels que caoutchouc en lames minces, etc. Chacune de ces substances a ses partisans. P. L.

A TRAVERS LA PRESSE

Le cacodylate de soude à doses massives dans la tuberculose pulmonaire.

Des sels d'arsenic préconisés dans le traitement de la tuberculose, il semble que le cacodylate de soude soit celui qui jouisse de la plus grande faveur, tant auprès des médecins que des malades.

On l'emploie habituellement aux doses quotidiennes de 5 à 10 centigr., voire 0, 20 centigr.

Cependant, un grand nombre d'expérimentateurs ont largement dépassé cette dose maxima et n'ont eu qu'à s'en louer.

Fort de ces précédents, M. G. THÉRASSE (*Le Scalpel*, 28 déc. 1919), qui dirige un Sanatorium belge, s'est rallié à la formule suivante :

Cacodylate de soude chimiquement pur.. 2,50
Eau distillée stérilisée.................. 10

La solution est stérilisée par ébullition de vingt minutes au bain-marie et additionnée d'une goutte de gaïacol ou d'alcool phéniqué, pour maintenir le milieu aseptique.

Avec cette solution, on injecte pour débuter 0, 15, puis 0, 25 et finalement 0 50, qu'il n'y a aucun avantage à dépasser. A la dose de 0,50, le malade exhale rapidement, après l'injection, une forte odeur alliacée par l'haleine, qui persiste de 8 à 10 heures, sans en être incommodé.

Quand cette odeur n'apparaît pas, on peut renoncer à ce traitement : il ne donnerait alors aucun résultat.

On pratique les injections à la face antéro-externe du bras, à raison de deux, rarement trois, par semaine, par séries de 6 à 10, interrompues par un repos de quinze jours.

L'état général est tout d'abord influencé ; le poids augmente assez rapidement. Par contre-coup, la toux diminue en même temps que les sécrétions se fluidifient.

Les formes les plus sensibles à cette médication sont les formes torpides, dans lesquelles la température ne dépasse pas 37° 5; les formes du début de la tuberculose, avec troubles du rythme respiratoire. A la fin des poussées évolutives, quand le malade n'offre aucune tendance à l'amélioration, le cacodylate de soude donne d'excellents résulats, mais il faut procéder prudemment, en débutant par 0,05 pour augmenter progressivement de 0,05 en 0,05 tous les 4 jours.

Les contre-indications de ce traitement sont l'entérite, les néphrites, les fortes températures.

Il ne semble pas que les hémoptysies doivent être mises sur le compte des fortes doses du cacodylate, qui concourt si puissamment, d'autre part, à la réparation de l'anémie globulaire et des forces.

L'auteur n'a jamais observé d'accidents. Il recommande de tâter le terrain par une augmentation progressive des doses, surtout à la fin des périodes évolutives, chez les hémoptoïques, et chez les malades dont le poids baissse régulièrement sans causes apparentes, signe d'accidents évolutifs en préparation.

Irrégularité du pouls dans la convalescence de la pneumonie grippale.

M. E. DEBRAS signale une particularité qu'il a observée chez un assez grand nombre d'enfants (*Presse Méd. d'Egypte*, 15 déc. 1919) et caractérisée par une arythmie cardiaque et une irrégularité du pouls survenant au moment de la défervescence et pendant la convalescence de pneumonies grippales.

Aucun médicament n'avait été prescrit qui fût susceptible d'expliquer la genèse de cette irrégularité.

« Il est probable que la lenteur du pouls, sa « faiblesse et son irrégularité sont dues aux to- « xines élaborées par les agents pathogènes, « agissant après accumulation sur l'origine des « nerfs cardiaques et causant tous ces troubles « d'innervation. »

La manœuvre de la jambe.

Il s'agit d'un nouveau signe qui vient s'ajouter à ceux qu'on possède déjà en pathologie nerveuse, tel que le signe de Babinski, pour différencier les paralysies organiques des paralysies dites pithiatiques.

M. J. A. BARRE le décrit ainsi (*Presse Méd.*, 24 déc. 1919) : le sujet étant couché à plat ventre sur un lit ou sur une table d'examen, on lui flé-

chit les jambes à angle droit sur les cuisses ; on lui commande de les maintenir immobiles dans cette position, puis on les lâche.

Chez le sujet normal, les jambes restent longtemps et sans difficulté dans la position de flexion où elles ont été placées. Si par contre, l'une des jambes est paralysée, ou seulement parésiée par lésion du faisceau pyramidal, elle s'abaisse, tantôt tombant immédiatement et d'un seul coup, tantôt restant quelque temps verticale pour tomber ensuite, soit régulièrement, soit avec saccades.

Il arrive, chez d'autres malades, que la chute de la jambe parésiée commence assez rapidement, puis s'arrête avant d'être totale, le membre restant fléchi à 120° ou 140° sur la cuisse.

Ce signe essentiel se complète du suivant : au cas où la chute de la jambe paralysée tarde ou n'est qu'ébauchée, si on commande au sujet de fléchir fortement ses deux jambes sur les cuisses, la flexion du côté sain est plus complète et plus fixe (30° à 40°) que de l'autre.

Enfin, manœuvre complémentaire, les jambes étant fléchies fortement sur les cuisses, si on commande au malade de résister aux efforts qu'on fait pour les étendre, on constate que la résistance du côté sain apparaît immédiatement, tandis que, du côté malade, il se produit d'abord une certaine ouverture de l'angle de flexion volontaire. Ou bien encore, si, les jambes étant maintenues fléchies fortement sur les cuisses, on commande au sujet de les empêcher de s'étendre quand on les lâchera, la jambe saine reste fléchie à 40° environ, tandis que la jambe malade se détend comme un ressort et se défléchit, en allant souvent frapper le plan du lit.

Les principales conclusions de l'auteur sont les suivantes : « La manœuvre de la jambe est « positive dans les cas de paralysie ou de parésie « organique par perturbation du faisceau mo- « teur volontaire.

« Elle est négative, au contraire, dans le cas « de paralysie pithiatique.

« Elle est négative également dans les para- « lysies par lésion du neurone périphérique.

« Cette manœuvre nouvelle semble propre à « déceler d'une manière simple, on pourrait « presque dire grossière, les diminutions même « légères de la motilité volontaire du membre « inférieur. Elle est facile à rechercher et, à « condition de prendre quelques précautions, « son interprétation ne soulève en général au- « cune discussion. Elle constitue un signe direct « de paralysie de la motricité volontaire, elle « n'a pas complètement la même signification « que certains signes indirects qui coïncident « pourtant souvent avec elle. Elle s'est montrée, « jusqu'à ce jour, plus fidèle que les signes déjà « connus de perturbation du faisceau pyra- « midal. »

La linite gastrique.

La linite gastrique est, selon M. P. Carnot (*Paris Méd.*, 20 déc. 1919), caractérisée par une induration néoplasique en nappe des parois de l'estomac, devenues ligneuses. « Petitesse de « l'estomac, épaississement considérable des « parois, rigidité de la cavité, tels sont les trois « caractères qui nous apparaîtront clinique- « ment et radioscopiquement, comme pathogno- « moniques de la linite. »

Trois variétés de linite peuvent être envisagées : la linite sans participation des orifices ; la linite cardio-gastrique ; la linite gastro-pylorique.

Dans la première variété, le symptôme majeur est la dysphagie simulant le rétrécissement du cardia et de l'œsophage, et traduit par des troubles de la déglutition aussitôt après l'ingestion des aliments ; le passage facile de la sonde à travers l'œsophage et le cardia ; la présence au creux épigastrique, très haut, d'une petite masse indurée rigide et immobile sans sonorité gastrique ni clapotage ; le syndrome radiologique typique.

Dans la variété cardio-gastrique, le symptôme dysphagique est encore plus marqué, en même temps que le cathétérisme révèle une sténose cardio-œsophagienne réelle. Seul, l'examen radiologique précise le diagnostic.

Dans la linite gastro-pylorique, on note tantôt de la sténose pylorique, tantôt, et plus fréquemment, de l'incontinence pylorique. C'est encore l'examen radiologique qui éclaircit le diagnostic.

« Syndrome de microgastrie avec épaissis- « sement et rigidité des parois stomacales, syn- « drome d'incontinence pylorique ; tels sont les « tableaux les plus caractéristiques que nous « avons constatés. A eux seuls, ils permettent « d'établir le diagnostic de linite néoplasique, « avec ou sans localisation aux orifices. »

Les mucosités pharyngées dans l'anesthésie par l'éther.

Lorsque l'éther employé pour l'anesthésie générale n'est pas parfaitement pur, il détermine la production de mucosités pharyngées, qui s'accumulent dans le fond de la gorge et dans « le cavum, et peuvent donner lieu à des accidents « respiratoires immédiats ou à la penumonie ul- « térieure par déglutition.

Pour débarrasser les patients de ces mucosités, on emploie communément des tampons d'ouate hydrophile qu'on introduit profondément, au bout d'une pince.

M. C. Lefebvre (*Toulouse méd.*, 15 déc. 1919) préconise un procédé élégant et pratique tout à la fois. Il introduit dans le cavum, par une narine, une sonde de Nélaton de gros calibre,

ou un tube de caoutchouc de dimensions appropriées à l'orifice de la narine. Si l'on utilise la sonde de Nélaton, on sectionnera son extrémité distale, de manière à faciliter le passage des mucosités.

« Une fois la sonde en place, on procède à une « aspiration énergique par les moyens que l'on « a sous la main : aspirateur de Potain ou de « Dieulafoy, à la rigueur, et surtout seringue « vésicale ou autre de capacité suffisante, ou « encore poire de caoutchouc à lavement... « En quelques reprises et en quelques secondes, « le résultat recherché est obtenu. »

Traitement des métrites hémorrhagiques.

C'est la méthode de Delbet que M. Lucas-Championnière expose dans le *Journ. de Méd. et de Chir. prat.* (10 déc. 1919), et dans laquelle l'auteur emploie le chlorure de zinc.

La solution de chlorure de zinc est à 30 ou 40 %. L'instrument employé est la seringue et la canule de Braun, canule fine comportant à son extrémité des orifices de très petit diamètre.

Après assèchement du vagin, on anesthésie la muqueuse utérine avec 2 ou 3 cmc. de solution de novocaïne à 5 %.

Au bout de quelques minutes, un tampon étant placé dans le cul-de-sac postérieur du vagin, on charge la seringue de 2 cmc. de solution de chlorure de zinc. On introduit la canule, sans pousser le piston, jusqu'au fond de l'utérus. « On pousse alors très lentement l'injection, en « retirant à soi la canule, et en lui imprimant « des mouvements de rotation qui permettent « de recouvrir également de liquide modifi- « cateur chaque face de la cavité utérine. »

Le tampon vaginal retiré, on procède à un lavage du vagin sans tamponnement.

La femme gardera le lit une demi-journée, au moins.

Quand l'anesthésie utérine est bien faite, ces injections sont indolores. Cependant, on observe parfois des douleurs type coliques utérines, qui durent quelques heures et sont calmées par des applications chaudes sur le ventre ou par des lavements laudanisés.

L'escarre formée par l'action du caustique s'élimine en six ou sept jours sous forme de pertes abondantes, blanchâtres et puriformes.

L'escarre éliminée, on pourra en cas de besoin recommencer l'injection de chlorure de zinc. Trois injections pratiquées dans l'intervalle des règles, sont habituellement suffisantes pour guérir la métrite hémorrhagique.

Cette méthode est des plus recommandables. « Son grand avantage est de ne traumatiser « qu'au minimum l'utérus, et ne ne pas né- « cessiter, comme le curetage, de dilatation cer- « vicale préalable. »

On peut également recourir aux injections de chlorure de zinc contre les hémorragies des fibromes.

La cure opératoire des hémorroïdes. « L'encerclage »

Quand la médecine est impuissante à guérir les hémorroïdes et leurs conséquences, on est autorisé à les supprimer radicalement par une intervention chirurgicale.

M. Cristol préconise, comme intervention, l'encerclage qui réalise la ligature, suivie de l'excision, de tous les tissus malades (*Journ. des Prat.* 3 janv. 1920).

Il emploie l'anesthésie régionale à la stovaïne, en solution à 1 %, précédée au besoin d'une injection de morphine.

Il décrit ensuite l'opération de la manière suivante :

« Deux pinces de Kocher étant placées sur le « rebord cutanéo-muqueux, l'aide écarte les lè- « vres de l'orifice anal préalablement dilaté. On « se renseigne ainsi sur le nombre des bourrelets « pédiculés, ou pédiculisables toujours. C'est le « doigt qui doit sentir plus que l'œil ne doit voir. « Avec une aiguille courbe de Reverdin, on pro- « cède alors à l'encerclage de la tumeur hémor- « roïdaire.

On emploiera un gros catgut avec lequel on faufilera au ras de la peau, juste en dehors du bourrelet, tout autour du paquet hémorroïdaire.

C'est en réalité une ligature en bourse qu'on termine par trois nœuds solides. On sectionne ensuite la masse ainsi étranglée. Un gros drain entouré de gaze enduite de pommade de Reclus est ensuite maintenu dans l'anus.

La guérison est généralement obtenue radicalement en trois semaines.

Avec ce procédé, on n'observe aucune complication. Seule, la rétention d'urine a été notée dans 4 % des cas.

Le drainage filiforme dans le bubon chancrelleux

M. A. Floquet a eu l'occasion de voir de nombreux cas de bubons. Il se déclare partisan, pour leur traitement, du drainage filiforme (*Presse Méd.*, 3 janv. 1920).

Pour que cette méthode donne cependant des succès, il faut que le drainage se fasse à la périphérie de la poche ; il faut savoir discerner le moment opportun pour enlever le crin. Ce moment est marqué par l'aplatissement de la poche, vers le quatrième ou cinquième jour.

« Le bubon finit de se vider par les pertuis « pendant une même période de temps, et tout « rentre dans l'ordre en huit ou dix jours. »

Les injections d'eau distillée.

M. Dresch recommande contre les points douloureux rebelles des tuberculeux. l'injection *loco dolenti* d'eau distillée (*Cour. méd.*, janvier 1920).

S'il préfère l'*eau distillée* à l'*eau bouillie*, c'est parce qu'elle est douloureuse, et agit à la façon d'un révulsif efficace. « C'est un moyen d'arrêt de douleur, de quinte, de spasme. Les applications peuvent être aussi souvent répétées qu'elles seront efficaces et dans tous les cas sans inconvénient ».

Pourquoi douloureuse, ct partant, révulsive et efficace ? Parce que *hypotonique*.

L'auteur a utilisé fréquemment les injections sous-cutanées ou intra-tissulaires, et les irrigations des cavités avec l'eau sulfureuse minérale naturelle.

Cette eau est également hypotonique et provoque ainsi de la douleur, si l'on ne prend soin de la rendre isotonique en y ajoutaut une certaine quantité de chlorure de sodium. Elles deviennent alors *indolores*, mais en même temps *inertes*.

G. D.

THÉRAPEUTIQUE

La cicatrisation rapide des plaies par le liquide de Duchesne.

Dans une communication, faite à l'Académie de Médecine, le 3 avril 1917, le Dr G. Duchesne avait publié la formule d'un mélange antiseptique, cicatrisant, grâce auquel, il pouvait obtenir l'embaumement des plaies et leur fermeture rapide.

Rappelons la formule :

Camphre	0 gr. 50
Goménol	2 gr. 50
Baume du Pérou....	1 gr.
Ether sulfurique....	50 gr.
Huile de vaseline (ou d'amandes douces)	50 gr.

Certains de nos confrères propharmaciens nous ont demandé le manuel opératoire pour obtenir un mélange bien homogène. En effet, dans quelques cas, il se produit une précipitation du baume du Pérou, sous forme de gouttelettes en suspension dans le liquide.

Voici ce que nous a répondu un pharmacien-chimiste.

Il faut d'abord faire dissoudre le baume du Pérou dans l'éther, puis ajouter le goménol et le camphre ; en dernier lieu, après agitation, l'huile de vaseline. Ne pas oublier d'agiter le flacon avant usage.

Nos confrères nous permettront d'insister sur les résultats surprenants obtenus par l'emploi de ce liquide. L'éther, qui sert de véhicule, est un bactéricide de premier ordre : inutile de rappeler l'usage de ce liquide en chirurgie abdominale, en lavages du péritoine, lorsque cette séreuse est infectée.

L'éther provoque également un nettoyage de la plaie, par dissolution des matières grasses et des débris épithéliaux, au niveau de la blessure.

Par son évaporation rapide, il sert enfin à faire pénétrer dans la profondeur du traumatisme les principes balsamiques, qui produiront un véritable embaumement de la plaie. Cette diffusion provoque une très légère chaleur, peu douloureuse, mais qui ne dure que quelques secondes.

Le pouvoir antiseptique du goménol se combine avec l'action kératogène, cicatrisante bien connue du baume du Pérou.

Disons enfin que, grâce à l'huile de vaseline, jamais le pansement n'est collé et qu'en l'enlevant, on n'entraîne pas avec lui les petits bourgeons et les îlots d'épidermisation.

Personnellement, nous avons employé, *larga manu*, le liquide de Duchesne, tant dans nos deux hôpitaux, pendant la guerre, qu'en clientèle, surtout pour les blessés du travail.

Souvent, nous avons été heureusement surpris des résultats. Une plaie infectée, irrégulière, déchiquetée, anfractueuse est arrosée de ce liquide, puis recouverte d'une compresse de gaze imbibée de cette solution ; rapidement, en quelques jours, l'aspect change et à la place d'une teinte blafarde et d'une apparence sanieuse, se substitue une teinte rosée des chairs, avec bourgeons charnus vivaces.

Tout autour, les tissus ne sont plus macérés, mais se dessèchent, se kératinisent, ce qui est un facteur des plus précieux pour la guérison.

Nous avons employé cette solution dans des plaies anfractueuses, comme celles des anthrax : nous avons pu constater que le bourbillon se forme, nous semble-t-il, plus rapidement. Ces parties mortifiées éliminées, la cavité est injectée avec le liquide de Duchesne et il nous est apparu, d'une manière certaine, que les bourgeons charnus acquièrent une vitalité plus grande, pour combler la perte de substance.

Disons enfin que ce liquide présente, à nos yeux, un avantage sur les pommades ; il évite la macération des tissus circumvoisins de la plaie : il assèche les tissus, au lieu de les ramollir.

Aussi, employons-nous les pommades, comme celle de Reclus, ou celle aux essences, pour faire tomber les croûtes ; puis, sur la surface cruentée, nous emploierons le liquide de Duchesne.

Cette formule nous semble donc devoir faire partie de l'arsenal thérapeutique du médecin praticien.

Dr Paul BOUDIN.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Hernie ombilicale des enfants du 1er âge.

J'ai constaté, à la Goutte de lait, une très grande fréquence des hernies ombilicales chez les très jeunes enfants. Environ un bon tiers.

Les sages-femmes, que les mamans en rendent souvent responsables, n'y sont pour rien.

Les jeunes garçons ont souvent une hernie inguinale qu'un bandage en caoutchouc guérit certainement. Il n'en est pas de même des adultes, chez lesquels les hernies ombilicales et inguinales ne guérissent jamais.

Pour les hernies ombilicales, les bandagistes fournissent un bandage en caoutchouc, le plus souvent trop serré ou trop lâche, trop haut ou trop bas sur la paroi abdominale. On a essayé également de mettre sur le nombril un bandage agglutinatif comme le diachylon, au milieu duquel se trouve un tampon qui s'enfonce dans la paroi abdominale comme dans le bandage en caoutchouc.

Je crois que c'est une erreur de mettre un *tampon dans l'orifice* de la hernie. Avec le tampon, les parois de l'orifice se resserrent et ne cicatrisent pas.

On a essayé également une pièce de monnaie dans une étoffe à la place du bandage en caoutchouc.

Voici le procédé dont je me sers à la Goutte de lait et dont j'ai expérimenté les heureux effets. Je prends une rondelle de diachylon large comme une pièce de 1 fr., je la chauffe et je l'applique sur le nombril.

Je pose dessus une rondelle de caoutchouc (pareille à celle qu'on emploie pour la fermeture des biberons), puis une seconde rondelle de diachylon, large comme une pièce de 5 fr. que je chauffe et que j'applique sur les deux précédentes.

Je mets sur le tout une ceinture de toile ou de flanelle. La guérison demande deux ou trois mois. On peut baigner l'enfant avec cet appareil.

Dr A. VIGOT,
(de Caen).

Le médecin a l'impérieux devoir d'être prévoyant.

Il doit s'assurer contre l'incapacité de travail que peuvent lui causer la maladie ou les accidents.

Il doit s'assurer une retraite pour ses vieux jours.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

Chez MASSON

G. LYON et P. LOISEAU. — **Formulaire thérapeutique**, 11e édition, 1920.

Bien qu'il se soit écoulé peu de temps entre la 10e édition du *Formulaire thérapeutique* de MM. G. Lyon et P. Loiseau, et la 11e édition qui paraît aujourd'hui, les auteurs ont tenu, fidèles à leur plan, à introduire dans leur ouvrage les modifications qu'entraînent les nouvelles découvertes thérapeutiques.

Le chapitre consacré à l'*art de formuler* a été complété par la mention des dispositions nouvelles répartissant les médicaments toxiques en catégories qu'il importe aux praticiens de bien connaître, chacune d'elles comportant un mode spécial de prescription.

Le lecteur pourra juger par les nombreuses modifications apportées à cet ouvrage que le mouvement scientifique n'a pas été interrompu pendant la guerre ; il y trouvera, en outre, quelques notions utiles sur les questions que l'actualité a mises au premier plan.

A. D. RONCHESE. — **La réaction de Bordet-Wassermann pour le séro-diagnostic de la syphilis, 1919.**

Ce livre détermine les règles à suivre pour obtenir le meilleur rendement de la réaction de Bordet-Wassermann. La valeur de cette réaction est universellement reconnue. Si divers cliniciens ont attiré l'attention sur les contradictions que présentent quelquefois les renseignements fournis à son sujet par les laboratoires, la cause de tels mécomptes est due à la multiplicité des procédés employés pour révéler cette réaction.

La technique a subi de telles variations qu'une révision s'imposait dans les procédés d'épreuve et leurs interprétations.

Mettant à profit, par une sélection judicieuse, les perfectionnements qui lui sont personnels et ceux proposés par les expérimentateurs qui l'ont précédé, M. Ronchèse est parvenu à composer une technique qui, basée sur des dosages précis, fournit des résultats d'une grande exactitude ; employée dans tous les laboratoires, elle donnerait des renseignements partout comparables.

PARTIE PROFESSIONNELLE

DÉONTOLOGIE

L'exercice de la médecine, en France, par les médecins étrangers.

A. — *Quelles sont les conditions permettant d'exercer la médecine en France ?*

Les Universités françaises délivrent deux sortes de diplômes de doctorat en médecine :

1° Le diplôme d'Etat ;

2° Le diplôme d'Université.

1° Le diplôme d'Etat est le seul qui permette d'exercer la médecine en France.

Il est *exigé* par l'article 1er de la loi du 30 novembre 1892, ainsi conçu : « Nul ne peut exercer « la médecine en France, s'il n'est muni d'un di- « plôme de docteur en médecine, délivré par le « Gouvernement français, à la suite d'examens, « subis devant un établissement d'enseignement « supérieur médical de l'Etat ».

Pour obtenir ce diplôme d'Etat, il faut se conformer aux décrets des 31 juillet 1893, 22 juillet 1902 et 28 avril 1910, exigeant le baccalauréat de l'enseignement secondaire et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles (P. C. N.).

Les docteurs, diplômés de la *Faculté de Beyrouth,* peuvent également exercer la médecine, en territoire français, comme dans l'empire ottoman.

Fondée le 25 novembre 1883, cette Faculté a fait en 26 ans, 350 médecins et pharmaciens.

Les études ont été organisées par le décret du 28 février 1899. Les jurys d'examens sont composés de trois professeurs français et de trois ottomans.

La Faculté n'est ouverte qu'aux Orientaux, ou aux Européens dont les familles sont fixées définitivement en Orient et qui sont nés en Orient.

Les études de médecine durent 4 années.

Les bacheliers sont dispensés de l'examen d'entrée à la Faculté.

2° Diplôme d'Université.

Ce diplôme a été créé par le décret du 21 juillet 1897, portant règlement pour le Conseil de l'Université, dont l'article 15 est ainsi rédigé :

« En dehors des grades établis par l'Etat, les « Universités peuvent instituer des titres d'or- « dre exclusivement scientifique.

« Ces titres ne confèrent aucun des droits et « privilèges attachés aux grades par les lois et rè- « glements et ne peuvent en aucun cas être dé- « clarés équivalents aux grades.

« Les études et les examens qui en détermi- « nent la collation sont l'objet d'un règlement « délibéré par le Conseil de l'Université et sou- « mis à la section permanente du Conseil supé- « rieur de l'Instruction Publique.

« Les diplômes sont délivrés, au nom de l'U- « niversité, par le Président du Conseil, en des « formes différentes des formes adoptées pour les « diplômes délivrés par le Gouvernement ».

Pour Paris, ce diplôme est délivré dans les formes prévues par la délibération du Conseil de l'Université de Paris, en date du 28 mars 1898.

Ce diplôme d'université ne donne pas le droit d'exercer l'art de guérir.

« Commet le délit d'exercice illégal de la mé- « decine l'étranger qui, muni simplement du di- « plôme universitaire, à lui conféré dans les ter- « mes de la loi du 10 juillet 1896, a donné ses « soins à des malades. L'erreur, qu'il aurait pu « commettre, quant à son droit, ne saurait faire « disparaître le délit, alors même qu'elle aurait « été partagée par l'administration préfectorale ». Tribunal correctionnel Carcassonne, 26 décembre 1905 (*Le Droit,* 12 janvier 1906, *Mon. Lyon,* 4 mai 1906, J. Clunet, 1906, 813).

3° Diplômes étrangers de docteur en médecine.

Ces diplômes ne donnent en aucun cas le droit d'exercer la médecine en France, en vertu des articles 1er, 5 et 16 de la loi du 30 novembre 1892.

L'article 5 dit notamment : « Les médecins, « chirurgiens dentistes et les sages-femmes diplô- « més à l'étranger, quelle que soit leur nationa- « lité, ne pourront exercer leur profession en « France qu'à la condition d'y avoir obtenu le « diplôme de docteur en médecine, de chirurgien- « dentiste ou de sage-femme et en se conformant « aux dispositions prévues par les articles précé- « dents ».

Il s'en suit qu'un Français, titulaire d'un diplôme étranger, ne pourra pas exercer la médecine en France.

Un médecin, diplômé de l'étranger, ne peut exercer la médecine en France, même sans y résider, alors, par exemple, qu'il accompagne un malade (Trib. Valenciennes, 19 mai 1901, *Ann. hyg. publ.,* 1904, II, 567). Dans le même sens : Trib. civ. Valenciennes, 19 mai 1904, (*Le Droit,* 25 septembre 1904, *Gaz. Trib.,* 9 octobre 1904, *Fr. jud.,* 1904, 2, 368), Cour d'appel de Paris, 9e Ch., 20 novembre 1907 (*La Loi,* 21 décembre 1907, J. Clunet, 8, 497, *Mon. Lyon,* 20 février 1908).

Par exception, une tolérance par réciprocité est accordée aux médecins étrangers, établis dans des communes limitrophes de la France, d'exer-

cer dans les communes limitrophes françaises, en vertu de conventions diplomatiques (avec le Grand-Duché du Luxembourg, 30 septembre 1870, *Bull. des Lois*, nº 8899 ; avec la Suisse, 29 mai 1889, décret du 25 juillet 1889 ; avec la Belgique, 31 décembre 1910, *Journal officiel*, 1er janvier 1911).

Mais, commet le délit d'exercice illégal le médecin étranger qui a exercé dans une commune qui, pour être voisine de la frontière, n'est pas une commune limitrophe (Trib. civ. Valenciennes, 15 mars 1905, J. Clunet, 1907, 1105. Dans le même sens, Trib. correct. Sedan, 15 mai 1907, *Le Droit*, 23 octobre 1907).

B. — *La nationalité française est-elle nécessaire, pour exercer la médecine en France ?*

Non, car, pour exercer légalement la médecine, l'article 1er de la loi du 30 novembre 1892 n'exige que le diplôme d'Etat français, sans faire mention de la nationalité du titulaire du diplôme.

De même, le décret du 21 juillet 1897, relatif au régime scolaire et disciplinaire des Universités, indique, dans son article 23, que « les règles « relatives à l'immatriculation et aux inscrip- « tions sont applicables aux étudiants étrangers »

« Ils peuvent être immatriculés sur la produc- « tion des diplômes ou titres obtenus par eux à « l'étranger.

« Ils ne peuvent être admis à s'inscrire en vue « des grades institués par l'Etat, qu'en produi- « sant les diplômes ou certificats exigés des étu- « diants français, ou une décision ministérielle « leur accordant soit l'équivalence de leurs titres « avec les diplômes ou certificats français, soit la « dispense de ces diplômes ou certificats ».

C. — *Un étranger, diplômé d'une Université française, peut-il obtenir la transformation de son diplôme en diplôme d'Etat ?*

Le décret du 29 décembre 1906 ne permet cette transformation qu'en cas de naturalisation ultérieure du candidat. Ce décret est ainsi conçu :

« Art. 1er. — Les médecins et les étudiants en « médecine de nationalité étrangère, admis à « postuler le doctorat universitaire mention « « médecine », pourront, en cas de naturalisation « ultérieure et après avis de la commission de « médecine et de pharmacie du comité consulta- « tif de l'enseignement public, être autorisés à « postuler, avec dispenses partielles, le diplôme « d'Etat de docteur en médecine, à la condition « de justifier du baccalauréat de l'enseignement « secondaire, ou du grade de licencié ès-sciences.

« 2º La dispense d'examens ne pourra en au- « cun cas porter sur plus de trois épreuves.

« Les épreuves subies au titre universitaire et « pour lesquelles, le candidat n'aurait pas obtenu « des notes jugées suffisantes par le Comité de- « vront être subies de nouveau ».

Il semble bizarre de constater qu'un étudiant étranger qui, bachelier et P. C. N,. pourra se faire inscrire pour le Doctorat d'Etat, n'aura pas à justifier de la nationalité française pour exercer ultérieurement la médecine dans notre pays lorsqu'il sera docteur, alors que, s'il passe son bachot postérieurement à sa première inscription pour le doctorat d'université, il devra demander sa naturalisation française, avant toute transformation de ses inscriptions d'université en celles d'Etat.

Est-ce un acheminement vers une médecine exercée uniquement par des Français ou naturalisés ?

Est-ce, au contraire, une prime donnée à la naturalisation, puisque seul le baccalauréat, ou la licence est exigée et non le P. C. N. ? Ce décret de 1906,ne se serait-il pas ressenti des dispositions de la loi du 26 juin 1889, favorisant la naturalisation des étrangers, pour combattre, par ce moyen les méfaits de la dépopulation de notre pays ?

D. — *Un docteur en médecine, diplômé de l'étranger, peut-il obtenir la transformation de son diplôme en diplôme d'Etat français ?*

Le deuxième paragraphe de l'article 5 de la loi du 30 novembre 1892, décide :

« Des dispenses de scolarité et d'examens « pourront être accordées par le Ministre, confor- « mément à un règlement délibéré en Conseil su- « périeur de l'Instruction publique. En aucun « cas, les dispenses accordées pour l'obtention « du doctorat ne pourront porter sur plus de trois « épreuves ».

Le décret du 25 juillet 1893 stipule que :

« Art. 1er. — Les médecins pourvus d'un di- « plôme étranger, qui postulent le grade de doc- « teur en médecine, peuvent obtenir dispense « partielle ou totale des inscriptions et dispense « partielle des examens exigés pour ce grade.

« Art. 2. — La dispense d'examens ne peut « en aucun cas porter sur plus de trois épreuves.

« Art. 3. — Les dispenses sont accordées par « le Ministre de l'Instruction publique, après avis « de la Faculté compétente et du Comité consul- « tatif de l'enseignement public ».

E. — *Dans quelles conditions un docteur français peut-il exercer la médecine à l'étranger ?*

Le Dr Darras a publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, nº 45 de 1913, et dans le *Concours médical* 1913, p. 1452 et suiv., une étude documentaire très précise, portant sur 64 pays. Presque partout, le protectionnisme le plus étroit est de règle et un diplômé français doit se soumettre à des épreuves et examens pour pouvoir exercer son art à l'étranger.

F. — *Que peuvent et doivent faire les médecins français pour se défendre contre les étrangers qui exercent ou veulent exercer la médecine en France ?*

1° Moyens immédiats.

a) Contre les étrangers, déjà diplômés d'Etat, ou actuellement en cours d'études régulières, rien à faire dans l'état actuel de notre législation. Nous devons les attirer dans nos groupements professionnels, pour qu'à notre contact, ils prennent, peu à peu la mentalité et les habitudes françaises. A nous de nous faire leurs éducateurs en déontologie et de leur apprendre quels sont leurs devoirs envers les malades.

Incorporés dans nos associations, ils devront se soumettre à nos règles statutaires et décisions d'assemblées générales, sous peine d'être traduits devant le Conseil de famille,

Dissidents, ou laissés en dehors de nos groupes, nous ne pourrons les atteindre que par une mise à l'index, dont ils ne se soucieront guère.

b) Contre les étrangers, qui postulent la transformation de leur diplôme en titre d'Etat français.

Nos associations professionnelles et scientifiques, auxquelles il est du devoir de la Faculté de se joindre, au lieu de rester à l'écart, doivent envoyer une délégation au ministre de l'Instruction publique, pour démontrer au gouvernement que, quels que soient les titres de dévouement qu'ont pu acquérir ces postulants, pendant la guerre, il convient avant tout de protéger la santé publique.

Les actes de dévouement se récompensent par des décorations, mais non par des équivalences de diplômes. Le niveau intellectuel des médecins ne doit pas décroître, si ce n'est au détriment des malades qui seront soignés.

En cas de conflit :

Le ministre passerait-il outre, qu'il conviendrait de faire casser les tolérances abusives.

Nous avons donné tout au long les différents textes qui lient un ministre.

Celui-ci doit respecter les lois et décrets, sinon sa décision pourrait être déférée en Conseil d'Etat, pour abus de pouvoir.

A notre avis, il conviendrait d'ainsi procéder :

Connaître les noms des postulants pour la transformation du diplôme.

Demander au ministre de recommander à ses bureaux de s'en tenir à la lettre des lois et décrets.

Faire connaître aux groupes professionnels locaux les noms de ces postulants, pour pouvoir vérifier, lors de l'installation d'un nouveau médecin, si ce docteur ne figure pas sur la liste de ces étrangers.

Dans l'affirmative, l'association médicale professionnelle locale enverra au ministre de l'Instruction publique une lettre recommandée avec avis de réception lui demandant de faire la preuve que toutes les prescriptions des lois et décrets ont été observées.

En cas de violation des règlements, ou en cas d'absence de réponse dans les quatre mois après l'envoi de la lettre recommandée, le groupe médical local pourra attaquer la décision du Ministre, devant le Conseil d'Etat, pour excès de pouvoir.

Le syndicat ou association professionnelle médicale est doublement qualifié pour cette action : ce groupe défend, d'une part, les intérêts collectifs des médecins de la région, contre un médecin qui s'installerait abusivement, pour leur faire une concurrence illicite ; d'autre part, aux yeux des médecins, ce docteur étranger exerce illégalement la médecine, puisque la décision du ministre serait entachée d'illégalité et, aux termes de l'article 17, paragraphe 2 de la loi du 30 novembre 1892, les associations de médecins légalement constituées et les syndicats médicaux ont qualité pour poursuivre la répression de l'exercice illégal de la médecine.

A côté de la voie administrative, la voie répressive. Les associations médicales locales pourraient poursuivre le médecin étranger, accusé de détenir un diplôme irrégulièrement obtenu, devant les tribunaux correctionnels, pour exercice illégal de la médecine.

L'affaire pourrait avoir grand retentissement, car s'élèverait un conflit entre la justice correctionnelle, qui, pour condamner ou absoudre, devrait connaître de la légalité du titre que lui présenterait l'accusé, et l'administration, qui, par la voix du préfet, puis du procureur de la République, exciperait d'un déclinatoire d'incompétence, pour dessaisir les tribunaux correctionnels au profit du Conseil d'Etat.

Peut-être serait-on amené devant le Tribunal des Conflits ; mais en tous cas, le corps médical démontrerait, à l'administration ministérielle, qu'il ne supporte pas le fait du prince, ni les actes arbitraires de gouvernement, lorsque la santé publique est en jeu. D'autant qu'il serait indispensable de transporter la question sur le terrain politique, seul terrain où puisse être vulnérable un ministre et, par voie, soit d'interpellation, soit de questions écrites posées à l'*Officiel*, les médecins, membres du Parlement, pourraient obliger le ministre à respecter les lois et décrets, lorsqu'il s'agit de maintenir à son niveau élevé la science médicale française, de laquelle dépend la sauvegarde de la santé publique.

Dr Paul BOUDIN.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Syndicat médical de Mortagne.

(1er *Octobre* 1919)

Présence aux réunions. — Le Président constate que trop de confrères n'assistent pas aux réunions syndicales. Il s'étonne qu'en ce moment si important d'évolution et de transformation sociales, en présence des graves et intéressantes questions à examiner, en présence des gros problèmes que, seule, l'action syndicale peut solutionner, tant de médecins restent indifférents et se désintéressent des efforts à accomplir. Il fait à tous un appel pressant.

Création d'un service de recherches de chimie et de bactériologie. — Sur la proposition du Président, le Syndicat décide d'adresser au Conseil général de l'Orne, le vœu qu'un service de recherches de chimie et de bactériologie médicales, ablument indispensable, soit créé pour le département.

Compte-rendu de l'assemblée de l'Union des Syndicats. — La parole est donnée à notre délégué, le Dr Decuyper, qui, mandaté officiellement, a assisté aux séances de l'Union. Les membres du Syndicat écoutent avec intérêt l'exposé de notre confrère auquel des remerciements chaleureux sont adressés.

Le compte-rendu détaillé des réunions des 12 et 13 juillet 1919 paraît dans le « Médecin Syndicaliste », il est inutile de résumer ici les questions étudiées. Nous détachons simplement du rapport du Dr Decuyper les conclusions personnelles suivantes :

« J'ai gardé de ces réunions une impression « très favorable par le nombre des délégués pré« sents, la courtoisie des discussions, l'étude ap« profondie des diverses questions, le souci de ne « rien décider sans en référer aux syndicats, la « volonté manifeste de chacun à faire triompher « les doctrines syndicalistes et à améliorer le « sort matériel des praticiens. Nous sommes en « pleine période évolutive, nous devons suivre « le mouvement sous peine d'être écrasés dans la « lutte et d'être voués au rôle de parias dans la « société.

« Soyons des humanitaires, non certes par des « sacrifices plus ou moins consentis sous la forme « d'honoraires au rabais, mais en perfectionnant « notre technique et nos méthodes ; refusant le « rôle de subordonnés inertes, nous contribuerons « par notre activité, par les services éminents » rendus à la collectivité sur le terrain de la mé» decine sociale, à augmenter non seulement no« tre bien-être, mais aussi notre considération. »

« *Réformés n° 1.* — Le Président donne lecture de l'étude faite sur la question des réformé n° 1 par le Dr Lafontaine, secrétaire général de l'Union des Syndicats Médicaux de France.

Avant toute discussion, les Drs Frinault et Fauvel regrettent qu'un travail si important ne soit pas en possession de chacun et n'ait pu être étudié avant séance.

Bien que ce document ait paru dans le « *Concours Médical* », le Secrétaire, pour répondre aux désirs exprimés, s'informera auprès de l'Union du prix que celle-ci demanderait pour faire, à tous les membres du Syndicat de Mortagne, le service réservé jusqu'à ce jour au Président et au secrétaire. A cette occasion le Syndicat décide, en principe et à l'unanimité, qu'une somme de dix francs par membre pourra être prélevée annuellement sur la cotisation et adressée par le Trésorier à l'Union.

Le paragraphe I des « Propositions faites d'accord », *Définition du libre choix*, est approuvé à l'unanimité.

Au sujet de l'*indemnité kilométrique*, le Dr Decuyper réclame pour le malade « la liberté de s'adresser à des médecins exerçant dans le rayon immédiat et habituel de clientèle ». Ce vœu, mis aux voix, n'est pas adopté.

Le paragraphe II, *Durée pendant laquelle le Tarif sera appliqué*, ne subit aucune dicussion.

Le paragraphe III, *Etablissement des listes des bénéficiaires*, soulève des objections.

Les Drs Frinault et Pinoche demandent que la première visite ne soit pas, *dans tous les cas*, payée par l'Etat.

Après examen, le Syndicat émet le vœu que « la première visite ne soit pas payée par l'Etat, *lorsqu'elle ne pourra être imputée à la maladie causale* ».

Les autres conclusions sont adoptées. Le Syndicat refuse, toutefois, d'accorder un *escompte*, même minime, à l'Etat sur les notes d'honoraires médicaux.

Tarif des actes médicaux et chirurgicaux, le Syndicat demande que ce tarif soit le même pour toute la France. Il est ajouté que ce tarif ne devra pas être obtenu par multiplication du tarif de la base.

Quant au *Contrôle*, le Syndicat se rallie aux idées originales et justes développées dans l'étude du secrétaire général de l'Union.

Médecin-chef hospice civil de Bellême. — Après l'exposé fait par le Dr Levassort et par les intéressés, les docteurs Boutron et Jullien, il est décidé que le président interviendra au nom du Syndicat, auprès de la Commission administrative de l'hospice de Bellême, afin que les deux confrères assurent, par roulement annuel, la responsabilité du service général de l'hospice.

Honoraires des médecins et chirurgiens des hôpitaux. — Dans certaines localités, ces honoraires ont été ou doublés ou triplés. Le syndicat

convie tous les confrères intéressés à intervenir auprès des Commissions administratives des hôpitaux-hospices de la région, afin d'obtenir une augmentation de traitement d'au minimum 100 %.

Protection du 1er *âge*. — Conformément à la décision prise le 7 juillet dernier, des propositions de partage de la 52e circonscription de la Protection du 1er Age seront adressées par le président à l'Administration préfectorale, dès que la question « Médecin-Chef Hospice de Bellème » aura reçu la solution réclamée.

Assistance médicale gratuite. — Des remerciements sont adressées aux membres du Conseil général de l'Orne et en particulier aux confrères Boulay et Hommey, qui ont obtenu de la Commission des Finances départementales une augmentation *légère* du tarif de l'A. M. G.. L'indemnité kilométrique est (à l'aller seulement) de 1 fr. 25 au lieu de 0 fr. 75 ; la consultation est de 1 fr. au lieu de 0 fr. 50. Par contre la visite, acte médical, a été diminuée de 1 fr. (1 fr. au lieu de 2 fr..

Dr BOUTRON.

Note de la Direction. — Nons prions les secrétaires des syndicats de nous envoyer les comptes-rendus des séances de leurs groupements Nous les publierons très volontiers dans le *Concours médical.*

JURISPRUDENCE

Annulation d'un arrêté préfectoral autorisant un étudiant en médecine à exercer.

CONSEIL D'ÉTAT

Séance du 7 décembre 1917.

Le Conseil d'Etat, statuant au Contentieux,
Vu la requête présentée par le sieur A., demeurant à L., ... et tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler :

1° un arrêté, en date du 12 septembre 1914, par lequel le Préfet de ... a autorisé le sieur D. à exercer la médecine ;

2° deux arrêtés, en date des 28 décembre 1914 et 13 septembre 1915, par lesquels le Préfet de .. a nommé à titre provisoire le sieur D., médecin-inspecteur de l'assistance médicale gratuite pour les 10e et 11e circonscriptions (canton de L.) ;

Considérant qu'aux termes de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892, peuvent seuls être autorisés par le Préfet à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé, les internes des hôpitaux et hospices français nommés au concours et munis de 12 inscriptions, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée ;

Considérant, d'une part, qu'il n'est pas contesté que le 12 septembre 1914, date à laquelle il a été autorisé à exercer la médecine en remplacement d'un docteur en médecine mobilisé, le sieur D. n'était pas interne des hôpitaux et n'avait pas terminé sa scolarité ; qu'ainsi le requérant est fondé à soutenir que le Préfet de ... en donnant ladite autorisation a excédé ses pouvoirs ;

Considérant, d'autre part, qu'il résulte de l'instruction qu'aux dates où ont été pris les arrêtés des 28 décembre 1914 et 13 septembre 1915, par lesquels le Préfet a nommé le sieur D., médecin-inspecteur de l'assistance médicale gratuite pour les 10e et 11e circonscriptions, la situation scolaire de cet étudiant n'était pas modifiée ; qu'il y a lieu, dès lors, de prononcer par voie de conséquence l'annulation de ces deux derniers arrêtés ;

Décide :

Sont annulés les trois arrêtés susvisés du Préfet de ...... en date des 12 septembre 1914, 28 décembre 1914 et 13 septembre 1915.

Note.

Cet arrêt, conforme à la jurisprudence déjà existante en cette matière, peut servir de réponse à ceux de nos confrères, qui s'adressent au « Sou Médical » pour demander s'il serait possible de faire retirer l'aurorisation d'exercer la médecine, donnée par un Préfet, pendant et à l'occasion de la guerre, à un étranger non muni du diplôme d'Etat de docteur français ou à un étudiant en médecine.

La loi du 30 novembre 1892 est très précise en ce point : en vertu de l'article 6 de cette loi, l'autorisation ne peut être donnée que pour trois mois, en cas d'épidémie, ou de remplacement de médecin, à des étudiants, dont la scolarité est terminée, ou à des internes des hôpitaux, nommés au concours et munis de 12 inscriptions. En dehors des cas prévus par la loi, le préfet n'a aucune qualité pour délivrer une autorisation d'exercer la médecine. Toute décision contraire serait susceptible d'être déférée au Conseil d'Etat, pour excès de pouvoir.

Dr Paul BOUDIN.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

La médecine militaire devant l'opinion médicale.

Au nombre des grandes vedettes de la Médecine militaire qui s'attachent à la défendre, et auxquelles nous faisions allusion dans le nº 2 du *Concours médical* (11 janv. 1920) figure, en bonne place, M. le Médecin-Inspecteur TROUSSAINT, qui n'est pas, à nos yeux, parmi les moins sympathiques, peut-être parce qu'il a été parfois violemment attaqué dans son propre milieu. On n'est jamais trahi que par les siens !

M. Troussaint poursuit donc le plaidoyer qu'il a entrepris dans le *Bulletin Médical*. Nous n'avons nullement l'intention de publier tous ses articles. Si nous ouvrons nos colonnes à partie de celui qui vient de paraître dans le nº du 10 janvier, c'est que l'auteur prend la peine de discuter des idées que nous avons maintes et maintes fois défendues ici même. Il ne nous cite pas évidemment : ce serait nous faire trop d'honneur. Mais, au soin qu'il apporte à développer son argumentation, il nous est permis de mesurer l'impression que ces idées ont faites sur son esprit. Nous y voyons la preuve qu'elles ne lui apparaissent pas comme négligeables. Quant à croire un seul instant qu'il ait pu songer à s'y rallier, même en principe, cette pensée n'a même pas effleuré notre esprit.

M. Troussaint est parvenu au plus élevé des échelons de la hiérarchie médico-militaire ; à la déclaration de guerre, en août 1914, il était à la tête de la 7e Direction au Ministère de la Guerre, et comme tel, le grand maître du Service de Santé ; nourri dans le sérail, et ajouterons-nous, par le sérail, non seulement il en connaît tous les détours, mais encore, il ne peut qu'être profondément et inéluctablement attaché à une organisation à laquelle il a consacré toute sa vie. C'est humain, et nous ne lui en saurions faire le moindre grief.

Mais c'est déjà beaucoup, et nous lui en rendons grâce, qu'il ait condescendu à discuter des points de vue qui nous sont chers.

Laissons-lui la parole. Aussi bien les faits se chargent-ils de répondre à certaines de ses affirmations :

La pratique médicale dans la collectivité militaire n'a qu'une vague ressemblance avec celle de la collectivité civile. En dehors de ses actes de pure technique médicale ou chirurgicale, le médecin militaire joue un rôle considérable dans le maintien de la discipline, la protection et la conservation des effectifs, le moral de l'armée. Nos confrères civils qui ont fait campagne avec des corps de troupe en savent quelque chose. Il ne faut pas perdre de vue, en outre, que le soldat n'a point le libre choix de son médecin. Il doit se confier à celui que lui donne l'Etat dont la responsabilité se trouve ainsi directement engagée et qui se trouve, par suite, dans l'obligation d'assurer le contrôle, tant technique que militaire, de ses médecins. En fin de compte, c'est lui qui paye et supporte les conséquences des erreurs, des fautes ou des négligences commises par eux. Le client militaire ne se retourne pas, comme le client civil, contre son médecin. C'est au Trésor qu'il frappe, c'est-à-dire à la poche du contribuable et non à celle de celui qu'il rend responsable, à tort ou à raison, des conséquences irrémédiables d'une blessure ou d'une maladie.

. . . .

Aussi l'Etat n'a-t-il d'autres moyens d'atténuer des conséquences onéreuses pour le Trésor que de prévenir, plus que jamais, par sa surveillance et son contrôle techniques aussi bien les erreurs que les fautes et les négligences de toute sorte auxquelles la caste médicale n'échappe pas plus que les autres corporations. (*Nous sommes d'accord*). Quelle sanction d'ailleurs pourrait-il exercer contre des hommes indépendants de toute hiérarchisation et de toute subordination, abrités derrière un parchemin qui leur confère un droit d'exercice qu'il ne peut leur interdire ? (*Erreur nous le prouverons*). Il faut qu'il puisse, tout au moins, recourir contre eux aux mesures disciplinaires applicables à toutes les catégories d'officiers. C'est pourquoi il a fait du médecin, dans l'armée, tout à la fois un technicien et un officier qui doit se soumettre en même temps au contrôle et à la surveillance techniques et à la règle militaire. Or, et CECI RÉPOND AU DÉSIR INCONSIDÉRÉ DE SUPPRIMER TOUTE SUBORDINATION ET TOUTE HIÉRARCHISATION, ON NE PEUT CONCEVOIR CETTE DOUBLE ACTION TECHNIQUE ET DISCIPLINAIRE SANS LE GRADE QUI IMPOSE L'UNE A L'AUTRE. Il entraîne, pour le subalterne, l'obligation d'exécuter des ordres aussi bien techniques que militaires. Est-ce à dire que l'on doive envisager sous le même jour l'exécution de l'un ou l'autre de ces ordres différents ? Evidemment non, et il n'est pas un médecin, quel que soit son grade, qui, sur le terrain de la technicité pure, ne soit disposé à discuter l'opinion d'un de ses subordonnés et à s'incliner devant des considérations ou des raisons scientifiques supérieures à celles qu'il est à même de faire valoir lui-même à l'appui de son avis personnel. Dans la pratique médico-militaire, à quelques rares exceptions, il en a toujours été ainsi, tant dans les hôpitaux que dans les diverses Commissions, *a fortiori* aujourd'hui où la présidence de celles-ci, autrefois confiée à un représentant du commandement, est exercée par un médecin de grade élevé. Le régime de la consultation, d'ailleurs réglementaire, était toujours appliqué pour les cas difficiles ou d'interprétation délicate ; la décision était inévitablement conforme à l'avis le plus autorisé sans considération

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales.

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arcachon : Cazaban, Dechamp.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu : Bertier Louis, Ricoux.
Beausoleil : Audoly, Pizard P.,
Biarritz : Berne, Clave Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles, Baradat, Bayle, Fournier, Kent-Gazet, Seytre, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Frank-Duprat, Camoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Durond, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Jaubert.
Menton : Jean Fornari aîné, P. de Langenhagen.
Monaco : Jolivot.
Monte-Carlo : Vivant.
Rousses (Les): Dumont A.
Nice : Ardoin, S. Baudry (*oculiste*), Bermondy, Bernarbeig, Carlotti (*ophtalmologiste*), Cauvin (*oculiste*), Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Gruzu, Laugier, Larue, Leblanc, Leriche Emile, Liotard, Martinaud, Piétri, Rosanoff, Seney, Sorel (*gyn. chir.*), Stefani.
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy, Gain.
St-Raphaël-Valescure Caldaguès, Vadon.
Toulon : Gilbert Pignet (*urol. derm.*), Regnault (*chir., gyn.. orth.*).

de grade. LE NOMBRE DES GALONS N'EST ÉVIDEMMENT PAS DE PRIMORDIALE IMPORTANCE ; EN L'ESPECE, C'EST UN ARGUMENT A L'ACTIF DES PARTISANS DE LA SUPPRESSION DE TOUTE HIÉRARCHIE MÉDICO-MILITAIRE. Il se peut très bien, en effet, que la compétence d'un supérieur dans telle ou telle branche de l'art de guérir se trouve en défaut sur des questions spéciales qui lui échappent. Un épidémiologiste éminent serait mal venu à imposer son autorité en matière de chirurgie générale ou spéciale ; aussi bien, du haut en bas de la hiérarchie, chacun a-t-il le devoir de n'intervenir que dans les limites de sa compétence, et lorsque l'Etat exerce son droit de contrôle, il en charge des hommes particulièrement qualifiés,...

Médecin-Inspecteur TROUSSAINT.

Nous n'avons jamais prétendu qu'il fallait supprimer toute hiérarchie dans le corps de santé.

Ce que nous soutenons plus que jamais, c'est que la hiérarchie basée sur l'assimilation est inacceptable.

Un médecin peut être le *subordonné d'*un autre médecin. Il ne saurait, légalement, être son *inférieur*.

Comme Pierre Duval l'a proclamé, le médecin, sur le terrain de la technicité, doit avoir pour premier et principal guide sa conscience, et le souci du service à rendre aux malades et aux blessés qui lui sont confiés.

Mais cette indépendance a pour contre-partie l'entrée en jeu de sa responsabilité entière et absolue.

C'est sur ces deux pricipes que nous établissons l'exercice de la médecine dans l'armée.

Des échelons de solde, amenant automatiquement, dans un temps donné, une augmentation de ressources, correspondant à l'acquisition d'une expérience plus consommée, d'une pratique plus perfectionnée, parallèlement à l'accroissement de l'âge des intéressés, tout au moins jusqu'à la solde d'officier supérieur.

Une hiérarchie administrative réglée par des lettres de service, renouvelables mais aussi révocables.

Un contrôle technique organisé avec toutes les garanties de compétence et d'impartialité désirables. Des sanctions.

Tels sont les trois éléments principaux de notre conception.

Des échelons de solde franchis automatiquement. C'est indispensable. S'il y eut jamais situation profondément paradoxale et d'une injustice criante, pendant la campagne, ce fut celle des vieux aides-majors de complément, qui traînèrent jusqu'à la fin, tant aux armées qu'à l'intérieur, leurs cheveux blancs, et les deux pitoyables galons dont s'ornaient leurs manches, avec la maigre solde de lieutenant.

Une hiérarchie administrative réglée par des lettres de service. Serait-ce une innovation ? Nous avons déjà montré, et nous ne nous lasserons pas de rappeller que le général de division qui commande une division, aussi bien que le général de division qui commande en chef, avec tous les intermédiaires, commandants de corps d'armée, d'armée, de groupes d'armées, inspecteurs, etc., ont le même grade. C'est une lettre de service qui donne à chacun d'eux son commandement, et détermine sa subordination.

Voyez d'autre part, ce qu'écrit le Commandant DE CIVRIEUX, dans le *Matin* du 10 janvier 1920 :

La nomination à titre temporaire, comportant et l'insigne du grade et la solde afférente à ce grade, fut une erreur d'autant plus fâcheuse en conséquences que la durée des hostilités, puis de l'armistice, a coulé plus longue. Une lettre de service, constamment révocable, adaptée ainsi aux prévisions de l'avenir, eût été préférable. Mais une erreur s'aggrave d'autant plus par sa persistance lorsque le courage semble faire défaut à sa réparation.

Commandant DE CIVRIEUX.

La lettre de service n'est donc pas une simple vue de notre esprit. Elle existe. Et d'autres que nous ont, d'autre part, estimé qu'elle pouvait jouer pour remplacer les grades.

Un contrôle compétent et impartial, c'est indispensable. Nous sommes loin de prétendre que le diplôme de docteur en médecine met ses détenteurs à l'abri des fautes professionnelles, ces fautes comportant des sanctions dont la sévérité grandira avec la gravité de celles-là.

Le blâme, la réprimande, l'affectation à un service de moins en moins important, la suspension, l'interdiction du droit d'exercer, représentent une répression graduée et efficace, dont la dernière est d'ailleurs prévue dans la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine (1).

Pourquoi n'y ajouterait-on pas, et nous répondons ici à l'une des objections de M. Troussaint, la responsabilité matérielle, pécuniaire, au cas où celle-ci serait valablement invoquée par un malade ou par ses ayants droit ?

Serait-ce encore une innovation ? En matière civile, hélas non ! Au point de vue militaire, pas davantage. Un chef de corps, un commandant de compagnie sont personnellement et pécuniairement responsables des fautes de gestion qu'ils commettent ou laissent commettre par leurs collaborateurs.

Un capitaine paye de ses deniers le remplacement du matériel qu'il a pris en charge (cou-

(1) A la condition, évidemment, que les sanctions ne soient prononcées qu'après enquêtes approfondies, au cours desquelles toutes facilités seraient données à l'intéressé pour se défendre et se justifier.

vertures, gamelles, etc.) et qu'il ne peut représenter.

Un médecin militaire condamné à une réparation pécuniaire envers un de ses malades en pourrait être tout aussi bien responsable. Sa solde en répondrait, à défaut d'autres ressources et notamment de toutes les garanties qu'il aurait eu la prévoyance de demander aux organisations qui couvrent le risque professionnel (Sou Médical, par exemple).

Voilà pour les rapports des médecins entre eux dans l'armée, et pour l'exercice de leur profession.

Quant à leurs rapports avec le Commandement, ils seraient entretenus dans le cadre général des différentes organisations militaires, et régis par ce que nous oserons appeler, en cette matière, le droit commun.

Ils sont sous les *ordres militaires* du chef qui commande l'unité à laquelle ils appartiennent. Ils doivent s'y conformer, à la condition que ces ordres n'empiètent pas sur le terrain technique.

Un dernier mot : « Il n'est pas un médecin, quel que soit son grade, écrit M. le Médecin-Inspecteur Général Troussaint, qui, sur le terrain de la technicité pure, ne soit disposé à discuter l'opinion d'un de ses subordonnés et à s'incliner devant des considérations ou des raisons scientifiques supérieures à celles qu'il est à même de faire valoir lui-même à l'appui de son avis personnel ».

Ah ! le bon billet ! L'anecdote relatée par M. Roché, dans *Paris Médical*, et que nous avons reproduite nous-mêmes, montre ce qu'il en est. Pour ne pas, étant monogalonné, être de l'avis d'un polygalonné, et pour avoir osé le dire, on est muté d'une ambulance sur un régiment : telle est la récompense de l'indépendance scientifique.

II

On lit dans le *Matin* du 14 janvier 1920 :

Les résultats auxquels aboutit la médecine militaire — qu'il ne faut pas confondre irrespectueusement avec la médecine tout court — sont parfois bien curieux.

C'est ainsi que le ministère de la guerre a publié un *Guide-Barème des Invalidités* où sont numériquement appréciées, aux fins de pensions, les invalidités causées par les diverses blessures de guerre.

Or, ce guide-barème contient des anomalies vraiment cocasses. Ainsi la valeur des doigts est différente dans le barème suivant qu'ils sont à droite ou à gauche ; et pourtant la valeur indiquée pour la somme de tous les doigts à droite est la même qu'à gauche. Cette valeur est d'ailleurs de 70 % et j'admire sincèrement le rédacteur du guide qui peut évaluer ainsi sans hésitation ce que représente pour chaque « homme » la suppression de telle ou telle de ses fonctions organiques. Je voudrais bien voir la balance qui lui a permis de soupeser tout cela *ne varietur*. Elle doit ressembler à celle de Thémis.

Et puis, chacun sait que, une fois le doigt mis sur la couture du pantalon, un « homme » en vaut exactement un autre. C'est ainsi que la perte de la vue d'un côté est évaluée à 33 %, qu'il s'agisse d'un peintre ou d'un pompier (je sais bien qu'on peut être l'un et l'autre). La perte de l'ouïe, d'un côté, est égale à 15 % pour un chef d'orchestre comme pour un mime.

Ainsi, l'égalitarisme, ainsi le nivellement général des valeurs dont on attribue faussement la poursuite aux plus farouches révolutionnaires, ont en réalité, pour dernier refuge, les cartons verts du service de santé. Admirons l'arithmétique singulière, fille à la fois de Mars et d'Esculape, qui nous a donné ce résultat. Qu'on lui décerne un caducée d'honneur.

Docteur Ox.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Mentalité mutualiste.

Récemment, une puissante Société mutualiste, pour éviter la défection en perspective de son personnel médical, convoquait tous ses médecins pour discuter avec eux la question de l'augmentation des honoraires.

Ne pensez pas qu'il s'agissait de couvrir d'un pont d'or nos confrères. Dans cette société, où la dépense pour médecins est de 2,07 par tête de sociétaire, le marchandage fut de mise comme de coutume. Après avoir glorifié les médecins, les avoir remerciés de leur dévouement, avoir célébré leur mission humanitaire et philanthropique, leur sacerdoce, après avoir lancé au large cette série de bateaux montés par les gens qui mettent difficileemnt la main à la poche, le président proposa un tarif pour les visites et consultations seul compatible avec l'état de la caisse, après nous avoir apitoyés sur l'état de celle-ci et démontré sa pénurie.

Un confrère proposa une solution simpliste, tellement simpliste qu'elle ne pouvait être l'objet d'une discussion.

Puisque la Caisse était vide, il n'y avait qu'à la remplir, et pour cela doubler les cotisations : chose facile puisque les salaires et appointements de cette série d'employés avaient plus que doublé. On pourrait ainsi honorer convenablement les médecins. Indignation du Conseil d'administration : il n'y avait pas moyen d'augmenter les cotisations pour améliorer le sort des médecins et on nous en fournit les raisons.

Beaucoup de sociétaires étaient morts pendant la guerre et avaient laissé des enfants. La Société voulait s'occuper de ces orphelins, au moyen d'un relèvement de la cotisation.

Nous ne pouvions que nous incliner devant l'esprit de solidarité des sociétaires à l'égard de leurs camarades disparus.

Néanmoins, un des médecins présents fit remarquer au président que, s'il était juste que les sociétaires s'occupassent des orphelins de leurs camarades, les médecins n'avaient rien à y voir et n'avaient à y contribuer en aucune façon, si ce n'est par un don volontaire. Que d'autre part, beaucoup de médecins étaient également morts pour la France, laissant des orphelins dont le corps médical avait à s'occuper.

Mais dans ce cas, ils ne demandaient rien aux sociétés dont ils étaient membres, mais avaient besoin d'être honorés suffisamment pour faire face à ce nouveau devoir médical.

Que pensez-vous, confrères, de cette Société qui refuse les moyens nécessaires pour améliorer la situation de ses médecins sous prétexte qu'elle a des orphelins à soutenir, obligeant ainsi les médecins à contribuer à cette œuvre par une remise d'honoraires ?

C'est encore la mendicité sous une forme nouvelle, mendicité d'après-guerre. Il est vrai que pour les mêmes orphelins, elle réclamera, je n'en doute pas, des subventions à l'Etat, à ses membres honoraires, qu'elle organisera des fêtes et des tombolas. C'est toujours la philantropie avec l'argent des autres.

Dr M. VIMONT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— L'Association Générale des Médecins de France et l'Association Générale des Pharmaciens ont pris l'initiative d'une cérémonie commémorative destinée à glorifier les Membres du Corps de Santé tombés au Champ d'Honneur.

Monsieur le Président de la République a bien voulu accepter de présider cette manifestation qui a lieu aujourd'hui *Dimanche 25 janvier, à 2 heures*, dans le Grand Amphithéâtre de la Sorbonne.

Des cérémonies religieuses des différents cultes ont été célébrées dans les jours précédents.

— Le Dr CABANES, rédacteur en chef de la *Chronique médicale*, vient d'être chargé d'un cours de *pathologie historique*, à l'Institut des Hautes-Etudes, de Bruxelles.

La leçon inaugurale a eu lieu le 19 janvier, à 8 h. 1/2 du soir ; elle sera suivie de cinq autres leçons, dont la date sera ultérieurement indiquée.

Sujet du cours : Des relations de la Médecine avec l'Histoire ; théories et applications.

— **Maladies chroniques de la nutrition.** — M. André Léri, agrégé, a commencé, le lundi 12 janvier 1920, à 4 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, une série de conférences avec présentation de malades et projections. Il les continuera les lundis suivants, à la même heure.

Ces conférences ont pour sujet principal les maladies osseuses et articulaires d'ordre dystrophique.

— **Thérapeutique.** — Un cours complémentaire d'hydrologie, de crénothérapie et de climatothérapie, sous la direction de MM. A. Robin, P. Carnot, Linossier et Rathery a lieu depuis le 8 janvier, les jeudis et samedis, à 5 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

29 janvier. — M. Linossier. Eaux bicarbonatées chlorurée (*fin*). Eaux sulfatées. Cures de diurèse. Descriptions de stations et projections : M. Perpère (Mont-Dore). M. Bouloumié (Vittel).

31 janvier. — M. Linossier. Eaux sulfatées (*fin*). Eaux sulfatées chlorurées. Eaux thermales simples et radio-actives. Descriptions des stations et projections : M. Gandy (Bagnères-de-Bigorre), M. Joly (Bagnoles-de-l'Orne).

5 février. — M. Bardet, secrétaire général de l'Institut d'hydrologie. Climatothérapie générale.

7 février. — M. Georges Baudouin, secrétaire général du Congrès de Thalassothérapie. Climats marins et thalassothérapie. Projections.

12 février. M. Rist, médecin de l'hôpital Laënnec et du dispensaire Léon Bourgeois. Climats terrestres. Cures de sanatorium. Projections.

14 février. — Professeur Carnot, indications, par maladies, des cures hydro-minérales et climatiques.

Une excursion d'étude à Vichy aura lieu, pour les élèves ayant suivi le cours, pendant les vacances de la Pentecôte (23 et 24 mai).

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.** — Un cours de revision, destiné surtout aux médecins praticiens et aux experts des centres de réforme, commencera le lundi 26 janvier 1920 à 9 h., à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. le prof. agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux, ancien chef du Centre neurologique de la XVIe région et consultant neurologique du G. M. P., et avec la collaboration de MM. P. Wiart, Paul Descomps, Coutela, Guilleminot, Durey, Dausset, Dufourmentel, Dumont, Deval et Comandon.

Ce cours, essentiellement pratique, comprendra 36 leçons et sera terminé en trois semaines ; il portera plus spécialement sur l'examen clinique au lit du malade et sur les procédés modernes de thérapeutique médicale, chirurgicale, physicothérapie, orthopédique et hydrominérale.

Il sera illustré de projections photographiques, cinématographiques et microscopiques et sera accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades présentés, à la pratique et aux manœuvres thérapeutiques, au maniement des appareils, aux travaux de laboratoire, et pourront emporter les préparations exécutées par eux au cours de cet enseignement.

Des planches ou des comptes rendus résumant chaque leçon seront mis à leur disposition.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours. Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. — Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Nota. — Pendant l'année scolaire (1919-1920 et les vacances correspondantes, auront lieu à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, dans les mêmes conditions : 1° Deux cours de perfectionnement ; *a*) l'un sur les maladies du foie et du pancréas, en avril-mai 1920 ; *b*) l'autre sur les maladies du tube digestif, en juin 1920);

2° Deux cours de revision : *a*) l'un sur les séquelles nerveuses de guerre, en janvier-février 1920 ; *b*) l'autre de Clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire au diagnostic. en octobre 1920.

— **L'hôpital aux nécessiteux.** — C'était encore le temps où le Père n'avait pas raison...

Sacha, réformé pour une myocardite, remportait alors de brillants lauriers sur la scène du Vaudeville.

Un jour, le professeur Vaquez, le spécialiste bien connu des maladies de cœur, vit venir dans son service, parmi la foule des miséreux, un homme jeune encore — nous n'exagérons pas — et vêtu avec une certaine élégance.

Il examina le malade, lui donna une ordonnance avec ... l'adresse d'un de ses confrères.

Le lendemain et les jours suivants — le théâtre nous prépare si bien aux répétitions — Sacha revint à l'hôpital.

Mais un jour le professeur, ayant reconnu l'artiste, se refusa à l'ausculter.

Sacha prépare une pièce contre les médecins. Mais, par avance, le professeur Vaquez lui en a rendu la monnaie.

(*Bonsoir*, 13 janvier 1920.)

— **Tribunaux départementaux des pensions.** — Sont nommés membres des Tribunaux départementaux des Pensions militaires ci-après, les médecins dont les noms suivent :

Albi : M. *Guy*. Suppléants : MM. *Bouissières* et *Sans*.

Alger : M. *Crespin*. Suppléants : MM. *Gardon* et *Gutsont*.

Arras : M. *Béhague*. Suppléants : MM. *Brossart* et *Andrès*.

Aurillac : M. *Fesq*. Suppléants : MM. *Bagilet* et *Talendier*.

Beauvais : M. *Magnier*. Suppléants : MM. *Leraitre* et *Poissonnier*.

Blois : M. *Lesueur*. Suppléants : MM. *Lefranc* et *Daget*.

Bourg : M. *Saint-Pierre*. Suppléants : MM. *Servas* et *Louis*.

Caen : M. *Charbonnier*. Suppléants : MM. *Guibe* et *Desbouis*.

Carcassonne : M. *Cazals*. Suppléants : MM. *Combeleran* et *Carbon*.

Châlons-sur-Marne : M. *Frague*. Suppléants : MM. *Chevron* et *Aumont*.

Constantine : M. *Leroy*. Suppléants : MM. *Bérard* et *Piquet*.

Digne : M. *Romieu*. Suppléants : MM. *Damas* et *de Lacombe*.

Epinal : M. *Lacour*. Suppléants : MM. *Legras* et *Chambelland*.

Mende : M. *Joly*. Suppléants : MM. *Cabanjols* et et *Bousquet*.

Mont-de-Marsan : M. *Daraignez*. Suppléants : MM. *Tola* et *d'Uzer*.

Moulins : M. *Ranglaret*. Suppléants : MM. *Gomot* et *Lougnon*.

Nancy : M. *Weiss*. Suppléants : MM. *Rohmer* et *Michel*.

Nantes : M. *Bureau*. Suppléants : MM. *Le Maignen* et *Desclaux*.

— **L'âge des œufs.** — Voici un procédé très simple, permettant de reconnaître d'une façon assez exacte l'âge d'un œuf. Ce procédé est basé sur ce fait qu'un œuf plongé dans l'eau prend une position différente suivant son âge. Plus un œuf est vieux, plus il tend à se placer debout. De nombreuses expériences ont permis de formuler les règles ci-après énoncées :

L'œuf frais reste horizontal dans le liquide ; celui de trois à cinq jours fait avec l'horizon un angle de 30 degrés ; l'angle passe à 45 degrés au bout de huit jours ; à 75 degrés pour l'œuf de trois semaines ; et à 30 jours, l'œuf reste sur sa pointe. Plus âgé, il flotte. A l'aide d'un flacon de verre gradué on peut, d'un coup d'œil, lire le degré de fraîcheur d'un œuf quelconque.

L'âge déterminé correspond à chaque division, à chaque inclinaison. (*L'Ami de la Presse.*)

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON, THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Ce malade me semble devoir être amélioré dans un sanatorium.

Quelle serait la marche à suivre pour l'y faire admettre aux frais de l'Etat, en application de la nouvelle loi sur les pensions ?

D[r] J. I.

Réponse.

Aux termes de l'article 15 du décret du 26 septembre 1919 (*Agenda-Memento* de 1920, p. 305), si le malade est atteint d'une affection qui ne peut utilement être soignée à domicile, le médecin rédige un certificat par lequel, en se référant à la déclaration que, par application de l'article 13, il a dû envoyer au Préfet sur l'origine et la nature de ladite affection, il indique les raisons qui nécessitent l'entrée à l'hôpital.

Bien que la loi ne vise pas nommément le sanatorium, nous pensons qu'il y a lieu de procéder dans ce cas de la même façon que s'il s'agissait de faire entrer le malade à l'hôpital.

Ce certificat doit être envoyé, sous pli fermé et en franchise, au Préfet, qui avise le maire.

Si la déclaration de l'article 13 n'a pas encore été faite, elle peut être envoyée au Préfet en même temps que le certificat de l'article 16.

Peut-être, même, déclaration et certificat pourraient-ils ne former qu'une seule pièce ? Mais, en matière administrative, il est préférable de respecter la forme et de faire déclaration et certificat séparément.

Hospitalisation d'un démobilisé en instance de pension.

Membre du « Sou », je vous serais reconnaissant de vouloir bien me donner le renseignement suivant : je soigne en ce moment un homme de 30 ans, atteint de sciatique aiguë. A ma première visite, 7 à 8 jours après le début de la maladie, l'atrophie était déjà de 2 cm. au moins. Il prétend avoir déjà souffert pendant la guerre, mais ne s'est pas présenté à la visite.

Cet homme désirerait être soigné aux frais de l'Etat, (et pensionné ensuite s'il y a lieu). Que dois-je faire pour cela ?

Le Directeur du Service de Santé va le convoquer on ne sait trop quand, au Centre de réforme. Mais, ce qu'il voudrait, c'est être hospitalisé de suite.

Puis-je l'envoyer dans un hôpital civil ? Il me semble d'autre part difficile de le diriger sur une formation militaire (visite de chef-lieu de subdivision, par exemple). Il ne peut guère se déplacer, et il est nécessaire surtout de savoir si la responsabilité de l'Etat sera admise ou non.

Et comment serai-je payé ? Ce n'est pas là le cas de soins donnés aux pensionnés de guerre, puisqu'il n'est pas réformé.

D[r] A. P.

Réponse

Seuls les bénéficiaires de la loi des pensions du 31 mars 1919 ont droit gratuitement aux soins médicaux institués par l'article 64 de la loi.

A cet effet, ils doivent se faire inscrire sur une liste spéciale, la demande d'inscription est adressée à la mairie de la commune où réside l'intéressé (Décret du 26 septembre 1919).

Les militaires en instance de pension sont compris dans la seconde partie de la liste provisoire et doivent réclamer leur inscription dans les six mois de la publication du Décret (*Journ. Officiel*, 16 oct. 1919) ou dans les six mois suivant leur renvoi dans leurs foyers.

Pour que cette inscription soit recevable, il faut que l'intéressé soit en instance de pension, c'est-à-dire ait demandé au Directeur du Service de Santé de la Région où il réside, par lettre recommandée, de faire constater sa maladie ou son infirmité.

Si ces dernières formalités ont été remplies, le médecin traitant doit envoyer au Préfet une déclaration constatant qu'il estime que les accidents ou complications pour lesquels ses soins ont été réclamés résultent de la blessure ou de la maladie devant donner lieu à la pension. Un certificat par lequel, en se référant à cette déclaration, il indique les raisons qui nécessitent l'entrée du malade à l'hôpital, doit être envoyé au maire, qui prononce l'admission et en avise le préfet.

Si le droit du malade aux soins gratuits est reconnu, le médecin doit être payé par l'Etat. Mais le Tarif de ces soins n'est pas encore fixé.

Primes mensuelles de démobilisation.

Evacué du front en fin 1916, j'ai eu 6 mois de convalescence pour maladie grave contractée au front ; puis, toujours pour le même motif, je fus mis hors cadres du 1er juin 1917 au 1er novembre 1918 (date où je fus rappelé à l'activité).

Pendant ces mois de mise hors cadres, ai-je droit à la prime mensuelle ?

Si oui, ai-je droit à 15 francs (prime de l'intérieur) ou à 20 francs (prime du front) comme pendant mes mois d'hôpital et de convalescence.

Réponse

La prime mensuelle de démobilisation n'est due que pendant la période durant laquelle le militaire avait droit à sa solde. Les officiers hors cadres ne touchant pas de solde n'ont donc pas droit à la prime mensuelle pour le temps qu'ils ont passé dans cette situation.

Déclaration des revenus des anciens mobilisés.

Je vous serais très reconnaissant de me faire savoir ce que je dois faire au point de vue impôts.

Démobilisé et ayant repris mon poste en avril 1919, je n'ai point fait de déclaration au contrôleur. Craignant d'être taxé d'office, je désirerais savoir si je dois en faire une et dans quel délai, au sujet des impôts sur les bénéfices des professions non commerciales et de l'impôt général sur le revenu.

Jusqu'ici le percepteur m'a fait payer la patente et l'impôt sur l'auto. Est-ce prudent ou imprudent d'attendre sans rien faire ?

Réponse

Les mobilisés bénéficient, pour la déclaration de leurs revenus, d'un délai qui doit prendre fin trois mois après la cessation des hostilités, c'est-à-dire le 24 janvier courant.

Nous vous engageons donc à faire avant cette date vos déclarations, tant en vue de l'impôt général et global qu'en vue de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, et ce pour éviter la majoration d'impôt qui attend les retardataires.

La déclaration pour l'impôt global, si elle est détaillée ainsi qu'elle le doit être, est également valable pour l'impôt cédulaire sur les bénéfices de la profession médicale.

Réquisitions légales. Assistance à la visite de contrôle du médecin patronal.

1° Je suis réquisitionné par le Commissaire de Police pour examiner un noyé. Je délivre un rapport.

Comment dois-je établir ma note d'honoraires ?

Qui doit payer le certificat de décès ?

2° Je suis réquisitionné par le même commissaire pour aller examiner les 5 enfants d'une famille. Je fournis un seul rapport global où je détaille l'état dans lequel j'ai trouvé chacun des 5 enfants. Ai-je droit à des honoraires pour chacun des enfants examinés ?

Voudriez-vous être assez aimable pour me détailler chacune de ces deux notes.

3° Quand je consulte, à mon cabinet, avec un médecin spécialement choisi par une assurance, et après avoir été prévenu par cette dernière, par lettre recommandée préalable, un ouvrier accidenté du travail que je soigne, dois-je compter comme honoraires suivant l'article 7 du Tarif Dubief, 4 consultations ?

Réponse.

1° Réquisitionné par le Commissiaire de police pour examiner un noyé, vous pouvez établir votre note suivant le Tarif médico-légal criminel, soit :

Visite	8 fr.
Rapport	5 fr.

Votre mémoire d'honoraires ainsi établi devra être envoyé au Commissaire qui vous a requis (nous supposons qu'il y a eu réquisition écrite).

Si vous rencontriez des difficultés pour vous faire payer, sous prétexte qu'il n'y a eu ni crime ni délit, veuillez bien nous en informer.

Quant au certificat de décès, il ne saurait rentrer dans les frais de justice criminelle ni par suite être payé sur les mêmes crédits.

Il n'est d'ailleurs pas nécessaire, et si la municipalité en exige la délivrance, il lui appartient d'en payer les honoraires.

2° Dans le second cas, vous avez droit à autant de fois l'honoraire de la visite que vous avez examiné d'enfants.

Quant au rapport, il y a lieu de remarquer que l'honoraire de cinq francs est un minimum. Si le rapport est d'une certaine importance et si vous estimez que cinq francs constituent une rémunération insuffisante du travail accompli, vous pouvez demander une somme supérieure, autant que possible par vacations de cinq francs.

3° Dans le cas d'assistance à la visite du médecin du patron ou de l'assurance, c'est l'article 4 du Tarif Dubief qui est applicable, soit l'honoraire égal au double du prix de la visite, et non pas au quadruple ; ce dernier honoraire est applicable au cas de consultation, dans les cas graves ou pressants, avec un confrère.

Un blessé du travail, admis dans une infirmerie, est-il hospitalisé ?

Dans une réunion du sous-syndicat des médecins des régions dévastées, tenu sous la présidence du Syndicat départemental, il a été décidé, d'accord avec le représentant de la Préfecture, la création d'Infirmeries cantonales et d'Hôpitaux régionaux, destinés à la main-d'œuvre étrangère des pays dévastés, embauchée *par contrat collectif*.

Dans ces formations sanitaires, les médecins traitants (quoiqu'il soit loisible bien entendu de n'y faire entrer que les ouvriers ci-dessus visés), se verront par suite des circonstances et surtout crise de logement, moralement obligés d'admettre les gros blessés des entreprises privées. Ces entreprises y paieront un tarif journalier à *fixer*. L'autorité préfectorale semble admettre nos vues, qui consistent à réserver dans ces formations *des lits* dont nous serions les seuls dispensateurs, considérés comme faisant partie *de clinique privée*.

Les entrepreneurs y auraient donc à payer, outre les frais d'hospitalisation, les frais médicaux et pharmaceutiques ? Est-ce possible ?

Ne vont-ils pas nous imposer le tout ensemble ? Et dans ces conditions quel barème prendre pour le prix de journée à réclamer. A combien se monte le tout ensemble au nouveau tarif qui virtuellement n'existe plus ?

Dr D.

Réponse

La jurisprudence admet que le « tout compris » de l'article 4 de la loi sur les accidents du travail ne s'applique que lorsque la victime est effectivement admise et hébergée dans un établissement hospitalier. Par suite, un blessé admis dans une infirmerie, ou dans une clinique privée devra payer les frais de séjour, plus les frais médicaux et pharmaceutiques.

Néanmoins, puisque vous êtes appelés à discuter avec le délégué de l'administration, vous pouvez faire connaître vos conditions et prendre ainsi toutes précautions, pour éviter les discussions inévitables avec les assurances.

Faites inscrire, dans le règlement de ces formations sanitaires que tout malade payant, ou blessé du travail devra, lui ou le chef d'entreprise responsable, payer les frais médicaux, réclamés par le médecin qui aura donné des soins.

Si tous les médecins sont syndiqués, vous pouvez encore sauvegarder vos droits, en établissant un contrat collectif de travail entre, d'une part le syndicat médical et, d'autre part, l'administration préfectorale.

Le syndicat médical est chargé d'assurer le service médical de ces infirmeries et établissements hospitaliers, moyennant un prix annuel, pour les soins à donner aux indigents (loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite), réserves faites du droit que les médecins conservent de réclamer leurs honoraires, pour tout malade payant ou blessé du travail, admis dans ces établissements. Si besoin en est, nous pourrions vous établir un modèle de contrat.

De toutes façons, il serait prudent de faire signer, par le chef d'entreprise responsable, lors de l'admission d'un blessé du travail, un engagement écrit, par lequel il consent à payer un prix de journée, plus les frais médicaux et pharmaceutiques.

En effet, au cas où l'assurance viendrait à soutenir qu'il y a hospitalisation et qu'elle n'est tenue que dans les termes du « tout compris » de la loi, on lui opposerait l'engagement du chef d'entreprise, passé sous l'empire de l'article 1134 du Code civil.

Enfin, la jurisprudence admet que, lorsque dans un hôpital, un certain nombre de lits, ou des salles entières, sont réservées, aux seuls malades payants et aux blessés du travail, cette partie de l'établissement hospitalier doit être considérée comme clinique privée. Par suite, les médecins ont droit à leurs honoraires.

Néanmoins, vous ferez sagement en faisant mentionner, dans le règlement, que ces lits ou salles sont considérées comme clinique privée.

Le prix de journée dans les hôpitaux, pour les blessés du travail a été modifié par la loi du 5

mars 1917, et porté comme maximum « tout compris » à 5 fr. 75 à Paris et à 5 fr. partout ailleurs.

D[r] P. B.

Hôpital et cliniques payantes.

Je viens de lire avec intérêt l'article du docteur Fernand Decourt concernant la revision du tarif Dubief.

Puis-je me permettre de remarquer que dans cet article un point important est laissé dans l'ombre, c'est celui qui concerne l'hospitalisation des accidentés du travail.

A l'heure actuelle, il est impossible d'hospitaliser un blessé. Ce n'est ni juste, ni d'un intérêt bien compris,que l'on envisage soit le blessé, soit le médecin, soit la compagnie d'assurances. Il suffit d'avoir vu quelquefois dans quel état arrivent à l'hôpital, après un long voyage et un pansement soi-disant d'urgence, les ouvriers atteints d'une blessure un peu grave pour souhaiter que le nouveau tarif remédie à ce lamentable état de choses. Outre le service rendu à tous les intéressés au cours de l'accident considéré étroitement en lui-même, le fait de pouvoir hospitaliser un certain nombre de blessés chaque année, même en couvrant simplement les frais, permettrait dans bien des petits centres l'installation de cliniques modestes, mais qui rendraient à la population les plus grands services en ce qui concerne, soit la chirurgie courante, soit la chirurgie d'urgence. Quelle différence d'opérer une hernie étranglée dans une salle d'opérations appropriée, et de l'opérer, comme je l'ai fait maintes fois au domicile du patient !

D[r] M.

Réponse

L'hospitalisation des blessés du travail ne figure pas au tarif Dubief, mais fait l'objet du 3[e] paragraphe de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, modifiée par celle du 5 mars 1917. Aussi le rapport du D[r] Decourt doit-il être muet sur la modification que vous souhaitez, modification qui ne pourrait être obtenue que par une nouvelle loi.

Mais, sur le fond, vous avez parfaitement raison et si vous voulez vous reporter au *Concours* de 1913, p. 2088 et 1914, p. 1935, vous verrez que j'ai soutenu votre désir aux deux Congrès des Commissions hospitalières.

J'ai demandé que l'hôpital soit considéré comme hôpital gratuit pour les indigents, mais puisse fonctionner comme maison de santé pour les payants et les blessés du travail. Ce système fonctionne d'ailleurs dans quelques villes, pour le plus grand profit des malades, des hôpitaux et des médecins.

Si, dans votre ville, vos confrères et vous êtes décidés à tenter quelque chose dans ce sens, dites-le moi et je me mettrai à votre disposition, pour vous aider à établir un projet de contrat avec la Commission administrative de l'hôpital.

D[r] P. B.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 5 — DIMANCHE 1er FÉVVIER 1920

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	18 fr.
Etranger	22 »
Etudiants (*France*)	7 »
Le numéro	40 cent.

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE, SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. N° 5 1er Février 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

(*Voir numéros précédents*).

AVIS

Le Dr Ganche de Montreuil-s.-Ille (Ille-et-Vilaine) fait savoir que le poste de Montreuil-s.-Ille (rayon 5 km.), est suffisamment desservi par un médecin et que toutes les promesses faites pour attirer un 2e confrère sont absolument fausses et illusoires.

DEMANDES et OFFRES

Toute demande de renseignements doit être accompagnée d'un timbre pour la réponse.

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

No 45. — Paris. Immédiatement disponible, voiture Zedel, 2 places et 1 strapontin, 12 H P. 4 cyl., 1914. Parfait état de marche.

No 46. — A vendre, Dictionnaire Jacoud, broché, complet (40 vol.), un aspirateur Potain, un miroir frontal, un sphygmographe de Marcy. Faire offres à Mme Ve Jacob, rue de Cognac, Chatelaillon Ch.-Inf.

No 47 — A céder, cause départ étranger : 1o installation radio, 3 millis par transf. Rochefort et interrupteur Blondel 110 V. continu avec pied porte-ampoule, accessoires ; 2o tableau air chaud chirurgical 700 degrés ; 3o interrupteur Blondel gd. modèle 200 V. ; 4o appareil Klingelfuss Lumière cautère pour continu 220 V. ; 5o grand lustre verrerie et 2 radiateurs électriques. Docteur B. Ecrire Toury, 7, imp. Milord, Paris.

No 48. — A vendre : un gonfleur automobile Kirby-Atlas, 120 fr., un revolver hammerless de poche, balle blindée 6 mm., 60 fr. S'adresser : Dr Dutech, Trie, H.-P.

No 49. — Serais reconnaissant à confrère voulant m'indiquer œuvre de bienfaisance — s'il en existe — s'occupant d'enfants naturels, ou établissements où l'on puisse placer pour des mensualités modiques lesdits enfants.

No 50. — Mors 20-25 chevaux, 1913, torpedo 4 cylindres, 2 places et deux strapontins ; mécanisme et carrosserie entièrement revus et mis à neuf, prix, 18.000.

No 51. — Médecin stomatologiste demandé 3 après-midi par semaine dans clinique, quartier populaire.

No 52. — Dr Méline. Neuves-Maisons (Meurthe-et-Moselle), demande autoclave diamètre intérieur 0 m. 30 avec brûleur à gaz, bon état de marche.

No 53. — Nice. La villa « Les Délices », maison familiale de cure et de repos, merveilleusement située sur la colline Nice-Mont Boron, au voisinage d'une forêt de pins, reçoit principalement des déprimes, des convalescents et des débiles physiques non tuberculeux. Cure d'air, de soleil, de terrain et de régime. Dr Martinaud, médecin-directeur.

No 54. — Le Dr de Vaubercey, Miribel, Ain, forme un groupement pour la commande collective avantageuse de véhicules médicaux sérieux. Lui écrire pour adhésions de principe qui, nombreuses, retiendront l'attention et la considération des constructeurs,

No 55. — Docteur en médecine, 40 ans, santé excellente, connaissant auto, cherche situation para ou extra-médicale, Paris de préférence ou province. Voyagerait.

No 56. — A céder dans le centre, clientèle d'un rapport de 15.000 environ, seul médecin, on fait la pharmacie, grande habitation avec jardin et dépendances. On traite avec 4.000 comptant. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

Questions de prorogation de bail.

Installé à la campagne, dans une maison comprenant un rez-de-chaussée et un premier étage (rez-de-chaussée 4 pièces, 1er étage 4 pièces). J'habitais le 1er étage avant le 1er août 1914 (depuis 1907) ; j'y couchais, prenais mes repas avec ma femme et mes enfants, j'y recevais pour les consulter les clients qui venaient en dehors de mes heures de consultation, c'est là qu'on venait me demander pour les visites de jour et de nuit. *Mais j'avais ma consultation* et ma pharmacie (car je fournis des remèdes à mes clients) dans une autre maison du bourg, car la partie de la maison que j'occupais n'était pas assez grande.

En 1916, j'ai pu louer toute la maison. J'ai installé au rez-de-chaussée ma consultation et ma pharmacie.

J'ai signifié par huissier à mon propriétaire mon intention de bénéficier de la loi sur les loyers. Mon bail d'avant-guerre pour le 1er étage et renouvelé en 1916 expire pour toute la maison le 23 avril 1922.

1° Ai-je droit à la prolongation de 5 ans, 2 mois et 24 jours, période des hostilités ? Mon propriétaire a l'air de vouloir me la refuser ; il m'a fait l'objection qu'avant la guerre je n'avais pas consultation dans sa maison, mais seulement mon habitation (alors prorogation de 2 ans seulement). Il me semble pourtant que tous les locaux occupés par le médecin font partie de sa profession ?

2° D'un autre côté, mon propriétaire a l'air de vouloir m'accorder encore pour le 1er étage, que j'habitais en août 1914, la prorogation de loyer ; mais pas pour la partie rez-de-chaussée qui m'a été louée depuis la guerre en 1916 et qu'il voudrait reprendre à la fin de mon bail.

Dans le bail renouvelé en 1916, mon propriétaire me loue le 1er étage que j'occupais déjà et me loue en plus le rez-de-chaussée, me disant dans une lettre que, puisque j'habite déjà la maison il veut bien me la louer toute.

Peut-il maintenant m'enlever le rez-de-chaussée qu'il m'a accordé depuis la guerre ? et me laisser le 1er étage seulement ? Ai-je droit pour toute la maison à la prorogation de 5 ans à compter de la fin de mon bail, c'est-à-dire en 1922 ? ou bien n'ai-je droit qu'au 1er étage que je louais avant la guerre ?

Dr M.

Réponse de Me Gatineau.

L'application des lois sur les Loyers à des cas particuliers et qui ne sont pas prévus dans les textes, donne lieu à beaucoup de difficultés et de divergences de vue entre les Commissions arbitrales et la Cour de Cassation.

Le Dr M.... devra, s'il est appelé devant la Commission de C..., se présenter en personne.

Il peut se faire assister d'un conseil (officier ministériel ou avocat).

Voici mon avis sur son cas :

Avant le 1er août 1914, le Dr M. avait son habitation personnelle au 1er étage d'un immeuble. Cet appartement n'étant pas assez grand pour y installer le local destiné à contenir et préparer les médicaments qu'il pouvait fournir à ses clients aux termes de l'art. 27 de la loi de Germinal an XI, ni pour y avoir une salle d'attente les jours de consultation, le Docteur avait dû, jusqu'en 1916, époque où il put louer le rez-de-chaussée de l'immeuble où il avait son habitation personnelle, louer en dehors un local spécial pour y exercer sa profession.

Il n'est pas douteux que la consultation aux jours fixés et la manipulation pharmaceutique ne constituent pas tout l'exercice de la profession de médecin. Sans parler des visites à domicile, le médecin est encore appelé à donner des consultations aux clients qui viennent le trouver chez lui, à toute heure du jour ou de la nuit, en tous cas aux heures auxquelles il ne se trouve pas dans son local spécial, à des jours et heures indiqués. Ces actes médicaux sont un complément normal de l'exercice de la partie de la profession exercée ailleurs les jours et heures des *consultations*.

Il ne suffirait pas sans doute de l'introduction dans l'habitation personnelle, de clients ou de leurs envoyés réclamant la visite du médecin à leurs domiciles, pour qu'on puisse dire que la maison d'habitation doit avoir un caractère professionnel.

Mais si l'on peut établir que fréquemment, des clients ont été examinés et ont reçu des conseils médicaux dans l'habitation personnelle, notamment en dehors des heures de consultation, il sera possible de soutenir avec raison que la maison où habite le médecin et sa famille a un caractère mixte.

La Cour de Cassation a décidé que pour les locaux ayant un caractère à la fois d'habitation et professionnel indistinctement, le droit à la prorogation des art. 56 et 58 existe (*Concours*, 1920, n° 1, p. 44).

Les cas d'entreprises commerciales s'exerçant à la fois dans des locaux occupés par l'habitation pour partie et dans des annexes n'est pas rare. Pour les professions comme celles de médecin ou d'avocat, qui ne comportent pas de distinction bien nette entre les locaux d'habitation et les locaux professionnels, le droit à la prorogation dépend de l'appréciation des circonstances de fait.

Dans le cas du Dr M., il ferait bien pour se présenter devant le Président de la Commission arbitrale, de se procurer des lettres ou des attestations de clients, avec signatures légalisées, si

possible, dans lesquelles ils certifieraient qu'ils ont été reçus en consultation au domicile personnel du docteur.

Enfin, il y aurait lieu d'examiner sur quels locaux l'impôt des patentes a été établi avant 1916. En ce qui concerne le local supplémentaire loué depuis 1916, en sus du 1er étage, les droits du Dr M. sont ceux que lui confèrent le bail ou l'engagement de location.

Il ne peut être question d'un droit quelconque de prorogation, puisqu'il s'agit d'une location qui n'était pas en cours au 1er août 1914.

G. Gatineau
Avocat à la Cour d'Appel.

Perte d'une bicyclette aux armées.

Pour corroborer la réponse faite sous ce titre dans la Correspondance, page 2125 du n° du 14 décembre 1919, nous avons demandé à une personne compétente, attachée au Ministère de la Guerre, des renseignements (que nous publions ci-après) sur la situation des bicyclettes dans l'armée au point de vue règlementaire. Ces renseignements semblant donner raison à notre réponse susvisée, puisque notre correspondant n'avait emmené avec lui sa bicyclette que sur les simples conseils de son commandant de groupe, et non sur autorisation ou ordre écrit.

En principe, les médecins ne se servent pas de bicyclette, ils sont remontés avec des chevaux.

Toutefois, un médecin affecté à un poste comportant une monture, mais qu'on n'a pu lui délivrer pour certaines raisons (pénurie d'animaux, défaut de logement, etc.) peut être autorisé officiellement à se servir d'une bicyclette.

Mais il y a lieu de remarquer que cette bicyclette devrait appartenir à l'Etat, c'est-à-dire qu'on aurait dû la délivrer gratuitement sur les approvisionnements (*avec prise en charge*) ou, en cas de défaut, réquisitionner ou acheter la machine appartenant à l'intéressé (*après autorisation du commandement*). Cependant, si aucune de ces conditions n'a été remplie et que l'intéressé se servait de sa machine avec une autorisation (pour ne pas dire un ordre) *écrite*, et que cette machine vient à être détruite ou volée par l'ennemi, l'officier peut en demander le remboursement.

Il doit adresser une demande à son chef direct, ou, s'il est libéré, au Ministre. La demande doit comporter toutes justifications utiles, ainsi que les témoignages et, si possible, une copie de l'autorisation qu'il avait de se servir d'une bicyclette.

Discussion avec une assurance au sujet du cumul.

Je vous adresse, ci-joint, la correspondance que j'ai échangée avec une Compagnie d'assurances au sujet d'une question de cumul.

Pour éviter de semblables discussions et dans le but d'obtenir satisfaction à bref délai, il me semble que le corps médical devrait décréter la grève générale pour les soins à donner aux accidentés du travail, tant que le cumul ne sera pas admis pour tous les sinistrés.

Qu'en pensez-vous ? Dr V.

I

La P...

Paris, le 24 décembre 1919.

Monsieur le Docteur,

Nous avons l'honneur de vous accuser réception de votre note d'honoraires dans l'affaire susvisée.

Nous constatons que, contrairement à l'arrêt de la Cour en date du 1er août 1919, vous pratiquez le cumul des consultations et des pansements. Nous nous voyons dans l'obligation de vous proposer la suppression des honoraires que vous nous demandez pour les consultations du 19 au 26 novembre inclus. Le montant de votre note se trouve ramené à la somme de 20 francs, soit avec majoration de 100 % à 40 francs. Nous en tenons le montant à votre disposition et vous l'adresserons en mandat-poste dès que vous aurez bien voulu nous faire savoir que nous sommes d'accord.

Veuillez agréer, Monsieur, nos salutations distinguées :

Pour la Compagnie :
Le Directeur,
Signé : illisible.

II

28 décembre 1919.

A Monsieur le Directeur
de la Cie d'assurances « La P... »

Monsieur,

En réponse à votre honorée du 24 courant, je vous informe que je n'ignore pas l'arrêt de la Cour de Cassation du 1er août 1919, paru dans les journaux de médecine d'octobre dernier.

Mais, je sais également, d'après ces journaux, « que la Cour suprême admet que le prix de la visite « ou de la consultation ne doit s'ajouter à celui des « soins médicaux spécifiés à l'art. 10 du tarif Dubief « que lorsqu'il peut être prouvé que le médecin « a fait précéder d'un acte médical *cérébral* l'acte « médical *manuel* (massage, pansement, etc.). « Le docteur fait un acte *cérébral* appelé visite ou « consultation, et devant être rémunéré spécialement chaque fois qu'il examine son malade. Il « faut être assureur, vivant aux dépens des assujettis et bénéficiaires de la loi du 9 avril 1898, « pour oser prétendre (pour payer moins cher les « soins donnés aux malheureux blessés de l'industrie), que le médecin n'a qu'à accomplir un acte automatique autant que réflexe, manuel autant qu'irréfléchi, en se précipitant sur des objets de pansement pour soigner une blessure. »

Ne voulant pas perdre mon temps pour aller

(*Voir la suite page XXIX-313*).

PROPOS DU JOUR

La cérémonie commémorative de la Sorbonne en l'honneur des Médecins, Pharmaciens et Etudiants morts pour la France.

Le 5 octobre 1919, le *Concours médical* suggérait à l'Association générale des médecins de France de prendre l'initiative d'une entente entre tous les groupements médicaux sans distinction, pour organiser une cérémonie en honneur des médecins morts pour la Patrie. La démobilisation était effectuée, l'heure opportune avait donc sonné.

« L'Association, écrivions-nous, dont le rôle est de se pencher vers les victimes de la profession médicale pour les aider dans leur détresse, qui a tendu une main secourable aux veuves, aux orphelins et aux victimes de la guerre, a le droit, nous allions dire le devoir, de revendiquer l'honneur de rendre un hommage solennel à nos morts, et surtout à ceux tombés devant l'ennemi ou à leur poste pour l'Humanité et pour la Patrie. »

Notre appel fut entendu par nos collègues du Conseil général de l'Association. L'organisation de la cérémonie fut résolue. Il fut même décidé de demander au corps pharmaceutique et aux étudiants de s'adjoindre aux médecins pour sceller, dans cette manifestation solennelle, cinq années de fraternité d'armes, cinq années de collaboration, aux prises avec les mêmes difficultés, en butte aux mêmes misères et aux mêmes dangers.

M. le Président de la République, invité, accepta d'honorer la fête de sa présence et en fixa lui-même la date au 25 janvier 1920.

***

La cérémonie a eu lieu. Elle a été ce que nous attendions, ce qu'elle devait être.

En priant l'Association générale des médecins de France d'en prendre l'initiative, nous savions qu'elle serait réalisée avec l'esprit le plus généreux, le plus droit, le plus impersonnel et le plus digne ; nous savions que nul mieux que le Président Bellencontre ne saurait exprimer en termes plus élevés, ni plus émus, les sentiments de ses confrères.

Notre attente n'a pas été déçue. Un public nombreux, grave et recueilli, pénétra sans tumulte dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, dont les trois mille places furent occupées en quelques minutes et, lorsqu'à deux heures précises, le Chef de l'Etat, M. Raymond Poincaré, pénétra dans la salle, accompagné du glorieux doyen des mutilés, le général Pau, toute l'assistance se dressa et acclama le Président aux accents de la *Marseillaise*.

Le nouveau Ministre de l'hygiène sociale présidait la cérémonie. Il avait choisi cette occasion mémorable pour prendre contact avec le Corps médical, et nous voulons croire que cette pieuse pensée indique de sa part le désir de réaliser une franche et loyale collaboration des médecins et de son administration, pour le plus grand bien du Pays.

Nous ne citerons pas les hautes personnalités qui avaient répondu à l'invitation des Corps médical et pharmaceutique, nous serions exposés à faire de trop nombreuses et fâcheuses omissions ; mais il nous plaît tout particulièrement de signaler la présence des délégués des médecins et des pharmaciens de l'Alsace et de la Lorraine qui, par les voix autorisées de M. le Dr Kleinknecht et de M. Thumann, tinrent à proclamer leur amour inaltérable pour la France et leur reconnaissance infinie aux confrères qui, en tombant au champ d'honneur, ont payé de leur vie l'inestimable bienfait de leur rendre une Patrie.

La série des discours fut inaugurée par notre président Bellencontre qui s'exprima en ces termes :

M. le Président de la République
M. le Ministre, Mesdames, Messieurs,

Dans cette antique Sorbonne qui abrite l'un des lobes du cerveau de la France, devant cette assistance innombrable et recueillie, je ressens une émotion profonde à la pensée d'aborder un sujet d'une telle beauté, d'une telle grandeur, avec des moyens dont l'insuffisance me confond.

Que n'avons-nous entendu la parole de celui qui, pendant son magnifique septennat, parla à la France, au nom de la France, avec une élévation de pensée, une autorité, une majesté de langage, qui n'ont jamais été surpassées ?

Au nom de ceux dont nous honorons la mémoire, au nom de nos Associations, je remercie M. le Président de la République, M. le Ministre de l'Hygiène sociale, MM. les Ambassadeurs des Pays alliés et amis, et les hautes personnalités qui se trouvent ici, d'avoir consenti à ajouter, par leur présence à l'éclat et à la signification de cette cérémonie.

Qu'il me soit permis d'évoquer dès maintenant la figure géante d'un vieux médecin — du plus grand des médecins — car il sut guérir, non pas un individu, mais 38 millions de Français, par ailleurs sains et vigoureux, d'une maladie d'incoordination d'une sorte d'ataxie de l'effort qui menaçait simplement de les conduire à l'abîme !

Puissent les vents qui soufflent au-dessus de cette coupole, porter au grand vieillard, au Président d'honneur de l'Association des Médecins de France le Docteur Clemenceau, l'écho de l'admiration respectueuse et de la reconnaissance de ses confrères.

Il m'est également très doux de saluer les médecins et pharmaciens alsaciens-lorrains, nos frères retrouvés. Quarante-quatre ans, ils ont souffert, quarante-quatre ans ils ont aimé, mais ni souffrances ni luttes, ni fidélité n'étaient, semblait-il, capable de fléchir le Destin cruel : il y failait du sang !

Et ce sang, ce sont tous nos morts, frères d'Alsace et de Lorraine, qui l'ont versé pour faire de vous des citoyens libres et heureux, pour obtenir enfin la récompense chaque jour méritée et si longtemps attendue. C'est donc pour honorer nos morts que vous êtes venus à nous avec vos cœurs reconnaissants, et c'est avec l'image de nos morts que vous retournerez dans nos chères provinces pour dire à tous combien notre mère commune est digne de tout notre amour !

La France a trouvé en chacun de ses fils un défenseur : au premier appel, tous furent debout.

Il semble, toutefois, que le Corps médical ait fourni à la mobilisation un contingent infiniment supérieur à celui des autres professions. Sur 22.000 médecins, 18.000 furent mobilisés. Les jeunes partirent la joie et l'espoir au cœur, les vieux s'enrôlèrent au premier son du tocsin. Jeunes et vieux, médecins des campagnes et des villes, sont tombés comme les épis sous la faux. Dans quelle proportion ? Nous l'ignorons encore... Mais nous savons que, dans la course à la mort, les officiers du Corps de Santé furent les émules à peine distancés des officiers d'Infanterie.

Dans la tranchée, l'aide-major, le médecin auxiliaire, souvent un adolescent, parfois un homme aux cheveux grisonnants, vivent la vie du soldat.

Un trou dans la glaise : c'est le poste de secours.

On attaque : le médecin de bataillon saute sur le parapet ; son exemple, sa présence, réconfortent et entraînent.

Le major est brave ; il est bon. Le poilu l'aime et lui donne sa confiance. Vienne l'heure dernière c'est à lui qu'il confiera le douloureux adieu, la pauvre relique qu'il faudra transmettre à la chère femme, aux petits, à la douce fiancée ; le major remplira sa pieuse mission, à moins qu'une balle une marmite, ne le couche aux côtés de l'humble testateur.

Le médecin de bataillon, il faut le proclamer, fut un héros obscur...

A l'ambulance, les traits tirés par un labeur surhumain, médecins et infirmiers sont débordés ; les salles de triage se remplissent toujours et ne se vident jamais.

Les pieds dans une boue sanglante, au milieu des plaintes, des gémissements et des cris, dans une atmosphère pestilentielle, sous le long sifflement des bombes, dans le fracas des éclatements proches, après des nuits sans sommeil, des jours de jeûne, le chirurgien accomplit sa rude tâche ; son cerveau, son cœur et sa main travaillent à l'unisson ; il lui faut discerner, décider, agir.

Plus loin, l'œuvre de sauvetage continue avec des ressources, une organisation meilleures. Dans cette zone, souvent battue par les avions, apparaissent comme de blancs oiseaux, qu'attirerait la tempête, les nobles femmes de la Croix Rouge.

Le soldat aime leurs soins délicats, leur douce parole, comme il affectionne le tutoiement paternel du major ou du principal à barbe blanche, tutoiement fait d'affectueuse compassion.

A l'arrière, dans les hôpitaux et les laboratoires, en dépit de l'invasion, des angoisses individuelles et collectives, la vie scientifique se poursuit ; les chercheurs travaillent.

Partout, simples praticiens, maîtres de la clinique et de l'enseignement — dont quelques-uns chargés d'ans et d'honneurs — ont donné leurs forces, leur cœur, leur savoir.

Le médecin, sur qui pèse, en temps normal, le poids de l'exécution de nombre de lois sociales, le médecin, qui sera demain l'agent du relèvement de la race, et qui le serait déjà, si ses suggestions et ses conseils ne se heurtaient à des préjugés et à des intérêts séculaires, le médecin, créancier moral du pays dans la paix ; le médecin, comme l'a reconnu M. le Sous-Secrétaire d'Etat Mourier, dans les derniers mois de la guerre, a bien mérité de la Patrie.

Un jour, un jour récent, dans l'immense empire où le soleil ne se couche jamais, dans l'empire britanique, à une heure convenue, la vie s'interrompit soudain. Le laboureur abandonna sa charrue ; l'ouvrier abaissa son outil ; l'homme de la rue s'arrêta ; toute la machinerie industrielle se tut et l'Anglais altier, dans l'attitude de la méditation ou de la prière, honora ses morts.

La même pensée nous réunit ici.

Pour exalter les braves du Corps de Santé, nous n'avons pas voulu d'un hommage fragmentaire : nous sommes tous réunis, pharmaciens, médecins étudiants, officiers du Corps de Santé ont contracté une amicale union scellée par la communauté du souvenir.

Vous qui dormez sous des tertres que le temps

commence à niveler ou dont les cendres éparses sont mêlées au sol chaotique des champs de bataille, vous qui, en passant des prisons allemandes dans l'empire des ombres, n'avez fait que changer de tombeau, vous ne demandez ni larmes, ni pitié mais vous voulez qu'on se souvienne !

En présence de vos veuves, de vos enfants, de vos frères d'armes, de vos amis, devant les hauts dignitaires de l'Etat, de l'Eglise, de la Science, devant les Maréchaux de France, fiers de vous faire aujourd'hui une garde d'honneur, héros et martyrs du Corps de Santé, nous vous saluons très bas avec respect.

Nous vénérons votre mémoire, car vous aussi, tout à votre idéal de patriotisme et d'humanité, vous alliez, suivant la belle image du grand orateur, *les mains dans le sang et la tête dans le ciel.*

Chaque phrase en fut ponctuée d'applaudissements répétés. Ce fut une acclamation prolongée et absolument unanime quand il fit allusion au grand citoyen, à l'énergique vieillard, qui sut faire sortir le pays de l'état d'ataxie où il était tombé pour le conduire à la victoire, au Dr Georges Clémenceau, président d'honneur de l'Association des médecins de France.

Tour à tour, M. Loisiel, au nom de l'Association des Pharmaciens, MM. Kleinknecht et Thumann, au nom des médecins et pharmaciens alsaciens et lorrains, exprimèrent leurs sentiments en un langage éloquent et longuement applaudi.

Le médecin inspecteur général, M. Toubert, dans une allocution d'une élégante simplicité et avec beaucoup de tact, montra le rôle important que jouèrent la chirurgie et la médecine françaises, dans l'œuvre de la victoire qui fut obtenue par la récupération rapide des blessés et des malades guéris. Il établit un heureux parallèle entre les héros du corps de santé de 1914-1918, et les officiers de santé des armées du Rhin et de la Moselle, que Percy galvanisait par son courage, son dévouement, et la haute conception qu'il avait de la mission du chirurgien militaire

Le doyen de la Faculté, M. le professeur Henri Roger, trouva de belles expressions et des phrases lapidaires pour glorifier médecins et étudiants, et M. le Ministre de l'hygiène sociale, J.-L. Breton, clôtura la série des discours en rappelant à l'assistance que l'œuvre médicale n'est pas terminée avec la guerre et que, pour en réparer les désastres, nous devons songer à combattre tout aussitôt les grands fléaux sociaux, qui, encore plus que les hordes allemandes, compromettent l'avenir du pays.

***

Un beau concert, fit suite aux discours. La musique de la Garde républicaine, M. H. Paty, de l'Opéra, et le chœur d'artistes du Foyer du blessé qu'il dirige ; Mlle Dubost, Mme Rémo-Nelsen, M. André Gilly, du Vaudeville lyrique ; M. Paul Mas, violoncelliste des concerts Colonne, 1er prix du Conservatoire, obtinrent un très légitime succès.

En dernier lieu, Mlle Madeleine Roch, de la Comédie Française, déclama de sa voix d'or l'émouvante poésie du Pr Charles Richet, composée exprès pour la circonstance : *Morts pour l'Humanité,* et les trois mille assistants de cette cérémonie mémorable, les yeux humides et remplis d'un religieux enthousiasme, quittèrent lentement le grand amphithéâtre aux nobles accents de *Sambre-et-Meuse.*

***

« De grands mots et de belles phrases ! » avons-nous entendu dire en sortant à un sceptique, égaré à la Sorbonne. Certes oui, de grands mots et de belles phrases ! mais qui, parmi les assistants, eût pu nier la puissance du Verbe, quand il évoque l'Héroïsme, exalte le Devoir accompli et glorifie les Belles Actions ?

J. Noir.

Nous ne saurions trop féliciter ni trop remercier ceux d'entre les organisateurs qui ont le plus contribué au succès de cette cérémonie : le président de l'Association Bellencontre ; le secrétaire général, Levassort ; le secrétaire du Comité d'organisation, Paul Boudin ; M. Maillard, directeur des services administratifs de l'A. G.

M. Faure, le distingué docteur en pharmacie, qui voulut bien assumer surtout la charge difficile de l'organisation du concert, mérite une mention spéciale.

Nous ne saurions oublier nos jeunes camarades, les étudiants, qui, avec une galanterie et un tact bien français, ont assumé les fonctions de commissaires.

PARTIE SCIENTIFIQUE

THÉRAPEUTIQUE

La douleur gastrique et son traitement,

par L. PRON.

De tous les symptômes éprouvés par les gastropathes, la douleur est le plus fréquent.

Mais il ne faudrait pas croire que l'état algique soit constamment proportionnel à l'intensité de la maladie, et ce serait une erreur de porter régulièrement un diagnostic bénin chez les patients qui souffrent peu, au point de vue local, et un diagnostic sérieux chez ceux qui se plaignent de manifestations aiguës.

Il est d'abord un fait, sur lequel j'ai insisté à diverses reprises, et encore tout dernièrement (1) et qu'avait déjà signalé autrefois LEVEN père, c'est que, chez les vieux gastropathes, la douleur peut faire complètement défaut ; il y a dilatation, évacuation retardée, congestion ou inflammation chroniques de la muqueuse, catarrhe de nature variable (2), et pourtant le sujet n'éprouve que de la lourdeur plutôt qu'une vraie hyperesthésie. Le plexus solaire a subi, sous l'influence du temps, une sorte d'usure dynamique ; il est devenu inexcitable. De là, l'obligation de ne jamais s'en tenir aux manifestations subjectives, et de toujours pratiquer un examen objectif, aussi complet que possible.

On voit même des malades, dont l'estomac devant l'écran radioscopique descend jusqu'au pubis, et qui déclarent ne pas souffrir de leurs digestions (3).

Il faut tenir compte, d'autre part, du retentissement des divers organes sur l'estomac, et faire une classe spéciale des *douleurs gastriques dont la cause est en dehors de ce viscère*.

En laissant de côté les manifestations gastriques de la lithiase biliaire ou d'autres états accompagnés d'ictère, qu'il est facile de rattacher à leur *origine hépatique*, on rencontre assez fréquemment des syndromes ou des dysfonctions (congestion hépatique, insuffisance légère, prélithiase, angiocholite au début, etc.) qui se manifestent par des douleurs stomacales, beaucoup plus que par de la scapulalgie ou de la gêne dans l'hypochondre droit.

Ces douleurs se montrent, en général, pendant ou après les repas, et elles consistent avant tout en *pincements*, pouvant atteindre une grande acuité. Ces pincements siègent au creux épigastrique et aussi au niveau des fausses côtes gauches, ce qui risque d'égarer le diagnostic. Mais, l'examen sommaire des selles par le malade apprend que, au moment de ces manifestations ou le lendemain, il se produit de la diarrhée vert-de-gris, ou qu'il y a décoloration, témoignant d'un trouble hépatique. L'intermittence de ces pincements est très variable, et le malade a des périodes quelquefois assez longues de bonne santé apparente.

Parmi les fausses gastropathies douloureuses, il convient de faire une place à la *gastralgie pure*, c'est-à-dire à la névralgie essentielle du plexus solaire, qu'on rencontre presque exclusivement chez la femme.

A l'occasion des règles, ou d'une fatigue physique, ou d'une émotion, ou d'autres causes, une crise aiguë apparaît, à la faveur du nervosisme habituel. Bien localisée au creux épigastrique, la douleur simule, par sa soudaineté et sa violence, la colique hépatique ; elle irradie presque toujours aux autres plexus, qui sont très sensibles à la palpation : points para-ombilicaux latéraux et inférieur de M. LEVEN, cæcalgie, etc. L'estomac ne supporte aucun aliment. La crise dure quelques heures, et elle laisse à sa suite un endolorissement abdominal ; elle peut se renouveler plusieurs jours consécutifs. Puis, l'état normal reprend complètement le dessus, et l'estomac redevient complaisant, supportant sans le moindre malaise une nourriture même indigeste.

Un bon état général, entrecoupé de crises épigastriques non suivies d'ictère ou de subictère, et plus ou moins espacées, qu'on peut rattacher, chaque fois, à la période menstruelle, ou à une excitation physique ou morale, ne permet guère que le diagnostic de cælialgie.

Mais, on se souviendra que, dans les affections les plus organiques de l'estomac, telles que l'ulcère, on rencontre de longues intermittences également, et des périodes algiques vives, à

(1) *Fréquence du défaut de parallélisme entre la symptomatologie subjective et l'état réel dans les gastropathies* (Académie de Médecine, 20 mai 1919).

(2) L. PRON. — *Le contenu stomacal à jeun, à l'état pathologique, et les catarrhes gastriques* (Deuxième édition, 1920, chez Maloine).

(3) Opinion de BAUDOIN, GUELPA et G. LEVEN, à propos d'une communication de ce dernier : *La dilatation pupillaire en pathologie gastrique.* (Société de Thérapeutique, 12 janvier 1916.)

l'occasion d'une émotion ou d'une fatigue. C'est l'interrogatoire minutieux (état de l'appétit, des digestions, des selles, etc.), et l'examen physique (douleur provoquée nette, de façon constante ; clapotage à jeun, etc.) qui feront penser à la possibilité d'une vraie maladie gastrique ; l'état général est, de plus, presque toujours touché.

Il convient encore de mentionner la douleur subaiguë, habituelle, avec exacerbations à périodicité inégale, provoquée par la simple *ptose d'un organe sous-diaphragmatique* : rein, côlon transverse, estomac, foie, avec fonctionnement normal par ailleurs.

Le rein mobile se rencontre chez environ un tiers des femmes, après l'accouchement ; il n'est pas rare même chez les jeunes filles, et se produit alors à l'occasion d'un effort, ou de l'hépatisme de GLÉNARD. Quand il est arrivé au troisième degré (le pôle supérieur peut être dépassé par les doigts), il amène un tiraillement du plexus lombaire, d'où douleurs. Lorsqu'un autre organe se joint à lui, ce déséquilibre complexe entraîne une hyperesthésie permanente du plexus cæliaque.

Le traitement consiste dans le port d'une sangle appliquée suffisamment bas, et dans le massage, avec gymnastique suédoise.

Je laisse de côté les autres retentissements gastriques : vers intestinaux, maladies des reins, rhumatisme, métrite, intoxications diverses, tabès ou parasyphilis, etc. pour arriver aux *vraies gastropathies*.

Voici un dyspeptique qui se plaint depuis longtemps de l'estomac : appétit exagéré, bien-être apporté momentanément par les repas, douleurs ou brûlures apparaissant plus ou moins tardivement, insomnie, constipation, nervosisme, sensibilité du creux épigastrique à la pression, clapotage ou non. C'est un hyperchlorhydrique, du type simple.

Un beau jour, après une fatigue ou des excès quelconques, ou un écart d'alimentation, éclate une crise. Au lieu de la douleur-brûlure, banale et modérée, qui passait rapidement, le malade ressent une douleur aiguë, accompagnée de pyrosis violent, qui l'oblige à se coucher. Il y a rarement élévation de température. Cette situation dure quelques heures, une demi-journée ou davantage. En même temps, se montrent des régurgitations ou de vrais vomissements, soit alimentaires, soit acides, pouvant contenir, en outre, des glaires ou de la bile.

Une excitation forte ou une série d'excitations parties d'un point quelconque de l'organisme, ayant abouti au point faible : le *plexus solaire* — ou ayant porté directement sur lui, l'excès de sécrétion habituel a été subitement augmenté non seulement en quantité, mais *dans le temps* ; la durée de la sécrétion dépasse de beaucoup la période digestive, elle lui survit et existe à jeun. L'examen du malade, à ce moment, fait découvrir du clapotage, et le tubage ramène du liquide acide, biliaire ou non, exempt de tout débris alimentaire. C'est l'hypersécrétion intermittente.

Le repos au lit est indispensable. On fera des applications chaudes humides sur la région épigastrique, plusieurs fois par jour. Le régime alimentaire devra se borner à du bouillon de légumes, des infusions, un peu de lait coupé au quart d'*eau de chaux*, à la rigueur quelques petits potages, préparés au bouillon de légumes.

Contre l'élément douleur et la maladie fondamentale à la fois, on emploiera les paquets suivants :

Poudre de belladone.............	2 cgr.
Pavéron ou pantopon............	1 cgr.
Carbonate de bismuth...........	2 gr.
Carb. de magnésie..............	1 gr.

Pour un paquet. 3 à 4 par jour dans un peu d'eau ou mieux d'infusion chaude.

Contre l'élément nerveux, on prescrira l'*intrait de valériane* (0 gr. 10, par cuillerée à café de solution) dans un peu d'eau, de préférence le soir, et on aura recours à l'hydrothérapie générale tiède-chaude.

Voici un autre malade, hyperchlorhydrique ou hypersécréteur continu, qui, au lieu de douleurs-brûlures ne se montrant que deux ou trois fois par 24 heures, souffre de façon à peu près constante, mais sans crises.

Il y a une triple indication à remplir.

1° Diminuer la puissance sécrétoire et la congestion de la muqueuse.

2° Diminuer son irritation.

3° La protéger, après les repas, contre le contact d'un chyme trop acide, et diminuer l'acidité du contenu gastrique, ce qui permet au duodénum de mieux jouer son rôle évacuateur.

La première indication sera remplie par la *belladone* et la *jusquiame* ; la seconde, par la *gélatine* ; la dernière par une poudre alcalino-terreuse. On formulera ainsi :

A. Prendre, le matin à jeun, et une heure avant le repas de midi et du soir, dans une tasse à café d'infusion chaude, un gramme de gélatine pure. (Outre son action émolliente, rapide et remarquable, ce produit empêche préventivement toute complication hémorragique.)

B. Prendre, dans un peu d'eau, au début de chacun des trois repas, une cuillerée à café du sirop suivant (dans lequel la codéine agit contre

◆◆

l'élément douleur chronique d'une façon beaucoup plus certaine que la belladone, qui demeure avant tout un médicament antisécréteur) :

Teinture de belladone.........	4 gr.
— jusquiame...........	5 gr.
Sirop de codéine...... q. s. p.	120 cmc.

et une cuillerée à café de la poudre suivante (à mélanger avec le sirop) (1) :

Carbonate de bismuth...........	30 gr.
Magnésie lourde................	15 gr.
Phosphate tricalcique..........	

On ne manquera pas de prévenir le patient de la coloration noirâtre, apportée aux selles par la médication ; j'en ai vu plus d'un épouvanté par cette teinte foncée.

C. Entre les repas, sucer quelques pastilles bismuthées.

Dans la *forme habituelle de l'hyperchlorhydrie banale*, c'est-à-dire contre la douleur-brûlure intermittente et simplement subaiguë, on supprimera la gélatine, et on remplacera le sirop par les gouttes suivantes, à raison de 15 à 30, seulement au repas de midi et du soir ;

Teinture de belladone..........	ââ 5 c. c.
— de jusquiame...........	

ou :

Teinture de belladone	ââ 5 c. c.
— coque du Levant...	

à mélanger avec la poudre précédente, ou avec celle-ci, qui est moins active et moins laxative :

Lactose......................	ââ 15 gr.
Magnésie lourde	
Phosphate tricalcique	
Carbon. de chaux ppté léger...	

Avec une hygiène alimentaire et générale bien conduite, on peut compter sur une amélioration marquée, au bout d'une semaine, même quand la maladie dure depuis des années. Mais, ce mieux n'est qu'une esquisse de modification *réelle*, et il faut continuer le traitement pendant des mois, en diminuant les doses, et en l'intercalant de périodes de repos.

(1) Ce mélange agit beaucoup mieux quand il est pris au début du repas, c'est-à-dire quand il entre en contact direct avec la muqueuse, que lorsqu'on l'administre après. D'autre part, la magnésie suffit à lutter contre la constipation ; on en modifiera la dose selon l'effet obtenu.

Quand la douleur gastrique est presque sourde, mais continue, on fera une application de *pointes de feu* sur l'épigastre, à répéter une ou plusieurs fois, au bout d'une semaine environ — ou bien l'on aura recours aux badigeonnages quotidiens, de préférence le matin, avec la solution *d'iode chloroformique* de Chassevant, qui est beaucoup moins caustique que la teinture d'iode du Codex :

Iode sublimé....................	1 gr.
Chloroforme.....................	15 gr.

Cette médication externe convient à tous les cas.

Quand la douleur est, par contre, aiguë et constante, ou qu'elle est entremêlée de périodes subaiguës, à horaire irrégulier, on maintiendra le plexus solaire en état de sédation ininterrompue, en appliquant sur le creux épigastrique un *emplâtre d'extrait d'opium* du Codex (à 3 gr. d'extrait), qu'on fera laisser 8 ou 10 jours en place.

J'emploie, depuis une quinzaine d'années, ce vieux procédé avec résultat en général excellent, et il est regrettable qu'il ne connaisse pas l'extension qu'il mérite.

Les pointes de feu, la révulsion iodée, et l'*air chaud* seront essayés contre les douleurs de la *périgastrite*. Mais, il est rare que médicalement on puisse obtenir satisfaction contre cet état organique ; la gastrolyse, simple ou complétée par la gastro-entérostomie ou la prépylorectomie (1), constitue le vrai traitement à opposer à des adhérences souvent compliquées.

L'hyperchlorhydrie, l'hypersécrétion continue et l'*ulcère chronique évoluant à la façon de l'hyperchlorhydrie banale* constituent les huit ou neuf dixièmes des gastropathies.

Le syndrome de Reichmann et l'ulcère ont rarement la symptomatologie dramatique, qu'on leur a prêtée pendant longtemps : vomissements alimentaires ou acides répétés, crises suraiguës, hématémèse, mélæna. Le plus souvent, c'est l'examen objectif, aussi complet que possible (palpation profonde, recherche du clapotage à jeun, analyse du liquide matutinal, radioscopie) qui peut *seul* établir le diagnostic. S'en tenir à la symptomatologie subjective, et éliminer la probabilité d'ulcus, parce que le patient n'a jamais eu d'hématémèses, de selles-goudron, ni de vomissements fréquents terminant une crise, c'est laisser passer 60 à 70 % au moins des cas de maladie de Cruveilhier.

(1) Cette opération est bénigne, et ne donne guère qu'une mortalité de 5 % entre les mains des chirurgiens *rompus à sa pratique*.

Ce que je viens de dire s'applique donc à presque tous les états chroniques, que le praticien rencontre dans sa clientèle quotidienne. On ne saurait trop le mettre en garde contre le diagnostic d'hypochlorhydrie et d'insuffisance gastrique, et contre l'emploi de la pepsine, noix vomique, etc... *L'hypochlorhydrie est*, d'après ma statistique, *quinze fois moins fréquente que l'hyperchlorhydrie*. Mais, quand l'hyperchlorhydrie dure depuis plusieurs années, et que le muscle gastrique est épuisé — ou bien quand l'hyperchlorhydrie frappe un estomac déjà asthénique, l'anomalie de motricité et la dilatation masquent l'anomalie chimique ; cliniquement, ce sont les phénomènes d'atonie musculaire et d'évacuation retardée qui dominent la scène : appétit diminué ou vite rassasié, gêne de plus ou moins longue durée après les repas, absence de douleurs vives, par suite de l'usure dynamique du plexus solaire.

Pour ne pas s'en laisser imposer par cette *pseudo*-hypochlorhydrie, il suffit de remonter dans dans le passé du malade ; l'interrogatoire apprend alors que, deux, cinq, dix ans auparavant, il y avait boulimie, douleurs, brûlures, ou aigreurs nettes. Toutes les fois que le médecin se trouve en face d'un *vieux* dyspeptique à mauvais état général, et à symptomatologie actuelle *hypo*, alors qu'elle a été *hyper* autrefois, il a huit chances sur dix de tomber juste en faisant le diagnostic d'hyperchlorhydrie avec atonie. L'anamnèse apporte presque toujours une aide sérieuse, et cette aide se change en confirmation au moyen du tubage à jeun, fait après constatation du clapotage — et de la simple recherche de H avec le diméthylamidoazobenzol, opération qui ne demandent que quelques minutes, et n'exigent aucune instrumentation ni connaissances particulières.

Je serais entraîné trop loin si je voulais développer cette conception, que j'ai déjà traitée à diverses reprises (1).

Il ne reste guère maintenant à parler que du cancer et des fermentations secondaires.

Les douleurs du cancer sont très inégales. Parfois, elles manquent complètement, et la maladie évolue comme une anémie grave, accompagnée de vomissements alimentaires. Le plus souvent, il s'agit d'un ulcéro-cancer ; le cancer gastrique est, en effet, dans les quatre cinquièmes des cas, une complication de l'ulcus, lui-même complication de l'hyperchlorhydrie ; la douleur affecte alors l'allure tardive à horaire régulier, que chacun connaît, et le traitement par les paquets au bismuth et à l'opium total convient parfaitement.

Lorsque le cancer siège à la petite courbure, les douleurs, à cause de l'englobement de certains filets du plexus solaire, sont atroces et irrégulières, et il est besoin de fortes doses de médicaments analgésiques pour les calmer, et encore de façon temporaire et insuffisante. On aura alors recours à la formule suivante :

Pantopon ou pavéron	2 cgr.
Stovaïne	1 cgr.
Bicarbonate de soude...........	1 gr.

Pour un paquet. Jusqu'à six par jour (ce qui équivaut à six centigr. de morphine).

Dans certains cas, on devra employer la voie hypodermique, qui assure une absorption et une efficacité plus grandes. On débutera par cinq milligr. de morphine, à répéter selon besoin, ou par un cgr. de pantopon ou pavéron, dont l'action est plus marquée, en raison de la présence de tous les alcaloïdes de l'opium (sous forme de chlorhydrates).

C'est encore là que l'emplâtre d'opium trouve son application.

Les fermentations secondaires se montrent aussi ou plus fréquemment dans l'hyperchlorhydrie que dans l'hypochlorhydrie. Robin a signalé le fait, il y a plus de vingt ans.

Elles se traduisent par des renvois nauséabonds, dus aux acides volatils ou gras, et à certains éthers, qui se forment en grande quantité, toutes les fois qu'il y a stase gastrique. (Je n'envisage pas les cas de sténose pylorique, et je m'en tiens seulement à l'évacuation retardée, par ptose ou dilatation d'origine atonique, à laquelle s'ajoute de temps en temps un élément spasmodique (contraction prolongée du sphincter pylorique).

Les douleurs qu'elles provoquent sont dues autant à la surcharge qu'entraîne la masse alimentaire immobilisée dans la cavité gastrique qu'à l'action des acides sur la muqueuse. Le but capital à remplir est donc de favoriser le transit.

On y arrivera par le massage, les exercices de respiration profonde en position couchée, et l'administration d'une *solution alcaline chaude*, du type Bourget, que tout le monde connaît.

Le bicarbonate de soude, dissous dans de l'eau chaude, n'a pas sur la muqueuse l'inconvénient excito-sécrétoire qu'il fait sentir à froid, et qui en fait au fond un mauvais médicament contre les douleurs de l'hyperchlorhydrie. Après la période de saturation acide et d'anesthésie de la muqueuse (par CO_2 dégagé), apparaît une

(1) *La pseudo-hypochlorhydrie et les gastropathies frustes, au point de vue diagnostique et thérapeutique.* (Société de Thérapeutique, 16 mai 1916). — *Hypochlorhydrie et pseudo-hypochlorhydrie* (Journal des Praticiens, 31 mars 1917). — *Les signes objectifs des gastropathies* (Société de Médecine de Paris, 26 janvier 1917).

phase d'hyperfonctionnement sécrétoire ; excellent comme médicament antialgique *passager*, le bicarbonate de soude est à rejeter à titre de moyen curatif, car il va à l'encontre du résultat demandé. Les alcalino-terreux sont plus sûrs.

Pour traiter d'une façon complète le chapître de la douleur gastrique, il faudrait de nombreuses pages. Aussi, je ne donne les indications précédentes que comme une esquisse, à laquelle chacun pourra ajouter certains compléments.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Clinique d'obstétrique Baudelocque : M. le prof. agrégé OMBRÉDANNE.

Les affections chirurgicales des nouveau-nés à opérer précocement.

Je vous ai parlé, dans une précédente leçon, des affections chirurgicales des nouveau-nés qui réclament une intervention d'urgence. A côté de ces cas, où l'opération est une nécessité absolue et doit être exécutée le jour même ou le lendemain de la naissance, il en est d'autres qui demandent à être traités de bonne heure.

Une des malformations qu'il importe le plus de soigner précocement est le pied-bot congénital. Les enfants qui naissent avec un pied anormalement orienté ont quelquefois un pied bot talus ou talus incliné en valgus. Cette déformation ne tient pas beaucoup et, avec de la patience, on arrive assez rapidement, par une mobilisation convenable, à la corriger. En un mois, généralement, le résultat est obtenu.

Le pied bot talus ou talus-valgus, n'est pas le plus commun. La plus fréquente des malformations congénitales du pied est le pied varus-équin, dans lequel le pied est en extension sur la jambe (comme le pied du cheval), et incliné en dedans. Il comprend deux choses : un pied allongé sur l'axe de la jambe et une tendance à la torsion, à la supination.

Cette anomalie comporte des degrés. Certains enfants ont le pied simplement tordu en dedans. D'autres ont une torsion telle que le gros orteil est notablement déplacé.

A quoi tient le pied bot congénital ? Il est vraisemblable qu'il existe là des malformations osseuses primitives. C'était, jadis, l'opinion de Broca, et ce fut également l'opinion de Lannelongue. On a dit aussi qu'il s'agissait d'enfants logés dans un utérus dont la poche amniotique était insuffisante, d'où une compression des membres inférieurs du fœtus. D'autres ont soutenu l'arrêt de développement du bord interne du pied. Toutes ces considérations n'ont d'ailleurs qu'un intérêt spéculatif.

Quelle est la conduite à tenir en présence d'un pied bot varus-équin congénital ? Disons-le de suite, le pied bot varus équin congénital est une affection curable à tous les âges, aussi bien à la naissance, que vers deux ans, que vers 12 ou 14 ans même, alors que les enfants ont déjà marché avec leurs pieds déformés. Chez les nouveau-nés, le pied bot varus équin est curable d'une façon simple, par des manœuvres externes, mais il faut savoir que tous les pieds bots ne se guérissent pas aussi facilement. La curabilité n'est pas liée au degré de la lésion. Il ne s'ensuit pas, parce qu'un pied bot est très coudé, qu'il va être difficile à réduire et à maintenir. Il y a autre chose, une question de résistance. Farabeuf avait dit très justement qu'il fallait juger ce point non à l'œil, mais à la main. Les pieds gras, bosselés, offrent aussi plus de difficulté au traitement que les pieds maigres.

L'expérience a montré que, pour obtenir de bons résultats, il fallait commencer le traitement *dès la première semaine* de la vie. Cette notion est fondamentale. Si l'on attend quinze jours, les manœuvres nécessaires deviennent beaucoup plus considérables. Vous commencerez donc tôt, le deuxième jour par exemple, autant que possible.

Comment procéder et quelles vont être les manipulations à exécuter ? Le pied est en équinisme et incliné en varus. Si vous corrigez d'abord l'équinisme et que vous cherchiez à redresser ensuite la courbure du varus, vous ne pourrez pas y parvenir ; vous tordrez le pied sans résultat. Si au contraire, vous allongez encore le pied, en exagérant l'équinisme, rien n'est plus facile que de faire cesser le varus. C'est là, une notion de mécanique élémentaire et aussi de clinique anciennement connue. Adams disait déjà autrefois : « Pour guérir le varus, gardez-vous bien de corriger l'équinisme. S'il n'existe pas, il faut le créer ». Vous allongerez donc le pied en équinisme et mettant alors le pouce sur la bosse saillante du dos du pied, vous arriverez facilement à redresser la torsion anormale de ce pied.

Le traitement comprend ainsi deux sortes de manœuvres : en premier lieu, accentuer l'équinisme et corriger le varus. Ceci demande habituellement un mois de manipulations, faites tous les jours ou tous les deux jours, pendant 5 minutes environ chaque fois. Pendant ces manipulations, on redressera le pied convenablement, pour l'amener dans l'axe de la jambe. On n'oubliera pas qu'aucune correction n'est valable si elle n'aboutit pas à une hypercorrection. En un mois, donc, vous obtiendrez la disparition du varus.

Alors seulement, le varus corrigé, vous attaquerez l'équinisme. Vous chercherez à provoquer des flexions du pied. Allez-vous simplement repousser le pied en avant ? Lorsqu'on procède

de cette manière, on obtient toujours le résultat suivant : le pied est redressé à sa partie médio-tarsienne, mais le talon reste surélevé. Pour éviter cela, il ne faut pas pousser seulement sur l'avant-pied, mais prendre le talon, et l'abaisser. La manœuvre en question est quelquefois difficile à réaliser d'une façon parfaite et il vous arrivera, malgré tout, d'avoir un talon un peu relevé, comme si le tendon d'Achille était trop court. De là, l'intervention classique qui consiste à faire la ténotomie du tendon d'Achille, opération simple qui permet d'abaisser le pied. Si donc, vous n'arrivez pas, au bout de 2 ou 3 mois de manœuvres de réduction à corriger assez bien l'équinisme, vous n'hésiterez pas à pratiquer la ténotomie.

Après combien de temps de traitement obtient-on un résultat définitif ? Il faut un mois environ pour corriger le valgus et 5 à 6 mois pour corriger l'équinisme. C'est par conséquent au bout de 6 mois environ de manipulations faites tous les jours ou tous les deux jours, que vous obtiendrez la guérison du pied-bot.

Entre les séances de correction, il est nécessaire de maintenir le pied. Le dispositif le meilleur à cet effet est le petit appareil construit en fer blanc, qui porte le nom d'attelle de de Saint-Germain. Il est composé d'une tige verticale et d'une semelle horizontale. Je le fais construire, en général, avec la tige inclinée sur la verticale. Pour l'appliquer, on place le pied sur la semelle et on l'y fixe avec une bande de crêpon roulée en huit de chiffre. On fixe ensuite la tige sur la jambe, en position d'hypercorrection. Cette attelle est certainement le meilleur moyen de contention, très supérieur aux appareils plâtrés qui ne valent rien chez les jeunes enfants.

On doit donc, en définitive, toujours procéder en deux temps. La faute énorme à éviter, c'est de sectionner au début le tendon d'Achille, ce qui vous prive de l'équinisme et ne permet plus la correction du varus par les seules manipulations.

Lorsque, par suite des circonstances, d'une maladie de l'enfant par exemple, ou d'une négligence de l'entourage, le nouveau-né n'a pas été soigné dès le début, s'ensuit-il qu'il sera un infirme définitif ? Nullement. Tout n'est pas perdu. A l'âge de 2, 3, 4 ans, que devez-vous faire ? Avec les manipulations modelantes, vous n'obtiendrez rien. Les lésions osseuses se sont, en effet, accentuées, et si vous voulez pousser les manipulations à un degré de violence trop grand, vous arriverez à des broiements du pied, qui ne sont pas sans inconvénients et que je ne vous conseille pas d'employer.

Il est une grande loi de biologie chez les jeunes enfants. Toutes les fois où une surface cartilagineuse articulaire se trouve privée de la compression exercée sur elle par la surface opposée, sous cette surface, l'os s'allonge et croît — de même, qu'une dent qui a perdu son opposante s'allonge également. Il s'agit là, d'une loi de biologie générale qui s'applique à toutes autres surfaces osseuses, chez l'enfant.

Dans le pied bot, cette loi aboutit à des allongements osseux et à l'accentuation de la déformation. Mais, on peut demander aussi à cette même loi, en se plaçant dans des conditions inverses, des effets de correction. Supposez que par une tarsotomie, nous arrivions à redresser le pied. Entre la tête de l'astragale et le calcanéum se trouvera une brèche que l'on pourra maintenir béante avec un appareil approprié. Dans ces conditions, la loi dont je viens de parler, entre en jeu et l'on voit, au bout de quelque temps, l'ossification avancer, la tête de l'astragale s'allonger et le pied se modeler. Tel est le principe de l'opération de Kirmisson qui ouvre l'articulation médio-tarsienne, crée une brèche que l'on peut couvrir, d'ailleurs, par un lambeau autoplastique, ne la laissant subsister que dans la profondeur.

Pour remplacer cette opération, on a fait grand bruit sur l'évidement des têtes osseuses, après simple section de la peau, évidement qui permettrait alors les manipulations modelantes. C'est une opération à mon avis détestable, qui trouble le développement osseux en dé orientant les centres d'ossification normale des os du pied. En apparence moins grave, cette intervention est plus mutilante . L'opération de Kirmisson n'est praticable que jusqu'à 3 ou 4 ans peut-être. Après cet âge, il faut y renoncer, car alors la croissance osseuse ne peut plus rattraper son retard.

Après 3 ou 4 ans, un seul mode de correction est possible. On attaquera le pied non plus du côté interne, mais du côté externe. L'intervention, plus mutilante, donne encore néanmoins de bons résultats. Si, dès lors, vous voulez éviter ces interventions de plus en plus sérieuses, vous devrez donc entreprendre le traitement du pied bot varus équin congénital dès la naissance.

Y a-t-il d'autres affections chirurgicales du nouveau-né qu'il convient de traiter précocement ? Il en est deux autres.

Certains enfants viennent au monde avec des bourses énormes. Dans ces bourses-là, existe toujours un épanchement de sérosité. En les regardant par transparence, on voit qu'elles laissent passer la lumière. Ces hydrocèles congénitales ont assez souvent une origine syphilitique, de l'hérédo-syphilis précoce. Lorsqu'elles ne sont pas très tendues, on sent le testicule dur, insensible. Syphilitiques ou non, les hydrocèles congénitales ne sont pas des affections très graves. Elle guérissent assez souvent seules dans un laps de temps de un à deux mois. Lorsque, après ce délai, la guérison n'est pas obtenue, vous pouvez intervenir. Avec une seringue de Pravaz vous évacuez l'épanchement et vous injectez ensuite dans la vaginale une petite quantité d'alcool à 90°, 1/4 de cent. c. à un cent. c. selon l'âge. A la suite de

la première injection, l'épanchement se reproduit en général, après 10 à 12 jours, mais il est exceptionnel que la guérison ne soit pas acquise à la deuxième ou à la troisième ponction.

Un autre groupe d'affections à traiter précocement est constituée par les traumatismes obstétricaux. Vous connaissez la bosse séro-sanguine ; elle est sans importance. Le céphalématome, épanchement sanguin sous-périosté, est également une affection à abandonner à elle-même.

Lorsque la fracture du crâne va plus loin, après un forceps sévère par exemple, vous pouvez avoir un glissement des plaques osseuses du crâne ou une fracture par enfoncement. Les essais de redressement par des compressions au voisinage ne donnent pas grand résultat. L'application d'une ventouse sur les téguments à ce niveau est un petit moyen avantageux, quelquefois couronné de succès dans le cas d'enfoncement. Ces enfoncements, d'ailleurs, guérissent en général, spontanément après une dizaine de jours. Si cette guérison naturelle n'a pas lieu, on peut essayer de faire une boutonnière à la peau du cuir chevelu, et glisser ensuite une spatule mousse pour soulever les fragments. Dans certains cas, enfin, les fractures du crâne sont plus graves, plus étendues, et l'on voit l'enfant plongé dans un état comateux. On peut recourir, alors, comme chez l'adulte, à la ponction lombaire.

Un mot d'autres fractures de l'accouchement : les fractures de l'humérus et du fémur. En général, la fracture se fait en pleine diaphyse et on vous apporte l'enfant avec un membre ballant, en fléau, et de gros craquements osseux. Que faire ? Pas grand chose, pour l'humérus, qui se consolide bien en général. Le plâtre est mal toléré par les nouveaux-nés. On peut confectionner avec du carton mouillé une petite gouttière qui se moulera sur le bras en séchant.

Pour le fémur, il est impossible de songer à la gouttière de carton. Le pronostic de ces fractures du fémur des nouveau-nés est déplorable, si on ne les traite pas soigneusement, car elles se consolident toujours alors de la même façon, en crosse. Il est ici un traitement — un seul —, la correction dans l'axe, par l'extension continue. Pour faire cette extension, vous mettez au-dessus du berceau de l'enfant un cerceau de lit d'adulte et vous faites un appareil d'extension suspensive équivalent aux appareils de Miss Gassett, si employés pendant la guerre. Vous mettez le long de la cuisse et du pied des bandelettes de tissu adhérent (de colloplaste, plus avantageux que l'ancien diachylon) ; vous y fixez, au niveau du pied, la corde qui va remonter, s'enrouler sur la poulie placée au sommet du cerceau et se terminer par des poids de traction. La traction s'exerce ainsi verticalement sur la jambe, le poids du corps servant de contre-extension. On peut avec cet appareil soulever l'enfant, sans que pour cela l'extension continue cesse.

Cette extension continue est bien tolérée. Son seul inconvénient est quelquefois d'agir trop et d'éloigner un peu même les fragments. Pour la régler, il faut tirer jusqu'à ce que la hanche se soulève légèrement. La consolidation de la fracture est, par ce moyen, vite obtenue.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

ERRATUM.

Dans l'article de notre collaborateur Ségard : « *Les emphysémateux* », lire, p. 84, col. I, au lieu de « Le Mont-Dore. Silice et soufre » : *Le Mont-Dore.* EAUX SILICEUSES.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Recrudescence de l'encéphalite léthargique.

(M. NETTER. — *Académie de médecine.*)

Au cours de ces dernières semaines, l'encéphalite léthargique a reparu avec une certaine fréquence. M. Netter en a observé personnellement 12 cas depuis le 26 novembre, et une vingtaine d'autres cas ont été portés à sa connaissance.

Sur les trois symptômes cardinaux de la maladie, la fièvre et la somnolence se sont montrées constantes. Seuls, les troubles oculaires ont manqué une fois sur trois environ. Plusieurs fois, la participation du facial et de l'hypoglosse a été notée.

Tous ces cas sont survenus dans les divers quartiers de Paris et en banlieue. Ils sont resté isolés, jusqu'à présent.

Sur les poudres d'œufs.

(MM. SARTORY et FLAMENT. — *Académie de médecine*)

On emploie depuis quelque temps en quantités assez importantes, du fait de la pénurie et du prix élevé des œufs, des poudres d'œufs conservées. MM. Sartory et Flament ont cherché à apprécier la valeur alimentaire et hygiénique des produits en question, qu'ils ont étudiés, en particulier au point de vue bactériologique.

Les poudres d'œufs pourraient être considérées comme un bon aliment eu égard à leur composition chimique, à la facilité de leur emploi et à leur prix de revient assez faible. Malheureusement, au point de vue bactériologique, elles paraissent beaucoup moins satisfaisantes. On y trouve, en effet, une flore bactérienne abondante, qu'elles ont recueillies sans doute pendant les diverses manipulations qui leur sont imposées.

C'est surtout dans la confection des entremets et



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les cas de Lymphangites et Abcès du Sein.



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les Affections intestinales, utérines, etc.

Antiphlogistine

MARQUE DÉPOSÉE

Glycéroplasme hydrophile, à chaleur constante et durable

(S'emploie chauffée au bain-marie à 40° environ, recouverte de coton hydrophile; après 24 ou 48 heures se détache facilement).

Indications de l'Antiphlogistine

Furoncles; Abcès; Phlegmons; Abcès du sein.
Angines; Laryngites; Bronchites; Pneumonie.
Arthrites; Synovites; Entorses; Rhumatismes.
En Gynécologie.



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les cas de Conjonctivite, etc.



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les cas de Plaies Variqueuses.

En Vente dans toutes Pharmacies. — Vente en Gros : LABORATOIRE de l'*Antiphlogistine*.
B. TILLIER, pharmacien, 116, rue de la Convention, PARIS Téléphone: Saxe 40-89

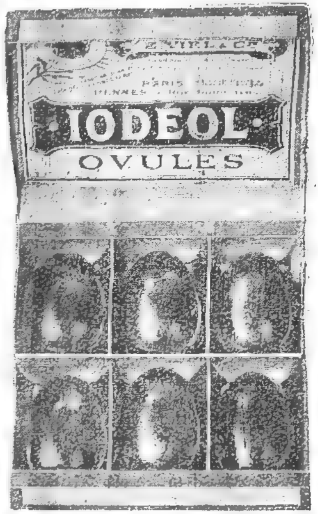
SALICAIRINE

INDICATIONS

DIARRHÉES ET ENTÉRITES CHRONIQUES

DIARRHÉES INFANTILES
DIARRHÉES BACILLAIRES (Flexner, Shiga, His)
DIARRHÉES DES TUBERCULEUX
DIARRHÉES GRIPPALES — DIARRHÉES HÉMORRAGIQUES

Pas de contre-indications



AFFECTIONS GÉNITO-URINAIRES

Iode colloïdal électrochimique

pur et stable

ni caustique, ni toxique, très diffusible
cicatrisant antiseptique puissant
spécialement à l'égard du GONOCOQUE



Urétrites aigues et chroniques
Folliculites, Cystites
Orchites et Orchi-épididymites
Blennorrhagie de la femme
Bartholinites, Métrites, Annexites.

IODARGOL. — Ampoules (2 cc. renferment 25 p. 100 d'iode colloïdal) : 2 cc. 2 fois par jour dans les métrites, une injection intra-urétrale : en 48 h., disparition de la douleur à la miction, guérison en 8 à 15 jours des métrites aigues, en 2 à 4 semaines des métrites chroniques, cystites, folliculites.

IODARGOL. — Pansement : badigeonnages quotidiens sur le scrotum dans l'orchite ; en 48 h., disparition des phénomènes inflammatoires ; attouchements, badigeonnages quotidiens dans les affections gynécologiques ; cessation de la douleur et de l'écoulement, cicatrisation rapide.

IODÉOL. — Ovules, *pour pansements continus dans les affections gynécologiques : un ovule tous les soirs.*

Échantillons et littérature — **E. VIEL et Cie, 3, *rue de Sévigné, PARIS***

des crèmes qu'il convient de surveiller l'usage de ces substances. Les autres préparations culinaires (omelettes, pâtisseries, etc.), subissent généralement par la cuisson une stérilisation suffisante. Les crèmes, au contraire, doivent pour être réussies, ne pas atteindre la température de l'ébullition.

Il y aurait lieu de recommander aux fabricants de rechercher un mode de préparation et de présentation qui mettent ces poudres à l'abri des contaminations microbiennes.

Le sérum antialcoolique du Dr Ferran.

(M. Bérillon. — *Société de pathologie comparée.*)

L'idée de recourir à un sérum anti-alcoolique, déjà mise en avant par M. Sapelier, a été reprise par Ferran, de Barcelone. Cet auteur prépare son sérum en alcoolisant des chevaux à l'aide du vin, et le recueille quand l'animal présente des réactions d'alcoolisme aigu.

M. Bérillon a utilisé le sérum de Ferran chez un certain nombre d'alcooliques invétérés. Les sujets ainsi traités, accusent à la suite des injections, une euphorie marquée et une sensation de bien-être. Ils retrouvent la force de réagir contre les symptômes d'épuisement qui accompagnent le sevrage et qu'on a désignés sous le nom de « neurasthénie de suppression ».

Dans ces conditions, l'emploi du sérum anti-alcoolique constituerait un adjuvant précieux au traitement psychothérapeutique de l'alcoolisme.

La fixité des races humaines.

(M. Bérillon. — *Société de médecine comparée.*)

Lorsqu'on se livre à l'étude des races humaines, on est amené à se demander si ces races subissent avec le temps et indéfiniment des modifications ou si, au contraire, elles restent ou tendent à rester fixes.

Les anthropologistes en général, et M. Bérillon en particulier, adoptent la notion de la fixité des races humaines. Dans le mélange des races, dans le métissage, il n'y aurait qu'un état passager, qui n'aboutirait pas à une race mixte, mais reviendrait à l'une des deux races génératrices, la plus forte prenant le dessus et éliminant l'autre progressivement. Ceci s'énonce sous le nom de : loi de retour au type primitif, loi protectrice de la conservation des races.

Radium et Rayons X dans le traitement des tumeurs.

(M. Ch. Schmitt. — *Société de médecine de Paris.*)

M. Schmitt rapporte quelques observations de tumeurs traitées par le radium et les rayons X, et il montre les bons résultats obtenus par cette thérapeutique.

Radium et rayons X enrayent généralement l'évolution des néoplasmes et parfois en amènent la disparition. Ils demanderaient toutefois l'appoint d'une médication générale, car s'ils sont capables de supprimer *in situ* les éléments néoplasiques, ils ne peuvent probablement rien sur la diathèse cancéreuse, à moins, ajoute l'auteur, qu'ils ne provoquent la formation d'antitoxines, ce qui ne lui paraît pas impossible.

Syphilis osseuse à manifestations multiples.

(MM. A. Gilbert et Saint-Girons. — *Société médicale des hôpitaux.*)

MM. Gilbert et Saint-Girons présentent une malade atteinte de syphilis à manifestations osseuses multiples : nécrose et perforation des os du crâne, fractures spontanées du radius gauche et du cubitus droit, nécrose du deuxième métacarpien gauche, ostéo-arthrite gommeuse sterno-claviculaire gauche, splénomégalie.

Les faits de ce genre, qui n'étaient pas rares jadis, au temps où la spécificité était souvent méconnue ou insuffisamment traitée, sont exceptionnels à l'heure actuelle. On ne peut guère les observer que chez des individus particulièrement négligents de leur santé.

Un cas de rupture du foie et de déchirure de la rate.

(M. Okinczyc. — *Société de chirurgie.*)

M. Mauclaire lit un rapport sur un travail de M. Okinczyc intitulé : un cas de rupture du foie et de déchirure de la rate traité par la suture du foie et la splénectomie, et suivi de guérison.

Il s'agit d'une jeune fille de vingt ans qui fut renversée sur la voie publique par une voiture automobile : la roue d'avant passa sur la partie inférieure du thorax et sur la partie supérieure de l'abdomen. M. Okinczyc vit la blessée deux heures après l'accident, à l'hôpital de la Charité. Elle se plaignait de douleurs profondes. Le facies était pâle, crispé, la respiration courte, pénible, le pouls rapide et mou. Extrémités froides, cyanosées ; pas d'hématurie. A l'examen, fracture de côte, ventre douloureux et fortement contracturé. Un peu de matité dans les flancs. Douleur maxima au niveau de l'épigastre.

Opérée immédiatement, on trouva, d'abord, une lésion importante du foie, deux larges sillons de rupture s'étendant d'avant en arrière de cet organe. M. Okinczyc passa dans les sillons de rupture des fils séparés de gros catgut et parvint à faire une sorte de capitonnage ou plus exactement de ficelage du foie. Constatant ensuite plusieurs déchirures de la rate, il pratiqua la splénectomie. La guérison se fit sans incident et la malade put se lever le 24e jour.

Traitement par extirpation d'anévrisme artério-veineux.

(M. Dambrin. — *Société de chirurgie.*)

M. Chevrier présente un rapport sur un mémoire de M. C. Dambrin (de Toulouse), relatif à six obser-

vations d'anévrismes artério-veineux des membres inférieurs, chez des blessés de guerre, traités avec succès par l'extirpation après quadruple ligature.

Urétéroraphie après section de l'uretère.

(M. CHIFOLIAU. — *Société de chirurgie.*)

La suture de l'uretère est une opération dont les résultats éloignés sont assez incertains. M. Chifoliau signale deux cas dans lesquels il a pratiqué cette suture avec des suites satisfaisantes. Dans les deux cas, il s'agissait de blessure opératoire de l'uretère au cours de l'hystérectomie abdominale.

M. LEGUEU est partisan de la suture bout à bout, à la soie fine, sur sonde à demeure, mais il n'est pas d'avis de laisser la sonde après l'opération.

Pour ce qui concerne les résultats éloignés, il remarque que les reins peuvent s'atrophier en silence à la suite de ces interventions, parce que le conduit suturé ou l'orifice de néo-implantation est rétréci, et non dilaté. Ils peuvent aussi s'atrophier même quand l'orifice est perméable et bon, sous l'influence de lésions antérieures à la suture qui continuent malgré l'opération.

Traitement de l'anémie aiguë post-hémorrhagique.

(M. Pierre DELBET. — *Société de chirurgie.*)

A propos d'une communication de M. Barthélemy sur le traitement de l'anémie aiguë post-hémorrhagique, M. Pierre Delbet présente des arguments en faveur de l'emploi des injections salines.

On a dit, récemment, que les grands injections de sérum artificiel offraient peu d'efficacité dans l'anémie post-hémorrhagique. Sans nier les avantages des autres méthodes, M. Pierre Delbet prend la défense des injections salines. Il montre qu'un chien qui meurt d'hémorrhagie a encore dans ses vaisseaux un nombre suffisant de globules pour vivre. D'où la conclusion qu'au cas de grande perte sanguine immédiatement menaçante, l'indication urgente est de reconstituer la masse du sang. Les injections salines donnent alors dans un grand nombre de cas un effet immédiat. Elles sauvent des moribonds et, s'il arrive que leur action n'est pas durable, elles permettent de préparer les moyens de mieux faire.

Section par balle de la carotide externe sans accidents immédiats.

(M. MARIAN. — *Société des chirurgiens de Paris.*)

M. Mariau (de Nice) relate une observation de section, par balle, de la carotide externe gauche non suivie d'accidents immédiats. Ce cas fournit une contribution à la question de ce qu'on a appelé : plaies sèches, plaies étanches, plaies des vaisseaux à hémorrhagies retardées (Potherat), à manifestations tardives (Alamartine). La guerre en a fourni de nombreux exemples.

P. L.

ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES

Les insufflations de sérum antidiphtérique desséché.

Pour enrayer la propagation de la diphtérie dans les collectivités, plusieurs auteurs ont préconisé, ces temps derniers, l'emploi du sérum antidiphtérique desséché. MM. Arloing, Marcel Labbé et L. Martin, notamment, ont vanté la simplicité et la rapidité d'action de cette méthode.

Voici comment on doit l'appliquer :

Instrumentation : *a*) un nécessaire de stérilisation ; *b*) un pulvérisateur ou lance-poudre, auquel on doit adapter un embout individuel. L'embout d'ébonite est préférable à l'embout de verre, surtout chez les tous jeunes enfants.

Technique. — Les insufflations seront faites une heure ou deux après les repas. L'opérateur recommande au patient de se gargariser avec une solution antiseptique, par exemple un verre de liqueur de Labarraque à 30 pour 1000 ; chez les enfants en bas âge, faire un lavage de gorge avec cette même solution à 10 ou 20 pour 1000. Gargarisme ou lavage effectués, l'opérateur se munit d'un masque, s'approche du malade auquel il recommande de tenir la bouche grande ouverte, et lui insuffle un peu de poudre sur le pharynx et dans les fosses nasales.

Remarques importantes. — Ne pas oublier de prévenir le sujet que cette opération est complètement indolore, ce qui facilitera d'autant l'insufflation.

Associer le sérum sec à de la gomme adragante, ce qui permettra d'augmenter l'adhérence de la poudre à la muqueuse et d'assurer un contact plus prolongé avec les bacilles à détruire. (Arloing).

Prévenir l'entourage que pour obtenir la disparition complète des bacilles, il est nécessaire de faire, chaque jour, 3 ou 4 insufflations, et ce, pendant 15 à 20 jours. En tous cas, n'affirmer jamais la guérison avant d'avoir en mains les résultats d'une culture de la gorge, faite 8 à 10 jours après la cessation du traitement, par conséquent, pratiquer l'isolement jusqu'à ce jour.

G. SIGURET.

Le médecin a l'impérieux devoir d'être prévoyant.

Il doit s'assurer contre l'incapacité de travail que peuvent lui causer la maladie ou les accidents.

Il doit s'assurer une retraite pour ses vieux jours.

A TRAVERS LA PRESSE

I

Presse française

La grippe, maladie autonome ou pyosepticémie.

Pour M. SACORRAFOS (*Bull. Méd.*, 3 janv. 1920), la grippe qui a sévi l'an dernier est une pyosepticémie due au streptocoque et au pneumocoque dont l'exaltation de virulence pourrait être attribuée à des influences atmosphériques et météorologiques inconnues.

Cette opinion est basée sur l'évolution de l'affection, au cours de laquelle l'état du rein joue un rôle important.

C'est ainsi qu'après avoir débuté comme une fièvre grippale ordinaire, l'affection se modifie en s'aggravant, les urines renfermant de fortes proportions d'albumine (4, 6 et 10 gr.) ; elle se juge en quelques jours et se termine habituellement par la mort par insuffisance rénale.

Dans d'autres cas, c'est la broncho-pneumonie à noyaux multiples qui caractérise la maladie, et détermine la mort. Là encore, la néphrite aiguë intervient pour compliquer la situation.

Il existe ailleurs des formes avec pneumonie pseudo-lobaire, qui évoluent vers une terminaison fatale, avec toujours des reins touchés et insuffisants.

Chez d'autres sujets, ce sont les symptômes digestifs qui prédominent ; ou bien, c'est une méningite concomitante, avec céphalalgie, convulsions et paralysies motrices ; ou bien encore, c'est la tachycardie paroxystique, les diverses hémorragies, etc.

Les recherches bactériologiques qui ont été pratiquées n'ont jamais révélé que le streptocoque et le pneumocoque, parfois le bacille de Pfeiffer. Le virus filtrant ne sert pas d'agent provocateur, mais exalte la toxicité du streptocoque et du pneumocoque.

Rupture du cartilage semi-lunaire et du ligament croisé antérieur.

M. GUIBÉ (*Année Méd.*, janv. 1920) a observé et opéré un blessé atteint dans le genou gauche, de rupture du ménisque interne et du ligament croisé antérieur.

Il en déduit les conclusions suivantes :

En cas de rupture d'un ménisque du genou, la résection en est préférable à sa suture et à sa fixation.

La section du ligament latéral interne du genou, en cas d'ablation du ménisque interne, ne compromet pas la solidité de l'articulation, mais permet d'éviter le mouvement de latéralité qui résulterait de l'ablation du ménisque.

Les réactions párituberculeuses du poumon de l'enfant

Le tubercule anatomique intra-pulmonaire est le premier stade de l'infection tuberculeuse. Il peut passer inaperçu. Il peut aussi s'accompagner de réactions de voisinage bruyantes qui en imposeraient pour une congestion pulmonaire ou une spléno-pneumonie franches. C'est l'évolution, l'épreuve de la cuti-réaction et les résultats de l'examen radiologique qui permettent de rapporter ces manifestations à leur véritable cause.

C'est ce qu'expose M. RIBADEAU-DUMAS (*Journ. de Méd. et de Chir. prat.*, 25 déc. 1919), qui a eu l'occasion d'observer de jeunes enfants chez lesquels les Rayons X ont montré l'existence d'un tubercule calcifié minuscule et une légère adénopathie trachéo-bronchique, alors que, précédemment, ils avaient présenté des réactions périthuberculeuses en imposant pour des pleuropneumonies, des congestions pulmonaires, des spléno-pneumonies, etc.

Son travail est résumé dans les conclusions suivantes :

« Autour du tubercule, peut se développer « une réaction congestive, spléno-pneumonique, « si intense, qu'elle simule parfois une pleurésie « avec exsudat occupant toute la cavité pleu« rale. On serait tenté d'admettre l'existence « d'une hépatisation bacillaire. Mais l'évolution « modifie ce fâcheux pronostic, et plus tard, les « rayons X révèleront un tubercule parfois mi« nime qui aura été la cause de cette congestion « géante.

« Dans d'autres cas, il y a coexistence d'une « infection secondaire, avec fréquemment exsu« dat purulent. Chez le nourrisson, il importe en « pareil cas de pratiquer la cuti-réaction qui, si « elle est positive, prend une grande importance : « sous l'influence d'une pneumococcie par exem« ple, la tuberculose ignorée jusqu'alors prend une « marche rapidement mortelle. »

Sur l'emploi des fortes doses de sérum antidiphtérique

MM. PEHU et DURAND recommandent, dans le traitement de la diphtérie, l'emploi de fortes doses de sérum antidiphtérique, fréquemment répétées (*Lyon méd.*, déc. 1919).

Sans doute, des diphtéries d'apparence bénigne, avec membranes limitées, sans adénopathie cervicale, peuvent-elles se contenter des doses autrefois indiquées, de 20 à 40 cmc. A la vérité, on ne sait comment évoluera une diphtérie. Les fortes doses permettent de se mettre en garde contre les complications.

Ces doses sont de 30 cmc par jour, chez les en-

fants de 0 à 2 ans ; de 30 à 60 cmc par jour, de 2 à 5 ans ; de 60 à 100 cmc par jour, au dessus de 5 ans. Dans les diphtéries graves, les auteurs arrivent même aux doses de 150 à 180 cmc par jour, répétées plusieurs jours de suite.

Cet emploi large du sérum est surtout commandé par les formes sévères ou graves, avec membranes cohérentes, de couleur grisâtre malodorantes, sphacélées ou gangréneuses, étendues, envahissantes, avec adénopathie cervicale prononcée, envahissement du larynx.

Ces fortes doses doivent être continuées pendant trois à quatre jours, quelquefois plus. La fièvre étant entretenue par le sérum, on ne se basera pas sur la courbe thermique pour continuer ou suspendre les injections de sérum.

Dans le cas où, après une interruption de quelques jours, on serait dans la nécessité de reprendre les injections de sérum, la crainte de l'anaphylaxie ne doit pas empêcher de le faire, en prenant les précautions d'usage.

« Pratiquement, on injecte trop peu et trop tard. » Cela peut tenir à ce que le médecin n'est appelé qu'alors que le « mal de gorge » dure déjà depuis quelques jours. En tous cas, les doses timides de 10 cmc, administrées par la voie gastrique ou rectale surtout, ne donnent aucun résultat.

« L'emploi de quantités copieuses de sérum « antidiphtérique n'expose pas, dans le présent « et dans l'avenir, à des accidents plus accusés « que si l'on s'en tient à des doses moyennes ou « faibles. Comme l'a proclamé la Société médi- « cale des Hôpitaux de Paris, on ne peut, dans « aucun cas, reprocher à un médecin d'avoir pra- « tiqué une réinjection sous-cutanée de sérum « dans un but prophylactique ou thérapeuti- « que. »

Et les auteurs de conclure : « Nul argument « ne saurait prévaloir pour légitimer que, dans « le traitement de la diphtérie, on en reste à des « quantités minimes de sérum. Tout plaide au « contraire pour faire admettre l'usage *larga* « *manu* des doses élevées de cet agent thérapeuti- « que. »

La phytothérapie des contusions

M. Leclerc s'est spécialisé dans l'étude et les applications thérapeutiques des simples. Dans le *Journ. des prat.* (27 décembre 1919), il donne d'excellentes recettes pour agir sur les contusions, non les grands traumatismes qui transforment les tissus en « un terrible mélange d'os et de chairs meurtris », mais la contusion de moyenne intensité, accompagnée ou non de plaies superficielles, mais surtout d'ecchymoses aux nuances changeantes.

Contre la douleur, il préconise les compresses imbibées de décoctions chaudes de pavot, de ciguë, ou du mélange suivant:

Feuilles de belladone......	âã 5 gr.
— de jusquiame......	
— de stramoine......	
— de morelle.........	âã 10 gr.
— de ciguë...........	
Tête de pavot..............	n° 1.

Faire bouillir 5 minutes dans 1 litre d'eau. Laisser infuser vingt minutes, passer et employer en compresses. La douleur céderait en 12 heures.

L'inflammation et la congestion seront combattues ensuite avec la racine de guimauve, les feuilles de mauve, de pourpier, la racine de consoude, les sommités fleuries de salicaire. Il recommande de procéder par infusions dans de l'eau bouillante contenue en un récipient non métallique afin d'éviter la précipitation du tannin.

S'il existe des plaies superficielles, on pourra recourir aux astringents aromatiques : romarin, sauge, serpolet, origan. L'auteur donne ses préférences à l'infusion dans 1 litre de vin, pendant une demi-heure, du mélange suivant :

Sommités fleuries de millefeuille.	âã 20 gr.
— d'aigremoine..	
— d'origan......	
— de serpolet....	
Racine de renouée.............	

La teinture de fleurs de soucis étendue d'eau bouillie à 10 % donne aussi d'excellents résultats.

Enfin, pour faire disparaître rapidement les teintes de l'ecchymose, on recourra à la teinture d'arnica, qu'on mélangera d'eau et de glycérine pour éviter les éruptions qu'elle provoque pure.

La formule suivante est précieuse :

Alcoolature d'arnica.......	20 gr.
Glycérine..................	30 gr.
Eau........................	60 gr.

Le tamier, le sceau de Salomon, l'arum et la bryone sont d'excellents anti-ecchymotiques, soit en nature, soit en teinture alcoolique étendue d'eau.

L'estomac mental.

M. Chavigny (*Paris méd.*, 27 décembre 1919) proclame qu'on digère avec son cerveau, comme « on pisse avec sa moelle ». Nombre de dyspepsies dites nerveuses sont des dyspepsies mentales ; elles se traduisent par des vomissements parfois incoercibles, à caractères particuliers qui, dans le milieu militaire, ont été parfois mis à tort sur le compte de la simulation.

C'est ainsi qu'on a pu voir, à la déclaration de guerre, en 1914, des gastro-entéropathes qui suivaient chez eux les régimes les plus sévères, ont vu tous leurs truobles disparaître sous l'influence de la vie au grand air, et d'une orientation psychique nouvelle

Ces malades ne doivent réclamer le spécialiste de l'estomac que pour le diagnostic différentiel ; pour le traitement, ils appartiennent au psychiatre. Ce sont, non peut-être des aliénés, mais sûrement des mentaux. Et le chirurgien fera bien, notamment, de se refuser à leur faire subir les interventions qu'ils demandent quelquefois, et qui restent sans effet, et pour cause, et arment parfois leur bras (Pozzi, Guinard).

Ces faits, ne sont pas particulièrement nouveaux, ni inconnus. Nous avons, pour notre part, publié ici même (1), des observations de sujets atteints de vomissements, disons mentaux, que nous avons considérés comme des hystériques et soignés comme tels et qui ont été améliorés quand ils n'ont pas été guéris.

L'anorexie hystérique, d'autres disent pithiatique, et l'anorexie mentale, accompagnées du rejet systématique des aliments sous forme de vomissement, sont bien connues de tous les médecins qui s'occupent spécialement des maladies nerveuses, et comportent en effet, un traitement psychique, à la base duquel se trouve l'*isolem ent*

G. D.

II

Presse anglaise.

L'empyème sphénoïdal dans la méningite cérébro-spinale.

L'Association de la sinusite sphénoïdale et de la méningite cérébro-spinale a été notée déjà par Westenhoeffer. Cet auteur l'a rencontrée 12 fois sur 39 autopsies. M. Dennis Embleton (communication à la *Royal Society of medicine*) l'a observée également mais avec un pourcentage beaucoup plus grand. Sur trente-quatre cas mortels de méningite cérébro-spinale, il a trouvé trente-deux fois un empyème sphénoïdal à l'autopsie.

Les rapports entre les deux maladies, dit l'auteur, doivent être pris en considération. Le siège initial de l'infection méningococcique est sans aucun doute, le naso-pharynx. On a souvent remarqué que ces malades étaient sujets à des rhinites et il semble bien que le méningocoque puisse donner naissance à une sorte de catarrhe nasal. Dans certaines conditions, l'infection méningococcique exagère sa virulence et parvient aux méninges : en raison de la fréquence alors de l'empyème sphénoïdal, il est logique de penser que celui-ci peut jouer un rôle dans cette propagation.

C'est particulièrement dans les cas de méningite cérébro-spinale mortels ou dans les cas suivis de rechutes qu'on a rencontré l'empyème sphénoïdal. La trépanation du sinus malade pendant la phase d'acuité de l'affection ne donne pas de bons résultats et semble ,au contraire, accélérer la marche des troubles morbides

(1) *Concours Médical.* 1915, p. 437.

La stérilité chez l'homme

On a l'habitude, quand un ménage reste sans enfants, d'incriminer la stérilité féminine. M. Kenneth Walker (*British med. Jour.*, 3 janvier 1920) pense que la stérilité chez l'homme est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit ordinairement. Tandis que chez la femme, l'impossibilité d'avoir des enfants est souvent un phénomène dont les causes nous échappent, chez l'homme, la stérilité est, au contraire, le plus généralement la conséquence d'une affection des organes génitaux : hypospadias, cryptorchidisme, tuberculose, syphilis ou cancer du testicule, orchite, épididymite, blennorrhagie surtout

Avant de conclure à la stérilité féminine, un examen du sperme du mari, recueilli après coït avec un condom, s'impose. Une recherche minutieuse à ce sujet est, en tout cas, indispensable avant de recourir à une opération quelconque chez la femme, dans un ménage sans enfants et qui désire en avoir.

Prophylaxie de la grippe.

En prévision d'un retour offensif de la grippe qui a sévi si gravement l'année dernière, le *Ministère de la Santé publique*, en Angleterre, a mis à la disposition des praticiens un vaccin spécial anti-grippal.

Ce vaccin, étant donné l'état actuel de nos connaissances sur l'étiologie de l'influenza, n'a pas la prétention d'être spécifique et il vise seulement à être utile. Il est basé sur cette constatation que les microbes qui interviennent avec le plus de sévérité dans la grippe sont le bacille de Pfeiffer, le pneumocoque et le streptocoque. C'est un vaccin polyvalent contre ces 3 agents microbiens. Le même vaccin, employé, il y a un an, parmi les troupes anglaises a paru un peu faible, quant à la proportion de bacilles de Pfeiffer ; celle-ci a été augmentée dans le vaccin de 1920.

Valeur des frictions à la pommade au calomel.

Cole et Liltmann (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 8 novembre 1919) ont essayé le traitement de la syphilis par les frictions à la pommade au calomel, préparation plus agréable et plus propre pour le malade que l'onguent napolitain. Malheureusement, les résultats ont été manifestement insuffisamts. Sur 54 malades atteints d'accidents syphilitiques secondaires ainsi soignés, la plupart n'ont obtenu que de très médiocres effets thérapeutiques et quelques-uns même ont présenté une dermite irritative au point d'application de la pommade. Cette mé-

thode des frictions à la pommade au calomel doit donc être abandonnée, en matière de traitement de la syphilis.

Toxicité comparative des anesthésiques locaux.

EGGLESTON et HATCHER (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, octobre 1919), ont étudié la toxicité respective des divers anesthésiques locaux en injectant ces substances dans les veines de rats. Ils divisent à ce point de vue les anesthésiques en question en deux groupes. Le premier groupe, qui comprend l'alypine, la nirvanine, la stovaïne et la tropacocaïne, est relativement peu toxique en raison de l'élimination rapide du produit. Le deuxième groupe, composé de la cocaïne et de la novocaïne, est d'une toxicité beaucoup plus grande, l'élimination étant pour ces deux agents beaucoup plus lente. L'emploi simultané de l'adrénaline avec la cocaïne ou la novocaïne, en ralentissant l'absorption, abaisse le taux de toxicité de ces anesthésiques.

Les tumeurs rachi-médullaires en chirurgie.

M. PERCY SARGENT (*British med. Journal* 10 janvier 1920) analyse 26 observations de tumeurs intéressant les enveloppes médullaires et comprimant la moelle. Il conclut qu'en pareille circonstance, on doit recourir à l'opération exploratrice plus souvent qu'on ne le fait habituellement. Ni des antécédents syphilitiques, ni un Wassermann positif ne sauraient constituer une contre-indication opératoire, si le traitement spécifique n'a pas été suivi rapidement d'une amélioration nette.

Traitement de la méningite cérébro-spinale par injections intra-rachidiennes d'auto-sérum sanguin.

MACKENSIE et MARTIN ont relaté, en 1908, vingt observations de méningite cérébro-spinale qu'ils ont traitée par des injections intra-rachidiennes de l'auto-sérum du malade ou de sérums d'autres malades convalescents de la même affection. Ils ont enregistré dix guérisons sur 16 cas aigus et 4 décès sur 4 cas chroniques. M. RUPERT WATERHOUSE (communication à la *Bristol Branch* de la *British med. Assoc.*), rapporte un cas de méningite qu'il a soigné, avec succès par le même auto-sérum injecté dans le canal rachidien. Le patient reçut 3 injections aux doses de 20, 15 et 5 centim. cubes.

Le liquide céphalo-rachidien dans les maladies aiguës.

HERRICK et DANNENBERG (*Journ. of Amer. Med. Assoc.*, novembre 1919) ont recherché l'état du liquide céphalo-rachidien, retiré par ponction lombaire, dans un certain nombre de maladies aiguës n'offrant pas de déterminations méningées apparentes : la pneumonie, la grippe, la fièvre scarlatine, la pleurésie, l'amygdalite, la migraine, etc. Ils ont souvent rencontré dans ces affections des altérations du liquide rachidien, de l'hypertension, de la polynucléose, de l'hyperalbuminose, tous indices d'une réaction des méninges aux divers agents infectieux en cause et à leurs toxines.

La vaccination anti-variolique par voie hypodermique.

On peut pratiquer la vaccination anti-variolique en injectant sous la peau de la lymphe diluée dans un centimètre cube d'eau stérilisée. GOODALL (*Amer. Journ. of med. Sciences*, novembre 1919) a employé cette méthode chez 6.000 sujets et il déclare en avoir obtenu les meilleurs effets. Deux à quatre jours après l'injection habituellement, mais quelquefois plus tard, on voit se produire au point inoculé une réaction variable d'intensité, qui consiste en une tuméfaction locale sensible au toucher, et rouge. Dans quelques cas, la réaction est plus vive et s'accompagne d'œdème du bras. Après une huitaine de jours, les phénomènes se calment et il persiste un petit nodule sous-cutané assez bien circonscrit, qui disparaît au bout d'un mois. L'avantage de cette méthode est de ne nécessiter ni pansement, ni désagrément local, pour le sujet. Le pourcentage des réactions positives est très élevé.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

Chez MASSON

Pr Th. JONNESCO. — **La rachianesthésie générale**, 1919.

Ce livre est une monographie originale et une mise au point d'ensemble de la « *Rachianesthésie générale* », son évolution, ses résultats, ses avantages.

Dès la découverte de la *Stovaïne* qui, moins dangereuse que la cocaïne, remplaça avantageusement celle-ci comme anesthésiant, le professeur Jonnesco défendit énergiquement cette thèse que la Rachianesthésie, alors limitée à la partie inférieure du corps, pouvait être étendue à tous les segments, des pieds à la tête.

Ses recherches pratiques de Laboratoire, ses expériences s'orientèrent dans ce sens, et il lui apparut nettement que la solution anesthésiante

de *Stovaïne-strychnine* pouvait être supportée par les centres nerveux.

Le professeur Jonnesco ne cessa de transformer les méthodes et entra dans la voie des applications ; les conséquences tardives de l'anesthésie générale purent être étudiées avec soin, ce qui permet de dégager aujourd'hui des conclusions définitives.

En 1914, le professeur Jonnesco se préparaît à publier un important ouvrage sur ses travaux et sur les résultats obtenus. La guerre, l'invasion se succédèrent et aujourd'hui, l'auteur est encore dans l'incertitude sur le sort de son manuscrit. Il a voulu, en attendant, condenser dans ce petit volume l'ensemble des résultats acquis, indiquer la technique, les indications et les contre-indications d'une méthode qu'il a, plus qu'aucun autre, préconisée.

Chez J.-B. BAILLIÈRE et FILS.

R. Cruchet et R. Moulinier. — **Le mal des aviateurs ; ses causes ses remèdes**, 1919.

Excellente monographie, intéressante à lire par tous ceux qui veulent faire de l'aviation.

Chez A. MALOINE et FILS,

G. Denigès. — **Leçons d'analyse qualitative sur les éléments métalloïdes. 1920.**

L'ouvrage sur l'*analyse qualitative des métalloïdes* du professeur Denigès n'est point un Compendium de recettes, comme beaucoup trop de traités sur la matière, mais une œuvre toute personnelle où l'auteur qui a fait, de l'analyse chimique, une grosse part de ses recherches de laboratoire, apporte les techniques et les découvertes qui lui sont propres en même temps que les procédés les plus récents sur la partie de la science qu'il traite.

Sous la forme très pédagogique et bien vivante de leçons, ce livre, qui n'a pas son équivalent dans la littérature scientifique, au point de vue de l'*analyse qualitative des métalloïdes*, ne laisse inexploré aucun des points importants du sujet traité. Il montre, en outre, que l'analyse qualitative n'est pas une science aussi empirique que beaucoup le croient encore, mais, au contraire, que le raisonnement y intervient constamment pour interpréter les réactions signalées et en faire prévoir de nouvelles.

La Mission sanitaire chirurgicale française du Caucase,

Par Dartigues.

M. Dartigues a écrit cet ouvrage avec son cœur de patriote. Remercions-le de nous avoir donné un récit impartial de l'œuvre admirable qu'il a accomplie là-bas au milieu de difficultés de tous ordres, et recommandons son livre à tous ceux qui désirent connaître le rôle que la France a pu jouer au Caucase pendant la guerre.

Revue des Thèses.

Dr Maurice Jeansotte. — **Contribution au traitement des maladies infectieuses par un dérivé argentique soluble : le nitrate double d'argent et de déméthyl-di-amino-méthyl-acriddine.** (*Thèse de Bordeaux*).

Pour l'auteur, le nitrate double d'argent et de diméthyldiaminométhylacridine, sel double d'argent et d'une base quinoléique, utilisé comme médicament anti-infectieux, paraît avoir une très réelle valeur thérapeutique. Ce médicament ne semble pas être spécifique d'un état infectieux plutôt que d'un autre. Sa grande indication est l'infection sanguine, la septicémie, quelle qu'en soit la cause. Le mode d'administration par voie intraveineuse permet d'agir plus rapidement, sans aucune fatigue du côté digestif, et sans douleur. Jeansotte recommande l'emploi précoce et à forte dose, aussi bien dans les infections généralisées que dans les infections locales graves : 10 centimètres cubes intraveineux au minimum, pour débuter, et ensuite continuer par dix centimètres cubes par la même voie à vingt-quatre heures d'intervalle.

Dr Jean Lortet. — **Le radium dans le cancer du larynx et de la trachée.** (Thèse de Lyon, 1919.)

Travail consciencieux, accompagné d'une bibliographie importante. Des conclusions posées par l'auteur, nous retiendrons plus particulièrement la dernière : « En somme, les tentatives déjà nombreuses, faites contre les cancers du larynx et de la trachée au moyen du radium, ne permettent pas d'espérer la guérison, et la radiumthérapie ne supprime ni ne diminue les indications opératoires : laryngotomie, laryngectomie, etc. C'est seulement un complément de l'acte opératoire, sauf, pour les cas inopérables, où elle constitue un palliatif momentané ».

G. S.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE DE L'ASSISTANCE

L'assistance médicale gratuite dans l'Hérault.

Règlement adopté par le Conseil Général de l'Héraul (8 octobre 1919)

ARTICLE PREMIER.

Le Service d'Assistance médicale gratuite, organisé dans le département de l'Hérault en exécution de la loi du 15 juillet 1893, sera régi, *à partir du 1er janvier* 1920, par le présent règlement.

TITRE PREMIER

Service médical.

ARTICLE 2.

Le Service médical est confié aux médecins qui acceptent de l'assurer dans les conditions prévues au présent règlement.

Dans le cas où un médecin ne se conformerait pas au règlement ou si des fautes graves étaient relevées à son encontre, son exclusion du Service d'Assistance médicale gratuite pourrait être prononcée par le Préfet, sur avis conforme du Comité départemental du contrôle de l'Assistance médicale gratuite.

ARTICLE 3.

Les médecins ayant adhéré au présent règlement sont tenus, en cas d'appel, de se rendre auprès du malade dans un délai maximum de vingt-quatre heures, et, en cas d'indication spéciale, dans le plus bref délai.

ARTICLE 4.

Toute liberté est laissée aux assistés pour le choix du médecin. Toutefois, l'obligation de se rendre à l'appel du malade n'existe qu'à l'égard du ou des médecins ou sages-femmes les plus rapprochés.

Le malade peut se présenter à la consultation d'un praticien quelconque du Service départemental de l'Assistance médicale gratuite.

Le médecin de l'Assistance médicale gratuite, non tenu de se rendre à l'appel du malade dans les conditions qui précèdent, a la faculté de donner les soins qui lui sont demandés, mais ses frais de déplacement ne seront remboursés que dans la limite fixée par l'article 11.

ARTICLE 5.

Le malade ne doit être envoyé à l'hôpital que s'il y a impossibilité absolue de le soigner à domicile.

Le bon d'admission délivré par le médecin et contresigné par le maire-président du bureau d'Assistance, *doit expressément mentionner les raisons de cette impossibilité.* Il indique l'hôpital sur lequel le malade doit être dirigé. Cet hôpital doit être celui auquel la commune est rattachée, sauf le cas d'opérations chirurgicales urgentes dites *grandes opérations*, pour lesquelles le médecin traitant pourra envoyer directement le malade à l'hôpital de Montpellier.

ARTICLE 6.

Les médecins ont la faculté d'organiser, d'accord avec les maires, des dispensaires où ils donneront des consultations aux inscrits en état de se déplacer.

ARTICLE 7.

Le médecin doit assister aux séances des bureaux d'Assistance des communes où il a l'habitude de visiter des assistés au cours desquelles la liste d'Assistance est dressée ou revisée.

Les présidents des bureaux d'Assistance fixent la date de ces séances après s'être mis d'accord avec le médecin.

TITRE II

Soins médicaux.

ARTICLE 8.

1. Les soins médicaux comprennent *la consultation* qui a lieu *au domicile du médecin* ou *la visite* qui a lieu *au domicile du malade.*

Consultations.

2. Lorsqu'un assisté a besoin d'une consultation, il se fait délivrer par le maire de sa commune un *Bon de consultation*, extrait d'un registre à souche. Ce bon porte un numéro ; il est remis par l'assisté au médecin qui doit le produire à l'appui de son compte. Si le médecin délivre des médicaments, il doit prendre soin d'inscrire sur le *Bon de consultation* le numéro de l'ordonnance délivrée.

3. Pour les accouchements, le Maire délivrera au nom de la sage-femme une feuille de maladie sur laquelle sera inscrite la mention : *Accouchement.*

Visites.

4. Lorsque l'état de santé d'un assisté réclame des soins à domicile, le représentant du malade se rend à la mairie et se fait délivrer une *feuille de maladie* en faisant connaître le nom du médecin qu'il désire appeler. Le malade ne pourra changer de médecin pendant le cours de la maladie.

5. Le médecin est appelé par le représentant du malade qui lui présente la feuille de maladie. Lors de chacune de ses visites, il inscrit : dans la colonne 1, la date de la visite ; dans la colonne 2, le numéro de l'ordonnance s'il délivre des médicaments et la.... mention *néant*, dans le cas contraire. (Voir à l'article 9 les règles à suivre pour la délivrance des médicaments) ; dans la colonne 3, la mention prévue au paragraphe 7 du présent article ; dans la colonne 4, il appose sa signature.

6. Le médecin, lors d'une visite ultérieure, devra vérifier si sa précédente visite a été *visée* par le Maire de la commune qui a délivré la feuille de maladie. Il s'abstiendra de voir le malade si ce visa n'a pas été apposé. Les visites qui ne porteront pas le visa du Maire ne donneront lieu à aucune rétribution.

7. L'indemnité kilométrique prévue ne sera acquise au médecin que s'il se déplace expressément pour

Membres du Concours exerçant dans les stations hyvernales.

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arcachon : Cazaban, Dechamp.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu : Bertier Louis, Ricoux.
Beausoleil : Audoly, Pizard P.,
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles, Baradat, Bayle, Fournier, Kent-Gazet, Seytre, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Frank-Duprat, Comoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Durond, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Jaubert.
Menton : Jean Fornari aîné, P. de Langenhagen.
Monaco : Jolivot.
Monte-Carlo : Vivant.
Rousses (Les): Dumont A.
Nice : Ardoin, S. Baudry (*oculiste*), Bermondy, Bernarbeig, Carlotti (*ophtal.*) Cauvin (*oculiste*), Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Gruzu, Laugier, Larue, Leblanc, Leriche Emile, Liotard, Martinaud, Piétri, Rosanoff Seney, Sorel (*gyn. chir.*), Stefani.
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy, Gain.
St-Raphaël - Valescure Caldagués, Vadon.
Toulon : Gilbert Pignet (*urol. derm.*), Regnault (*chir., gyn.. orth.*).

venir voir le malade. Dans ce cas, il inscrira dans la colonne 3 de la feuille de maladie la mention : *avec déplacement*. Si la visite à l'assisté a lieu au cours de sa tournée habituelle à sa clientèle ou si, appelé auprès d'un autre assisté, il profite de son passage pour en visiter un second, la colonne 3 devra recevoir la mention : *sans déplacement*.

8. Après chaque visite, le représentant du malade se rend à la mairie pour faire viser la feuille de maladie. Le Maire reporte sur la souche les indications inscrites par le médecin sur la feuille de maladie et il appose ensuite sa signature dans la colonne 5.

9. Lors de sa première visite, si le médecin juge qu'il n'a pas à revoir le malade, il se fait remettre la feuille de maladie qui est produite en justification de l'unique visite faite sans avoir besoin de porter le visa du maire.

Délivrance des médicaments.

ARTICLE 9.

Chaque médecin ayant adhéré au présent règlement recevra un carnet d'ordonnances numérotées. Lorsque ce carnet sera près d'être épuisé, il en informera la Préfecture (4me Division), qui lui adressera un nouveau carnet. De son côté, le médecin, une fois le précédent carnet épuisé, en remettra immédiatement la souche à la mairie de sa résidence qui la renverra à la Préfecture (4me Division).

Le médecin devra détacher les ordonnances *dans l'ordre de leur numérotage* et *les dater très lisiblement*. Le Comité départemental de contrôle de l'Assistance médicale gratuite serait appelé à proposer les sanctions prévues au paragraphe 3 de l'article 2 contre les médecins qui n'observeraient pas rigoureusement cette règle formelle.

Le médecin devra s'attacher à ne prescrire que des médicaments qui, sans être pour cela moins efficaces, sont les plus simples et les moins coûteux, soit par leur nature, soit par la forme dans laquelle ils sont employés.

Les prescriptions seront écrites entièrement à l'encre, de la main du médecin et aussi lisiblement que possible.

Toute ordonnance qui ne sera pas détachée du carnet à souche délivré au médecin ne sera pas valable.

Opérations de petite chirurgie.

ARTICLE 10.

Pour les opérations de grande chirurgie, le malade devra toujours être hospitalisé. Les opérations de petite chirurgie donneront lieu, au profit du médecin qui les aura pratiquées, à une rétribution fixée par le tarif *initial* des accidents du travail, dit *tarif Dubief*, augmenté de 80 %.

Lorsque le médecin aura pratiqué, au cours de sa visite, une opération de petite chirurgie, il mentionnera, avec détails, au verso de la feuille de maladie, la nature de l'opération effectuée, avec la date de cette opération. Le Maire devra reporter ces indications sur le verso de la souche de la feuille de maladie lorsque le représentant du malade présentera cette dernière à son visa.

Honoraires et indemnité de déplacement.

ARTICLE 11.

Le prix des soins médicaux est fixé comme suit :
2 fr. 50 par visite.
2 fr. » par consultation.

Les déplacements donneront lieu à l'attribution d'une indemnité de 1 fr. 25 par kilomètre, sans retour ; toute fraction de 500 mètres et au-dessous sera négligée, et toute fraction supérieure sera comptée pour un kilomètre. Le médecin n'aura droit à l'indemnité kilométrique que dans les conditions prévues au paragraphe 7 de l'article 8.

Dans tous les cas, l'indemnité ne sera allouée que pour les distances supérieures à 1,000 mètres et inférieures à 20 kilomètres.

Les frais de déplacement des praticiens non tenus, en vertu de l'article 4, de se rendre à l'appel du malade, ne seront alloués que jusqu'à concurrence de l'indemnité qui serait due au médecin le plus rapproché.

Les indemnités dues aux médecins, tant pour les visites que pour les kilomètres, seront comptées *double la nuit* et les heures de nuit sont fixées pour toutes les saisons de 22 heures à 6 heures, dans la résidence du médecin et de 20 heures à 6 heures, hors de la résidence.

Pour les visites de nuit, le médecin inscrira dans la colonne 3 de la feuille de maladie la mention : *visite de nuit* et le visa du Maire comportera l'approbation de cette mention.

Accouchements.

ARTICLE 12.

S'il existe des sages-femmes dans la commune ou les communes voisines distantes de 12 kilomètres au maximum du lieu de leur résidence, ces sages-femmes sont chargées du service des accouchements. Le médecin ne pourra être appelé, sauf le cas où il n'y aurait pas de sage-femme à proximité, que sur la demande de la sage-femme qui aura constaté la nécessité de sa présence.

Dans ce cas ou dans le cas où il n'y aurait pas de sage-femme dans les limites prévues, le médecin recevra une indemnité de 40 fr. par accouchement. (Indemnité kilométrique en plus).

La rétribution allouée aux sages-femmes (y compris lesvisites consécutives à l'accouchement) est fixée à 20 fr. par accouchement dans la résidence et à 30 fr. hors de la résidence de la sage-femme.

L'appel de la sage-femme auprès d'une assistée donnera lieu à la délivrance par le Maire d'une feuille de maladie.

L'indemnité fixée ne sera payée à la sage-femme que si la feuille de maladie mentionne trois visites contrôlées par le Maire et effectuées au cours d'une période de 8 jours après le jour de l'accouchement.

Les sages-femmes joindront la feuille de maladie à l'appui de leurs mémoires qui devront être établis par commune et en double exemplaire.

Fournitures pharmaceutiques.

ARTICLE 13.

Les pharmaciens du département désireux de participer au Service de l'Assistance médicale gratuite doivent avoir accepté le présent règlement.

ARTICLE 14.

Les malades peuvent s'adresser à tous les pharmaciens ayant adhéré au présent règlement.

ARTICLE 15.

Les substances pharmaceutiques, accessoires et objets de pansements sont, sous réserves des exceptions mentionnées à l'article 16, payés aux phar-

maciens, fournisseurs du service, au prix du tarif établi par l'Association générale des syndicats pharmaceutiques de France et édité par la Chambre Syndicale des pharmaciens de la Seine à l'usage des œuvres d'assistance et de prévoyance sociales.

Les bulletins de variation de ce tarif seront applicables dans le département, en matière d'Assistance médicale gratuite. Les nouveaux prix entreront en vigueur à partir du 1er juillet ou du 1er janvier, suivant la date à laquelle ils auront été publiés.

Le tarif comportera un rabais de 5 % dans les localités ne comptant pas plus de 2,000 habitants, de 15 % dans les localités de 2,001 à 10,000 habitants et de 20 % dans les localités comptant 10,001 à 100,000 habitants.

Pour la détermination des taux de réduction, la population de la localité où réside le pharmacien fournisseur sera prise pour base.

ARTICLE 16.

Les médecins pourront prescrire les produits ci-après, utilisés pour le traitement des maladies vénériennes :

a) Solution injectable de benzoate et biiodure de mercure à 1 p. % en flacons de 20 cc.

b) Ampoules de novarsenobenzol (914) et ampoules d'eau distillée.

c) Ampoules de galyl (1116) et ampoules d'eau carbonatée correspondantes.

d) Emulsion huileuse injectable de calomel à 5 % au gaïacolofde en flacons de 5 à 10 cc.

e) Suppositoires à 0,03 centigr. de mercure métallique (1).

f) Pilules gommeuses d'un centigr. de sublimé (2).

g) Santal pur en grosses capsules d'un gramme.

h) Protargol.

Le prix de ces médicaments sera fixé ultérieurement par le Comité départemental de contrôle de l'Assistance médicale gratuite.

Est interdite formellement la délivrance aux assistés : des vins de Coca, de Colombo, Créosoté au Grenache, de Gentiane, de Grenade iodé, de Kola, de Malaga, de Peptone et de Pepsine, de Quassia, de Quinquina, etc., qui peuvent être remplacés par des extraits fluides ; des eaux minérales et de toutes les spécialités.

La quantité des sirops, quels qu'ils soient, que peut prescrire le médecin, est limitée à 300 grammes par ordonnance.

Le quinquina jaune ou gris doit être prescrit à l'exclusion du rouge. A défaut de spécification précise sur l'ordonnance, c'est le prix du quinquina gris qui sera décompté.

Le prix de la douche d'Esmarck (douche complète) est fixé à 12 fr.

Pour le remplacement du tuyau en caoutchouc avec robinet, il sera compté 4 fr. Ces derniers prix peuvent être modifiés suivant les circonstances, par une décision du Conseil départemental de contrôle du service.

Le prix des bouteilles est fixé par le tarif de l'Association générale des syndicats pharmaceutiques, déjà visé.

ARTICLE 17.

Les pharmaciens ne doivent exécuter que les ordonnances établies sur les imprimés réglementaires.

Les ordonnances comportant la délivrance de substances toxiques du tableau A et B (décret du 14 septembre 1916) ne seront pas produites à l'appui du compte du pharmacien. Elles seront remplacées par une copie certifiée conforme par le pharmacien.

Les ordonnances qui ne seront pas établies sur les imprimés réglementaires ou celles qui porteront des ratures et surcharges non approuvées par le médecin ne seront point valables.

Cette dernière règle sera rigoureusement appliquée et, en aucun cas, les ordonnances irrégulières ne seront payées.

Appareils orthopédiques ou prothétiques.

ARTICLE 18.

Pour la fourniture des appareils orthopédiques et prothétiques, le médecin établit un certificat décrivant l'appareil et faisant connaître son prix approximatif.

Pour être valable, ce certificat doit être soumis à l'approbation préfectorale.

Comptabilité et dépenses.

ARTICLE 19.

Pour obtenir le payement des sommes qui leur sont dues, les médecins, pharmaciens ou sages-femmes devront, pour chacune des communes desservies par eux, établir leurs mémoires en double exemplaire, sur les imprimés réglementaires qui leur seront fournis et les adresser à la Préfecture par l'intermédiaire du Maire de la commune qui, après vérification, les revêtira de son approbation.

Les médecins auront à produire un mémoire à part pour les opérations de petite chirurgie.

Les mémoires devront être produits aux dates suivantes :

Du 1er au 5 juillet (délai de rigueur) *pour les six premiers mois de l'année.*

Du 1er au 5 novembre (délai de rigueur) pour la période écoulée depuis le 1er juillet jusqu'à la fin d'octobre.

Du 1er au 5 janvier (délai de rigueur) pour la période écoulée, de fin octobre au 31 décembre.

Les mémoires des médecins ou sages-femmes devront être accompagnés des bons de consultation ou des feuilles de maladie.

Ceux des pharmaciens devront être accompagnés des ordonnances.

Les médecins qui auront fourni des médicaments, dans les conditions prévues par la loi sur l'exercice de la pharmacie, devront, pour les fournitures, produire des mémoires à part en double exemplaire. Ces mémoires devront être établis par commune.

Secours hospitaliers.

ARTICLE 20.

Dans le cas où il y a impossibilité absolue de soigner utilement un malade à domicile, il est en-

(1) La formule est

Onguent mercuriel double frais	0,06 cgr.
Beurre de cacao	4 gr.

(2) La formule est :

Sublimé	0,01 cgr.
Poudre d'opium	0,02 —
Poudre de réglisse	0,05 —
Masse pilulaire	0,04 env.

La formule de la masse pilulaire est :

Glycérine 10, gomme arabique et gomme adragante au 1 gr. Cet excipient donne des pilules qui ne durcissent pas.

voyé à l'hôpital auquel la commune est rattachée, suivant le tableau des circonscriptions hospitalières ci-annexé.

ARTICLE 21.

L'admission du malade à l'hôpital n'aura lieu que sur la production du certificat prévu à l'article 5 du présent règlement.

Ledit certificat sera visé par le Maire de la commune du domicile du malade, en sa qualité de Président du bureau de l'Assistance ou par son délégué en cette dernière qualité. Les frais d'hospitalisation seront payés, à la fin de l'année ou à la fin de chaque semestre, sur présentation de mémoires accompagnés des bons d'hospitalisation.

ARTICLE 22.

Le médecin traitant, sauf le cas d'opérations chirurgicales urgentes, dites *grandes opérations*, ne pourra envoyer le malade qu'à l'hôpital auquel la commune est rattachée.

Une fois le malade hospitalisé, le médecin de l'hôpital où il sera entré aura seul qualité pour décider si ce malade doit être envoyé à l'hôpital de Montpellier.

ARTICLE 23.

Les transports des malades par voie ferrée à la charge du Service d'Assistance médicale sont effectués gratuitement, en vertu de réquisitions délivrées par le Préfet.

TITRE III

Surveillance et contrôle.

ARTICLE 24.

Une commission de vérification siégeant au chef-lieu du département est chargée de vérifier les mémoires des médecins, pharmaciens et sages-femmes.

Nul mémoire ne sera payé avant que la commission ait terminé son travail de revision et donné son approbation.

ARTICLE 25.

La Commission de vérification prendra le titre de Comité départemental de contrôle de l'Assistance médicale gratuite et sera composée de sept membres :

- Le Préfet ou son délégué, *Président* ;
- Deux membres du Conseil général ;
- Trois médecins de service dont un désigné par les syndicats, deux par le Préfet ;
- Trois pharmaciens de première classe dont un désigné par les pharmaciens, deux par le Préfet.

Les membres faisant partie du Comité sont nommés pour trois ans.

Le Comité départemental aura, en outre, pour mission de signaler à l'Administration et d'étudier toutes les améliorations qu'il lui paraîtra désirable d'apporter au fonctionnement du service.

Il donnera son avis sur les questions au sujet desquelles il sera consulté par le Préfet et notamment, s'il y avait lieu, sur les sanctions à prendre contre les médecins, pharmaciens ou sages-femmes ayant adhéré au règlement et qui pourront être exclus du service d'Assistance médicale gratuite si des fautes graves sont relevées à leur encontre.

ARTICLE 26.

Le Préfet est chargé du contrôle et de la liquidation générale des dépenses. Il rendra compte, tous les ans, de ces opérations, au Conseil général, dans son rapport de la session d'août.

ARTICLE 27.

Le présent règlement abroge tous les règlements antérieurs concernant le Service de l'Assistance médicale gratuite.

Commentaires.

Par leur ténacité et par leurs conseils éclairés, nos confrères de l'Hérault ont obtenu, du Conseil général, la suppression de l'ancien règlement au forfait et par circonscriptions. Désormais, tarif à la visite et libre choix du médecin.

Le règlement, par son article 2, consacre la qualité de contrat de travail : le préfet propose aux praticiens un règlement et des honoraires déterminés, pour les soins à donner aux indigents. Les médecins restent libres d'accepter ou de refuser ces conditions.

Mais tout docteur en médecine, ayant le droit légal d'exercer son art, dans l'Hérault, est, d'office, médecin de l'assistance, du fait qu'il accepte les stipulations du règlement.

Il est donc bien entendu que les médecins du service de l'Assistance médicale gratuite ne peuvent pas être considérés comme des fonctionnaires.

Les indigents ont le droit absolu de choisir leur médecin ; mais, s'ils peuvent librement aller à la consultation de n'importe quel praticien du service, ils ne peuvent faire de choix, pour les visites à domicile, que parmi les plus rapprochés, sauf (art. 11) à payer de leur poche le surplus des frais de déplacement d'un praticien éloigné.

Signalons l'innovation de l'article 6 : les médecins du service ont le droit d'organiser un dispensaire, pour donner des consultations aux indigents.

Cette question mérite d'être étudiée de près, car nous estimons que le véritable dispensaire pourrait être créé à l'hôpital, où une organisation matérielle existe déjà. Les médecins s'entendraient pour faire ces consultations à tour de rôle ; ils seraient payés par le service de l'assistance médicale, pour chaque malade examiné ; donc, moins d'affluence et malades mieux examinés.

Enfin, dans notre idée, inutile de créer des dispensaires dits d'hygiène sociale. En France, on est toujours porté à instituer des organismes nouveaux, sans utiliser ce qui existe déjà. L'hôpital devrait être ce dispensaire d'hygiène sociale. Manque-t-il d'instrumentation, de laboratoires, etc. ? Le département, la commune et l'Etat fourniraient les fonds nécessaires. Les malades seraient examinés : les indigents au compte de l'A. M. G., les non-indigents, en payant les prix d'examen. Une fiche diagnostique serait remise au médecin traitant, sous pli

cacheté, et ce praticien soignerait son malade, soit au compte de l'A. M. G. s'il est indigent, soit au tarif ordinaire, s'il s'agit d'un client aisé.

Nous reviendrons d'ailleurs sur cette question.

Signalons la formule heureuse du 3e paragraphe de l'article 9, par lequel le médecin est invité à donner, au malade, les médicaments les plus simples et les moins coûteux, à égalité d'efficacité. Il ne faut pas oublier que lorsqu'il formule son ordonnance, il provoque des dépenses pharmaceutiques, qui ne sont pas supportées par l'indigent, mais par la collectivité des contribuables de la commune et du département. Le praticien doit donc se montrer soucieux des deniers publics, tout en donnant au patient tout ce qui est nécessaire à sa guérison, mais rien de plus.

L'article 10 devrait être livré aux réflexions des compagnies d'assurances contre les accidents. Le Conseil général de l'Hérault alloue, pour les opérations de petite chirurgie, une rétribution fixée par le tarif Dubief, majorée de 80 %. Dans leur désir de donner de beaux dividendes à leurs actionnaires, les assureurs veulent faire soigner les blessés du travail à un tarif inférieur à celui qui est alloué, par le département, pour soins donnés aux indigents.

Pour terminer, nous voulons insister sur le contrôle. Le libre choix et le tarif à la visite sont accordés, mais à la condition que les abus seront poursuivis et réprimés.

Tout d'abord, les médecins *doivent* assister aux séances des bureaux d'assistance des communes de leur ressort, pour formuler leur avis sur les inscriptions sur la liste des indigents. Le Préfet de l'Hérault a parfaitement raison d'associer le docteur à la confection de ces listes, car le praticien connaît parfaitement la condition d'existence de presque toutes les familles qui le font appeler. Cette collaboration est jugée nécessaire à un tel point que le règlement prescrit que « les présidents des bureaux d'assistance fixent la date de ces séances, après s'être mis d'accord avec le médecin ».

Nous sommes certains que nos confrères ne se déroberont pas à cette collaboration et, s'ils éprouvaient des difficultés de la part de certains maires, le syndicat médical, saisi de leur réclamation, saura faire toute diligence à la préfecture pour que le règlement soit respecté par les magistrats communaux.

Le contrôle médical et pharmaceutique est exercé par une Commission, prévue par les articles 2, 24 et 25 du règlement. Les syndicats médicaux élisent un médecin, le préfet en nomme deux. Il est entendu que, dans la forme actuelle de gouvernement de la France, la prépondérance doit toujours appartenir à l'élément administratif ; mais un délégué, choisi par le syndicat, peut tout seul faire d'excellente besogne, surtout s'il a de la poigne et s'il connaît bien les questions d'assistance.

Disons cependant que rien n'est prévu, dans le règlement, pour respecter les droits de défense d'un médecin, ou pharmacien accusé de faute grave, ou simplement suspect d'abus de visites ou de médicaments. Le délinquant présumé devra-t-il présenter, en personne, ses explications, après avoir été dûment convoqué devant la commission ? Aura-t-il, au contraire, à fournir des explications au conseil de famille de son syndicat, lequel chargera ensuite son délégué, à la Commission de contrôle, de présenter les dires du médecin inculpé ? Car nous nous refusons à croire que le médecin pourrait voir ses notes diminuées, ou supprimées, ou se voir frapper d'un blâme ou d'une exclusion du service, sans avoir été convoqué et entendu.

L'article 16 mérite également d'être signalé : Il précise les médicaments qui pourront être prescrits pour le traitement des maladies vénériennes.

C'est un progrès incontestable au point de vue social. Le temps n'est pas tellement loin où les règlements d'assistance, aussi bien que les statuts des Mutualités, prohibaient formellement la médication anti-vénérienne.

Vestiges de conceptions où le point de vue confessionnel tenait une trop large place et assimilait les vénériens à des coupables qu'il fallait punir.

On les punissait en les privant de soins. Tant pis pour leur entourage ! !

Comme conclusion : les médecins de l'Hérault ont montré, une fois de plus, ce qu'on peut obtenir par le travail collectif, joint à l'union et à la concorde.

Espérons que cet exemple sera suivi à bref délai par d'autres syndicats.

Dr Paul Boudin.

QUESTIONS FISCALES

Les spécialités pharmaceutiques et l'impôt

On ne discute plus l'utilité de la véritable spécialité pharmaceutique. Entrée de haute lutte dans l'arsenal thérapeutique dont dispose le praticien dans le combat qu'il mène tous les jours contre la maladie, se recommandant uniquement de la prescription médicale, elle répond à un véritable besoin.

Elle rend d'incalculables services et exerce, à certains points de vue, une influence certaine sur la santé publique.

On l'a dit, et on ne saurait trop le répéter, les impôts dont elle est frappée sont en réalité et

par contre-coup des impôts perçus sur la maladie.

C'est ce que le législateur s'est refusé à comprendre quand il a introduit, dans la loi de finances du 30 décembre 1916 sur la spécialité pharmaceutique, une taxe somptuaire au premier chef, quand on considère par son voisinage immédiat avec la taxe qui frappe les diamants et les pierres précieuses, qu'elle semble se proposer d'atteindre des articles présentant le caractère d'un superflu, dont par conséquent il est possible de se passer sans inconvénient.

Il n'est pas douteux qu'il existe des spécialités d'apparence thérapeutique, qui prétendent guérir toutes les maladies, et qui font pression sur l'opinion publique au moyen d'une publicité tapageuse et charlatanesque, dans les organes de la grande presse.

Que le Parlement ait jugé qu'il y avait là matière à la perception par le Trésor d'un droit que justifiait la disproportion à peine déguisée entre leur prix de revient et leur prix de vente, rien de plus juste.

Mais, où il a dépassé les limites de l'équité, c'est quand il a prétendu étendre ses conceptions fiscales à des médicaments de première nécessité, qui n'ont d'autre tort que de faire l'objet d'une préparation particulièrement soignée, avec des matières premières sélectionnées et offrant toute garantie d'activité et d'efficacité.

Au lieu d'une exemption légitime pour des produits utiles et souvent nécessaires à la santé publique, la spécialité fut donc frappée de l'impôt, comme produit de luxe, et par anticipation sur la taxe de luxe, instituée un an plus tard, par la loi du 31 décembre 1917.

Mais la taxe de luxe, très impopulaire, est menacée de disparaître. Elle serait remplacée par un impôt général sur les transactions commerciales, auquel, cette fois, la spécialité pharmaceutique n'échapperait pas.

S'il en doit être ainsi, il faut que la taxe spéciale instituée par la loi de 1916 disparaisse, en même temps que la taxe de luxe de 1917.

Il y aurait en effet une injustice criante à frapper doublement la spécialité, ce qui aurait lieu si l'impôt qu'elle acquitte en tant qu'article fiscalement de luxe, était maintenu alors qu'elle sera soumise par ailleurs à l'impôt général sur les transactions commerciales.

Ce sont ces considérations que nous livrons à l'appréciation de nos lecteurs, et particulièrement aux médecins qui appartiennent au Parlement.

Ils comprendront sans aucun doute qu'il faut éviter d'atteindre dans sa marche et dans son exploitation une industrie française des plus importantes, et que ce n'est pas à l'heure où, la liberté du commerce étant de nouveau pratiquée, le marché va être envahi par des produits allemands, qu'il est politique et patriotique d'handicaper la fabrication nationale par une surcharge de droits qui équivaudrait à un écrasement.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Le médecin et les pensionnés de guerre.

Bientôt, tous les malades vont être des « militaires victimes de la guerre », étant donnée l'incroyable largesse avec laquelle on accepte tout le monde sous cette rubrique.

L'Etat n'a pas conclu affaire avec les médecins. Il n'en a pas moins mis l'assistance en fonctionnement, décidant cavalièrement qu'en fin d'année, les médecins enverraient leurs notes aux préfets qui les paieraient dans la limite où ils les jugeraient raisonnables.

La conduite que je tiens dans ce cas et que je recommande est la suivante.

Je dis à mon malade : les médecins et l'Etat n'ont passé aucune convention relative aux victimes de la guerre. Si vous désirez que je vous soigne, je le ferai donc comme s'il s'agissait d'un client ordinaire et vous tiens pour personnellement responsable de l'intégralité de mes honoraires d'après le tarif local. Sous cette réserve, je consens à recevoir votre bulletin de visite. Je l'enverrai au préfet en fin d'année et vous remettrai la somme qu'il fixera pour les soins que je vous aurai donnés.

Dr Le Duigou.
(de Cherbourg).

Réponse. — Nous soutenons que le médecin n'a de lien de droit qu'avec son malade, auquel il *rend* ou DEMANDE des comptes.

Si le malade appartient à une collectivité étatique ou privée, qui le couvre contre le risque médico-pharmaceutique, résultant de la maladie, c'est affaire à lui seul ; son médecin n'a, en principe, aucun rapport à entretenir avec le tiers interposé.

C'est dire que nous approuvons et recommandons la conduite de notre confrère Le Duigou, qui agit sagement en traitant le pensionné de guerre comme un client ordinaire de sa catégorie sociale, quitte à ce dernier à se faire rembourser par l'Etat les frais médicaux qu'il aura supportés.

II

Syndicat général des médecins français électrologistes et radiologistes.

Tarif minimum pour les accidents du travail.

Ce tarif, voté à l'Assemblée générale du 10 décembre 1919, annule les précédents.

I. — *Radiographies.*

Main face ou profil	40 fr.
de face et de profil	50 »
Poignet face ou profil	40 »
de face et de profil	50 »
Avant-bras face ou profil	40 »
de face et de profil	60 »
Coude face ou profil	50 »
de face et de profil	75 »
Diaphyse humérale face ou profil	50 »
de face et de profil	75 »
Epaule	75 »
Crâne face ou profil	100 »
face et profil	150 »
Maxillaire inférieur	80 »
Hémi-thorax (côtes ou omoplate)	100 »
Dents (méthode intra-buccale)	
première plaque	40 »
chaque plaque supplémentaire	20 »
Pied face ou profil	40 fr.
face et profil	50 »
Cou-de-pied face ou profil	50 »
de face et de profil	60 »
Jambe face ou profil	50 »
de face et de profil	60 »
Genou face ou profil	60 »
de face et de profil	90 »
Diaphyse fémorale face ou profil	60 »
de face et de profil	90 »
Hanche	90 »
Rachis cervical face ou profil	80 »
face et profil	120 »
Rachis dorsal ou lombaire face ou profil	100 »
face et profil	200 »
Rachis en entier de face	200 »
de profil	300 »
Sacrum	100 »
Bassin	120 »

II. — *Examens radioscopiques.*

Bras ou jambes	50 fr.
Tête	60 »
Thorax	60 »
Abdomen	60 »

III. — *Radiologie des viscères.*

Poumons, examen à l'écran	40 fr.
avec calque	80 »
avec une radiographie	120 »
Cœur, aorte, examen à l'écran	60 »
avec calque	90 »
avec une téléradiographie	120 »
avec deux téléradiographies	200 »
Œsophage ou estomac,	
Examen à l'écran	60 »
avec calque	80 »
avec une radiographie	120 »
Estomac, avec étude de l'évacuation quel que soit le nombre des séances, examen à l'écran	120 »
avec calque	150 »
avec radiographie	200 »
Intestin (lavement opaque)	
examen à l'écran	100 »
avec calque	120 »
avec une radiographie	150 »
Intestin, (après repos opaque pour l'étude de l'évacuation) quel que soit le nombre des séances	
examen à l'écran	120 »
avec calque	150 »
avec radiographie	200 »
Tube digestif complet	
examen à l'écran	200 »
avec calque	240 »
avec radiographie	300 »
Foie (après préparations spéciales)	
examen à l'écran	80 »
avec calque	100 »
avec une radiographie	120 »
Appareil urinaire :	
Vessie	100 »
1 rein	100 »
2 reins	150 »
1 uretère	100 »
2 uretères	150 »
1 rein, 1 uretère, la vessie	200 »
Le système complet	300 »

IV. — *Radiographies stéréoscopiques.*

Le double d'un cliché ordinaire.

V. — *Observations.*

Toute exploration radiologique doit être accompagnée d'un commentaire détaillé.

L'avis du médecin, le temps passé à établir le diagnostic doivent entrer en ligne de compte pour l'établissement des honoraires autant que les frais photographiques.

Si la région à radiographier est entourée d'un appareil plâtré, il sera perçu une somme de 20 fr. en rémunération de l'augmentation de la durée de la radiographie et de la difficulté d'obtenir un bon cliché dès la première pose.

Ces prix s'entendent pour un seul cliché de la région et une épreuve. Chaque épreuve en plus sera comptée : 18/24, 6 fr. ; 24/30, 8 fr. ; 30/40, 10 fr.

Toutes autres radiographies de la même région prises le même jour dans une autre position seront comptées chacune seulement 75 % du prix d'une seule pose. De même, la radiographie de la même région du côté sain, si elle était nécessaire pour comparaison, serait comptée seulement à 75 %.

La *localisation des corps étrangers* sera comptée le prix de deux examens, mais *sans diminution* pour le deuxième, afin de compenser la perte de temps résultant de mensurations à prendre et de calculs à faire.

VI. — *Séances de radiothérapie.*

Radiothérapie (au domicile du médecin) quel que soit le nombre des séances, chaque 30 fr.

VII. — *Radiologie au domicile du malade.*

Toute application radiologique, au domicile du malade, sera tarifée : 1° le prix ordinaire de ou des examens ; 2° une indemnité de déplacement de 50 fr. ; 3° le taux du prix de location des appareils au jour de l'examen.

Au 10 décembre 1919, le prix de location est de 150 fr. pour une demi-journée.

Au cas où cette application aurait lieu en dehors de la ville habitée par le médecin, il y aurait lieu d'établir un supplément d'indemnité basé sur la distance et la difficulté plus ou moins grande de transports.

Electro-diagnostic.

Examen électrique sommaire et certificat le résumant : 25 fr.

Examen électro-diagnostic complet avec rapport sur cet examen seul : 50 fr.

Ce prix comprend l'examen du membre blessé et la comparaison avec le membre sain ou l'examen des deux membres semblables ou l'examen de la face.

Ce prix sera doublé s'il est nécessaire d'examiner un bras (ou les deux bras) et la face, une jambe (ou les deux jambes) et la face ; un bras (ou les deux bras) et une jambe (ou les deux jambes).

Il sera triplé s'il fallait examiner le sujet tout entier.

Un rapport complet sur l'état du sujet accompagné de l'électro-diagnostic sera tarifé au prix habituel du rapport ou de l'expertise, suivant les cas, majoré du prix prévu ci-dessus pour l'électro-diagnostic.

Electro-thérapie (1).

Traitement électrique par un spécialiste quel que soit le nombre des séances à son cabinet, chaque : 12 francs.

Ce prix sera doublé, si l'on est obligé de soigner séparément deux régions différentes, triplé pour trois régions, etc.

Traitement électrique par un spécialiste quel que soit le nombre des séances, au domicile du malade, chaque : 25 fr.

Ce prix sera augmenté de 6 francs, si l'on est obligé de soigner séparément deux régions différentes, de 12 francs pour trois régions, etc.

Traitement comprenant l'électrisation complète du corps comme : électricité statique, courants de Morton, haute fréquence, etc., chaque : 15 fr.

Traitement électrique plus particulier (gynécologie, acupuncture électrolytique simple, etc.), au cabinet du médecin, chaque : 20 fr.

Electrolyse de l'urèthre, du rectum, de l'œsophage, 150 fr.

Lavement électrique au domicile du malade : 200 fr.

(1) On entendra arbitrairement par régions différentes : 1° la face, le cou ; 2° les membres supérieurs ; 3° le tronc : 4° les membres inférieurs.

AUTOMOBILISME PRATIQUE

La motocyclette.

VII

Les roues ; les pneumatiques ; les freins l'éclairage ; les accessoires.

Nous voilà donc déjà bien équipés, moteur simple, centre de gravité très bas, embrayage à la main, trois ou quatre vitesses, transmission sérieuse, suspensions efficaces ; mais ce n'est pas tout.

Avec l'état de nos routes, il faut avoir de grandes roues sans cependant tomber dans l'exagération. Ainsi, pour plusieurs énormes machines américaines de 16 et 18 HP, 170 à 190 kilos, qui avaient précédemment des roues de 28 inches, soit 711 millimètres, on est revenu à 27 inches, soit 686 millimètres, de façon à avoir une selle et un centre de gravité, sensiblement plus bas, avec un poids moindre ; il faut en conclure qu'un centimètre et demi est important en toute matière et vaut la peine de modifier toute une construction, modifications cependant onéreuses quand il s'agit de grosses séries.

Tenons-nous donc à une bonne moyenne : 65 centimètres nous paraissent bien pour la moto de 100 kilos que nous préconisons, 60 étant notoirement insuffisants ; nous avons cependant eu le déplaisir de trouver cette dimension sur plusieurs modèles du salon, de bonne marque et de bonne facture par ailleurs ; pour économiser quelques grammes et quelques francs, sans doute *à l'achat*, mais pas les organes de l'heureux (?) propriétaire, à coup sûr.

Quant aux pneus, les avoir les plus gros possibles, selon la tendance actuelle, parfaitement justifiée par la pratique. Sur les grosses motos amé-

ricaines citées plus haut, s'il y a eu diminution du diamètre des roues, on a pris soin de « rembourrer » davantage les jantes, et les pneus, déjà respectables, de 76 millimètres sont passés à 88,7.

Avec de gros pneus, le confortable est accru, on dérape moins, les crevaisons sont plus rares en conséquence de la plus grande épaisseur de gomme, leur durée est plus longue et finalement, ils sont plus économiques ; naturellement, le tirage est un peu plus grand par suite du poids plus élevé à la jante et de l'adhérence plus considérable sur routes boueuses, mais, nous ne voulons pas de la vitesse pure, une bonne moyenne sans accrocs étant l'idéal pour nous, et pour beaucoup d'autres..... Avec le poids raisonnable indiqué plus haut, ne pas descendre au-dessous de 65 millimètres de diamètre.

Nous les choisirons de préférence du type antidérapant, à talons, tout gomme, avec des nervures profondes parallèles au plan de la roue, les glissements dangereux étant latéraux et non longitudinaux ; les sculptures compliqués et superficielles sont enlevées en 500 kilomètres et on n'a plus que des pneus lisses.

Pour l'emploi du side-car, il vaudrait mieux du ferré, type voiturette ; ce ne sera pas de trop.... ; en solo, le ferré est inutile et même dangereux sur les pavés et au milieu des rails de tramways, indépendamment de sa souplesse moins grande, de son poids et de son prix plus élevés pour un service sensiblement égal à celui de l'antidérapant tout gomme un peu épais.

Avec de bons arrache-clous, chaîne ou fil d'acier — on en trouve partout et on peut en faire soi-même — la crevaison sera rare, mais elle peut se produire ..... Hélas ! Le mieux, pour ce cas est d'avoir des roues rapidement démontables par deux boulons ou broches, sans qu'on ait à dérégler ou démonter quoi que ce soit autre ; alors, la roue étant détachée, la réparation se fera au sec, commodément, mais le plus simple est l'échange de la chambre à air malade par une vigoureuse aux bons poumons, soigneusement emportée en réserve, talquée et pliée à l'abri des outils..... S'il faut un quart d'heure pour démonter sa roue, il y aura naturellement avantage à se servir de chambres à embouts, en somme assez pratiques, à condition d'avoir l'embout rond et non plat.

Des freins, il y aurait beaucoup à dire, car nous en avons vu souvent montés en dépit du bon sens, inréglables, à frottement continu, à blocage intempestif, etc. Ne vaut-il pas mieux adopter le genre automobile à segments intérieurs, très propres, progressifs et peu encombrants ? On démonte les roues ainsi sans rien dérégler ou dévisser. Ils sont à l'abri de la boue et de la poussière et durent bien plus qu'un petit patin de fibre ; la garniture de Ferodo qui les équipe généralement, comme dans les automobiles, est, du reste, facilement remplaçable.

Il faut deux freins, un au pied, l'autre à la main et au guidon, un sur chaque roue, le frein avant ne devant pas bloquer, ce qui est facile à réaliser ; avec ce freinage total, nous serons tout à fait dans le mouvement, avec une grande sécurité.

Prendrons-nous des roues pleines ou à rayons ?

Les premières sont faciles à nettoyer, mais plus lourdes, moins souples ; le confortable doit s'en ressentir un peu. Par grand vent latéral, la direction devient pénible, sinon difficile, — d'après une enquête faite en Angleterre —, inconvénient qui s'explique parfaitement et qui n'est pas niable. Si donc le pays que vous habitez est venteux, ne prenez pas de roues pleines ou flasquées. Nous n'avons pas d'expérience personnelle pour trancher cette question au point de vue pratique, mais nous ne cédons toujours que difficilement sur le confortable. Avec une brosse spéciale et une éponge, on a vite fait d'enlever la boue d'une roue à rayons ; aussi nous en tiendrons-nous jusqu'à plus ample informé à ce type, malgré les solutions mixtes constituées par des flasques aluminium rapportées sur les rayons, comme il en existe en Angleterre.

Très grosse question est celle de l'éclairage ; pour un touriste, on peut encore hésiter — il ne s'agit du reste que du prix — car il part et arrive suivant un horaire généralement prévu qui permet l'utilisation régulière de la lanterne à acétylène ; mais pour nous, appelés à n'importe quel moment, nous arrêtant aussi bien trois heures que dix minutes, l'éclairage électrique a de nombreux avantages, puisque toujours prêt et ne s'usant pas à l'arrêt. Avec l'acétylène, on a beau fermer l'eau quand on prévoit une visite prolongée, la remise en marche est souvent difficile ou impossible après quelque temps, le carbure ayant continué à se décomposer en obturant de chaux les trous d'infiltration — minutes vécues..... — ; voyez alors petite cuisine au départ, sous les yeux et l'impatience contenue de la famille de votre client, trop polie pour ne pas vous éclairer ; très recommandé pour les verres de lampe .....

Donc, avoir une bonne dynamo d'éclairage, comme en auto, avec petits accumulateurs-tampons permettant la lumière à l'arrêt et la régularité du courant.

Il existe maintenant des accumulateurs très solides, propres, d'un entretien facile, sans projections de liquide ; naturellement la dynamo empêche la décharge, d'où longue durée. En Amérique, c'est la solution courante ; en Angleterre et en France, on y vient.

Il y a bien, aussi, comme *accessoires* des dynamos, alternateurs, sans accus, qui prétendent

fournir un éclairage régulier, mais les modèles que nous connaissons ne sont pas montés avec des colliers suffisamment solides et commodes ; il est possible que ces défauts grossiers disparaissent.

L'acétylène dissous ? Pas mal, mais il faut être près d'un centre d'échange des bouteilles.

Un conseil : de toutes façons, ayez une bonne lampe électrique de poche, avec forte lentille et pile sèche en bon état, ; en cas de panne d'éclairage vous pourrez toujours rentrer à petite allure.

Un compteur kilométrique et un indicateur de vitesse compléteront heureusement votre monture, car il faut pouvoir dire et contrôler exactement le chemin parcouru ; comme le kilomètre est payé de 2 à 3 francs actuellement — à l'aller – il est important de ne pas trop faire d'écarts en moins. Avec l'indicateur de vitesse, vous serez prévenu rapidement de la moindre défaillance dans le rendement avant que le mal soit grave.

Si vous êtes incommodé par le vent, un pare-brise en mica pourra être installé sur le guidon... il en existe en Angleterre ; pourquoi pas en France ? Mais, c'est assez facile à fabriquer, à ce qu'il nous semble.

Nous aurions encore beaucoup de choses à dire ; peut-être plus tard y reviendrons-nous, mais le plus gros a été traité ; nous serons cependant reconnaissant envers ceux qui auraient des idées ou remarques particulières à exposer ; nous les discuterions volontiers ici.

En attendant, dans les prochains articles, nous aborderons les questions délicates des trois et quatres roues.

(*A suivre.*) Dr DE VAUBERCEY, Miribel (Ain).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— Parmi les médecins qui viennent de recevoir la Médaille de la *Reconnaissance française*, nous avons eu la satisfaction de lire à l'*Officiel*, les noms de notre confrère, le Dr Paul GUILLON, de Paris, et de notre ami, le Dr A. RACHET, de Honfleur, auxquels nous adressons nos meilleurs compliments.

— **Ecole de psychologie**, 49, *rue Saint-André-des-Arts*, 49. *Cours de* 1920 (20e *année*). (Les cours et les conférecnes de l'Ecole de Psychologie sont publics).

La quinzième séance de réouverture des cours a eu lieu le samedi 24 janvier à cinq heures, sous la présidence de M. le professeur Daniel BERTHELOT, membre de l'Institut.

Les leçons seront faites par le Dr BÉRILLON, sur *les maladies du caractère* et par M. le Dr Paul FAREZ, sur *les modalités de la psychothérapie*.

Psychothérapie. hypnotisme thérapeutique. — Dr BÉRILLON. Les jeudis à cinq heures.

Psychologie pathologique. — Dr Paul FAREZ. — Les samedis à cinq heures.

Psychologie musicale. — Dr DE MONCHY. — Les samedis à 15 heures,

Psychologie du criminel. — M. GUILHERMET, avocat à la cour. — Les samedis à 14 heures.

Pédagogie des enfants anormaux. — M. G. QUINQUE, directeur de l'Etablissement médico-pédagogique de Créteil. — Les jeudis à 17 heures et demie.

Psychologie du mouvement. — M. H. GOSSET. — Les jeudis à 16 heures.

Psychologie biologique. — Dr ARTAULT DE VEVEY. — Les jeudis à 15 heures.

Psychologie de l'éducation. — Mlle Lucie BÉRILLON, professeur au Lycée Molière. — Les jeudis à 16 heures et demie.

Psychologie de l'entraînement mental. — Dr COSTE DE LAGRAVE. — Les jeudis à 14 heures et demie.

Psychothérapie clinique. — Dr PHILIPPET. — Les jeudis à 10 heures du matin.

— Un concours sera ouvert sous peu, pour la nomination d'un directeur-économe à l'Hôpital-Hospice de Saint-Denis (Seine).

Les appointements de début sont fixés à 900 fr. par mois, avec le logement, le chauffage et l'éclairage.

Prière d'adresser les demandes de participation à ce concours, avec des références, à M. le Président de la Commission Administrative de l'Hôpital Mixte de Saint-Denis.

— **Ministère de l'Intérieur**. — Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère de l'Intérieur, le lundi 8 mars 1920, tant pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés que pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asiles privés.

Le nombre des postes de médecin adjoint des asiles publics mis au concours est fixé à vingt.

Les candidats qui désirent participer au concours doivent adresser au ministre de l'Intérieur une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leurs états de services, d'un exposé de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, des pièces établissant leur stage et l'accomplissement de leurs obligations militaires, ainsi qu'un état de leurs titres militaires, avec pièces justificatives.

Les candidatures seront inscrites au ministère de l'Intérieur (1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques), 7, rue Cambacérès, jusqu'au mercredi 18 février 1920 inclus

— **Tribunaux départementaux des pensions.** — Sont nommés membres des Tribunaux départementaux des Pensions militaires ci-après, les médecins dont les noms suivent (le premier membre titulaire ; les deux autres, suppléants)

Aix : MM. *Cassé; Vaissale* et *Thomas.*
Avignon : MM. *Garnier, Rémy-Roux* et *Bonnet.*
Bar-le-Duc : MM. *Voirin, Jolly* et *Gelly.*
Orléans, : MM. *Halmagrand, Geffrier* et *Touhe.*
Oran : MM. *Massion, Jasseron* et *Monpetit.*
Paris (1re section) : MM. *Loévy, Schwartz* et *Clément.*
Paris (2e section) : MM. *Dervieux, Laignel-Lavastine* et *Gautier.*
Paris (3e section) : MM. *Duvoir, Lutaud* et *Legrain.*
Paris (4e section) : MM. *Ribierre, Berger* et *Stepinski.*
Paris (5e section) : MM. *Fredet, Savariaud* et *Truelle.*
Perpignan : MM. *Lassalle, Pons* et *Devèze.*
Pontoise : MM. *Herbinet, Derôme* et *Rebière.*
Privas : MM. *Fargier, Dupin* et *Pargoire.*
Le Puy : MM. *Alirol, Coiffier* et *Suttel.*
Rennes : MM. *Simonneau, Lautier* et *Joubaire.*
Rouen : MM. *Vallée, Bellicaud* et *Cauchois.*
Saint-Etienne : MM. *Berthier, Riou* et *Mandy.*
Saint-Lô : MM. *Le Clerc, Rauline* et *Lavoix.*
Tarbes : MM. *Prunet, Benezech* et *Salzac.*
Tours : MM. *Chevé, Faix* et *Guillaume.*
Troyes : MM. *Laumet, Voix* et *Paris.*
Valence : MM. *Calvet, Buisson* et *Magnanon.*

— **Congrès de Monaco pour l'expansion des Stations thermo-minérales, climatiques et balnéaires des nations alliés.** — Nous rappelons que le but de ce Congrès est de favoriser le développement des stations hydro-minérales, maritimes, climatiques et touristiques des Nations Alliées et d'attirer et retenir chez elles les nombreux étrangers qui fréquentaient avant la guerre les Stations de cure ou de tourisme du centre de l'Europe.

Ces congrès s'ouvriront à la date du 15 *avril* 1920.

Un pressant appel est adressé à tous ceux qui s'intéressent à un titre quelconque au but poursuivi, but auquel, dans les circonstances présentes, s'attache, pour la France en particulier, si riche en stations thermales, maritimes et climatiques et en régions touristiques, un intérêt national qui n'échappera à personne.

Une brochure indiquant d'une façon plus détaillée, pour chacun des Congrès, le but poursuivi, les questions qui y seront traitées et la composition de son Comité d'Organisation, sera envoyée en même temps qu'un bulletin d'adhésion à tous ceux qui en feront la demande adressée à *Monsieur l'Administrateur des Congrès à l'*INSTITUT D'OCÉANOGRAPHIE, 195, *rue Saint-Jacques, Paris* 5e.

— **Pour vivre vieux.** — Les Japonais ont trouvé dix préceptes dont l'observation scrupuleuse assure à tout homme bien constitué, un minimum de deux cents ans d'existence.

Voici ces dix préceptes :

1° Passer le plus possible de temps au grand air ;
2° Ne manger de la viande qu'une fois par jour ;
3° Prendre chaque jour un bain bouillant ;
4° Porter des vêtements de drap grossier ;
5° Se coucher six heures au moins ou sept heures et demie au plus dans une chambre obscure, les fenêtres ouvertes ;
6° Observer le repos hebdomadaire ;
7° Eviter toute explosion de passion ; fuir tout excès cérébral ;
8° Se marier. Les veufs et les veuves devront se remarier ;
9° Travailler modérément sans excès ;
10° Ne pas trop parler.

Ces préceptes rappellent les commandements de l'hygiène préconisés par Tolstoï :

1° Vivre à l'air frais jour et nuit ;
2° Faire tous les jours de l'exercice au grand air ;
3° Boire et manger modérément. Préférer à l'alcool l'eau, le lait et les fruits ;
4° S'endurcir contre le froid par des lavages quotidiens à l'eau glacée, et prendre une fois par semaine, un bain chaud ;
5° Ne porter des vêtements ni trop chauds, ni trop justes ;
6° Habiter une maison sèche, spacieuse, ensoleillée ;
7° Propreté rigoureuse en tout, même au moral ;
8° Le travail régulier et intensif préserve des maladies de l'esprit et du corps ;
9° Ne pas chercher le repos, après le travail, dans des distractions bruyantes. La nuit est faite pour dormir ;
10° La première condition d'une bonne santé est une vie fécondée par le travail et ennoblie par de bonnes actions.

« Tel est, dit Tolstoï, le décalogue de l'heureuse Suède ».

Les Sept. (*L'Ami de la Presse*).

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Notes d'ordonnances. — Notes d'ordonnances portant comme en-tête des instructions aux blessés du travail.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures). — Au recto de ces mémoires on trouvera des colonnes dans lesquelles on pourra porter le relevé des opérations et le montant des honoraires ; au verso, on trouve le réquisitoire et l'exécutoire à faire signer par les autorités compétentes qui ordonnanceront ce mémoire.

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Notes d'honoraires ordinaires

Notes d'honoraires d'un modèle spécial établies selon les indications du tarif Jeanne.

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50.....	4 fr. »»
Le 100.....	6 fr. »»
Les 500....	28 fr. »»
Les 1000...	50 fr. »»

Affiches. — Affiches indiquant sous forme d'avis les droits des blessés et les pénalités encourues par ceux qui entravent le libre choix du médecin. Prix franco : les 50, 7 fr., le cent, 12 fr.

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du **Concours médical**, *132, faubourg St-Denis, Paris.*

défendre ma cause en justice, je préfère vous faire l'aumône que vous me demandez. Personnellement, j'aurais honte de faire la réclamation que vous m'adressez.

Mais, pour vous prouver ma reconnaissance, je refuserai, à l'avenir, de soigner les blessés dont les patrons sont assurés à votre Cie, ou bien je donnerai mes soins au compte des sinistrés sans passer par votre intermédiaire. Cela vous apprendra à marchander des honoraires établis consciencieusement.

Agréez, Monsieur, mes salutations empressées :

Dr V.

III

Paris, le 30 décembre 1919.

Monsieur le Docteur,

Nous avons bien reçu votre honorée du 28 courant, nous faisant connaître que vous acceptez le règlement que nous vous avons proposé pour vos honoraires concernant le blessé D.

Vous nous permettrez de ne pas répondre aux explications injurieuses que vous nous prodiguez dans votre lettre, car nous avons l'habitude d'en recevoir de ce genre de la part des professionnels des accidents du travail, dont c'est notre rôle de combattre les prétentions éhontées.

Quant au fait par vous de ne plus soigner désormais les ouvriers blessés au service de nos assurés, nous pensons que nous n'aurons qu'à nous en louer sous tous les rapports.

Ci-joint, un mandat-poste de la somme de 40 francs, Egalement une quittance, que nous vous prions de vouloir bien nous retourner signée.

Veuillez agréer, etc...

IV

Le 31 décembre 1919.

A Monsieur le Directeur
de la Cie d'assurances « La P... »

Monsieur,

En réponse à votre honorée du 30 courant, je vous adresse ci-joint la quittance demandée.

Pour clore la discussion que vous avez entamée, je vous dirai que les explications nullement injurieuses de ma lettre du 28 de ce mois auraient dû vous faire réfléchir, et j'avais pensé que vous auriez reconnu que les pansements faits au nommé D... (menacé d'un phlegmon énorme s'il avait encore tardé à consulter un médecin) ont été précédées chacun d'un acte *cérébral* appelé consultation, qui devrait être rémunéré.

Je n'ai fait que répéter une partie de l'article paru dans le numéro 33 du *Concours médical* du 5 octobre 1919, article qui a été reproduit dans d'autres jour-

naux. Je n'y vois rien d'injurieux ; mais il n'a pas été fait pour vous être agréable.

Vous dites que « vous avez l'habitude de recevoir des explications de ce genre de la part des professionnels des accidents du travail dont c'est votre rôle de combattre les prétentions éhontées. »

Ne vous en déplaise, je ne fais pas partie de ces confrères. J'ai la réputation de soigner consciencieusement mes malades ainsi que mes blessés ; ma situation ne m'incite pas du tout à user des procédés dont vous parlez et que je réprouve ; je vous dirai plus : c'est la première fois (mon livre est là pour le prouver) qu'une Cie d'assurances me réduit une note d'honoraires.

« Quant au fait par vous, ajoutez-vous, de ne plus soigner désormais les ouvriers blessés au service de nos assurés, nous pensons que nous n'aurons qu'à nous en louer sous tous les rapports. »

Je ne relèverai pas cette insinuation malveillante, frisant la diffamation ; je la signalerai tout simplement au *Concours Médical.*

Afin de nous mettre complètement d'accord, je tiens à vous dire carrément :

Conservez hardiment vos blessés : je n'y tiens pas du tout. Quand j'ai du temps à perdre, je trouve bien le moyen de l'employer à des choses beaucoup plus intéressantes à tous les points de vue. Laissez-moi tranquille, c'est tout ce que je vous demande. Et sans rancune.

Agréez, Monsieur, mes salutations distinguées :

Dr V.

Réponse.

A la veille de la réunion de la commission de révision du tarif Dubief, je ne voudrais pas avoir l'air d'ouvrir une polémique ; mais je ne puis m'empêcher de vous dire que vous avez parfaitement raison. Le tarif Dubief n'est pas fait pour le médecin : il ne doit pas nous intéresser. Il n'a été institué que pour régler les différends entre patrons (ou leurs assurances) et les ouvriers, lorsque ceux-ci ont voulu se faire soigner par le médecin de leur choix.

Si nous étions logiques avec nous-mêmes, nous n'enverrions pas de délégués à cette commission, dont les travaux ne sont pas faits pour nous.

N'ayant plus de rapports avec les assureurs, nous serions débarrassés des avanies de tous ordres que nous devons subir, pour toucher nos honoraires. Les employés plus ou moins subalternes de ces sociétés financières, ne réduiraient pas, par ordre, mais sans motifs, les mémoires que nous présentons. Nous n'aurions plus à nous déranger pour aller à l'assurance, discuter le quantum de ce qui nous est dû et surtout pour avoir à subir l'affront et l'humiliation d'être *a priori* considérés comme un médecin marron, dès que notre note est supérieure à une moyenne déterminée.

Certains syndicats, s'inspirant des termes de la circulaire ministérielle du 6 novembre 1905 (*Concours* 1905, p. 713) qui spécifie très nettement que le tarif Dubief n'est pas applicable aux médecins, ont rompu toutes relations avec les assurances : tous les syndiqués ne connaissent que le chef d'entreprise, seul responsable aux termes de la loi, se font payer par lui, ou exigent de sa part des engagements écrits. Ces syndiqués se félicitent de leur décision et ne s'intéressent pas aux travaux du Dr Decourt et de l'Union des Syndicats médicaux en vue de la modification d'un tarif dit Dubief qui ne les touche plus.

Dr P. B.

Droit de priorité des médecins pour l'achat des autos américaines.

Veuillez avoir la bonté de me donner tous renseignements sur le droit de priorité que nous avons sur l'achat des voitures provenant du stock américain.

Réponse

Pour bénéficier du droit de priorité pour l'achat des voitures américaines, les médecins doivent produire une justification de leur profession, établie par le Maire de la localité dans laquelle ils résident, ainsi qu'un engagement d'employer les véhicules à l'exercice de leur profession et de ne pas les aliéner avant un an au minimum.

Soins aux pensionnés de guerre.

Dernièrement, j'ai été sollicité par un blessé de la guerre à le visiter ; il était porteur d'un cahier à souche en vue des soins à lui donner comme réformé. Ne sachant ce que je devais faire, je lui ai conseillé d'aller à l'hôpital. Je vous prie de me renseigner sur ce que je dois faire en pareil cas éventuellement. Comme médecin, puis-je prescrire des médicaments que je délivrerais comme pharmacien ? Y a-t-il des imprimés pour les ordonnances. Le malade avait une feuille de la mairie le mentionnant comme inscrit ayant droit aux soins médicaux.

Réponse

Les formalités auxquelles donnent lieu les soins aux pensionnés de guerre font l'objet du décret du 26 septembre 1919 (Agenda-Memento, de 1920, page 305).

Le médecin doit envoyer au Préfet (ou, s'il estime que le secret professionnel s'y oppose, remettre à son client pour qu'il fasse lui-même cet envoi), sous pli fermé et en franchise, une déclaration constatant que les accidents ou complications pour lesquels ses soins sont ré-

clamés résultent de la blessure ou de la maladie qui a donné lieu à la pension, et rappelant la nature de cette blessure ou maladie en même temps qu'il spécifie l'affection dont est actuellement atteint le mlade.

Si le malade est atteint d'une affection qui ne peut être utilement soignée à domicile, le médecin rédige en outre un certificat parlequel, en se référant à la déclaration dont il vient d'être question, il indique les raisons qui nécessitent l'entrée à l'hôpital.

Il envoie directement ce certificat au Préfet sous pli fermé et en franchise, si l'état du malade n'exige pas l'entrée immédiate. Dans le cas contraire, le médecin spécifie dans son certificat qu'il envoie au Maire.

Le décret précité reglemente le fonctionnement des entrées à l'hôpital. Nous ne relatons ici que la partie qui vise directement le rôle du médecin.

Le malade ayant le libre choix du pharmacien comme du médecin, vous avez le droit de prescrire des médicaments comme médecin et de les délivrer comme pharmacien. Il n'y a pas de formule ni d'imprimés dont l'usage soit obligatoire pour les ordonnances.

Le décret prévoit seulement que le maire délivre à l'intéressé un carnet contenant des billets de visite destinés à être remis au médecin traitant.

Droit à une pension militaire.

J'ai lu dans un des derniers numéros du *Concours* que les blessés et malades de guerre non réformés avaient droit à une pension.

Cet entrefilet m'intéresse. Mon frère — du service auxiliaire — alors dans un camp d'entraînement de l'intérieur a été atteint assez rapidement (presque tout à coup) d'atrophie de la rétine gauche. Hospitalisé quelques jours après pendant plusieurs mois, il n'y a eu *aucune* amélioration, au contraire, et depuis la vision est négative pour l'œil gauche. A la suite de cette affection, mon frère a été mis dans le service auxiliaire, jusqu'au jour de sa démobilisation.

A-t-il droit à *une pension* ? Et dans l'affirmative quelles sont les formalités à remplir ?

Réponse.

Si l'affection a été contractée par le fait ou à l'occasion du service, l'infirmité qui en résulte donne droit à une rente, bien que l'intéressé ait été simplement classé dans le service auxiliaire et non réformé.

De plus, aux termes de l'articles 3 de la loi du 31 mars 1919, les maladies constatées chez un militaire pendant la période où il a été incorporé ou pendant les six mois qui ont suivi son renvoi dans son foyer, sont présumées, sauf preuve contraire, avoir été contractées ou s'être

aggravées par suite des fatigues, dangers ou accidents du service.

Il y a lieu de former une demande, par lettre recommandée, adressée au Directeur du Service de Santé de la Région de son domicile, invitant ce service à constater l'infirmité. La présomption ci-dessus expliquée est acquise si la demande a été formée dans les six mois du renvoi du militaire dans ses foyers.

La perte de la vision de l'œil sans difformité apparente donne droit à une pension de 25 %.

Conditions d'admission des blessés du travail dans une maison de santé.

Installé dans une petite commune destinée à devenir dans plusieurs années un gros centre industriel et commercial, je fais une maison de santé pour y soigner et opérer les accidentés du travail. Mais voilà ! Que proposer aux Assurances ? Donnez-moi, je vous prie, un conseil, et dites-moi quelles propositions je dois faire à ces Assurances pour qu'elles acceptent d'envoyer chez moi les blessés, tout en ménageant les intérêts de ces derniers.

Dr F.

Réponse

Avant de faire une proposition quelconque aux assurances, il faut d'abord bien connaître votre situation.

Vous fondez une maison de santé. Sera-t-elle ouverte à tous malades ou sera-t-elle spéciale aux accidentés du travail ?

De toutes façons, les blessés doivent être divisés en deux catégories :

1° Ceux qui viendront simplement à votre consultation, se faire panser, ou masser, ou radiographier, etc., sans séjourner dans votre établissement.

Pour ceux-là, vous devez purement et simplement appliquer le tarif local, si ces blessés vous sont adressés par leur chef d'entreprise. Si ce sont les blessés qui viennent chez vous, de leur propre chef, vous pouvez ou appliquer le tarif Dubief, ou appliquer le tarif local, laissant aux ouvriers et à leurs patrons le soin de débattre entre eux le quantum de vos honoraires qui incombe à chacun d'eux. Car, vous devez le savoir aussi bien que nous, le tarif Dubief n'est pas fait pour les médecins, mais uniquement ment pour départager les chefs d'entreprise et les victimes d'accidents du travail, quant à la somme qui incombe à chacun d'eux, pour les honoraires du docteur.

2° Le blessé est admis dans votre clinique : il n'est pas hospitalisé, comme s'il était entré dans un hôpital public. Par suite, le « tout compris » de l'article 4, 3e paragraphe, de la

loi du 31 mars 1905, modifiant celle du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, n'est pas applicable.

Les frais médicaux et pharmaceutiques seront payés ou au tarif Dubief, ou au tarif local. Quant aux frais d'entretien et de séjour à la clinique, ils doivent, en principe, être supportés par l'ouvrier, sur son demi-salaire. Mais, la question n'a jamais été jugée et il nous semble que ces frais de séjour sont l'accessoire des frais médicaux et pharmaceutiques, car ils sont nécessités par la gravité de la blessure qui a nécessité des soins dans une clinique. Par suite, en équité, ces dépenses d'entretien devraient être à la charge du chef d'entreprise responsable, comme découlant de la gravité de l'accident.

Ceci posé, je ne vois pas en quoi vous avez intérêt à contracter avec les assurances, d'autant que celles-ci s'arrangeront toujours à faire une bonne affaire à vos dépens. Restez libre et indépendant, car votre probité et votre savoir professionnel sauront vous attirer des clients. Si ceux-ci sont amenés à votre clinique, soit par ordre de l'assurance, soit par l'appât d'une ristourne, vous risquerez d'être déconsidéré et d'avoir des ennuis pour le règlement de vos notes.

Nous restons à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire.

Dr P. B.

Comment le médecin peut être amené à faire grève.

Je vous informe que j'ai résolu par l'affirmative, en ce qui me concerne, la question souvent posée du droit du médecin à la grève, en réponse aux exigences des ouvriers et employés qui prétendent ne rien faire, hors de 48 h. et même 44 par semaine.

On m'a refusé en gare la livraison de 2 caisses d'essence sous prétexte que « on ne délivre pas de colis le dimanche ». J'ai immédiatement avisé le chef de gare, par écrit, qu'il ait à informer son personnel qu'il ne doit plus compter sur moi, quelles que soient les circonstances, le dimanche et les jours fériés. Je ne vois pas quel argument on pourrait opposer à cette décision. Evidemment il y a la question d'humanité : un employé de gare peut mourir, si un médecin lui refuse ses soins. Mais un ouvrier ordinaire, ou même un bourgeois peut mourir aussi si le médecin ne peut aller lui rendre visite faute d'essence. Et j'attends qu'on me démontre que la vie de l'un ne vaut pas celle de l'autre.

Dr P.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 6 — DIMANCHE 8 FÉVRIER 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8,500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, administrateur

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

DIRECTION

Dr A. GASSOT, directeur

Dr P. BOUDIN, secrétaire général

Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, avocat

J. DUMESNY, avocat, secrétaire de la direction

RÉDACTION

Dr J. NOIR, rédacteur en chef

Drs P. LACROIX et G DUCHESNE secrétaires de la rédaction

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

AVIS

TARIF DUBIEF

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs le TARIF DUBIEF avec son Répertoire alphabétique. Prix franco : 1 fr.

TARIF

général minimum raisonné des honoraires médicaux.

(*Ancien tarif Jeanne*).

Etabli par une Commission spéciale nommée par le *Concours médical* et comprenant des chirurgiens et des spécialistes. *Volume de 208 pages relié.*

PRIX : 3 francs.

Adresser les commandes, accompagnées du montant en un mandat, à M. C. BOULANGER administrateur du Concours médical, 132, faubourg Saint-Denis, Paris.

DON

Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr OLIVIER, de Plouha (Côtes-du-N.), la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

AVIS

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 en timbres pour frais de réimpression de bande.

Quarante-deuxième année. N° 6 8 Février 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

(Voir numéros précédents).

DEMANDES et OFFRES

Toute demande de renseignements doit être accompagnée d'un timbre pour la réponse.

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Nº 57. — Serais reconnaissant à qui indiquerait, pour particulier non médecin, petite propriété d'agrément à vendre à 50 kil. de Paris, dans pays de chasse et pêche.

Nº 58. — A céder de suite ds. petite ville littoral médit. proximité gd. centre, excell. poste méd. gén., rapp. immédiat, maison 8 p. confort moderne, cond. : achat s. à m., installat. élect. lavabo eau courante. Prix 6.000.

Nº 59. — Clinique ophtalmologique à céder gratuitement à jeune docteur célibataire, de préférence connaiss. oto-rhino. Ecrire. docteur, 12, rue des Closiaux, Clamart (Seine).

Nº 60. — Paris. Immédiatement disponible, voiture Zedel, conduite intérieure, 2 places et 1 strapontin, 12 H P., 4 cyl.. 1914. Parfait état de marche.

Nº 61. — Ouest. Bon poste de campagne, 12 à 15.000, ch.-l. de canton. Jolie maison avec jardin, seul médecin, 2 pharmaciens, chasse et pêche. Légère indemnité et reprise du bail.

Nº 62. — Serais très reconnaissant aux confrères qui m'indiqueraient une ville d'au moins vingt mille habitants, pour créer un poste d'ophtalmo-oto-rhino, ou vacance en grande ville. Ecr. docteur, 25, Bd. Port-Royal, Paris XIIIe.

Nº 63. — Nice. La villa « Les Délices », maison familiale de cure et de repos, merveilleusement située sur la colline Nice-Mont Boron, au voisinage d'une forêt de pins, reçoit principalement des déprimes, des convalescents et des débiles physiques non tuberculeux. Cure d'air, de soleil, de terrain et de régime. Dr Martinaud, médecin-directeur.

Nº 64. — A céder, clientèle banlieue, produit d'avant-guerre onze à douze mille ; quinze à vingt kilomètres par jour, condition à débattre.

Nº 65. — Docteur de Bourgogne reçoit, en famille, enfants ou adolescents ayant besoin de soins à la campagne. Rien de contagieux. Hautes références. Prix modérés.

Nº 66. — Docteur 38 ans, exerçant depuis 13 ans, installé en Algérie, nombreuses relations, représenterait station hydrominérale de France pour l'Algérie, Tunisie, Maroc, ou situation para-médicale.

Nº 67. — Désire acheter d'occasion fauteuil dentaire avec pompe. Dr Schutz, 1, rue du Palais, Nice.

Nº 68. — Jeune confrère aiderait confrère pour le remplacer et lui succéder ensuite. Paris ou banlieue (au courant de gorge, nez, oreilles).

Nº 69. — A céder après décès, dans grande banlieue parisienne, très ancien poste dans petite localité, seul médecin, on fait la pharmacie, rayon 10 km., le titulaire exerçait depuis 18 ans. poste pouvant produire de 25 à 30.000 fr., facilité de payement, S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

Nº 70. — Très ancien poste de pro-pharmacien, à céder dans petite localité de l'ouest, rapport 20.000 environ. Indemnité 3.500 fr. comptant. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

Nº 71. — Cause double emploi, auto Doriot-Flandrin 10 H P., 2 places, spider, capote, paré-brise, phares, roue secours, état de marche garanti. 7.500 fr. Dr Peigné, 11, rue St-Léger, Evreux, Eure.

Nº 72. — Automobile. — Les médecins qui auraient à céder une voiture de tourisme de 14-16 HP sont priés d'en informer les Etablissements de l'Auto-Fauteuil à Blois (Loir-et-Cher).



AVIS IMPORTANT

La contribution sur les bénéfices de guerre

Par arrêt rendu le 30 janvier dernier, le Conseil d'Etat a décidé que la contribution extraordinaire sur les bénéfices supplémentaires réalisés pendant la guerre est applicable aux médecins.

Nous donnerons prochainement le texte de cet arrêt, ainsi que quelques indications sur la conduite que doivent tenir les médecins, en présence de cette décision, contraire à l'opinion de nos Conseils, basée sur les travaux préparatoires et les débats parlementaires dont est sortie la loi du 1er juillet 1916, instituant cette contribution.

CORRESPONDANCE

Prorogation de bail.

Voudriez-vous me donner le renseignement suivant au sujet de mon loyer :

Locataire pour un bail de 3, 6, 9, commencé le 29 sept. 1913, dont les 6 premières années finissaient le 29 sept. 1919. Mobilisé du 2 août 1914 au 4 mars 1919 : quels sont mes droits ? J'ai prévenu ma propriétaire par l'huissier que je désirais profiter des avantages que me confère la loi.

Dr R.

Réponse.

Votre bail expirerait normalement le 29 sept. 1922, puisque votre propriétaire, en admettant qu'il en eût eu le droit, ne l'a pas dénoncé pour le 29 sept. 1919.

C'est donc du 29 sept. 1922 que doit courir la prorogation de la durée des hostilités, à laquelle vous avez droit aux termes de l'art. 56 de la loi du 9 mars 1918, puisqu'il s'agit d'un local professionel.

Il n'en serait autrement que si, dans la notification que vous avez faite par ministère d'huissier, vous aviez donné une indication contraire pour le départ de la prorogation.

La médecine dans les Régions libérées.

Je vous transmets une circulaire qui m'a été envoyée par M. le Préfet, au sujet du service médical des Régions Libérées à assurer par des médecins militaires. Je crois que cette solution mérite l'at-

tention des Syndicats, de crainte d'abus de la part de nos confrères militaires, qui pourraient bien, une fois dans la place, s'y incruster et faire une concurrence déloyale aux civils du voisinage.

D[r] V.

Réponse

Nous avons publié, page 182 de notre n° du 18 janvier, en tête du Reportage Professionnel, une note qui nous a été adressée par le Sous-Secrétariat du Service de Santé et dont le texte est similaire à celui de la circulaire que vous voulez bien nous communiquer.

Il appartient, en effet, aux Syndicats comme aux médecins isolés, de surveiller l'application de cette mesure pour empêcher les abus possibles. Mais nous ne croyons pas que cette mesure soit critiquable dans son principe.

Soins donnés à un blessé qui a continué à travailler.

En vous remerciant des renseignements donnés, je viens vous soumettre un autre cas d'accident du travail, pour lequel la Cie d'assurance me fait des difficultés pour le règlement de mes honoraires.

J'ai soigné un employé de bureau pour plaie à la face dorsale de la base de l'index (par morceau de verre).

J'envoie ma note d'honoraires à la Cie se montant à 30 francs plus la majoration 100 %, soit 60 frs.

La Cie m'offre de me régler à raison de 30 frs, prétendant que cet employé n'a pas cessé de travailler, malgré sa blessure (incapacité de travail de 6 à 10 jours).

Je n'ai pas accepté ce règlement, alléguant que si cet employé a continué son travail, cela ne diminue en rien la valeur des soins donnés. Depuis, pas de nouvelles de la Compagnie. Que dois-je faire ?

D[r] R.

Réponse

Ainsi qu'il est relaté dans un article de Me Gatineau, avocat conseil du « Sou Médical » publié dans le n° du 28 décembre dernier du *Concours médical*, page 2.276, (1) la jurisprudence admet que le médecin qui a donné ses soins à un blessé du travail qui a continué à travailler et a reçu son salaire entier, n'a pas d'action contre le chef d'entreprise pour le paiement de ses honoraires.

Nous ne pouvons donc que vous conseiller d'accepter l'offre de la Cie d'Assurances, car il est presque certain que, si vous alliez en justice, vous perdriez votre procès.

(1) Voir également l'article de Me Gatineau dans le présent numéro, page 366.

Cabinets multiples.

Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me donner quelques renseignements sur les médecins ambulants : nous avons à C. deux médecins de D. qui viennent donner des consultations une fois par semaine dans une chambre d'hôtel.

Je crois qu'ils doivent déposer leur diplôme à la Sous-Préfecture et payer patente, mais quelle patente ? Comment l'imposer ? Au point de vue syndical, que peut faire le syndicat eontre ces ambulants ? La loi de 1892 ne les a pas prévus.

Dr M.

Réponse

Les médecins dont il est question sont-ils bien docteurs en médecine, possesseurs d'un diplôme d'Etat ? Vous pouvez en avoir la certitude, au cas où il y aurait doute, en priant le commissaire de police de leur demander leur diplôme. Les syndicats et associations médicales ont le droit de poursuire l'exercice illégal de la médecine (art. 17 de la loi du 30 nov. 1892).

Si ces médecins sont bien régulièrement docteurs en médecine, ils ne sont tenus de déposer leur diplôme qu'au moment de leur installation, à la mairie du lieu de leur domicile, à la préfecture, etc. (art. 9, loi de 1892). Leur domicile est D ; C n'est qu'une résidence momentanée : ils ne doivent donc pas faire enregistrer leur diplôme à C.

Mais, pour la patente, ils doivent la payer à D et à C. Il suffit de les signaler au contrôleur des contributions directes, qui les imposera.

Ainsi, légalement, il n'y a pas grand'chose à faire contre un médecin qui exerce dans plusieurs localités ou qui a plusieurs cabinets.

Syndicalement, et déontologiquement, c'est aux médecins locaux de voir si ces agissements sont tolérables.

Certaines petites villes dépourvues de spécialistes voient avec plaisir un médecin spécialisé venir à jour fixe tenir un cabinet. Certains syndicats locaux, pressentis par des confrères très corrects, qui, avant toute installation de cabinets supplémentaires, demandaient l'avis de leurs confrères, ont autorisé cette pratique.

Mais, lorsque dans la localité exercent un ou plusieurs médecins spécialistes, point n'est besoin de voir pratiquer une médecine ambulante. Le Syndicat local peut donc inviter le ou les confrères « péripatéticiens » à venir s'expliquer devant le conseil de famille du syndicat local. S'ils refusent, plainte est portée par le Syndicat local, en l'espèce celui de C, au Syndicat de D. Celui-ci convoquera les délinquants devant son conseil de famille.

Refusent-ils de se rendre à cette citation ? Les deux Syndicats seront en droit de prononcer, soit 'exclusion si les médecins font partie d'un

Syndicat, soit la mise à l'index, s'ils ne sont pas syndiqués.

C'est alors la mise en quarantaine complète.

Vous trouverez, dans le *Concours* 1903, p. 540, un rapport du Dr Canard, au Syndicat de Bourg, sur les tournées et cabinets multiples.

Dr P. B.

Renvoi d'un médecin d'usine.

Vous avez agité, dans le n° du *Concours Médical* du 11 janvier 1920, page 102, grâce à une lettre du Dr T., la question du forfait ou du tarif à la visite. Pour l'édification de nos confrères, voudriez-vous me permettre de leur raconter ma petite histoire.

J'étais — avant la guerre — médecin d'une Usine située à 3 kilomètres d'ici, appartenant à la Compagnie de S... Cette usine occupe un personnel de 350 ouvriers environ. Le service médical comprenait (et comprend) : 3 séances de consultations par semaine à l'usine et les soins à domicile au personnel et famille des ouvriers : parents, femmes, enfants, etc... visites à faire non seulment à S., mais dans les villages environnants, dans un rayon de 5 à 6 kilomètres.

Pour ce service, je recevais avant la guerre, un traitement fixe de 2.700 francs par an. Ce n'était pas le Pérou, mais je succédais à mon père qui avait occupé ce poste pendant plus de 30 ans.

Je fus mobilisé le 2 août 1914 et, pendant une partie de la durée de la guerre, ce fut mon excellent confrère de S., le Dr R., qui assura le service, mais avec un tarif à la visite. Les consultations à l'usine avaient été supprimées.

Je fus démobilisé en mars dernier et le directeur de l'Usine me pria de reprendre mon service. Je répondis que je le ferais volontiers, mais que la Compagnie veuille bien tenir compte que, depuis 1914, les conditions d'existence avaient plus que doublé et que je ne pouvais plus me contenter de mon traitement d'avant-guerre.

Le Directeur reconnut la justesse de ma demande et demanda des ordres à Paris. En attendant, je continuais à assurer le service au tarif à la visite consenti par le Dr R.

Les offres de la Cie me furent transmises deux mois après. On m'offrait royalement... 3.000 francs par an !

Devant une telle... générosité, j'envoyai ma démission de médecin de l'usine. On me pria de continuer à assurer le service au tarif à la visite jusque-là usité, ce que j'acceptai.

Fin novembre dernier, j'ai été prévenu qu'un médecin (ancien médecin-major retraité) ayant accepté les conditions de la Compagnie, on me remerciait de mon service qui prenait fin le 1er décembre.

Inutile de tirer une morale de cette aventure. Mais ne pensez-vous pas que la manière de faire de la Compagnie S. mérite d'être connue de tous nos confrères.

Dr G.

Réponse.

Il y a une morale à tirer : les situations dites fixes ont toujours existé au détriment du médecin-employé, car il lui faut faire beaucoup plus de travail que ne comporte la rémunération qui lui est allouée.

En second lieu, le praticien n'a aucune garantie contre ses employeurs, qui peuvent le casser aux gages, sans qu'il soit possible de se faire rendre raison par les tribunaux.

En troisième lieu, le médecin, imposé par l'usine aux ouvriers, perd de sa considération : le libre choix du docteur est entré dans nos mœurs et l'ouvrier, comme l'employé d'administration, a presque toujours une certaine méfiance envers le médecin qui vient le visiter au nom du patron.

Enfin, lorsqu'un praticien accapare un noyau de clientèle, grâce à un traitement fixe ,il dépossède injustement ses confrères. Le droit au travail est égal pour tous les docteurs en médecine, surtout lorsqu'on considère que ces situations fixes sont données à la faveur et non au mérite.

Aussi, mon cher Confrère, soyez assuré que vous ne perdrez pas tout, en perdant l'usine, car quelques-uns de vos anciens malades vous reviendront ; puis pous aurez plus de temps de libre à consacrer aux clients, qui vous payent à la visite et au tarif local : vous n'aurez plus à les négliger, pour faire votre service d'usine, mal rétribué.

Mais il est malheureux qu'un praticien se soit trouvé pour assurer votre service et qu'il l'ait accepté, sans se soucier des conditions de votre renvoi déguisé. Il faut dire que c'est un ancien médecin militaire, habitué à l'obéissance aux chefs et au traitement fixe mensuel, quel que soit le travail accompli. Comme je vous l'avais déjà conseillé, soumettez le cas au conseil de famille de votre syndicat, pour tenter d'obtenir de votre successeur, sa démission et la transformation du service médical de l'usine au libre choix et au tarif à la visite. Quoi qu'en disent certains détracteurs du syndicalisme médical, (peut-être parce qu'ils le connaissent mal), vous pouvez, par ce groupement, obtenir un engagement de chaque médecin, pour être assuré que personne ne se dérobera à la parole donnée. Puis, faire un contrat collectif avec l'usine, pour laisser à l'ouvrier la liberté de confiance et le libre choix du médecin, ainsi que les honoraires à la visite.

Beaucoup de syndicats ont obtenu des résultats très nets. Pourquoi le vôtre n'essayerait-il pas ?

Dr P. B.

(Voir la suite page XXVIII-376).



PROPOS DU JOUR

De l'utilité de l'organisation d'un office médical franco-polonais et du rôle pratique qui devrait tout d'abord lui être assigné.

Le nouveau ministère d'hygiène sociale est une création qui n'a surpris personne. Depuis de longues années, tous les gens compétents reconnaissaient la nécessité de grouper en un même office des services, dispersés dans divers ministères, et dont l'importance s'accroissait chaque jour. Cette innovation nous a engagés à nous renseigner sur le fonctionnement du ministère polonais de la santé publique. Nous avons obtenu de très intéressants renseignements, grâce à l'obligeance de M. J. Danysz, le distingué chef de service de l'Institut Pasteur, et nous nous proposons d'en publier sous peu une analyse.

L'examen des documents sur le fonctionnement du ministère polonais de la santé publique, nous a amené à faire quelques réflexions d'ordre général sur l'utilité qu'il y aurait, tant pour la France que pour la Pologne, à établir un courant de relations, d'échanges d'idées et de renseignements entre les médecins de ces deux nations.

Les journaux nous ont appris qu'un Comité médical franco-polonais avait été fondé à la Faculté de médecine de Paris sous le haut patronage de M. le doyen H. Roger et du prof. Letulle, et que M. le Dr Hufenagel, interne du prof. Letulle, mettait sa jeune expérience au service du secrétariat de ce comité. Si les renseignements qui nous furent donnés sont exacts, ce comité aurait l'intention de limiter ses efforts à l'établissement de relations scientifiques et universitaires. S'il en est ainsi, il ne remplira absolument pas le rôle que nous jugeons actuellement utile et intéressant aux médecins polonais et français (1).

***

La Pologne est un pays neuf où tout est à créer. Ravagée par la guerre au-delà de tout ce que l'on peut concevoir, décimée par des épidémies qui nous sont heureusement inconnues, systématiquement désorganisée par les trois nations qui l'ont opprimée durant plus d'un siècle, elle est parvenue à réunir ses trois tronçons. Avec une admirable énergie, elle s'efforce de renaître et de reprendre sa place de grande nation civilisée entre la barbarie scientifique et organisée des Prussiens et la sauvagerie anarchique des Moscovites. Elle est donc, au point de vue médico-social, un admirable champ d'expérience où nous pourrons suivre avec intérêt toutes les tentatives qui ne peuvent être essayées que dans des pays neufs.

La France, au contraire, comme toutes les nations de vieille civilisation et, malgré des révolutions plus apparentes que réelles, est restée foncièrement « conservatrice » en prenant ce mot dans une acception moins étroite que celle du langage politique.

Pour provoquer la moindre réforme, l'on rencontre chez nous des obstacles inouïs. Les lois les plus unanimement jugées nécessaires sont soumises, avant de voir le jour, à des périodes de gestation qui se chiffrent par la durée de plusieurs législatures. Le nouveau ministre de l'hygiène sociale, M. J.-L. Breton qui déposa, le 5 décembre 1901, la première proposition de loi sur les maladies professionnelles, ne nous contredira pas sur ce point.

Or, s'il est reconnu qu'on ne s'aventure en France dans la voie des innovations et des réformes qu'avec une extrême prudence, il n'est pas inutile à ceux qui y sont un peu plus aventureux, de trouver des arguments et des exemples dans les essais tentés en pays neufs, et surtout quand la situation de ces pays fait que tout y est à organiser au point de vue assistance, hygiène et médecine sociales. C'est bien le cas pour la Pologne, où ces questions doivent être solutionnées d'urgence, car elles y ont une importance vitale pour l'avenir de la Patrie.

Si le médecin français a intérêt à connaître ce que l'on a fait ou ce que l'on va faire en

(1) Nous pensons d'autre part qu'il est regrettable que le Comité médical franco-polonais soit un comité exclusivement parisien, ce qui pourrait faire croire en Pologne que la science médicale française n'a d'autres foyers que l'Université de Paris.

Pologne, le médecin polonais a le devoir d'étudier ce qui existe déjà en France.

Le caractère de la nation polonaise se rapproche plus du caractère français que du britannique ou du germain. En outre, des sympathies historiques lient nos deux peuples et un fort courant d'émigration a établi de nombreux liens de parenté entre eux. Tout naturellement la Pologne, en quête de renseignements et d'exemples, doit se tourner vers la France et ce serait un crime de lèse-patrie, de la part des Français, de ne pas tendre la main à des amis de toujours.

Nous ne connaissons pas encore suffisamment le corps médical polonais pour pouvoir parler de ses besoins et de ses aspirations. Pour lui, comme pour tous les citoyens de ce malheureux pays, la reconstitution nationale doit tout primer et passer avant l'organisation professionnelle : mais nous pensons que, pour faciliter cette reconstitution nationale, il n'est pas sans intérêt à nos confrères polonais de se renseigner sur nos syndicats qui deviennent de plus en plus des foyers d'études de médecine sociale, de connaître nos organisations de bienfaisance et de mutualité médicales, d'être éclairés par les médecins français eux-mêmes sur les qualités et les défauts de l'Assistance et de l'Hygiène en France, ur les projets que nous voudrions voir réaliser et les écueils que notre expérience nous permettraient de leur signaler.

Tout cela doit avoir pour eux actuellement un intérêt de premier ordre, et c'est le but que nous aurions tout d'abord assigné à un office médical franco-polonais.

Certes les questions scientifiques et les questions d'enseignement ont leur importance, comme d'ailleurs les questions de villes d'eaux et de commerce en livres, produits pharmaceutiques et instruments de chirurgie. Mais si l'on veut bien se donner la peine de réfléchir aux difficultés économiques et politiques dans lesquelles se débattent les Polonais, si l'on veut bien songer au taux du change pour le mark polonais et aux frais des voyages qui rendent presque impossibles la venue et le séjour des médecins et des étudiants polonais en France, si l'on veut bien admettre que le besoin de s'organiser pour vivre prime tout actuellement sur les bords de la Vistule, l'on comprendra que la tentative d'établir des relations scientifiques et d'enseignement universitaire entre les médecins polonais et français est tout au moins *prématurée*.

Nous ne pensons pas que nos confrères de Pologne qui ont à lutter contre le typhus, la dysenterie, le choléra, la peste, sans parler des maladies contagieuses courantes de notre propre pays, qui ont à organiser en totalité l'hygiène et l'assistance dans des contrées où l'oppression des barbares n'a pas permis même aux grandes villes de se pourvoir d'eau potable, et d'égoûts, qui doivent s'ingénier à remédier aux conséquences de la famine sur une population dont l'alimentation a été déficitaire pendant cinq longues années, qui doivent répondre aux exigences sanitaires de leurs armées qui guerroient encore sur quatre fronts différents, nous ne pensons pas que ces médecins polonais, dont le nombre n'est pas en rapport avec la population et les besoins du pays, aient le souci de suivre des discussions académiques et de se renseigner sur les publications et les travaux des Prs X... Y... et Z... Nous pensons que ces confrères, écrasés de besogne, ont assez de sens pratique pour songer d'abord à organiser leur pays et leur profession, qu'ils ont envie de vivre avant de philosopher et c'est pour cela que nous croyons qu'un Office médical franco-polonais doit être médico-social et professionnel avant d'être scientifico-littéraire, universitaire et hydrominéral.

Nous sommes persuadés que si nous consultions à ce sujet les médecins de Varsovie sur les services que peut rendre un office médical franco-polonais, il y en aurait de suffisamment lettrés pour nous répondre par ces vers de notre bon Lafontaine :

> Hé ! mon ami, tire-moi du danger,
> Tu feras après ta harangue.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine : M. le prof. CHAUFFARD.

Sur deux cas d'ictère.

L'ictère est un des grands symptômes de la pathologie hépatique. C'est le symptôme le plus gros, le plus objectif, et il semble que, par lui seul, il devrait entraîner des renseignements cliniques importants. En réalité, il demande toujours à être étudié minutieusement et à être interprété. Il est, en effet, sous la dépendance d'états morbides divers : les uns mécaniques, les autres inflammatoires, d'autres liés à des infections chroniques, comme la tuberculose et la syphilis, ou à des dégénérescences cancéreuses. Et encore, je ne fais pas allusion aux formes toutes spéciales de la maladie connues sous le nom d'ictères hémolytiques. L'ictère ne nous apporte donc qu'un motif de recherches. C'est à l'ensemble de l'histoire clinique du patient qu'il faut demander les bases d'une conclusion.

Je voudrais vous parler aujourd'hui de deux malades qui ont présenté de l'ictère, en rapport avec un cancer gastrique pour la première, et avec une tuberculose hépatique, pour la seconde.

Le premier cas a été, tout d'abord, assez trompeur. Il s'agit d'une femme de 31 ans, entrée pour des accidents d'ictère à caractère lithiasique. On ne trouve rien dans ses antécédents. Elle fut prise dans les premiers jours de novembre de courbature, de fatigue, et d'une crise douloureuse dans l'hypochondre droit, avec vomissements bilieux, et ictère les jours suivants. La première pensée venant à esprit est qu'il y a eu colique hépatique et ictère lithiasique consécutif. Nous ne trouvions pas, cependant, les caractères bien nets de la colique hépatique, mais on sait que celle-ci est cliniquement assez polymorphe.

Quoiqu'il en soit, l'ictère diminua jusqu'au 25 novembre. A cette date, survint un vomissement de sang avec douleurs épigastriques. Dans la nuit suivante, nouvelle crise douloureuse et nouveau vomissement rougeâtre, à la suite desquels la patiente entra à l'hôpital.

Nous trouvâmes, en l'examinant, un ictère franc, de la peau et des muqueuses, ictère complet, avec décoloration des matières fécales et réaction de Gmelin positive. Pas de prurit, pas de bradycardie. Nous avions affaire à un de ces cas d'ictère dissocié, où les réactions pigmentaires sont présentes, alors que les réactions cliniques font défaut. Le foie n'était pas gros et mesurait 12 centim. sur la ligne mamelonnaire. Aucune douleur au niveau de la vésicule biliaire.

Dans les salles, la malade vomit plusieurs fois, tantôt des matières légèrement rouges, tantôt des matières à aspect de poussière brunâtre, dont nous connaissons la valeur. Nous avons cherché la réaction de ces vomissements : elle était acide. Nous avons cherché si cette acidité relevait de l'acide chlorhydrique libre ; il y avait anachlorhydrie totale et l'acidité trouvait son explication dans la présence d'acides gras de fermentation, d'acides lactique et butyrique.

Ceci nous a amenés à nous demander si nous n'étions pas en présence d'un néoplasme gastrique avec réaction hépatique. Pour nous aider, nous nous sommes adressés à la radiologie. L'examen radiographique a été assez pénible, étant donné l'état de la malade. On n'a observé d'ailleurs aucune image lacunaire au niveau de l'estomac, aucun signe radiologique caractéristique du cancer gastrique. On a rencontré, en revanche, une stase gastrique prolongée, intense, plus intense que ne le comporte la simple atonie gastrique. Il est probable qu'il existe, au pylore, un néoplasme en bague qui provoque cette stase.

Nous pouvons donc penser à un petit cancer du pylore entraînant la stase stomacale et l'ictère. Par quel mécanisme ? Et comment relier l'ictère à la tumeur pylorique ? On ne saurait dire qu'il y a des noyaux cancéreux dans le foie. Nous n'avons pas le gros foie bosselé des cancers hépatiques secondaires. Mais, nous pouvons supposer une adénopathie néoplasique secondaire au niveau des ganglions hilaires du foie. Toutefois, il existe des motifs de doute quant à ce diagnostic. C'est ainsi que le Wassermann a été trouvé positif, sans aucun stigmate de syphilis, il est vrai. Nous nous sommes demandés s'il n'y avait pas une spécificité méconnue et nous avons commencé un traitement spécifique par les injections de cyanure de mercure et de novarsénobenzol. A la vérité, j'ai suivi cette voie sans grande confiance et parce que c'est la seule qui nous apporte une thérapeutique active. Depuis le début de ce traitement, la malade n'a plus eu de vomissements ; elle continue néanmoins à maigrir, à se cachectiser. Nous allons poursuivre prudemment et sans grand espoir la cure spécifique. Il est beaucoup plus vraisemblable qu'il s'agit d'un ictère subordonné à un cancer gastrique.

Le second cas est plus intéressant, et plus complet, puisqu'il comprend un examen nécroscopique. Nous y voyons d'abord une histoire clini-

que typique, qui est à peu près celle de tous les malades de ce genre. C'est une hépatite scléro-graisseuse chez une femme imprégnée d'alcoolisme ancien et atteinte de tuberculose.

La malade, âgée de 41 ans, offre dans ses antécédents un fait à noter. Elle a été mariée deux fois : une première fois, à un homme qui est mort phtisique au début de 1914. Nous ne sommes pas autorisés à affirmer la tuberculose conjugale, mais on peut se demander si la malade n'a pas eu déjà une imprégnation tuberculeuse de son premier mari. Quoi qu'il en soit, cette femme buvait une moyenne de deux litres de vin par jour, ce qui constitue un fond d'alcoolisme manifeste. Remariée en 1914, elle eut une grossesse en 1916, et fut bien portante jusqu'à l'hiver 1918-1919. Elle contracta, à cette époque, un « rhume », dit-elle, dont elle ne s'est pas guérie. Le début de sa tuberculose remonte donc, par conséquent, à une année. Pendant l'été de 1919, la toux diminua un peu, s'accompagnant de dyspnée. Pas d'hémoptysies, pas de poussées fébriles.

Apparurent alors des accidents d'un autre ordre, des épistaxis abondantes et répétées, à mettre sur le compte du foie. En octobre, survinrent des vomissements bilieux, des douleurs à l'hypochondre droit, puis une diarrhée assez abondante qui persistait encore à l'entrée à l'hôpital. Le 13 novembre se montre l'ictère.

Lorsque, le 17 novembre, nous examinons, à l'hôpital, la malade, nous trouvons une femme en état de subictère, avec une teinte jaune pâle, un aspect cachectique, ictère terreux, avec anémie, cachexie, langue saburrale. Le foie est gros, mesurant 24 centimètres sur la ligne mamelonnaire, lisse, nullement bosselé, un peu sensible à la palpation. La rate est également grosse, débordant les fausses côtes de trois travers de doigts. Pas d'ascite à ce moment. Selles diarrhéiques, non décolorées. Pas de prurit, ni de ralentissement du pouls.

Il existe de la dyspnée, 36 respirations à la minute, et l'on constate, à droite, des signes d'infiltration tuberculeuse, des râles humides d'excavations caverneuses et une expectoration purulente contenant des bacilles de Koch. Au sommet gauche, s'entendent quelques craquements.

La tension était faible, de 5 minima et 10 maxima, et cette femme était dans un état d'asthénie physique profonde. Il y avait cholurie, réaction de Gmélin manifeste, anémie. Pas de fragilité globulaire, pas d'hémolysines dans le sang.

L'état de la patiente n'a pas cessé, dès lors, de s'aggraver. L'ictère s'accentua ; des hémorrhagies, gingivorrhagies et épistaxis, se produisirent. Une ascite modérée se montra, sans réseau veineux collatéral et la mort survint, un mois après le début de l'ictère, en pleine intoxication hépatique.

Un premier fait qui frappe, est la marche rapide des accidents hépatiques, la malade ayant succombé un mois après leur début. Il convient de noter aussi l'asthénie considérable observée dans ce cas. Dès le premier jour, j'ai pressenti le développement de l'insuffisance hépatique. Elle s'est manifestée à tous les points de vue, au point de vue chromogénique, provoquant une perversion totale des fonctions pigmentaires du foie, au point de vue de la glycosurie alimentaire, le sucre ingéré ayant été éliminé en totalité en quatre heures, au point de vue uréopoiétique, enfin, qui est une des fonctions les plus importantes du foie, avec le rôle d'arrêt des poisons.

Les diverses fonctions du foie ont été ici amoindries et perverties. Nous avons fait, encore, deux autres épreuves, celle de l'amino-acidurie et celle de la fonction cholestérinique. Nous savons que normalement, l'ictère par rétention s'accompagne d'une augmentation de la cholestérine du sang. Chez cette malade, l'hypercholestérinémie paraissait devoir être douteuse, *a priori*. Nous avions deux facteurs en cause : un ictère avec faible rétention biliaire et une tuberculose à évolution rapide. Dans la tuberculose, il y a deux étapes pour la cholestérine du sang : quand la tuberculose est au repos, le taux de la cholestérine du sang est normal, mais, en période d'activité, au cours d'une poussée bacillaire, la cholestérine baisse. Ces hypocholestérinémies correspondent à un défaut de cholestérine dans les surrénales. Nous avons trouvé, effectivement, chez notre patiente, un chiffre faible de cholestérine (0 gr.80).

Cette femme a donc succombé à la fois à sa tuberculose et à son insuffisance hépatique. Je crois que l'état hépatique a précipité la mort plus que l'état pulmonaire.

Que pouvions-nous présumer de cet état hépatique ? Ce gros foie avec insuffisance hépatique, chez une tuberculeuse, répond point pour point aux faits qui ont été décrits, en 1882, dans deux mémoires, l'un de M. Hutinel, l'autre de M. Sabourin, sous le nom de cirrhose hypertrophique graisseuse. Ces deux auteurs avaient très bien noté la double étiologie : l'évolution d'une grande tuberculose sur un terrain éthylique. Tous deux, il est vrai, n'avaient pas interprété les lésions de la même façon. Pour M. Hutinel, la sclérose dépendait de l'alcoolisme et la stéatose de la tuberculose. M. Sabourin avait mis au premier plan la cirrhose. A la vérité, les recherches poursuivies sur ce sujet ont donné à la tuberculose le rôle principal. L'anatomie pathologique montre qu'il y a un foie hypertrophique, offrant l'aspect d'un foie gras avec cirrhose associée, porto-biliaire habituellement, et ayant tendance à pénétrer les lobules, à dissocier les cellules hépatiques.

Notre cas cadrait tout à fait avec les descriptions de MM. Hutinel et Sabourin. Dès le premier jour, nous avons porté ce diagnostic, bien

que ce soit un diagnostic rare. Nous avons dit : cirrhose hypertrophique du foie chez une femme atteinte d'alcoolisme ancien et en pleine évolution de tuberculose caséeuse.

A l'autopsie, nous avons trouvé d'abord des lésions pulmonaires énormes, une tuberculose bilatérale avec cavernes à droite. Le foie, très gros, pesait 3 kilogr. 250 ; sa surface était lisse, sans adhérences ; sa coupe à la fois ferme et pâteuse. Vous savez qu'il y a des foies gras de phtisiques qui sont de simples stéatoses, sont pâteux comme des mottes de beurre et surnagent quand on les place dans l'eau. Il s'y est fait une transformation totale des cellules en vésicules graisseuses. Ici, les lésions de sclérose sont associées à la stéatose. Ces deux ordres de lésions sont-ils contemporains, associés simplement, ou subordonnés. Pour juger la question, nous pouvons nous appuyer sur l'examen histologique. Il permet de dire si un tissu conjonctif est ancien et mérite le nom de sclérose, ou si ce tissu est dépendant d'un processus aigu ou subaigu. Dans le cas actuel, nous ne rencontrons pas d'éléments conjonctifs en activité, mais des éléments anciens. Quant à la stéatose, il y a toutes raisons de penser qu'elle est récente.

Il existe là, donc, deux lésions, une ancienne, une récente. Ceci nous conduit à supposer deux processus pathologiques agissant en des temps différents : l'alcoolisme et la tuberculose, le premier imprégnant et préparant le foie, le second y greffant ensuite la stéatose.

Avons-nous des preuves de cette stéatose tuberculeuse. M. Jousset a montré que l'on pouvait, par l'inoculation, dans le péritoine d'un cobaye, de fragments broyés de ces foies stéatosiques des bacillaires, obtenir une tuberculose expérimentale.

J'insiste sur la gravité du pronostic des états de ce genre. Un sujet atteint d'une hépatite scléro-graisseuse, alcoolique et tuberculeuse, est condamné. Ce sont des lésions rapidement dégénératives et des plus graves. Les ressources thérapeutiques sont médiocres, en l'espèce. On prescrit le régime lacté et farineux, et l'opothérapie. L'opothérapie hépatique peut améliorer les cellules non encore dégénérées. Toutefois, son efficacité est relative, surtout si l'on intervient tardivement. Si l'on prescrivait cette thérapeutique dès le début, peut-être aurait-on quelques résultats plus satisfaisants. Mais, au moment où la dégénérescence cellulaire du foie est accomplie, la situation est sans espoir.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

LE LABORATOIRE ET LE PRATICIEN

Technique des prélèvements pour examens de laboratoire,

Par le docteur E. MAURIN,

Chef de travaux à la Faculté de Médecine de Toulouse.

Les examens de laboratoire prennent tous les jours une importance plus marquée dans le diagnostic et le traitement des maladies. La connaissance d'un prélèvement judicieux est donc indispensable aux praticiens, car c'est de lui que dépend très souvent la valeur des renseignements fournis par l'analyse.

Nous voudrions précisément, dans cette note, indiquer très succinctement aux médecins les conditions essentielles à remplir pour effectuer les prélèvements les plus courants de la pratique médicale.

Et tout d'abord, quelle que soit la nature du produit à examiner, le médecin devra l'accompagner de certains renseignements généraux qui aideront l'analyste dans ses recherches. C'est ainsi qu'il faudra mentionner l'âge, le sexe, le poids, la taille, le régime du malade, la médication suivie, le diagnostic clinique de l'affection, le genre de recherches à pratiquer, et ne pas oublier d'indiquer quel est l'antiseptique ajouté dans l'échantillon, si cette addition a été faite en vue de la conservation du produit.

Ces précisions générales indiquées, voyons successivement les différents prélèvements à effectuer.

Urines. — C'est certainement l'analyse d'urines qui est la plus courante en médecine. Afin de tirer d'elle des conclusions utiles, il est nécessaire que l'échantillon envoyé au laboratoire soit prélevé sur la totalité de l'émission des 24 heures.

Pour recueillir les urines des 24 heures, voici comment on procède. On rejette l'émission du réveil, puis on recueille l'urine jusqu'au lendemain matin à la même heure inclusivement ; on en mesure le volume qui est noté, on agite le mélange, puis, on en prélève un demi-litre qui sera envoyé au chimiste.

S'il s'agit d'une urine de femme, il est de toute nécessité de faire pratiquer avant chaque miction une toilette vulvo-vaginale complète pour que les sécrétions de ces organes ne viennent pas souiller le liquide et fausser par suite les résultats.

Pour empêcher la fermentation de l'urine de se produire, il faut la faire recueillir dans un vase lavé préalablement à l'eau bouillante et l'additionner d'un cristal de thymol, ou mieux, de 0 gr. 10 de cyanure de mercure par demi-litre.

Lorsqu'on veut recueillir l'urine pour un exa-

men bactériologique avec ensemencement ou inoculation, il y a lieu de faire un prélèvement à la sonde avec toutes les précautions aseptiques d'usage et de recevoir l'urine dans un récipient stérile.

Constante uréo-sécrétoire d'Ambard. — Il faut d'abord vider la vessie du malade à fond et rejeter l'urine. Si c'est nécessaire, il y aura lieu de recourir à la sonde.

On note l'heure exactement : un quart d'heure après, on prélève de 30 à 40 cc. de sang, soit par ponction veineuse, soit au moyen de ventouses scarifiées.

Trente-six minutes après le début de l'expérience, on fait uriner de nouveau le malade à fond ou on le sonde, et on note le volume de l'urine ainsi recueillie. On pourrait prendre une autre fraction de temps que trente-six minutes, mais ce chiffre est choisi de préférence à tout autre parce qu'il représente le quarantième des vingt-quatre heures, c'est-à-dire une fraction simple.

La totalité du sang et de l'urine recueillis est adressée au laboratoire en relatant les conditions exactes du prélèvement. On ne doit pas oublier de mentionner le poids du malade.

Séro-réaction de la syphilis. — Le sang doit être recueilli autant que possible le matin, le malade étant à jeun. On aura recours aux ventouses scarifiées ou mieux, à la ponction veineuse. Dix centimètres cubes sont largement suffisants, même pour pratiquer la séro-réaction par plusieurs méthodes. Il faut veiller attentivement à ce que les *ventouses*, *l'aiguille*, la *seringue*, *ainsi* que le tube soient parfaitement secs, pour éviter l'hémolyse qui empêcherait les recherches. De même, il est bon de remplir jusqu'au bouchon le tube destiné à l'expédition, de façon à éviter le ballottement qui rendrait le sérum hémolytique.

Séro-diagnostic typhique, paratyphique, etc. — Il ne faut ici que peu de sang : 1 cc. suffit. On le prélève au moyen d'une ventouse scarifiée ou par piqûre de la pulpe du doigt. Ce sang doit toujours être recueilli avec les précautions aseptiques habituelles.

Hémoculture. — Prélever par ponction veineuse, au moyen d'une seringue stérile, 15 à 20 cc. de sang et les introduire aussitôt dans un flacon stérile contenant 0 gr. 20 de citrate de soude dissous dans 1 gr. d'eau stérilisée. L'addition du citrate de soude a pour but d'éviter la coagulation. Plus que jamais, il faut opérer ici dans des conditions d'aseptie absolument rigoureuse.

Dosage de l'urée dans le sang. — On recueille par ventouses ou ponction veineuse 30 à 40 cc. de sang, quantité suffisante pour pratiquer ce dosage. Il n'a pas besoin d'être recueilli aseptiquement pour cet examen purement chimique, sauf les précautions à prendre pour éviter d'infecter le sujet.

Suc gastrique. — L'analyse chimique du suc gastrique porte sur le produit de digestion d'un repas d'épreuve composé en général de 60 gr. de pain et de 250 gr. d'eau ou de thé léger sans sucre. Avant l'ingestion de ce repas, on vérifie à la sonde la vacuité complète de l'estomac. On fait ensuite absorber au malade le pain suffisamment mastiqué et le liquide. Une heure après, on vide l'estomac par siphonement. Ce contenu gastrique est envoyé aussitôt que possible au laboratoire, car il fermente rapidement, ce qui nuit aux résultats de l'analyse.

Matières fécales. — 1° Recherche du sang. Pour que cette recherche ait de la valeur, il est absolument indispensable que le malade n'ait pas mangé de viande depuis trois ou quatre jours. Il suffira ensuite de prélever environ une cuillère à soupe du produit pour cet examen.

2° Recherche des parasites ou œufs de parasites : l'envoi des selles au laboratoire doit être immédiat ; si l'on attend quelque peu, les amibes, trichomonas, etc..., perdent leurs mouvements et sont difficiles à reconnaître. Ce qu'il y a de mieux, c'est d'envoyer, si possible, le malade lui-même au laboratoire pour que l'examen ait lieu aussitôt après le prélèvement.

3° Recherche bactériologique. Il est nécessaire ici, après désinfection de l'anus, d'introduire une sonde aseptique dans le rectum à 6 cm. environ, et de recueillir à travers cette sonde, au moyen d'une pipette stérile, une certaine quantité de matières.

4° Recherches chimiques. Cet examen ne peut avoir lieu qu'après un régime d'épreuve. Il demande, en outre, certaines précautions de détail qui le placent hors de la pratique courante et ne le rendent utilisable que dans les services de clinique ou lorsqu'on peut suivre attentivement les malades.

Sécrétion urétrale. — Dans la pratique, les préparations apportées au laboratoire sont mal recueillies et mal faites. Le plus souvent, le malade recueille la goutte sur une lame, puis colle contre cette préparation encore fraîche une seconde plaque de verre qui adhère fortement et rend le décollement souvent impossible.

Aussi, vaut-il mieux opérer de la façon suivante : le prélèvement sera fait le matin au réveil, avant toute miction ; un tout petit tampon de coton monté sur un petit écouvillon de bois (une allumette remplit très bien ce rôle), sera plongé dans la goutte qui apparaît à l'orifice du méat. Ce tampon servira ensuite à étaler doucement la sécrétion sur deux ou trois lames ; on

laisse sécher cette sécrétion jusqu'à ce qu'il n'y ait plus trace d'humidité à l'endroit frotté. Il suffira d'enrouler chaque lame dans une feuille de papier pour les envoyer à examiner.

Sécrétion vaginale ou utérine. — On procède comme ci-dessus en se servant d'un écouvillon métallique suffisamment long pour atteindre le point incriminé, vulve, vagin ou col utérin.

Exsudat pharyngé. — Il est bon de faire gargariser si possible le malade avec un peu d'eau bouillie pour le débarrasser des mucosités et de la salive parfois gênantes. On abaisse ensuite la langue et on frotte légèrement, sans faire saigner, les endroits suspects avec un écouvillon porte-coton qu'on introduit aussitôt après dans un tube à essai bouché à la ouate, le tout étant au préalable parfaitement stérilisé.

Crachats. — Les crachats seront recueillis de préférence le matin au réveil, surtout quand il s'agit de rechercher le bacille de Koch. Ils devront être placés dans un récipient stérile, car ils serviront souvent à pratiquer des cultures ou des inoculations. Une quantité de 30 cc. environ est très suffisante, en évitant d'y joindre de la salive ou du sang, surtout au point de vue de l'albumino-réaction.

L'envoi au laboratoire sera fait très rapidement, car la fermentation les envahit très vite, altérant profondément les éléments figurés (cellules et microbes pathogènes eux-mêmes).

Pus. — Avec une pipette effilée et stérile, on aspirera le pus des parties profondes du foyer purulent. Si l'abcès n'est pas ouvert, on opèrera par ponction avec une aiguille et une seringue stériles après désinfection de la peau ou de l'organe. L'asepsie la plus rigoureuse est essentielle en vue des inoculations ou des cultures qui seront faites au laboratoires. Si l'on veut pratiquer un simple examen par frottis, il suffira d'opérer comme nous l'avons dit plus haut à propos de l'exsudat urétral.

Liquides de ponction. — Ces liquides seront recueillis toujours avec le maximum d'asepsie, avec des aiguilles, seringues stériles. Environ 10 cc. seront placés dans un tube à essai stérilisé et envoyés au laboratoire immédiatement après la ponction, car ces liquides ne tardent pas à être le siège de fermentations rendant douteux et souvent impossible tout examen cytologique ou bactériologique.

Lait. — La composition du lait varie avec son âge, avec l'heure des tétées, avec le sein qui le fournit, car le lait des deux seins n'est pas forcément identique en quantité et en qualité. Le prélèvement ne devra pas être fait avant le quinzième jour après l'accouchement, car jusque-là, le lait est surtout constitué par du colostrum. Après avoir lavé les mamelons à l'eau bouillie, on vide autant que possible les deux seins au moyen d'un tire-lait. Le mélange des deux laits est adressé au laboratoire avec toutes les indications concernant les modalités du prélèvement.

Tumeurs. — Les morceaux de néoplasmes destinés à un examen histologique doivent être adressés soit dans de l'alcool absolu (de 20 à 40 fois le volume de la tumeur), soit dans la solution de formol à 40 % diluée au 1/10e et acidifiée par une goutte ou deux d'acide acétique. Il convient chaque fois de spécifier la nature du liquide et la date de la mise en contact avec ce liquide. Il est indispensable de préciser l'origine de la tumeur et de donner tous renseignements utiles sur l'organe où elle a été prélevée.

Tels sont les principaux prélèvements que les médecins peuvent avoir à effectuer pour les besoins de leur exercice professionnel.

Il en est beaucoup d'autres que nous n'avons pas cru devoir mentionner parce qu'ils sont très rarement utilisés, ou bien parce qu'ils réclament une instrumentation par trop spécialisée et compliquée qu'on ne peut demander à la majorité des praticiens.

Ce qu'il faut surtout retenir, c'est l'obligation pour les médecins de faire ces prélèvements avec toutes les précautions indiquées, s'ils veulent avoir du laboratoire des réponses nettes et utiles à leurs malades.

PSYCHIATRIE

Toxicomanie et psychasthénie.

Par le Dr H. Mignon (du Vésinet).

Action dynamogénique des toxiques et tension psychologique.

I

Ne devient pas qui veut toxicomane. Dans le public en général, et même dans le monde médical, on confond souvent les intoxiqués accidentels et les maniaques des toxiques. Aussi nous paraît-il utile d'insister encore sur la profonde différence de nature qui existe entre l'ivrognerie ou l'alcoolisme ordinaire et la dypsomanie, entre le morphinisme simple et la morphinomanie, par exemple. L'étude que nous allons faire sur ce sujet s'applique en réalité à tous les toxiques ; mais, comme l'alcool et la morphine sont actuellement les plus couramment employés en France

et dans les pays latins, c'est eux que nous prendrons comme types.

Ce n'est pas sans raison que les cliniciens et les psychiatres ont catalogués parmi les « maniaques » certains groupes d'habitués des drogues ; ils ont ainsi voulu marquer la nature nettement psychopathique de ces catégories d'intoxications. Quand il s'agit de l'alcool, la différence est si nette et si tranchée entre le vulgaire ivrogne et le dypsomane que, même dans le public, on commence à savoir distinguer le buveur habituel de l'ivrogne « à neuvaines », comme on dit : seule la nature pahologique des crises de ce dernier est encore trop souvent méconnue.

Mais pour la morphine, la question est beaucoup plus confuse dans la plupart des esprits, et même dans le corps médical, j'ai souvent remarqué qu'on n'est pas encore bien habitué à différencier le morphinisé accidentel du vrai morphinomane ; au fond cependant, il en est de la morphine comme de l'alcool ; tous les habitués de la morphine ne sont pas des morphinomanes, pas plus que tous les alcooliques ne sont des dypsomanes. Mais, chose assez curieuse, si on consent généralement à admettre que le dypsomane à crises intermittentes suivies de périodes plus ou moins longues de sobriété complète est un vrai malade plutôt qu'un vicieux attaché par gourmandise à sa boisson favorite, on a, au contraire, une tendance marquée à considérer le vrai morphinomane comme un simple vicieux amoureux de sa drogue et d'autant plus responsable des conséquences de son vice qu'on lui suppose,bien à tort,hélas ! le pouvoir de s'abstenir de son toxique, quand il le voudra : combien de fois n'ai-je pas entendu les objurgations d'une famille et souvent même d'un médecin près d'un malheureux morphinomane qu'on accablait de reproches au lieu de le faire soigner : « Allons donc ! un peu de courage, que diable ! jetez-moi votre seringue et vos ampoules. Demain, vous souffrirez peut-être un peu, mais après-demain, vous n'y penserez plus ! vous n'avez qu'à le vouloir ! »

Il n'y a guère que nous, spécialistes, qui comprenions bien la nature psychopathique de la morphinomanie ; et encore nous accuse-t-on souvent, jusque dans les milieux de la magistrature même, d'exagérer ce côté pathologique de la funeste habitude, pour les besoins de la cause et dans un intérêt suspect et inavoué.

D'où vient donc cette fausse compréhension de la question ?

Peut-être simplement de la façon différente dont agissent la morphine et l'alcool au point de vue physiologique ; à cause de son grand pouvoir calorigène, l'alcool est toujours considéré comme un aliment normal ; il se supporte, sans danger appréciable pour l'organisme, à des doses mille fois plus fortes que la morphine, il apporte à l'individu qui le consomme une quantité considérable d'énergie, et si cet individu l'absorbe justement dans le seul but de récupérer une énergie sans cesse déficiente, ce qui est le caractère fondamental de tous les asthéniques, au bout de quelques jours d'alcoolisation aiguë, le dypsomane va avoir pu recharger à fond sa machine ; il se sentira remonté, d'aplomb, et comme ce n'est pas le plaisir gustatif qu'il trouve à l'alcool qui le pousse à le boire, il cessera à ce moment d'en prendre davantage et restera sobre jusqu'à une nouvelle crise, c'est-à-dire jusqu'à un nouveau besoin de récupérer l'énergie qui lui manque et qu'il sait retrouver par l'alcool. Ces alternatives d'ivrognerie aiguë et de sobriété complète n'ont pas été sans frapper les observateurs, et ces derniers ont vite senti qu'il y avait quelque chose de réellement anormal, de maladif, dans cette façon d'agir.

Il n'en est pas de même pour la morphine ; je ne sais pas si la morphine a un pouvoir énergétique au point de vue physico-chimique ; il serait justement très intéressant de l'étudier à ce point de vue comparativement à l'alcool ; cette étude pourrait peut-être être riche de conséquences pour la pathogénie et même la thérapeutique des asthénies ; mais c'est une question en dehors de mon sujet et que je ne fais que signaler en passant. Ce qui est certain, c'est que si la morphine apporte réellement à l'organisme quelque ressource énergétique, comme l'observation clinique permet de le supposer, cet apport est à la fois très actif et très fugace ; il perd en durée ce qu'il gagne en activité ; son élimination est très rapide comme son action, le cycle dure à peine quelques heures et le malade qui a pris l'habitude d'y avoir recours est obligé d'en prendre, d'en absorber régulièrement plusieurs fois par 24 heures ; il n'a pas, lui, ces longues périodes de satiété que donne l'alcool ; il donne bien davantage que le dypsomane l'impression d'être un simple gourmand de sa drogue, un pur vicieux.

Seuls, ceux qui connaissent de près ces sujets, savent quelle atroce maladie se cache derrière ce vice apparent !

Naturellement, nous ne parlons pas ici des intoxiqués accidentels, buveurs, alcooliques, ivrognes du dimanche et du lundi (pour l'alcool), lithiasiques, névritiques, cancéreux, tabétiques, etc., (pour la morphine). Ceux-là, pour des raisons d'ordre social ou pathologique, ont été obligés de boire, ou de se calmer ; mais si l'usage de leur drogue est devenue pour eux une habitude ou une nécessité, il n'est jamais devenu un « besoin » ; ils boivent au café, ou avec des camarades, jamais seuls ; ils se piquent quand ils souffrent, quand la douleur est trop vive, mais jamais sans souffrir et simplement pour se remonter, par hantise, par « craving ». Je pourrais citer un certain nombre de tabétiques et de cancéreux qui, depuis 10 ans, prennent quotidiennement 10 à 15

centigrammes de morphine quand ils sont dans les périodes de crise, et qui passent sans aucun malaise à 5, à 2 centigr. dès qu'une accalmie le leur permet. Que parmi ces morphinisés simples et accidentels, quelques-uns deviennent de vrais morphinomanes, c'esst évident ; un tabès ou un cancer ne prémunissent pas contre l'asthénie ; mais d'autres, cérébralement bien équilibrés, meurent sans jamais avoir connu le fameux « craving ». C'est ce qu'on ne constate jamais chez nos vrais toxicomaniaques.

Quand en 1910, O. Jennings, décédé depuis en Angleterre, au cours de la guerre, me demanda de traduire son dernier ouvrage : « The Morphia habit and its voluntary renunciation », il me pria de faire précéder ma traduction d'une introduction où il m'autorisait à donner sur sa méthode et sur la question en général, mon opinion personnelle (1). J'en profitai pour esquisser dès cette époque la distinction sur laquelle je reviens aujourd'hui, entre les simples habitués des drogues et les toxicomaniaques dont je faisais déjà des psychopathes dégénérés. C'est d'ailleurs, je crois, l'opinion de Sollier, de Moutier, de Rodet, de Lévy, d'Allbutt, Rolleston, Sainsbury, etc., etc. C'est celle de Jennings, qui fait de la morphinomanie une psycho-névrose toxique ; c'est celle de P. Janet qui range les morphinomanes, cocaïnomanes, dypsomanes, etc., parmi ses psychasthéniques. Je n'ai donc pas la prétention d'avoir découvert quelque chose de neuf. Mais, comme cette opinion des spécialistes est loin d'être universellement admise, même dans tout le monde médical, et surtout dans celui de la magistrature, que la question devrait pourtant particulièrement intéresser, je pense qu'il n'est pas mauvais d'y revenir encore une fois d'un peu près.

Mais, dira-t-on, tous ces toxicomaniaques deviennent-ils des psychopathes du fait de leur intoxication, ou, au contraire, ne deviennent-ils des intoxiqués que du fait d'une psychopathie préexistante évidente ou cachée ?

Telle est la question que nous voulons envisager.

II

Je n'ai pas l'intention d'apporter, dans cet article forcément limité, une série d'observations cliniques détaillées ; d'abord elles prendraient trop de place ; ensuite, elles n'apprendraient rien de bien nouveau, car cliniquement la question est banale et tous mes lecteurs savent fort bien ce qu'est un toxicomane et comment il se comporte. Je ne citerai donc que quelques cas typiques, très différents les uns des autres, en m'efforçant ensuite d'en dégager les rapports que j'y trouve entre leur manie bien systématisée et leur état psychopathique fondamental ou acquis.

1° (*Dypsomanie*). — C. Dr. a été hystérique et anémique à 15 ans. On l'a traitée au fer et au bon vin avec un tel succès qu'à 18 ans, elle en buvait assez pour être parfois tout à fait ivre. Un docteur consulté déclara qu'il s'agissait là d'une névrose et qu'il fallait marier la jeune fille, ce qu'on fit sans tarder... mais avec un mari de 30 ans plus âgé qu'elle et déjà 2 fois veuf. Naturellement, pas d'enfant... et heureusement, car la jeune femme se mit à boire avec bien plus de liberté que la jeune fille. Son mari lui fit faire plusieurs fois le tour du monde, sans succès, et de guerre lasse, il finit par la laisser veuve. La pauvre femme, un peu répudiée par sa famille, dut se réfugier en France et commença une vie de Maison de Santé, plutôt pour s'abriter contre tout scandale que réellement pour se soigner ; car, partout où elle allait, elle spécifiait qu'elle entendait garder toute sa liberté. A ce régime, elle continua à boire énormément. Je l'ai connue pendant 10 ans. Elle buvait généralement 7 à 8 jours, consommait pendant ce temps 8 à 10 litres d'alcool, whisky et madère surtout, roulait ivre-morte, un peu partout ; puis un beau jour, elle s'enfermait, cuvait son alcool et se réveillait calme, tranquille, remontée, disait-elle, et capable d'une vie normale et active pendant plusieurs semaines, voire même plusieurs mois ; puis, un jour, elle se sentait *low down*, besoin de stimulant, de force, ne pouvant rien faire, rien décider, rien écrire, rien lire, à peine capable de manger et s'habiller ; elle luttait 2 ou 3 jours, puis succombait et se remettait à boire pour une semaine ; aux heures précédant la rechute, elle faisait penser parfois à une morphinomane en besoin. Elle vécut ainsi jusqu'à l'âge de 55 ans environ, avec une fois 11 mois d'abstiennce absolue. A cet âge-là, elle cessa complètement de boire parce que, rentrée dans sa patrie à cause de la guerre, elle voulait se bien tenir. Elle commença alors à décliner profondément, physiquement et moralement, perdant mémoire, intelligence, attention, volonté, décision et elle s'éteignit doucement 2 ans après, « comme une lampe qui s'éteint » me disait sa nurse ; elle est morte de privation de son stimulant habituel !

2° *Morphinomanie*). — L. Mr. a toujours été ce qu'on appelle un vigoureux garçon, robuste, bien musclé, champion de boxe ; il n'a jamais donné l'impression d'un asthénique, mais c'était un violent, un coléreux, un impulsif sans volonté ; il eut une maîtresse qu'il n'aimait pas, mais qui le dominait et dont il n'aurait jamais pu se débarrasser de lui-même, avouait-il ; notons-le comme signe d'une psychologie de qualité douteuse.

Un jour, il est grièvement blessé et ses plaies mettent 2 ans à se cicatriser en formant une gangue fibreuse, farcie de petits corps étrangers qu'on ne put enlever malgré plusieurs tentatives, et dans laquelle sont coincés un grand nombre de filets nerveux

(1) *Morphinisme et Morphinomanie*, par O. Jennings, Traduction par le Dr H. Mignon, Paris, chez Vigot 1910.

périphériques qui deviennent le siège d'intolérables douleurs. On se trouve donc obligé de donner à ce malheureux un peu de morphine : 3 à 4 centigr. suffisent à rendre ses douleurs supportables ; mais, au bout de quelques mois de ce régime, la dose augmente et un jour, elle atteint 10 centigr. A ce moment, le blessé, qui ne veut pas devenir morphinomane et qui n'entend se soumettre à aucun esclavage, réclame une cure de sevrage. Celle-ci se passe bien tout d'abord, mais à 2 centigr., les douleurs réapparaissent intolérables et, soit l'exaspération du mal, soit le manque de morphine, le malade tombe dans une crise terrible de délire hallucinatoire au cours de laquelle il devient si violent qu'il faut 6 hommes pour le maintenir : 2 centigr. supplémentaires le calment. Le lendemain, il veut essayer à nouveau la suppression, mais la crise recommence aussi forte et on doit renoncer à le sevrer complètement, tant la souffrance locale est atroce. Le malade reprend donc sa vie normale avec une ration quotidienne moyenne de 6 centigrammes. Mais il est peu à peu entraîné dans d'importantes affaires ; il a beaucoup à faire, à écrire, à diriger, à organiser, à recevoir, à voyager; fait parfaitement face à tout, à la seule condition de demander à sa morphine, non plus seulement de le soulager, mais surtout de lui donner la force nécessaire pour travailler ; sans elle, il n'est bientôt qu'une loque incapable du moindre effort, même de pensée, tremblant, bafouillant, incohérent, hâve, vacillant, confus ; grâce à elle, il est le mondain brillant, l'homme d'affaires coté et estimé. A ce jeu, il monte jusqu'à 30 centigr., parfois davantage, et il est devenu un véritable morphinomane, suppliant qu'on le réduise à la dose strictement nécessaire pour supporter ses crises douloureuses.

3° A. L., ayant eu un rhumatisme blennorragique grave, a eu recours à la morphine pour calmer des douleurs que le salicylate de soude n'atténuait pas : 2 à 3 centigr. suffirent parfaitement, mais la crise passée, le malade, se sentant faible et déprimé, a remarqué que la morphine le remontait et, pour vivre normalement, il en a continué l'usage. A. L., est ordinairement un instable, un inquiet, un hésitant, un douteux. A 20 centigr., on le décide à un sevrage. Cure facile, simple, sans le moindre malaise en 15 jours ; mais, une fois sevré, il ne veut pas se soumettre au vrai traitement de convalescence et de rééducation ; il rentre dans la vie et deux semaines plus tard, il est en pleine rechute. Il a conscience de sa faute et revient faire une deuxième cure, qui est d'ailleurs aussi facile que la première. Pour la seconde fois, malgré tous nos avertissements et l'expérience, il rentre dans la vie trop vite. A quelques semaines de là, sous prétexte de nouvelles douleurs rhumatoïdes, il recommence un peu de morphine; cette fois, il se méfie et charge sa femme de le piquer. 2 centigr. le calment bien et au bout de 15 jours, guérison complète ; seulement, il a de nouveau pris goût à la drogue et, à l'insu des siens, il se procure seringue et ampoules et recommence à se piquer. Il monte ainsi à 10 centigr. Un éclair d'énergie le réveille ; il veut s'arrêter et vient faire une 3e cure ; nous exigeons 2 mois de traitement cette fois. La cure se fait aussi simple que les précédentes ; il est sevré le 14e jour et le 16e, il nous quitte, refusant toute prolongation du traitement. Puisqu'aucune loi ne permet qu'on le retienne de force, on le laisse partir. Mais la quatrième rechute est fatale..... et prochaine.

4° B. R., hystérique à 15 ans, à lourde hérédité : père alcoolique grave, oncle dément. A 18 ans, à propos d'une crise aiguë de douleurs abdominales, on lui donne un peu de morphine; la crise passée, elle trouve que la morphine la remonte, lui donne des forces, elle continue à en prendre sans contrôle et à 20 ans, elle en est à 2 grammes ! Trois cures successives sont essayées entre 20 et 30 ans, cures rapides qui amènent chaque fois des troubles cardiaques, cérébraux et syncopaux tels qu'on doit renoncer au sevrage ; aussi, ne veut-elle plus rien tenter pour se guérir et prend-elle quotidiennement, depuis déjà 20 ans, ses deux grammes par jour. Il semble qu'à cette dose, elle soit saturée et équilibrée, car c'est seulement avec ses 2 grammes qu'elle n'éprouve ni *craving*, ni besoin d'augmenter. A la vérité, elle n'augmente pas parce que d'abord, elle a peur d'une dose plus forte, ensuite parce qu'elle ne peut pas facilement se la procurer, enfin et surtout parce qu'elle trouve dans l'alcool un puissant auxiliaire qui lui donne le supplément de tonus qu'elle n'ose ni ne peut demander à la morphine. Elle ne fait pas de dypsomanie ; elle n'est jamais ivre, mais elle avale une moyenne de 5 à 6 litres de cognac par semaine et au fur et à mesure qu'elle vieillit, la dose d'alcool augmente. Elle est profondément intoxiquée : bouffie, œdématiée, dyspnéique, hypertendue à l'extrême, elle paraît 15 ans de plus que son âge réel ; à jeun, elle n'existe pas, peut à peine parler et ouvrir les yeux. Elle a juste assez de force pour prendre son gramme de morphine le matin. Dans la journée, elle se soutient par l'alcool ; elle paraît même assez brillante à des yeux non avertis pour bien jouer son rôle de maîtresse de maison ; le soir, elle prend son second gramme, et à chaque réveil, un peu d'alcool. Elle vit ainsi, à la merci du moindre accident, attendant la mort qui la guette et ne la surprendra pas.

5° F. V., hystérique à 15 ans, a été à peu près normale, quoique assez fantasque pendant 25 ans, tant qu'elle a eu des enfants à nourrir et à élever. Aux approches de la ménopause, elle a eu une crise d'excitation générale anormale pour elle, et qui fut suivie d'un état de dépression qui devint vite de la vraie psychasthénie : scrupules, doutes, aboulie, obsessions, angoisses, etc. ; l'obsession génitale et amoureuse dominait les autres. Un jour de crise anxieuse violente, un médecin lui ordonna un demi-centigr. de morphine qui la calma assez vite : 3 jours après, nouvelle angoisse, nouvelle piqûre. Au bout de 5 ou 6



DERMATOLOGIE · GYNÉCOLOGIE

LES

COLLOSOLS

LOTIONS

LOTIONS

LE

COLLOSOL SIMPLE

SYNTHÉTISE L'HYGIÈNE

de { L'HOMME / LA FEMME / L'ENFANT

ASEPTISE – ADOUCIT – RAFRAICHIT – CALME TOUTE DÉMANGEAISON, PRÉVIENT TOUTE IRRITATION

EXCIPIENT LIQUIDE

DES

COLLOSOLS MÉDICAMENTEUX

Dermatologie

COLLOSOL au **COALTAR** (Affections suintantes).

COLLOSOL à l'**HUILE** de **CADE**, au **GOUDRON** de **PIN** (Affections squameuses, Eczémas, Psoriasis, etc).

COLLOSOL au **SOUFRE** (Affections à sécrétions grasses, Acnés, Folliculites, Séborrhée, etc.)

COLLOSOL SULFOCADIQUE (Eczémas et Psoriasis hybrides, chroniques).

COLLOSOL à l'**ICHTHYOL** (Eczémas des Plis, Intertrigos, etc.)

COLLOSOL à l'**HUILE** de **FOIE** de **MORUE** (Prurigos, Ichthyoses, Tuberculides).

LITTÉRATURE et ECHANTILLONS :

Pharmacie ROGÉ-CAVAILLÈS

C. PÉPIN, Dr en Pharmacie

9, Rue du Quatre-Septembre, PARIS

Gynécologie

COLLOSOL au **COALTAR** (Leucorrhées, Métrites).

COLLOSOL à l'**ICHTHYOL** (Etats congestifs).

AVANTAGES des COLLOSOLS

Médication liquide.
Application facile, propre et agréable.
Dosage précis des médicaments.
Soulagement immédiat; Suppression instantanée des démangeaisons.
Absorption certaine par la peau et les muqueuses.

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMES DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Notes d'ordonnances. — Notes d'ordonnances portant comme en-tête des instructions aux blessés du travail.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires), **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures). — Au recto de ces mémoires on trouvera des colonnes dans lesquelles on pourra porter le relevé des opérations et le montant des honoraires; au verso, on trouve le réquisitoire et l'exécutoire à faire signer par les autorités compétentes qui ordonnanceront ce mémoire.

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Notes d'honoraires ordinaires

Notes d'honoraires d'un modèle spécial établies selon les indications du tarif Jeanne.

Affiches. — Affiches indiquant sous forme d'avis les droits des blessés et les pénalités encourues par ceux qui entravent le libre choix du médecin. Prix franco : les 50, 7 fr., le cent, 12 fr.

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50	4 fr. » »
Le 100	6 fr. » »
Les 500	28 fr. » »
Les 1000 ...	50 fr. » »

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, *132, faubourg St-Denis, Paris.*

piqûres, elle remarqua qu'elle se sentait plus calme, plus tranquille, plus forte psychiquement quand elle avait sa morphine ; elle dormait fort mal et passait ses nuits à se faire 5 à 6 piqûres de quelques milligrammes pour avoir l'esprit tranquille pendant ses insomnies ; elle devint ainsi une véritable morphinomane, quoiqu'elle n'ait jamais dépassé la dose de 5 centigr. ; car, chaque fois qu'elle a essayé de passer un soir sans ses piqûres, non seulement la nuit était atroce, mais elle restait toute la journée du lendemain dans une dépression profonde. La ménopause terminée, la psychasthénie s'est bien améliorée, mais l'habitude de la morphine resta tenace et jamais elle ne put d'elle-même se décider à rompre avec elle ; nous ignorons d'ailleurs ce qu'est devenue aujourd'hui cette malade ; nous sommes sans nouvelles d'elle depuis 2 ans.

III

Voilà, parmi tant d'autres, cinq cas de toxicomanies assez dissemblables et pris un peu au hasard de mes observations.

Chez tous, j'ai relevé des stigmates de dégénérescence et des antécédents psychopathiques plus ou moins marqués. Il est possible que certains toxicomanes ne présentent aucun antécédent de ce genre, que les phénomènes psychopathiques observés chez eux soient secondaires et dépendent purement de l'intoxication ; j'ai noté le fait chez la plupart des morphinisés accidentels que j'ai pu observer ; mais, je dois avouer que chez presque tous les vrais maniaques des drogues que j'ai connus, j'ai toujours pu dépister une tare psychique ou mentale plus ou moins latente, en la cherchant bien ; tous les habitués des drogues qui, au lieu de cesser de prendre leur toxique, quand leur utilité ne s'imposait plus, continuaient à en absorber à titre de tonique, de stimulant et sous l'influence spéciale de ce besoin que les Anglais ont si bien dénommé le Craving, m'ont toujours paru des psychopathes au moins latents, sinon avérés : chez tous, j'ai pu relever parmi leurs tendances psychologiques, le doute, le scrupule, l'émotivité, l'impressionnabilité, l'indécision, l'aboulie, l'aprosexie, la mythomanie, etc., etc. Et cette notion me paraît avoir la plus haute importance,au point de vue du traitement des toxicomanies, traitement qui, pour être complet, ne doit pas s'arrêter au sevrage et à la désintoxication de l'organisme, mais doit surtout s'attaquer à la rééducation mentale du sujet. Jennings n'a pas hésité à mettre l'étude de cette rééducation du « Self control », en tête de son ouvrage. Mais, nous reviendrons plus tard sur cette question de thérapeutique, dans un article ultérieur ; pour aujourd'hui, ce qui nous retiendra, c'est le rôle particulier joué par le toxique chez l'asthénique qui l'absorbe.

Si donc, nous considérons l'ensemble de nos vrais toxicomaniaques, de ceux pour lesquels le toxique est un remontant, un stimulant, un « pick me up », un tonique nécessaire à l'acte de vivre, qu'observons-nous ?

Sans leur drogue, tous sont profondément déprimés, incapable d'agir, même de penser, anxieux, obsédés, hésitants, abouliques, inquiets, amoraux même, mythomanes, ce qui les fait considérer comme des menteurs, trompeurs, soupçonneux, dans le but de se procurer envers et contre tout le toxique qui est leur vie et pour lequel ils finissent par vivre à l'exclusion de tout autre idéal. Somatiquement, nous les voyons pâles, les traits tirés, les pupilles dilatées, le pouls lent, faible, irrégulier, la peau moite, les jambes engourdies ou parcourues de sensations pénibles de tiraillements, de picotements, d'arrachement, etc., leur pression artérielle est basse, leur voix faible, cassée, leurs gestes incertains et tremblants ; avec leur drogue, ils sont tout de suite, et pour un temps, gais, brillants, intelligents, actifs, d'apparence normale, capables même d'actes difficiles, au point de donner le change à ceux qui ne les connaissent pas, et cet état dure un certain nombre de jours ou d'heures pendant lesquels ils s'empressent de profiter des forces factices, dont ils disposent, car ils savent par expérience qu'elles sont bien fugaces.....

De l'état physio-psychologique le plus inférieur, ils passent brusquement aux sommets de la hiérarchie ; ils peuvent vouloir, être attentifs, réfléchis, se maintenir en contact avec la réalité présente et s'occuper des affaires les plus ardues ; ils oscillent en un quart d'heure de l'état le plus bas au niveau le plus élevé.

Est-ce qu'un poison qui annihile peu à peu les cellules nerveuses comme nous savons que le fait la morphine est capable par son seul fait d'une telle transformation ? Est-ce que c'est ainsi qu'agissent les toxiques chez les individus normaux ? Nous ne le pensons pas.

A mon avis, et c'est, je crois, l'opinion formelle de M. P. Janet, le toxique agit ici à titre d'excitant spécial, d'agent fournisseur d'énergie, soit que l'énergie physico-chimique, la calorie dont il dispose, galvanise pour un moment tout le système nerveux, déficitaire, soit plutôt qu'il s'agisse là d'une excitation d'ordre purement psychique, capable de relever la tension psychologique, comme nous le voyons faire à certains sentiments tels que la haine, l'amour, le besoin satisfait de direction, les croyances religieuses, etc., etc. ; mais, il est tellement plus facile de trouver une ampoule de morphine qu'un bon ami, un bon directeur ou un amant ! Une de mes malades, en pleine psychasthénie, essayait de se remonter par les émotions qu'elle espérait tirer d'une intrigue amoureuse ; l'amant convoité ayant fait défaut fut remplacé avec succès par quelques mois de morphine.

Tout le monde sait bien aujourd'hui que le morphinomane ne prend pas sa morphine pour calmer sa douleur, même si sa douleur a été le *primum movens* de son intoxication, pas plus que le dypsomane ne prend son alcool par gourmandise ou pour se désaltérer. L'expérience leur a fait sentir que ces toxiques sont pour eux de merveilleux stimulants, un sûr moyen de dominer momentanément leur faiblesse et leur dépression ; je dirais même, un merveilleux médicament guérissant leur asthénie pour 2 heures ou pour 8 jours. Ils l'adoptent donc de préférence à tout autre, comme plus facile à prendre, plus régulier et plus rapide que tout autre dans son action, abstraction faite du plaisir qu'ils y trouvent ; j'ai vu C. Dr. se cramponner à sa cheminée pour avaler l'alcool à brûler de sa lampe parce qu'elle n'avait rien d'autre sous la main ! Ils oublient, les malheureux, que la mort est au bout; mais, que leur importe, si, en attendant, ils peuvent vivre un peu (car il ne faut pas oublier que la conscience morale est souvent singulièrement altérée chez tous ces malades). Pour tous, vaincre cet atroce sentiment de dépression psychique est le seul but de leur activité consciente.

La morphine, comme l'alcool, sont donc les puissants auxiliaires, les précieux moyens de défense qu'ont pu trouver ces pauvres asthéniques. L. Mr., que le sevrage fait tomber au plus bas degré du délire hallucinatoire et des agitations motrices violentes, n'aurait jamais pu diriger les grosses affaires dont il est l'âme, sans sa morphine. B. R., sans elle et sans son cognac, ne pourrait tenir sa maison ; c'est la morphine qui a aidé F. V. à supporter ses angoisses, et qui sait ? peut-être à améliorer son asthénie ; la toxicomanie, dirais-je volontiers, n'est pas une maladie, c'est un traitement que s'appliquent plus ou moins consciemment les asthéniques auxquels les circonstances ont fait sentir la terrible et néfaste puissance de ces drogues.

Tous les psychiâtres connaissent l'effet du traitement des mélancolies par l'opium ; à de très rares exceptions près, l'opium non seulement calme l'angoisse si pénible de ces pauvres malades, mais semble les soutenir, les remonter au lieu de les endormir et de les déprimer ; ce que l'opium fait dans ces états mentaux, son alcaloïde le fait dans les asthénies psychiques ; une malade dont j'espère un jour écrire la très curieuse histoire, grande psychasthénique délirante constitutionnelle, avait été un jour soumise au traitement morphinique par le regretté Le Menant des Chesnais ; elle s'en était merveilleusement trouvée et jamais au cours de sa longue maladie, elle n'a eu une période comparable à celle-là comme calme et lucidité d'esprit. Malheureusement, pour éviter l'accoutumance, et l'accumulation des doses, on dut supprimer ce traitement. Or, encore actuellement, il n'est pas de jour que la malade ne réclame sa morphine, tant elle en connaît la puissance réconfortante ; quand on lui en donne quelquefois, on constate un relèvement remarquable, mais très court, de sa tension psychique et il n'est pas douteux que si cette malade était libre, elle serait depuis longtemps une grande morphinomane.

« Quel dommage, me disait naguère une morphinomane, que la morphine soit un poison ! Pourquoi faut-il que ce qui nous fait le plus de bien, soit justement ce qui nous tue à petit feu ! »

Pourquoi, en effet, aucun tonique pharmaceutique, phosphore, quinine, strychnine, arsénic, etc., donné à dose ou à combinaison inoffensive et non toxique, ne produit-il jamais chez nos asthéniques toxicomanes l'effet galvanisant obtenu avec les grands toxiques, cocaïne, haschisch, et surtout alcool et morphine ? Est-ce donc la toxicité du poison qui possède ce caractère à la fois si bienfaisant et si terrible ? Est-ce en détériorant, en tuant la cellule que le poison lui donne une force passagère qu'elle est d'ailleurs incapable d'accumuler et de garder ? N'est-ce pas plutôt la quiétude psychique éprouvée par le malade, dès qu'il a absorbé sa drogue, qui lui procure ce sentiment délicieux de stimulation psychologique qu'il ne peut éprouver que par le moyen du toxique ? La science n'est pas encore en état de choisir entre les théories chimiques, énergétiques ou psychologiques. Laisosons à l'avenir le soin de résoudre ces troublants problèmes.

Ce qui est certain, c'est que l'effet stimulant de ces drogues est essentiellement fugace, qu'il disparaît plus vite même que la drogue ne s'élimine, et qu'en réalité, on ne peut et on ne doit jamais compter sur un toxique comme l'alcool et la morphine pour obtenir un effet durable de tonification nerveuse chez un asthénique. Nous avons heureusement d'autres procédés moins dangereux et aussi sérieux de guérir les asthéniques ; c'est même par ces derniers que doit se faire la véritable cure des toxicomanes, comme nous espérons le montrer dans un prochain article ; car, il ne faut pas oublier qu'un toxicomane ne sera jamais guéri, si bien sevré soit-il, tant qu'il restera un asthénique.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Les amputations cinématiques.

(M. TUFFIER. — *Académie de médecine.*)

On désigne sous le nom d'amputations cinématiques des amputations dans lesquelles, au cours de la confection du moignon, on isole certains muscles ou tendons, que l'on destine à donner ultérieurement une action motrice directe à un appareil prothétique.

Proposées par Vangetti et mises d'abord en pratique par les chirurgiens italiens, les amputations cinématiques ont été employées pendant la guerre en Angleterre, en Amérique, en Belgique, en Suisse et en Allemagne. A part les essais de Lambret, de Lille, elles n'ont pas été pratiquées chez nous.

La valeur de cette méthode est discutée. Les uns lui refusent tout crédit et prétendent qu'une main artificielle rigide est préférable à l'usage d'un moignon d'avant-bras cinématisé; les autres lui reconnaissent des indications plus ou moins nombreuses. Pour juger avec impartialité la question, M. Tuffier s'est rendu en Italie et a visité les opérés du professeur Putti, de Bologne, et du Dr Galeazzi, de Milan.

M. Tuffier pense que la cinématisation, facile à réaliser, mérite d'être poursuivie et rendra des services. C'est une méthode à ses débuts. Elle est, comme la prothèse post-opératoire, un peu dans l'enfance. Tout cela est à perfectionner. Pour les amputés de l'avenir, les chirurgiens auraient à se rappeler qu'il faut conserver les téguments dans une étendue maxima, et se préoccuper moins des résultats esthétiques exactement adaptés aux surfaces osseuses, que de l'utilisation ultérieure des parties musculaires et tendineuses qui constituent le moignon.

Dosage des rayons ultra-violets.

(M. H. BORDIER. — *Académie de médecine.*)

M. Bordier expose une méthode clinique de dosage des rayons ultra-violets, basée sur l'emploi d'un chromo-actinomètre. Cette méthode pourra aider à rendre la radiothérapie ultra-violette plus précise et plus scientifique.

Méningite alcoolique subaiguë.

(MM. Maurice VILLARET, SAINT-GIRONS et CAPOULADE. — *Société médicale des hôpitaux.*)

L'histoire des réactions méningées au cours de l'alcoolisme est récente et les faits positifs signalés sont d'ailleurs peu nombreux.

Les classiques indiquent, en général, que la ponction lombaire donne des résultats négatifs dans les cas d'alcoolisme aigu. Il existe pourtant, dans la littérature médicale, un certain nombre de faits plus ou moins précis, de réactions meningées chez des alcooliques (faits de Dufour, de Claude, de Mestrezat, rapportés par Capoulade, dans sa thèse).

MM. Villaret, Saint-Girons et Capoulade relatent une nouvelle observation de ce genre dans laquelle un syndrome méningé clinique tout à fait typique (céphalée, constipation, raideur de la nuque, signe de Kernig), s'est montré chez une femme de 45 ans, éthylique. La réaction du liquide céphalo-rachidien fut caractérisée, après une courte phase de polynucléose, par une lymphocytose abondante, et l'alcool fut décelé dans ce liquide. Le rôle de la syphilis et de la tuberculose ayant été éliminé avec certitude, l'alcoolisme parut pouvoir être rendu seul responsable de la méningite observée.

Emondage et embaumage des plaies de guerre.

(M. H. REYNÈS. — *Académie de médecine.*)

M. Reynès revendique une part de priorité et d'initiative dans la méthode d'émondage et d'embaumage des plaies de guerre. Cette méthode, qu'il a appliquée sur plus de 2.000 blessés, a transformé, dit-il, le pronostic des plaies de guerre et a évité bien des amputations, bien des complications, en écartant les risques de gangrène et de phlegmons.

L'épreuve des extraits glandulaires, en clinique.

(M. Henri CLAUDE et Mlle S. BERNARD. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Si l'on injecte un extrait glandulaire à un sujet normal et si l'on pratique la même injection à un sujet dont la glande en question est atteinte de trouble dans sa fonction endocrinienne, les réactions obtenues ne sont pas semblables. Si bien qu'il existe là peut-être une sorte de *test* physiologique, un moyen d'apprécier l'état fonctionnel des différentes glandes endocrines. C'est cette étude que M. Claude et Mlle Bernard ont commencée.

Leurs constatations ont montré, par exemple, qu'un état d'hyperthyroïdisme favorise les réactions aux extraits hypophysaires et à l'adrénaline. Cette donnée, intéressante au point de vue clinique, l'est également au point de vue thérapeutique; on augmentera l'effet thérapeutique de la médication hypophysaire ou surrénalienne en donnant au préalable de l'extrait thyroïdien, pour provoquer une surthyroïdisation.

Rougeole maligne et plasmothérapie.

(M. Eugène TERRIEN. — *Société médicale des hôpitaux*)

M. Eugène Terrien a soigné un enfant de treize mois atteint de rougeole grave (température avoisinant 41°). Le traitement par les bains chauds, les injections d'huile camphrée, de sérum glucosé adrénaliné, d'or colloïdal, n'ayant pas donné de résultat, il pratiqua une transfusion sous la peau de sang complet (20 cent. cubes), pris à un frère ayant eu la rougeole six mois auparavant. Le lendemain la température baissa de plus de 2 degrés, pour tomber à la normale le surlendemain.

M. Eugène Terrien attire ainsi à nouveau l'attention sur la méthode des injections de sang spécifique, méthode capable de donner de bons résultats dans certaines infections. On sait que ces injections ont été employées déjà par M. Netter dans la poliomyélite, par M. Ribadeau-Dumas dans la rougeole, par d'autres auteurs dans la fièvre typhoïde. Leur usage se base sur la persistance des antitoxines dans le sang chez les convalescents de maladies infectieuses et après la convalescence même.

M. Terrien remarque que, dans son cas, la transfusion a été sous-cutanée, ce qui simplifie la technique, et chasse la crainte des réactions de choc possibles avec les injections intra-veineuses de sang étranger.

Spirochétose ictérigène avec rash scarlatiniforme.

(MM. M. Garnier et Reilly. — *Société médicale des hôpitaux.*)

MM. Marcel Garnier et Reilly rapportent un cas de spirochétose ictérigène avec rash scarlatiniforme préictérique. Ces auteurs éloignent l'idée de scarlatine et pensent que l'érythème a été directement provoqué par la spirochétose.

Causes d'erreurs dans la réaction de Wassermann dues à l'antigène.

(M. Durupt. — *Société de biologie.*)

M. Durupt a fait des recherches comparatives sur la réaction de Wassermann avec 3 antigènes différents : l'antigène Pasteur (qui contient du cœur), l'antigène cœur de veau, et l'antigène foie d'hérédo-syphilitique.

D'une façon générale, l'antigène foie d'hérédo est apparu nettement plus sensible que les antigènes cœur.

Est-il trop sensible, se demande l'auteur, et les résultats positifs non corroborés par les antigènes cœur correspondent-ils à des fixations illégitimes de l'alexine, ou bien faut-il lui reconnaître une plus grande spécificité ? C'est ce que, seule, une sévère enquête clinique pourra établir.

Taux de l'urée sanguine aux divers moments de la journée.

(MM. Biscons et Rouzaud. — *Société de biologie.*)

Chez 21 sujets, hommes de 20 à 28 ans, en bonne santé générale, soumis à un régime alimentaire normal, MM. Biscons et Rouzaud ont prélevé le matin à jeun, par ponction veineuse, du sang, dans lequel ils ont constaté une moyenne de 0 gr. 35 d'urée pour 1.000.

Répétant la même expérience, chez 23 autres sujets, dans des conditions absolument similaires, le sang était prélevé cette fois dans l'après-midi, trois ou quatre heures après le repas, ils ont noté une moyenne d'urée s'élevant à 0 gr. 45 pour 1.000.

De ces résultats, les auteurs concluent que dans la pratique clinique, le meilleur moment pour recueillir le sang de la veine destiné au dosage de l'urée sanguine, est le matin, et à jeun.

La résistance aux poisons d'après l'âge.

(MM. E. Lesné et Binet. — *Société de thérapeutique*).

MM. Lesné et Binet ont expérimenté chez l'animal (chat, souris), la résistance aux poisons (cocaïne, morphine), selon les âges. Ils ont vu que, toute susceptibilité spéciale mise à part, l'animal jeune résiste mieux à l'intoxication que l'animal plus âgé. Ce fait peut s'expliquer par une activité plus grande des fonctions rénales et hépatiques, et par un meilleur fonctionnement vital de l'organisme chez le sujet jeune.

Procédé pour rendre un lapin exclusivement tuberculeux pulmonaire.

(M. E.-A. Bossan. — *Société de biologie*)

En médecine expérimentale, il est intéressant de pouvoir infecter les animaux exclusivement au niveau des poumons. M. Bossan recommande le procédé suivant, qu'il emploie avec avantage depuis plus de deux ans : injection dans la veine marginale de l'oreille d'une quantité quelconque de bacilles tuberculeux vivants émulsionnés dans un c. c. d'huile quelconque. L'huile, qui ne circule que très lentement au niveau des capillaires pulmonaires, y abandonne tous ses bacilles. Plus de 200 lapins, ainsi injectés, n'ont jamais montré, à quelque date qu'ils aient été sacrifiés, la moindre lésion au niveau des autres viscères.

A TRAVERS LA PRESSE

Nature et spécificité du rhumatisme articulaire aigu.

Malgré les nombreuses recherches qui ont été faites au sujet du rhumatisme articulaire aigu, bien qu'on en soit arrivé à délimiter avec assez de précision le cadre de cette affection, on n'est pas encore fixé sur sa nature même.

M. H. Grenet (*Gaz. des hôp.*, 1920, nº 1) s'efforce à son tour de projeter la lumière sur ces obscurités.

Ce qui, selon lui, caractérise le rhumatisme « articulaire aigu, ce sont « des fluxions articulaires, multiples et mobiles, très doulou- « reuses, ne suppurant pas, survenant avec une « fièvre élevée chez un sujet encore jeune, lors- « que ces phénomènes s'accompagnent à un « moment donné d'une atteinte cardiaque plus

« ou moins durable et grave, lorsque le salicylate « améliore rapidement cet état. »

Ce tableau clinique doit, pour être mis au compte du rhumatisme, comporter l'exclusion de toute autre maladie infectieuse.

Le rhumatisme articulaire aigu doit être considéré comme une maladie infectieuse. Il en a l'aspect et l'évolution. Mais le germe spécifique n'en a pas encore été isolé.

Les uns invoquent des microbes banaux, tels que le streptocoque et le staphylocoque, de virulence atténuée. Les autres incriminent un bacille identifié au b. perfringens. D'autres encore ont trouvé un diplocoque anaérobie, qui paraît être une variété d'entérocoque.

« La spécificité bactériologique du rhuma« tisme n'est donc encore nullement démontrée. « Nous savons seulement que certains germes se « retrouvent avec une fréquence particulière chez « les rhumatisants ; mais nous n'avons pas le « droit d'en tirer aucune conclusion relative à « l'origine mono ou polymicrobienne de la ma« ladie, car il serait aisé d'interpréter à volonté « dans l'un ou l'autre sens les résultats obtenus « jusqu'à ce jour. »

L'étiologie du rhumatisme articulaire aigu n'est pas davantage précise. On parle bien d'une diathèse rhumatismale, laquelle n'a rien de particulièrement caractéristique. On invoque de même la grande diathèse arthritique, celle-ci étant fonction d'une auto-infection.

Ce qu'il faut retenir d'original, dans ce travail, c'est la notion de contagiosité du rhumatisme franc, admise par l'auteur, à la suite d'observations nombreuses qu'il a pu faire pendant la guerre, dans le milieu militaire.

« Nous admettons donc la contagiosité du rhu« matisme franc, contagiosité relativement faible « d'ailleurs, ce qui explique qu'elle ait passé « d'ordinaire inaperçue. Cette maladie, qui se « présente avec un ensemble de caractères cli« niques assez particuliers, nous apparaît donc « comme pouvant se transmettre d'homme à « homme avec les mêmes symptômes. Si cette « notion se trouve confirmée, elle apportera à la « doctrine de la spécificité du rhumatisme un ar« gument de premier ordre : en en démontrant « la spécificité étiologique, elle permettra de pré« juger de la spécificité de son germe encore in« connu. »

Sur un incident au cours de l'injection intraveineuse de cyanure de mercure.

L'auteur, M. L. Renard, signale (*Presse méd.*, 27 déc. 1919) la perception d'odeur d'amandes amères par le patient auquel on vient de faire une injection intraveineuse de cyanure de mercure. Cette perception peut s'accompagner de vertiges, d'éblouissements, de tendance syncopale. Elle serait due à l'impression de la muqueuse pituitaire, puis du nerf olfactif par la solution hydrargyrique lancée dans le torrent circulatoire.

Il est bon, dit-il « d'avertir le malade de la « sensation olfactive qui peut être perçue afin « d'éviter toute surprise désagréable ; de plus, il « est bon que l'on soit prévenu soi-même de cet « incident afin de ne pas dramatiser la situa« tion ».

Les troubles moteurs dans le zona.

Qu'ils surviennent en même temps que l'éruption zostérienne, ou dans les quatre ou cinq jours qui la suivent, qu'on les observe plus longtemps après, ou qu'ils la précèdent, les troubles moteurs compliquant le zona ne sont considérés comme tels que lorsqu'ils ont un rapport anatomique des plus étroits avec lui.

Au dire de MM. Baudouin et Lantuejoul (*Gaz. des hôp.*, 1919, n° 82), la paralysie débute insidieusement ; elle est toujours unilatérale, du même côté que le zona, avec une topographie radiculaire, allant de la simple parésie, à la paralysie flasque, sans contracture confirmée. On note en même temps des troubles de la sensibilité objective et subjective, des douleurs constantes, des réflexes diminués, abolis ou même inversés, des troubles trophiques (cyanose, rougeur, œdème, amyotrophie, troubles osseux et articulaires), des troubles des réactions électriques.

Cette paralysie dure de quelques jours à un ou plusieurs mois, mais elle est bénigne et disparaît sans laisser de traces.

La paralysie faciale est la plus fréquente des paralysies zostériennes. L'éruption qui la précède occupe toujours, discrète ou marquée, un territoire cutané constant, à savoir : le conduit auditif externe, l'intérieur du pavillon de l'oreille, la conque, le tragus, l'antitragus et le lobule. Elle est unilatérale et périphérique, totale et complète. Elle peut s'accompagner d'hyperacousie et de paralysie du voile du palais, de troubles gustatifs (corde du tympan), de vives douleurs auriculaires et périauriculaires. Elle est isolée ou associée à des troubles du nerf auditif, des paralysies des muscles de l'œil, etc.

Le zona ophtalmique peut entraîner une paralysie de la musculature extrinsèque et intrinsèque de l'œil ; elle est d'un pronostic favorable, mais peut s'accompagner de troubles trophiques au niveau des membranes de l'œil.

Au zona du trijumeau correspond une paralysie masticatrice ; au zona du plexus cervical, des paralysies des muscles moteurs du cou.

Au membre supérieur, les troubles moteurs sont rares. Il y a superposition des troubles éruptifs, sensitifs, moteurs, réflexes et vaso-moteurs. Ils durent plusieurs mois mais finissent toujours par disparaître. Au membre inférieur, on ne connaît qu'un cas de paralysie liée à un zona.

Au point de vue pathogénique, on peut supposer que l'infection zostérienne habituellement localisée au ganglion postérieur peut gagner les cellules des cornes antérieures de la moelle, ou bien encore que la racine antérieure est comprimée au niveau du trou de conjugaison par le ganglion enflammé (Souques et Sicard).

Enfin, si l'on n'a pas constaté de troubles paralytiques dans le zona intercostal, c'est qu'il est difficile de dépister les manifestations cliniques de ces paralysies, qui ont d'ailleurs peu d'importance, et n'attirent pas l'attention.

Greffes de Reverdin par un procédé nouveau.

M. W. Dubreuilh (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 décembre 1919) utilise un bistouri bien tranchant et une aiguille à suture courbe montée sur une pince hémostatique. Il décrit ainsi son procédé : « On pique la peau avec l'aiguille et on « la soulève légèrement,puis avec le bistouri, on « passe sous la pointe et on détache un lambeau « de peau qui mesure environ deux millim. de « large et qui reste fiché sur l'aiguille. Avec l'ai- « guille et en s'aidant au besoin de la pointe du « bistouri, on va déposer le greffon à sa place sur « la plaie, et avec la pointe du bistouri, on l'ap- « plique en s'assurant qu'il n'est pas replié ».

Le greffon doit contenir l'épiderme et la couche sous-épidermique.

L'avantage de ce procédé, c'est qu'il n'est pas douloureux, qu'il est rapide et ne nécessite qu'une instrumentation simple. Enfin, il peut *être employé au lit du malade sans recourir à la table d'opération.*

La plaie doit être dans un état optimum, ne suppurant pas excessivement, non enflammée, avec des bourgeons rouges, de bon aspect, non exubérants. Les greffons sont alors déposés de préférence sur les bourgeons, à quelques millimètres (4 à 8) les uns des autres.

On les recouvre de petits fragments de gaze de quelques centimètres de large, posés légèrement, individuellement et en grand nombre, qu'on arrose de sérum artificiel tiède. On applique pardessus une série de compresses sèches qu'on mouille sur place et qu'on comprime sous une couche d'ouate sèche maintenue avec un bandage compressif.

Le pansement est refait au bout de 48 heures. On arrose les pièces largement avec du sérum tiède afin de ne pas arracher les greffons ; on peut même laisser la dernière gaze et refaire le pansement de la même façon. Les greffes sont généralement prises au bout de six à sept jours.

Si le bourgeonnement ultérieur était excessif, on passerait le nitrate d'a ent à plat sur toute la surface.

La greffe de Reverdin n'empêche pas la cicatrice avec ses inconvénients et ses dangers. Mais elle est infiniment plus facile et moins délabrante que les autres méthodes et permet d'obtenir la fermeture de la plaie qui, sans elle, serait beaucoup plus longue sinon impossible.

G. D

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

Chez MALOINE et fils. éditeurs, à Paris.

Cr L. Pron. — **Formulaire thérapeutique des maladies du tube digestif.** (Un volume, 109 pages : prix :3 fr).

Présenté sous une forme attrayante, ce petit opuscule qui contient tout, et rien de plus qu'il ne faut pour la pratique journalière, conquerra vite, j'en suis convaincu, la faveur du grand public médical. Des formules efficaces dictées par l'expérience, des traitements rationnels exposés avec le savoir de l'auteur, que nous connaissons bien, voilà ce que le praticien trouva dans le livre de M. Pron. Ajoutons, pour être complets, qu'il pourra y puiser également des renseignements intéressants dans les quelques pages que l'auteur a consacrées à la règlementation des produits toxiques.

Chez MASSON et Cie., éditeurs, à Paris.

Dr L. Gallavardin. **La tension artérielle en clinique** (Un volume de 720. 30 fr. net).

L'ouvrage que le Dr Gallavardin présente au public médical est moins une seconde édition qu'un nouveau livre. Il s'est enrichi des travaux parus sur ce sujet durant ces dix dernières années, et qu'il y avait intérêt à condenser, comme des résultats de l'expérience personnelle de l'auteur.

Après avoir passé en revue, dans le premier tiers de l'ouvrage, les divers procédés utilisés pour prendre correctement et le plus commodément possible, sans instrumentation compliquée, les deux valeurs de la pression artérielle (pression maxima et minima), l'auteur consacre les deux autres tiers à l'étude clinique et thérapeutique de la tension artérielle. Il suffira de lire cette seconde partie et de jeter les yeux sur les graphiques répandus à profusion dans cet ouvrage pour se rendre compte de *l'économie de temps* et du *sérieux appoint diagnostique et pronostique* que la pratique sphygmomanométrique est capable de procurer au médecin praticien.

PARTIE PROFESSIONNELLE

JURISPRUDENCE

Accidents du travail. Soins donnés à un blessé qui a continué à travailler.

Le jugement du tribunal civil de la Seine (3e ch., 2e sect., ancienne 4e ch. 3e sect.) du 6 décembre 1919, que j'ai cru utile de signaler aux lecteurs du *Concours* dans le nº du 28 décembre 1919, p. 2276, a été rendu après la loi nouvelle du 17 octobre 1919.

Plusieurs membres du *Concours* nous demandent si ce jugement n'est pas en contradiction avec cette loi. Je pense répondre à leur désir en complétant cette publication par quelques commentaires. Il résulte des travaux préparatoires et du texte même de la loi nouvelle que le législateur ne s'est préoccupé que de faire cesser l'anomalie existant antérieurement, dans la loi accidents, telle qu'elle a été interprétée par la jurisprudence, et consistant à laisser à la charge de l'ouvrier les frais de maladie occasionnés par un accident, quand son incapacité de travail avait eu une durée inférieure à quatre jours, à moins que cette incapacité ait duré plus de dix jours. C'est pour cela que les rédacteurs de la loi ont dit : « Quelle que soit la durée de l'interruption du travail occasionnée par l'accident, le chef d'entreprise supporte en outre les frais médicaux. »

Ainsi, les frais de maladie sont dus à la condition qu'il y ait eu incapacité de travail, quelle qu'en soit la durée.

Il eût été souhaitable, avant d'adopter cette rédaction, que le législateur eût envisagé une hypothèse qui n'a rien d'impossible, et qui s'est même présentée plus d'une fois. Il peut arriver qu'une partie du corps soit lésée et nécessite des soins, sans qu'il soit absolument obligatoire que l'accidenté interrompe son travail. Il pourra se faire panser le membre ou l'organe lésé et reprendre immédiatement son travail antérieur, ou exécuter un autre travail que lui confiera son patron, avec le désir de ne pas être réduit au demi-salaire, afin de gagner sans interruption le salaire intégral, nécessaire aux besoins de sa famille. Il peut arriver en outre qu'au moment de la consolidation de la blessure, l'accidenté reste atteint d'une incapacité permanente partielle plus ou moins grave, pouvant donner lieu pour lui à une rente. Dans ce cas il aura reçu les soins du médecin depuis l'accident jusqu'à la guérison, et pendant ce temps le travail n'aura pas été interrompu et le salaire intégral aura été payé. Le patron prétendra-t-il qu'en pareil cas il n'aura pas plus à payer la rente pour incapacité permanente que les frais de maladie, ou si l'on accorde que l'ouvrier aura droit à la rente, pourra-t-on soutenir que les frais de maladie devront rester à sa charge parce qu'il aura touché pendant le traitement son salaire entier ?

Pour éviter toute contestation sur ce point, le blessé devrait donc interrompre son travail pendant un temps plus ou moins long, ne fut ce qu'une journée, car ainsi, avec le nouveau texte voté le 17 octobre 1919, le droit de réclamer les frais médicaux au patron ne sera pas contestable.

De son côté, le médecin se trouverait conduit à conseiller à son blessé d'interrompre son travail pour s'assurer sans contestation le droit aux frais de maladie.

Les conséquences d'un tel système seraient une prime à la paresse.

En admettant que, depuis la nouvelle loi, qui n'a pas été faite dans le but de trancher cette difficulté, la question se présente de la même manière qu'avant, comment le tribunal de la Seine, dans sa chambre des accidents du travail, a-t-il pu admettre que le blessé, qui n'interrompt pas le travail et qui touche son salaire entier, tout en continuant à recevoir les soins de son médecin, gardera à sa charge les frais médicaux ?

Pour apprécier la valeur et la portée de cette décision, il serait sans doute nécessaire de connaître les faits. Le jugement rendu par le tribunal de la Seine n'ayant pas été publié jusqu'à ce jour, nous ignorons comment l'affaire se présentait en fait, et nous ne pouvons dire si la décision rendue a vraiment la valeur d'une décision de principe.

Jusqu'alors, à notre connaissance il n'existait sur cette question qu'un jugement du tribunal de paix du XIVe arrt. de Paris, du 19 décembre 1912 (*Gaz. des trib.*, 5 janvier 1913), adoptant la même solution que le tribunal de la Seine. L'espèce était la suivante : un gardien de chantier s'était fait une blessure à la tête en montant sa garde et en faisant une chute sur un tas de pierres. L'os frontal mis à nu avait nécessité une suture immédiate. Le médecin l'avait constaté dans un certificat, en déclarant que le blessé pourrait continuer à travailler, c'est-à-dire à exercer ses fonctions de gardien, ce qu'il avait fait. Le juge de paix du XIVe arrt a déclaré que « le blessé ayant été en état de travailler et « de recevoir son salaire en totalité, on ne sau« rait dire qu'il a subi le préjudice qui a l'indem« nité pour contre-partie, d'où la conclusion né« cessaire que le chef d'entreprise n'est pas plus

« assujetti au payement de l'indemnité afférente « aux frais pharmaceutiques et médicaux, qu'il « ne le serait au payement, par exemple, de celle « qui correspondrait au demi-salaire ; que c'est « donc, non pas au chef d'entreprise, mais à « l'ouvrier seul, que le médecin se peut alors « adresser. » Le commentateur de la *Gazette des tribunaux* approuve cette décision en disant que l'accident qui a nécessité les soins médicaux ne tombe sous l'application de la loi du 9 avril 1898, qu'autant que l'accident a entraîné pour la victime une incapacité, au moins temporaire, de travail.

Pourrait-on, sans absurdité, appliquer cette règle au cas où la continuation du travail aura eu lieu malgré une blessure entraînant, lors de la consolidation, une incapacité permanente, où l'ouvrier aura droit à une rente d'autant moins forte que le malade aura été mieux soigné ?

Comprendrait-on qu'il supportât sans recours contre le chef d'entreprise les frais médicaux et pharmaceutiques, sous le prétexte qu'ayant continué son travail, il aurait comme contre-partie touché son salaire entier au lieu d'un demi-salaire qu'eût payé le patron sans recevoir du travail en compensation ?

Il ne semble pas qu'un semblable résultat soit commandé par aucune disposition de la loi-accidents, ni par les interprétations émanées de la Cour de Cassation dans des arrêts rendus en se plaçant à tout autre point de vue.

L'arrêt du 26 octobre 1903 (et non 1905) que nous rappelons dans le n° du *Concours* du 28 décembre 1919, ne formule cette proposition « que « les frais de maladie sont l'accessoire de l'in« demnité temporaire et cessent d'être dus lors« que cesse d'être due ladite indemnité, c'est-à« dire le jour où a été définitivement fixée la « pension viagère », qu'en la faisant découler de la combinaison des art. 15 et 16 de la loi et pour résoudre la question de savoir si le juge de paix compétent pour statuer sur les frais de maladie en vertu du premier de ces articles, avait également compétence pour statuer sur une demande en payement de frais de maladie exposés par l'ouvrier après que le tribunal lui avait alloué une pension viagère. Le rapprochement ainsi fait par la Cour de Cassation ne saurait avoir pour effet de régler une question aussi différente de la question que celle qui lui était alors soumise.

L'autre arrêt rendu par la Cour de Douai le 14 novembre 1910, dans lequel est également effectué le rapprochement de l'indemnité journalière et des frais de maladie, s'appliquait à un cas où des frais de maladie et une indemnité temporaire étaient réclamés postérieurement à la consolidation de la blessure et à la reprise du travail, pour une opération chirurgicale qui avait entraîné une certaine interruption du travail. Dans la question qui nous occupe, il s'agit de soins médicaux qui ont été donnés immédiatement après l'accident qui les avait occasionnés.

Il est regrettable que le jugement, dans l'affaire Kergoya, rendu par le tribunal de la Seine, n'ait pas intéressé un membre du « Sou médical » car c'eût été pour cette infatigable Ligue de défense professionnelle une excellente occasion de porter cette nouvelle question devant la Cour suprême.

G. GATINEAU
Avocat à la Cour d'Appel.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Le syndicalisme et l'Assistance publique

Je viens de lire avec le plus vif intérêt et la plus grande attention l'article paru dans le dernier numéro du *Concours* sur le syndicalisme et l'assistance publique.

M. Le Boulanger expose avec clarté les éléments d'un problème que les circonstances peuvent, un jour ou l'autre, nous forcer à résoudre et, il a grandement raison quand il se demande ce qu'il adviendrait de l'assistance publique dans une Société ayant évolué suivant la doctrine syndicale.

Tandis que nos dirigeants accumulent les réformes sans consulter les techniciens, M. Le Boulanger ne craint pas de déclarer que le fonctionnement de l'assistance publique ne se peut concevoir sans le concours des médecins.

J'espère et je souhaite que l'article que je vise suscitera quelques observations de la part des lecteurs du *Concours* et que de la discussion surgiront quelques clartés.

J'aurais pour mon compte été heureux de voir l'auteur dire comment il comprenait que puisse être mis en valeur le rôle du médecin, agent technique.

Notre syndicalisme, qui épouvante encore beaucoup de très bons esprits, ne peut se comparer au syndicalisme manuel, au syndicalisme ouvrier. Il serait fort intéressant de connaître là-dessus l'opinion de M. Jouhaux, dont on ne saurait nier la réelle valeur et le désir profond d'amélioration de notre condition sociale.

Me bornant à envisager la doctrine syndicaliste au regard seulement de la profession médicale, j'aimerais voir nettement définir ce que nous pouvons et devons en attendre.

L'ouvrier a un droit dont il peut user et qui constitue sa force, c'est la grève. Or, ce moyen ne peut être employé par nous autres, techniciens-médecins ; on ne fait pas grève quand son semblable est malade, quand il faut opérer un blessé, quand un enfant va naître.

L'ouvrier, au contraire, pour faire aboutir ses revendications, avec raison parfois, abusivement et contre ses propres intérêts dans certains cas, peut dire qu'il refuse le travail.

Nous, médecins, devons marcher et les sentiments d'humanité qui font notre honneur constituent notre faiblesse.

Comment nous faire écouter, comment nous faire entendre ?

Vers la fin de son article, M. Le Boulanger constate que les tendances actuelles des chefs du parti sont pour l'Evolution et non pour la Révolution; celle-ci, destructive et dangereuse, celle-là, plus lente, mais plus sûre à la condition que l'effort soit constant et la bonne volonté égale de la part des co-intéressés.

Si l'on ne peut changer par de simples formes et des ordres du jour le cadre et le moule de notre Société moderne, on devrait pouvoir, par une collaboration efficace des ouvriers et des techniciens, arriver à obtenir des représentants actuels de nos administrations des avantages sérieux qui seraient le gage des réformes futures.

Qui dit évolution, dit discussion, concession. Comme on ne refait pas en quelques secousses une société vieille de tant de siècles et qu'on ne peut tout bouleverser sans avoir à craindre les pires catastrophes, je voudrais que, tout au moins, dans la lutte contre les fléaux tels que l'alcool, le taudis, la syphilis, la tuberculose, il se crée une sorte de doctrine, et que pour arriver à nos fins, nous puissions nous appuyer sur l'élément ouvrier, dans l'espèce le « consommateur », puisque nous, les techniciens, ne pouvons user d'aucun moyen autre que la persuasion .

Mais cet élément important ne devrait jamais être négligé et, au risque de nous trouver seuls dans une réunion, dans une commission, dans un comité, ne pas craindre d'y demeurer afin de défendre des idées qui surprendront peut-être au premier abord, mais finiront par s'imposer.

Pour me résumer, je dirais presque ceci : Le médecin n'a pas d'arme, mais il peut toujours convaincre.

Dr Ch. LEVASSORT,
Secrétaire général
de l'Association générale.

II

Les visites à jours fixes en dehors de la résidence du médecin.

La question des tournées médicales à jours fixes dans les clientèles rurales a été souvent discutée. Au Concours médical, *où la plupart d'entre nous ont exercé à la campagne, nous en sommes les adversaires de principe. Mais nous n'apportons aucune intransigeance dans notre opinion. Aussi nous paraît-il intéressant de publier l'étude complète qui a paru dans* Le Médecin français *du 1er novembre 1919 et qui met cette question au point d'une façon très judicieuse.*

L'auteur est d'accord avec nous pour conclure que cette manière de faire présente plus d'inconvénients que d'avantages et qu'il faut en souhaiter la disparition.

C'est tout à fait notre avis.

(*N. D. L. R.*)

La mise en vigueur d'un nouveau tarif d'honoraires, d'un prix plus élevé, nécessitée par la vie chère, a fait remettre en avant la question des visites à jours fixes en dehors de la résidence du médecin, cette façon d'agir paraissant, à juste titre, à beaucoup de confrères, une façon détournée de faire de la médecine au rabais.

Quels avantages présentent ces tournées fixes et quels en sont les inconvénients ? Pourquoi cette pratique est-elle employée par beaucoup de médecins ? Est-il possible de la supprimer ou bien de quelle façon pourrait-on établir un *modus vivendi* qui donne satisfaction et établisse la concorde entre nous ?

Avantages pour le médecin

Le premier, le principal avantage des T. F. est de faire rendre le maximum à la clientèle : le médecin voit en effet de cette façon bien des malades qui ne seraient pas venus à son cabinet ou ne l'auraient pas fait appeler. Pour une raison ou pour une autre, soit qu'il ne se trouve pas assez malade, soit par crainte du déplacement, de la perte de temps, le client se contente de parler au pharmacien, à la bonne sœur, à la sage-femme, quitte à appeler plus tard le médecin, si cela ne va pas mieux. Tandis que, sachant que celui-ci vient tel jour, il n'hésite pas à le consulter. Voilà une première catégorie de clients qui, sans la tournée fixe, aurait échappé au médecin, au profit des illégaux. Ayant le médecin plus à sa portée, le malade est moins enclin à recourir aux rebouteux et aux empiriques.

Mais cet avantage est beaucoup plus important pour le médecin qui fait la pharmacie, car la T. F. lui permet de porter régulièrement à ses malades les médicaments qu'il leur prescrit ; il tient de cette façon bien mieux en mains ses chroniques, qui, à époques fixes, viennent lui demander le renouvellement de leurs remèdes. Tandis que, si le médecin n'allait pas chez eux, beaucoup de clients, vu la distance et la perte de temps, prendraient leurs médicaments au pharmacien ambulant (qui, lui, passe régulièrement) ou à la bonne sœur et autres illégaux. La pharmacie étant une source de revenus appréciables pour le médecin pro-pharmacien, d'autre part la concurrence illégale des pharmaciens ayant pris dans nos campagnes une ampleur

extraordinaire, les T. F. sont un puissant moyen de défense et d'augmentation de ses ressources.

Mais cette pratique ne favorise pas l'accroissement de la clientèle qu'au détriment des illégaux ; elle le fait aussi aux dépens des confrères, et là, sa légitimité devient discutable. Un médecin habitant une petite bourgade, où rien n'attire la clientèle, se trouve en état d'infériorité vis-à-vis de ses voisins de centres plus importants : petites villes, chefs-lieux de canton, où existent des marchés et des foires. Car le fermier qui s'y rend pour ses affaires, profite de son voyage pour consulter le médecin : la consultation entraîne souvent des visites ultérieures, voilà un client acquis. Pour contrebalancer cette influence, le médecin de la petite bourgade, où n'existe pas cette cause d'appel, est tenté d'aller à jours fixes dans les communes limitrophes, où, ses jours de visites étant connus, il aura chance de retenir une partie de la clientèle.

D'autre part, étant donné le développement des moyens de communication, le paysan va facilement maintenant consulter à la ville le *grand* médecin, d'autant plus facilement qu'il sait bien que, de retour chez lui, il aura toute facilité pour faire renouveler ses ordonnances par le pharmacien qui vient à jours fixes. De cette façon, bien des malades chroniques de la campagne se font soigner en dehors du médecin de leur arrondissement, lequel, si cela se généralisait, n'aurait plus à traiter que les maladies aiguës. En faisant des T. F. il retient une partie de ces infidèles.

Par ailleurs le système des T. F. est pour le médecin un moyen de défense contre les empiètements des confrères qui font la médecine au rabais. Ne voulant pas les suivre sur ce terrain, il applique le tarif intégral, mais fait des visites à jours fixes pour rétablir l'équilibre. Si cette manière de faire lui convient mieux, nul ne peut lui en faire un reproche, il se défend avec les armes qui lui plaisent.

Les T. F. peuvent être encore pour le médecin un moyen d'assurer sa position, de se prémunir contre l'installation éventuelle d'un concurrent. Quand deux ou trois communes sont desservies régulièrement à jours fixes par un médecin, la population de ces localités ne songe pas à en demander un autre ; et d'autre part, le confrère qui serait sollicité de s'installer dans l'une d'elles, voyant la place bien gardée, y regarderait à deux fois avant de se lancer dans l'entreprise. Là encore, rien à dire ; le médecin se donne de la peine pour conserver ce qu'il a acquis, et il ne lèse personne.

Enfin certains confrères trouvent à l'emploi des T. F. un autre avantage ; celui de faciliter leur travail en régularisant leurs courses. Les malades, sachant que le médecin doit passer chez eux à tel jour, s'arrangent pour attendre ce jour-là, et le médecin est rarement appelé dans la région en dehors de son jour de tournée. Mais c'est là un avantage très discutable, comme nous le verrons tout à l'heure, et qui offre, comme contre-partie, des inconvénients qui lui enlèvent sa valeur.

Inconvénients pour le médecin.

Les T. F. en effet ont bien des inconvénients, dont le premier est l'assujettisssement pour le médecin de se trouver à jour et à heure fixes à un endroit donné. Impossible de faire de projets sans compter avec cette éventualité. Dans les moments où les malades sont nombreux, il est souvent très difficile de combiner le programme de sa journée de façon à y intercaler à son heure la T. F. Car il faut y être très exact, sinon la méthode perd toute sa valeur ; la clientèle, sachant qu'elle ne peut y compter sûrement, se lasse et ne vient plus. C'est un assujettissement pénible et fastidieux ! Et quel ennui, quand sur le point de partir pour sa T. F., un malade urgent (ou soi-disant tel) appelle le médecin dans une direction contraire ! Il lui faut : ou bien remettre ce malade à plus tard, ce qui peut offrir des inconvénients, voire du danger, ce qui en tout cas, le mécontente toujours, pour aller à la consultation fixe, où peut-être des malades attendent..., mais où peut-être il n'y a personne ; ou bien se rendre de suite chez le patient, et, pendant ce temps, les malades attendent là-bas, puis, las d'attendre, s'en vont, et quand il arrive, il n'y a plus personne. Dans l'un ou l'autre cas, il risque de mécontenter quelqu'un... sans parler de lui-même que ces tiraillements impatientent.

Le deuxième inconvénient est la perte de l'indemnité kilométrique, et cette perte est encore plus sensible pour le médecin, s'il n'y a à l'attendre ni visite, ni consultation : dans ce cas, il a tout perdu, son temps et son argent, sans parler du petit froissement que son amour-propre peut en ressentir.

On peut objecter à cela qu'il faut regarder l'ensemble et non le détail, et que si, certains jours, il n'y a rien ou peu, d'autres jours il y a beaucoup, et que l'un compense l'autre. Il est certain, d'autre part, que, pour le médecin-pro-pharmacien, les T. F. inutiles sont rares, car il a toujours à renouveler quelques médicaments pour ses chroniques.

N'empêche qu'il n'est pas sûr, tout compte fait, même dans les cas le plus favorables, c'est-à-dire ceux où le médecin ne fait pas de tournées fixes inutiles, il n'est pas sûr qu'il y a avantage : car si, de cette façon, il a fait autant comme chiffre, s'il a fait même plus qu'avec les visites sur appel, le médecin a travaillé davantage, il s'est donné plus de peine ; à travail égal, il est moins rémunéré.

Enfin, au point de vue moral, les T. F, présentent un inconvénient qui n'est pas à négliger ; elles ne rehaussent pas le prestige du médecin..., au contraire. Le public doit être porté à l'assimiler au pharmacien ambulant, et en faire une sorte de caïffa médical, allant offrir sa marchandise : et il est avéré qu'une marchandise trop offerte perd de sa valeur.

Voilà donc exposés, pour le médecin, les avantages et les inconvénients des T. F. Et pour le malade ? Bien que certains confrères pensent le contraire, nous estimons qu'il est permis d'envisager la question à ce point de vue, et de voir quels sont pour lui les avantages et les inconvénients de la méthode.

Avantages pour le client

Au point de vue de son porte-monnaie, l'avantage est indiscutable, et cette constatation seule devrait suffire à montrer que c'est pour nous le contraire : si le client y gagne, le médecin y perd.

Au point de vue de leur santé, il est certain que les malades peuvent être mieux suivis : on peut leur faire un plus grand nombre de visites, sans que la note monte aussi haut, tandis qu'avec les visites exprès, le médecin est quelquefois forcé d'espacer ses voyages.

De cette façon les gens peu fortunés sont mieux soignés, en particulier les malades de l'Assistance médicale gratuite, pour lesquels le tarif extrêmement bas des honoraires ne permet pas de multiplier les visites sur appel.

Inconvénients pour le client

Mais, comme contre-partie, dans certaines circonstances, la santé et même la vie des malades peuvent être sérieusement mis en danger par ce procédé. En effet, comptant sur le passage du médecin pour tel jour, s'ils tombent malades la veille, ils tâcheront de patienter, et nous avons tous vus mourir des cas d'appendicite et de hernie étranglée qu'une opération faite 24 heures plus tôt eut sauvés.

Conclusions

En résumé, la bourse mise à part, les visites à jours fixes présentent pour les malades autant d'inconvénients que d'avantages. Pour le médecin, il paraît bien que les inconvénients l'emportent, et il est à désirer que cette pratique disparaisse des mœurs médicales. Mais pour le moment, il ne nous semble pas que l'on puisse en décréter la suppression. Trop d'intérêts personnels et légitimes sont en jeu pour qu'une mesure générale soit adoptée : tout dépend des circonstances. Certains médecins font des T. F. pour râfler la clientèle de leur confrère, et c'est mal ; d'autres emploient le même moyen pour se défendre contre les empiètements voisins, tarifs au rabais, concurrence illégale... pour assurer leur position, et c'est bien. Nous pensons donc qu'en principe la pratique des T. F. est une affaire toute personnelle ; que le médecin, après avoir pesé le pour et le contre d'après sa situation, peut l'adopter à ses risques et périls, mais à la condition expresse *qu'il ne lèse en rien les intérêts de ses confrères*. En d'autres termes, il faut envisager les différentes situations qui peuvent se présenter et qui, sauf plus ample informé, peuvent se ramener aux trois suivantes ;

A. — *Médecins habitant la même localité.*

Si tous s'entendent pour appliquer le tarif syndical et *l'appliquent*, s'ils s'engagent à ne visiter les malades que sur appel, la question ne se pose pas.

Si l'un d'eux veut faire des visites à jours fixes aux environs et qu'il soit syndiqué, le Syndicat a le devoir de s'y opposer. S'il n'est pas syndiqué, les autres confrères seront autorisés à employer contre lui telles armes qu'ils jugeraient utiles : mise à l'index, etc.

Voilà pour les rapports de ces médecins entre eux. Pour leurs rapports avec les confrères des communes limitrophes, ils rentrent dans la catégorie suivante :

B. — *Médecins habitant deux localités différentes avec une localité entre eux.*

Ici deux subdivisions :

A. — *La localité est à égale distance des deux médecins.* C'est à eux de s'entendre ; ils ont tout avantage à appliquer le tarif à la visite ; mais si, pour des raisons particulières (par exemple concurrence des illégaux) ils croient préférable de faire des T. F. ils sont libres d'adopter ce système.

Mais si l'un d'eux ne veut pas le faire, l'autre devra y renoncer, en tout cas en référer au syndicat qui appréciera ses raisons et statuera en dernier ressort.

B. *La localité est à inégale distance des deux médecins.* Si chacun d'eux prend le plein tarif, c'est parfait. Mais si le confrère le plus éloigné prend le même prix que celui qui est le plus près, celui-ci a le droit de faire des tournées fixes ; et si le premier proteste, il a tort ; qu'il renonce d'abord à sa concurrence ; étant le plus éloigné il doit prendre des honoraires plus élevés que son confrère, sinon ce dernier a le droit de se défendre par les moyens en son pouvoir.

Mais ce qui devient tout à fait inadmissible, c'est qu'avec le système des T. F., le médecin le plus éloigné d'une localité vienne y faire des visites à un prix inférieur à celui du médecin le plus près. Exemple : deux médecins ont entre eux une petite commune ; l'un en est à 6 km. ; l'autre à 8 km. seulement. Celui qui est à 2 km.

ne fait pas de T. F. ; il ne va que sur appel et applique le tarif syndical, actuellement 8 francs la visite. Celui qui demeure à 6 km. fait des T. F. ; il vient deux ou trois fois par semaine, et visite les malades à raison de 5 fr. (et même 4 fr.) la visite. Qu'arrive-t-il ? C'est que le médecin qui est à 2 km. n'a aucun client, c'est le plus éloigné qui fait tout. Il devrait donc être bien établi qu'en aucun cas un médecin ne peut aller en visites à jours fixes sur le territoire d'un confrère, à moins de prendre le tarif minimum de ce confrère.

C. *La dernière catégorie* ne nous retiendra pas longtemps. Un médecin est seul dans un rayon comprenant deux ou trois petites communes rapprochées de sa résidence et beaucoup plus éloignées des confrères environnants ; le petit noyau de clientèle lui appartenant en fait, il est libre d'agir à sa guise.

Supposons maintenant toutes les règles bien établies et l'entente conclue entre un groupe de médecins pour la suppression des T. F., une objection se présente : un confrère pourra tourner la difficulté et user (et abuser) de la visite de passage. Il ira par exemple dans une localité à 10 km. de chez lui, appelé (ou non) par un malade ; il fera dans cette localité plusieurs visites à cent sous, sans compter ce qu'il aura raccroché en route. Quelle différence y a-t-il entre ce procédé et celui des T. F. ? et est-il bien nécessaire qu'un médecin renonce à faire des visites à jours fixes, pour que ses confrères lui prennent ses clients au moyen de la visite de passage ? Il y aurait un moyen de parer à cela, ce serait de supprimer également la visite de passage. Des confrères ont agi ainsi : appelés hors de leur résidence par plusieurs malades, au même endroit, ils prenaient à chacun d'eux le tarif plein, comme si chaque malade avait été seul à les demander. Ce serait sans doute trop exiger en bien des cas.

Mais ce qui nous paraîtrait tout à fait équitable, ce serait d'élever le prix de la visite de passage : ce prix devrait toujours être la moitié du prix de la visite sur appel, sans jamais être inférieur à 5 frs. Exemples : visite sur appel à 10 kil. prix 24 francs ; visite de passage dans la même localité 12 frs, et autant de fois 12 francs qu'il y aura à voir. De même pour les visites en cours de route sur le trajet du médecin : si c'est à 6 kil. qu'on l'arrête, le prix de la visite au tarif plein étant de 16 fr., sera de 8 fr. pour la visite de passage ; à 4 kil. elle sera de 6 fr. au lieu de 12 frs ; mais à ? kil. elle sera de 5 fr.

Si cette mesure n'agrée pas, on peut en adopter une autre ; par exemple prendre 10 frs pour toute visite de passage : c'est le prix que vient de fixer le Syndicat médical d'Indre-et-Loire. En tout cas, on ne peut pas admettre le prix de 5 frs pour toute visite de passage, quelle que soit la distance. C'est le prix moyen de la visite dans la résidence du médecin ; or la visite de passage doit être tarifée davantage, car c'est souvent un dérangement assez grand pour le médecin d'être retardé dans ses tournées par des clients qui l'arrêtent en route ; c'est de plus la perte de l'indemnité kilométrique, puisque souvent ces malades seraient obligés de le faire appeler exprès. Il serait donc de toute justice de taxer plus cher la visite de passage.

En résumé, et comme conclusion de cette étude, nous estimons que les visites à jours fixes en dehors de la résidence du médecin offrent plus d'inconvénients que d'avantages, et qu'on ne peut que souhaiter la disparition de cette manière de faire. Mais nous reconnaissons que dans bien des circonstances, elles sont en quelque sorte imposées au médecin qui veut vivre de sa profession. Le principal obstacle à la suppression des T. F. réside dans la conduite des confrères qui n'appliquent pas loyalement le tarif syndical. Il faut donc d'abord une entente absolue et franche entre les médecins pour l'application intégrale du tarif à la visite ; il faut des sanctions contre ceux qui ne l'observent pas, sinon ce ne sont que des paroles en l'air. Que ceux qui veulent faire partie du syndicat se soumettent strictement à ses décisions, mais que ceux qui ne veulent d'aucune discipline s'en retirent afin que l'on sache d'une façon nette à qui l'on a affaire. Il faudrait également supprimer l'exercice illégal des pharmaciens ambulants qui, à l'heure actuelle, sont les concurrents les plus redoutables du médecin de campagne.

En attendant que des mesures générales puissent être posées dans ce sens, les médecins que la question intéresse devront s'entendre entre eux et établir un accord qui sera déposé au bureau du syndicat.

Dr ARIN,
Beaulieu (Maine-et-Loire).

III

Syndicat médical de Montpellier

Dans sa séance du 20 janvier 1920, le Syndicat médical de Montpellier, en présence du coût sans cesse croissant de la vie, a dû procéder à la révision des tarifs d'honoraires.

A partir du présent avis, la visite simple ou consultation au cabinet sera tarifée 15 fr., la visite d'urgence ou consultation les dimanches et jours fériés 30 fr., la visite de nuit 50 fr., indemnité kilométrique : 3 fr. par kilomètre parcouru. Les autres actes médicaux subissent une majoration analogue, le triple environ d'avant-guerre.

Le public en appréciera la modération en considérant que depuis 1914, le coût de la vie, qui avait quadruplé l'an dernier, est passé aujour-

d'hui au quintuple, sans que cependant les honoraires médicaux aient jusqu'à maintenant sensiblement varié.

Il est bien entendu que ce tarif, dit normal, est un tarif moyen, et qu'il ne concerne ni les consultants ni les spécialistes.

Enfin, il est rappelé que, par décision syndicale du 3 juin 1919, toutes les transactions d'honoraires se font au comptant.

CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

La médecine militaire devant l'opinion médicale.

Une lueur dans les ténèbres.

Dans un article paru dans le *Bulletin médical* du 31 janvier, relatif à la cérémonie commémorative du 25 janvier dernier, à la Sorbonne, l'auteur donne, comme officieux, les chiffres suivants concernant les pertes de guerre du Service de Santé.

	Total	Pourcentage par rapport aux effectifs *totaux* mobilisés.
	—	—
Médecins auxiliaires (1).....	384	
Pharmaciens auxiliaires.....	62	3.25
Médecins du cadre actif.....	116	6.56
Elèves de l'Ecole de santé militaire	41	9.78
Médecins de complément....	812	4.17
Pharmaciens du cadre actif..	5	3.81
Pharmaciens de complément.	82	2.48
	1502 (2)	

Il est à peine besoin de faire remarquer que, pour juger sainement ce pourcentage, il faut tenir compte du nombre assez grand de médecins que leur âge a retenus à l'intérieur et qui, cependant, comptent dans les effectifs *totaux* (2).

Quand on serre ces chiffres d'un peu près et qu'on se livre aux calculs que permet la comparaison des totaux proprement dits avec les pourcentages, ils apparaissent sujets à caution.

C'est ainsi, par exemple, qu'à raison de 812 médecins de complément tombés au feu, avec un pourcentage de 4,17 %, il y aurait eu 19.472 médecins de complément mobilisés.

Ce nombre semble dépasser sensiblement celui qui fut indiqué à différentes reprises pendant la guerre, en haut lieu.

Si, d'autre part, on veut bien considérer que, parmi les médecins auxiliaires, une grande partie devait être considérée comme appartenant au groupe des réserves, on arrive à cette conclusion que le pourcentage des médecins de complément morts pour la France dépasse les 4,17 mentionnés ci-dessus.

Sous le bénéfice de ces réserves et de celle qui est formulée dans le *Bulletin médical* même, acceptons momentanément ce pourcentage de 4,17 %.

Cela nous suffit pour établir, ce que nous avons précédemment mis en évidence, que les 0,99 % annoncés solennellement à la séance d'ouverture de l'Ecole d'application du Service de Santé, sont notablement entachés d'inexactitude, et que nous étions fondés à les mettre en doute.

D'ailleurs, nous avons entre les mains la liste nominative des pertes du Service de Santé d'août 1914 à janvier 1916.

Au cours de cette période de dix-sept mois, le pourcentage concernant les pertes des médecins de complément était déjà bien au-dessus des 0,99 %, auxquels le caractère officiel de la personnalité qui les a fournis ne saurait donner la consécration de l'exactitude.

D'autre part, nous demandions qu'on nous fît connaître le pourcentage des médecins du cadre actif par rapport aux médecins de complément morts pour la France. Ce qui signifiait que nous désirions savoir combien, pour cent médecins de complément tués, on comptait de médecins de carrière tués pareillement. Nous pensions que notre question était claire et compréhensible. Il paraît qu'elle n'avait pas la signification que nous entendions lui donner, et que soulignait cependant notre affirmation ultérieure que, pour cent médecins de complément, il n'y avait pas dix médecins de carrière morts au feu, de part et d'autre.

Les chiffres que nous empruntons au *Bulletin médical* nous fournissent la réponse à notre question et infirment l'affirmation que nous avions exprimée, sur la foi de renseignements que nous estimions dignes de foi.

Sâchons reconnaître notre erreur.

Si les pertes totales se chiffrent par 116 médecins de carrière pour 812 médecins de complément, le pourcentage est de 14,2 %. Ce qui veut dire, — prenons nos précautions —, que pour cent médecins de complément, il y a eu 14, 2 médecins de carrière morts semblablement durant la guerre.

Nous tenons à déclarer de nouveau que nous ne nous serions jamais livrés ici à ces calculs, si la publicité la plus solennelle n'avait été donnée, au Val-de-Grâce, à des chiffres qui, répétons-le, ne tendaient rien moins qu'à exalter les mérites, si dignes d'admiration qu'ils soient, des uns, au détriment des mérites, pour le moins aussi admirables, des autres.

En nous livrant à cette critique, nous avons voulu, une fois de plus, défendre la réputation de

(1) Aucun pourcentage exact ne peut être établi pour les médecins auxiliaires.

(2) Parmi ces 1502 victimes, 80 environ étaient internes ou anciens internes des hôpitaux de Paris.

nos confrères des réserves, qui mériteraient d'être accusés de n'avoir que médiocrement souffert, si le chiffre de 0,99 % de pertes qui leur fut imputé avait réussi à prévaloir, sans protestation.

Les médecins de carrière que n'aveugle pas un étroit esprit de caste et qui sont épris de justice et d'impartialité, — nous en connaissons, et parmi eux, il en est d'excellents pour lesquels nous professons les sentiments de la plus cordiale confraternité — sont les premiers à déplorer que ce soit de leur milieu que proviennent les origines de cette discussion.

***

Notre souci d'impartialité nous fait un devoir de publier en partie l'article suivant paru dans *Le Caducée* du 15 janvier 1920 :

Médecins civils et médecins militaires.

Une campagne très violente a été menée contre les médecins du cadre actif, en vue de mettre fin à l'union sacrée intra-confraternelle et de faire réapparaître plus vive que jamais la *pessima invidia medicorum*, cette arme si précieuse pour nos exploitants. C'est ainsi que dans une grande revue, un médecin, qui est loin d'avoir un nom dans la science, a traité nos camarades d'*ignorants* et qu'un autre ayant soigneusement et prudemment gardé l'anonymat, les a qualifiés, dans un journal médical, de « cuistres galonnés ».

Ces sentiments sont loin d'être partagés par la masse des médecins de complément ainsi que le montrent les notes publiées par un médecin de réserve, en service au Maroc occidental avant la guerre.

Elles débutent par une appréciation des médecins militaires, basée sur ce qu'il a observé autour de lui. Nous allons reproduire textuellement cet intéressant passage, parce qu'il nous semble que nos camarades ont intérêt à savoir l'opinion des autres sur leur compte, et aussi parce que notre confrère, en montrant son état d'âme, a fait preuve d'une confiance et d'une loyauté peu banales, dont, pour notre part, nous lui sommes reconnaissant, d'autant que nous pourrons en profiter pour discuter avec lui son jugement.

Pour tout dire en une fois, les médecins militaires sont des camarades plutôt que des confrères, d'une camaraderie d'autant plus marquée et efficiente qu'on s'éloigne des grands centres métropolitains ; ils facilitent, toute installation, vous hébergent, vous distraient, bref, sont, dès la première heure, de vrais et bons amis, Ils le resteront.... en dehors du service.

Je voudrais terminer ces préliminaires par une opinion émanant d'un médecin principal et qui atteint tout le corps des praticiens ruraux. « Je puis « bien vous le dire, maintenant que vous portez l'u« niforme, commença ce Monsieur, nous formons un « corps très fier de lui, car, si nous sommes inférieurs « aux civils au point de vue des professeurs (sauf « Vincent, Dopter, etc.), nous sommes supérieurs « en général, à la masse des praticiens. En effet, tout « élève de l'Ecole de santé de Lyon qui est rétoqué « deux fois de suite à un examen, est exclu de ce chef « de l'école. Au lieu que les étudiants civils mettent « parfois dix ans à leurs études et arrivent, quoique « cancres, au doctorat ».

Aussi, et ce sera, pour aujourd'hui ma conclusion, j'aimerais que les médecins civils et militaires se connussent mieux, que ceux-ci n'aient pas cet esprit de caste parfois outré et ridicule un tantinet ; et que ceux-là — vous, mes chers confrères — ne voient pas toujours leurs camarades en culotte rouge, à la lumière trompeuse d'une période de vingt-huit jours, coûteuse et déprimante.

Notre confrère a très bien caractérisé la camaraderie si puissante, si consolante, si réconfortante, qui naît et se développe *dans la brousse*, et qui est le charme de la vie coloniale, qu'on évoque si volontiers plus tard.

Cette camaraderie élevée, on la trouve toujours. En revanche, la mentalité du médecn qui critique ou modifie brutalement le diagnostic de ses inférieurs, et cela devant tout le personnel et devant les malades, n'est pas générale ; ce n'est pas la norme. Elle n'est pas, du reste, spéciale aux médecins militaires. Elle fleurit aussi en milieu civil. Elle n'attend même pas toujours la thèse pour s'épanouir ; et dans certains services, M. l'Interne n'a pas la langue amène pour les praticiens qui ont soigné les entrants. Personnellement, j'ai débuté avec un chef comme ceux dont parle notre camarade. J'en ai rencontré deux autres du même type. C'est peu dans toute une vie de médecin militaire. Notre confrère a été moins heureux. Il a eu la série noire. Il aurait tort cependant de généraliser, car les statistiques n'ont de valeur qu'autant qu'elles portent sur des cas nombreux.......

(*Le Caducée*).

***

Nous nous bornons à cette citation sans l'accompagner d'aucun commentaire.

Nos lecteurs auront vite fait de démêler tout ce qu'a de fragile cette argumentation.

Ouvrons maintenant une parenthèse : il y a vingt ans, nous étions ici que ques-uns remplis d'autant d'illusions que de bonne volonté, qui cherchions des remèdes à la pléthore médicale.

L'un de nous eut l'idée de proposer que tout étudiant en médecine qui échouerait trois fois à un examen serait exclu des Facultés et devrait chercher une autre voie.

Ainsi relèverait-on le niveau des études médicales en même temps qu'on diminuerait le nombre des étudiants et, par suite, des médecins.

— Que vous êtes jeune ! ironisa en souriant l'un de nos mentors.

Vous ne voyez pas que votre système serait, en

pratique, inopérant ? ? ... Eh oui ! Inopérant. Vous êtes le juge. L'étudiant que vous interrogez a déjà un passé de 2, 3, 4 ans d'études ; il a subi avec succès, en une, deux ou trois tentatives, les épreuves antérieures. Il se présente devant vous, pour la 3e fois, sans être aussi instruit qu'il le faudrait.

Aurez-vous la cruauté de l'exclure par un nouveau refus et de lui faire perdre ainsi le bénéfice de ses travaux antérieurs et du temps passé à les accomplir ?

Non, n'est-ce pas ? Vous serez indulgent, pour ne pas briser à tout jamais la carrière de ce jeune homme, et vous le recevrez, tout en l'admonestant et en lui faisant promettre de combler les lacunes de son instruction ».

Quand un étudiant se présente à un examen qui, sans être un concours, a un caractère définitivement éliminatoire, et risque ainsi de dresser un obstacle insurmontable au travers de la voie dans laquelle il s'est engagé, l'examinateur, et c'est humain, s'arrange presque toujours pour lui éviter un échec qui aurait d'aussi graves conséquences.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Réunion du Conseil d'Administration.

23 *décembre* 1919.

Présents : MM. Maurat, *président* ; Vimont, Mignon, Pamart, A. Gassot, Noir, Duchesne, de la Rochefordière et Boudin, *secrétaire*.

Le Trésorier annonce que des lettres de mise en demeure ont été envoyées aux membres de la combinaison V qui ne sont pas en règle pour leurs cotisations.

Le Conseil décide que, vu le caractère spécial de la combinaison V, il est impossible de prolonger le délai du 31 décembre 1919 et que les membres qui ne se seront pas libérés à cette date seront rayés de la combinaison V.

Indemnité-maladie.

Sur le rapport du Secrétaire Général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

3	A. Gassot	Loiret	10 jours	100 »
13	Barthez	Aude	3 mois	300 »
31	Calmels	Aveyron	3 mois	300 »
32	Laurent	Seine-Inférieure	3 mois	300 »
34	Parmentier	Var	3 mois	300 »
40	Salles	Pyrénées-Orientales	60 jours	600 »
80	Pardoux	Paris	3 mois	300 »
100	Coquebet	Aube	3 mois	300 »
106	Roger	Ille-et-Vilaine	6 mois	600 »
116	Billon	Bouches-du-Rhône	16 jours	160 »
134	Laval	Gironde	60 jours + 24 jours chr.	679 90
142	Duclaux	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
171	Laguens	Gironde	3 mois	300 »
173	Gaucherand	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
186	Collinet	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
206	Puitg	Pyrénées-Orientales	60 jours + 21 jours chr	669 95
209	Decléty	Pas-de-Calais	36 jours	360 »
242	Guestre	Eure	27 jours	270 »
243	Doret	Loiret	15 jours + un mois et 20 jours chr.	316 65
255	Demmler	Oise	60 jours + 1 mois et 15 jours chr.	750 »
260	Jacquot	Oise	3 mois	300 »
268	Dodet	Yonne	3 mois	300 »
311	Rouvier	Isère	3 mois	300 »
357	Mathieu	Paris	3 mois	300 »
370	Dubois	Seine-Inférieure	22 jours chr	73 25
379	Marty	Bouches-du-Rhône	23 jours	230 »
409	Caffeau	Nord	18 jours (rappel)	180 »

429	Siguan	Bouches-du-Rhône	21 jours	210 »
436	Regoby	Seine-et-Marne	3 mois	300 »
460	Payen	Vosges	20 jours	200 »
463	Faraggi	Paris	9 jours	90 »
472	Authenac	Indre	60 jours + 1 mois et 8 jours chr.	726 25
490	Vincens	Alpes-Maritimes	42 jours	420 »
504	Delucq	Gers	43 jours	430 »
535	Cunnac	Tarn	24 jours + 2 mois et 6 jours chr.	460 »
549	Terrien	Loire-Inférieure	3 mois	300 »
557	Cuniot	Drôme	3 jours	30 »
590	Laisné	Paris	3 mois	300 »
597	Sellerin	Aube	3 mois	300 »
611	Morel	Savoie	3 mois	300 »
688	Monmarson	Paris	22 jours	220 »
731	Volpert	Moselle	15 jours	150 »
770	Caudron	Paris	3 mois	300 »
834	Mohamed	Mayence	16 jours	160 »
839	Girodolle	Corrèze	6 mois	600 »
843	Gobert	Marne	3 jours	30 »
849	Roques	Gard	54 jours	540 »
861	Laugier	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
868	César	Savoie	51 jours	510 »
878	Sallé	Somme	3 mois	300 »
893	Soubyre	Oran	41 jours + 4 mois et 20 jours chr.	876 65
900	Duclos	Loire-Inférieure	6 mois	600 »
932	Baron	Pyrénées-Orientales	59 jours	590 »
959	Dupin	Hautes-Pyrénées	47 jours (1/2)	235 1/2
965	Mitifiot	Bouches-du Rhône	3 mois	300 »
973	Daureillan	Gironde	15 jours	150 »
1001	Chenouard	Indre-et-Loire	16 jours	160 »
1026	Courtade	Haute-Garonne	12 jours	120 »
1117	Bravy	Seine-et-Oise	60 jours + 28 jours chr	693 25
1205	Secheyron	Haute-Garonne	un mois	100 »
1259	Rilhac	Aube	3 mois	300 »
1272	Moliněry	Hautes-Pyrénées	3 mois	300 »
1282	Brayer	Oise	15 jours	150 »
1308	Launay	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1363	Bernard	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1369	Boissat	Isère	9 jours	90 »
1385	Landry	Deux-Sèvres	27 jours	270 »
1408	Grandou	Eure	3 mois	300 »
1528	Jacquier	Landes	18 jours	170 »
1603	Arin	Maine-et-Loire	2 jours	20 »
1626	Joyes	Seine-et-Oise	31 jours	310 »
1675	Frénel	Oise	3 mois	300 »
1766	Mabilais	Loire-Inférieure	24 jours	240 »
1773	Charles	Nord	18 jours	180 »
1793	Conte	Aude	3 mois	300 »
1909	Pophillat	Loiret	14 jours	140 »
1940	Viard	Savoie	8 jours	80 »
1979	Laval	Tarn-et-Garonne	3 mois	300 »

et pour des exercices antérieurs :

913	Mme Bernson	(Nord) 1915	10 jours	100 »
		1916	15 jours	150 »
		1918	20 jours	200 »
			Total	24.690 90

M. A. Gassot abandonne son indemnité à la Caisse de secours. Le Conseil lui adresse ses remerciements.

Le Secrétaire général se plaint de ce que, malgré tous les avertissements antérieurs, des sociétaires chroniques restent cinq et six mois sans donner de leurs nouvelles : il estime intolérable qu'ils ne lui écrivent pas au moins une fois tous les trois mois avant la séance du Conseil.

Le Conseil inflige une amende de 50 francs à deux sociétaires qui se trouvent dans ce cas et une amende de 20 francs à titre d'avertissement à un troisième. Si le fait continue, il appliquera dans toute leur rigueur les sanctions prévues par l'article 47 des statuts.

Combinaison R.

Le Conseil ordonnance le paieemnt à M. le Dr Bazot (Yonne), de la somme de 1.200 francs pour sa pension de l'année 1920. Cette somme lui sera versée sur la production d'un certificat de vie au 1er janvier.

Combinaison P.

Le Conseil ordonnance le remboursement à la succession de Mme Bailly-Salin (Yonne) de la somme de 1.730 fr. 40 représentant le total de ses cotisations contre-assurées.

Combinaison V.

Le Conseil ordonnance le paiement à Mme Veuve Lepage et à Mme Veuve Beauxis-Lagrave de la somme de 150 francs pour leur pension du 4e trimestre 1919. Ces sommes leur seront versées sur la production d'un certificat de vie au 1er janvier 1920.

Admissions.

Sur le rapport du S ecrétaire général, le Conseil prononce les admissions suivantes

Combinaison M A

MM. les Dr Binet, de Besançon ; Basset, de Lhôpital-Ydes (Cantal) ; Laurans, de Châteaubriant (Loire-Inférieure) ; Lerat, de Nantes (Loire-Inférieure) ; Gabriault, de Lusignan (Vienne); Heisch, de Bouligny-les-Mines (Meuse) ; Servettaz, d'Annemasse (Haute-Savoie) ; Marçon, de Bandol (Var) ; Toulant, d'Alger ; Goudareau, de l'Isle-sur-Sorgues (Vaucluse) ; Robert, de la Tour-du-Pin (Isère).

Combinaison P

MM. les Dr Gabriault, de Lusignan ; Seibel, de Livarot ; Louart, de Labuissière (Pas-de-Calais); Servettaz, d'Annemasse ; Goudareau, de l'Isle-sur-Sorgues ; Mesdames Dodeuil, de Versailles ; Seibel, de Livarot.

Combinaison R.

M. le Dr Dodeuil, de Versailles.

Caisse de secours.

Le Trésorier annonce que Madame Jeanne a fait un nouveau don à la Caisse de Secours. Le Conseil lui adresse ses bien vifs remerciements.

Le Conseil examine un certain nombre de demandes d'allocations formulées par des sociétaires victimes de la guerre et statue en conséquence.

Compte de gestion.

Le secrétaire général annonce que la provision de statuts est presque épuisée et qu'il va être nécessaire de les réimprimer : il appelle à ce propos l'attention du Conseil sur la hausse des prix du papier et de l'impression.

Le Trésorier, de son côté, va être obligé de faire réimprimer des carnets de quittances et de renouveler plusieurs registres.

Le Président ajoute qu'il faut s'attendre à une élévation considérable des frais de poste.

Dans ces conditions, le Conseil reconnaît que les recettes atttribuées au compte de gestion, sont absolument insuffisantes, qu'il y a lieu de les relever et qu'en conséquence, il convient de provoquer la réunion d'une Assemblée générale extraordinaire pour lui proposer la révision des articles 26 et 27 des statuts.

Considérant que, dans la plupart des Sociétés de Secours mutuels, les frais de gestion atteignent la proportion de 10 %, le Conseil charge le trésorier d'étudier les conséquences de la fixation uniforme au taux de 10 % des cotisations de la somme complémentaire affectée au compte de gestion.

En considération de l'approbation donnée par l'Assemblée générale du 23 novembre au rapport du secrétaire général, le Conseil décide qu'il proposera à l'Assemblée générale extraordinaire la création d'un droit d'entrée de 25 francs qui permettra la rémunération des médecins examinateurs.

Le Conseil examine la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire, P. Boudin.

Le président, A. Maurat.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

Hôpital Beaujon. — Cours de chirurgie d'urgence, par MM. Michon (voies urinaires) et Savariaud (chirurgie générale), de 6 h. à 7 h. du soir, comprenant 20 leçons théoriques et 20 leçons pratiques.

Programme des leçons théoriques (thorax, abdomen, voies urinaires, membres).

Vendredi 6 février, M. Savariaud : Abcès du sein, plaies de poitrine, pleurésie purulente. Samedi 7 février, M. Michon : Rétention aiguë des blennorragiques et des rétrécis. Mardi 10 février, M. Savariaud : Hernie étranglée, gangrène herniaire et son traitement. Vendredi 13 février. M. Savariaud : Appendicite aiguë, indications de l'opération d'urgence. Samedi 14 février, M. Michon : Rétention aiguë des prostatiques, sondage, cystostomie. Mardi 17 février, M. Savariaud : Traitement d'urgence des métrorragies et des suppurations pelviennes, colpotomie. Vendredi 20 février, M. Savariaud : Indications de l'anus artificiel d'urgence. Samedi 21 février, M. Michon : Abcès urineux, infiltration d'urine, paraphimosis. Mardi 24 février, M. Savariaud : La laparotomie d'urgence. Vendredi 27 février, M. Savariaud : La main et les accidents du travail (plaies, écrasements, phlegmons). Samedi 28 février, M. Michon : Traumatisme de la verge, rupture de l'urètre. Mardi 2 mars, M. Savariaud : Luxations du pouce, du coude, de l'épaule, de la clavicule. Vendredi 5 mars, M. Savariaud : Fractures du radius, des deux os de l'avant-bras, de l'olécrâne. Samedi 6 mars, M. Michon : Contusion de la vessie, plaies de la vessie. Mardi 9 mars, M. Savariaud : Fractures du coude chez l'enfant, fractures de l'humérus, fractures de la clavicule. Vendredi 12 mars, M. Savariaud : Indications de l'amputation d'urgence du membre infréieur, ostéomyélite du tibia et du fémur. Samedi 13 mars, M. Michon : Anurie : traitement par le cathétérisme urétéral, néphrotomie. Mardi 16 mars, M. Savariaud : Chirurgie d'urgence du genou (entorse, hémarthrose, fracture rotule, plaies pénétrantes, arthrites). Vendredi 19 mars. M. Savariaud : Fractures des malléoles, des os de la jambe, du fémur. Samedi 20 mars, M. Michon : Phlegmon périnéphrétique, néphrites graves, pyélo-néphrite de la grossesse.

Le premier cours a eu lieu le vendredi 6 février à 6 h., à l'amphithéâtre de clinique de l'hôpital. Droits d'inscription : 200 fr. Des places gratuites seront réservées à MM. les internes et externes des hôpitaux, qui sont priés de s'inscrire à l'avance et de se munir de pièces d'identité.

— **Hospitalisation des pensionnés militaires.** — Par décret du 17 janvier 1920, M. le Pr Tuffier est chargé de l'organisation technique de tous les établissements hospitaliers appelés à coopérer à l'application de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919. Il est investi en cette qualité d'une mission permanente d'inspection technique en vue d'établir la coordination entre les divers services.

— **L'association nationale des autres blessés** (tuberculeux de guerre) invite MM. les médecins militaires et de complément ayant contracté la tuberculose aux armées à lui donner leur adhésion. Dans les établissements sanitaires (coopératives de travail agricole et sanatorium), qu'elle va bientôt créer, seront offertes des places rétribuées de médecins-chefs et de médecins-assistants. Directeur-délégué de l'A. N. A. B. : M, Francis Vareddes. Siège social : 15, rue Baudin. Paris, 9e

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON. THIRON et FRANJOU Successeurs. Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Les hôpitaux réclament contre la modicité du prix de journée, pour l'hospitalisation des blessés du travail.

Nous avons reçu, d'un administrateur d'un hôpital de chef-lieu de département, la lettre suivante :

« J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien me « faire connaître si la loi du 5 mars 1917, fixant « le prix de journée d'hospitalisation pour blessés « du travail a été modifié et si le prix fixé a été « augmenté.

« En raison du renchérissement considérable de « toutes les denrées et de tous les objets nécessaires « dans un hôpital, le prix de journée arrêté en 1917 « est insuffisant maintenant et devra être forcé- « ment augmenté. »

Réponse

Non, la loi du 5 mars 1917 est toujours en vigueur et nombreuses sont les Commissions hospitalières qui se plaignent de ce prix de journée, inférieur au prix de revient, concernant les blessés du travail.

Déjà, aux deux Congrès des Commissions administratives des hôpitaux et hospices (1913, St-Etienne, 1914, Montpellier), des vœux avaient été formulés pour le relèvement de ce prix de journée et personnellement, j'avais pris part à cette discussion.

En effet, l'hospitalisation des blessés du travail, telle qu'elle est réglementée par le paragraphe 3 de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, modifiant celle du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, est préjudiciable pour le patrimoine des pauvres, alors qu'elle est profitable aux chefs d'entreprise et surtout aux compagnies d'assurances contre les accidents.

Pour ces dernières, en effet, il est très économique de profiter d'un forfait arbitraire, bien que légal, pour faire soigner à bon compte, à l'hôpital, des blessures dont le traitement coûterait plus cher à domicile. Surtout qu'il convient de remarquer que sont dirigés sur les hôpitaux les cas graves et dangereux, par conséquent les plus onéreux.

Or, les Sociétés d'Assurances contre les accidents ne sont que des entreprises financières, devant et entendant faire des bénéfices, en s'interposant entre le chef d'entreprise, la victime du travail et les tiers.

En édictant les conditions si avantageuses de l'hospitalisation des blessés de l'industrie, le législateur n'a pas avantagé ni le blessé, ni le chef d'entreprise, mais bien la seule société, à but financier : l'assurance.

Les inconvénients d'un pareil système sont au contraire fort nombreux

1° Pour les indigents, les pauvres de la commune :

Ceux-ci bénéficiant des lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893, voient leurs lits occupés par des blessés du travail. Des malheureux, pour lesquels on a institué l'hôpital, se voient refuser l'admission dans l'établissement, parce que les assurances y font soigner à bon compte les blessés assurés.

En second lieu, les pauvres, lorsqu'ils sont hospitalisés, courent le risque d'être moins bien soignés, parce que le chirurgien et ses aides sont accaparés par les soins à donner aux blessés du travail, dont l'état est grave, de même que le personnel hospitalier est surchargé de besogne, et se trouvera parfois insuffisant, comme nombre, car les malades de chirurgie demandent à être plus entourés que les malades de médecine.

2° Pour la commission administrative de l'hôpital :

Le prix de journée, payé par les assurances, pour soins donnés aux blessés du travail hospitalisés, est nettement inférieur au prix de revient. Non seulement, il faut envisager, dans un budget d'hôpital, les dépenses d'amortissement, d'entretien, de frais généraux, de réparations des bâtiments, etc... mais encore faut il faire intervenir les charges et débours provenant du traitement lui-même.

Les victimes du travail ont besoin de pansements fréquents ; les opérations chirurgicales sont onéreuses, à cause de la stérilisation, des appareils, des antiseptiques, etc. Puis, les opérés et blessés de chirurgie sont souvent en état de choc traumatique : il faut les soutenir par des alibiles chers.

Enfin, le fameux « tout compris » de l'article 4 de la loi de 1905 conduit à cette absurdité : c'est que lorsque les chirurgiens ou médecins de l'hôpital ont besoin de l'assistance d'un spécialiste étranger à l'établissement, c'est la commission administrative qui doit supporter cette dépense et non la compagnie d'assurances contre les accidents. Ainsi en a décidé la Cour de Cassation dans son fameux arrêt du 23 mars 1909, à propos de l'hôpital de la Loupe (Sirey et Pand., 22 mars 1909, Dalloz, 1910, I, 133, *Gaz. Pal.*, 1909- I - 566, *Gaz. Trib.*, 1909, 2, 158).

Nous en arrivons donc à cette conclusion tout à fait injuste : les hôpitaux ont reçu des dons, des dotations et des subventions, pour secourir les malheureux et ce patrimoine des pauvres doit être mis à contribution pour le seul profit de sociétés financières, dont l'unique but social est de faire des bénéfices.

3° Pour les médecins et chirurgiens :

S'associant aux hommes de dévouement et de bonne volonté, qui consentent à gérer le patrimoine des pauvres, le corps médical a toujours donné, presque gratuitement, ses soins aux miséreux et aux indigents. Mais, devant l'envahissement progressif des hôpitaux par les blessés du travail, les docteurs ne veulent pas être dupes de leur philanthropie : que ceux qui peuvent payer payent.

Soigné à domicile, un blessé du travail recevra les soins nécessaires à son état et l'assurance règlera les honoraires du médecin. Pourquoi forcer celui-ci à donner gratuitement sa science et son dévouement, uniquement parce que le même blessé aura été hospitalisé ? D'autant que ce n'est pas à cet ouvrier que le docteur fera cadeau de ses honoraires, mais bien à la société d'assurances, qui augmentera ainsi ses dividendes et bénéfices en spéculant sur l'hôpital.

Que faire ? Quels remèdes proposer ?

1er procédé : S'inspirant d'une jurisprudence de plus en plus nombreuse, la commission de l'hôpital décide que les malades payants et les blessés du travail seront admis, non pas en salle commune avec les indigents, mais dans des salles uniquement payantes, ou dans des chambres particulières. Ces malades ne seront plus hospitalisés, *stricto sensu*, mais soignés dans une sorte de maison de santé, de clinique : ils devront alors payer les frais de séjour, plus les honoraires des médecins et chirurgiens et les dépenses pharmaceutiques. (J. P., Autun, 22 mai 1908. J. P., Confolens, 18 janv. 1908. J. P., Plombières, 9 sept. 1911. J. P., Nuits-St-Georges, 22 sept. 1911, confirmé par Trib. civ. Beaune, 22 déc. 1911. J. P. Lorient, 1er canton, 9 août 1912, J. P. Sées, 15 mai 1909. J. P. Bordeaux, 1er canton, 22 mars 1910. Trib. civ. St-Gaudens, 16 avril 1913).

Dans ces conditions, les blessés du travail, comme tous autres malades payants, sont soignés, selon un prix de journée fixé par la Commission administrative et supérieur au prix de revient d'un lit d'hôpital. De plus, l'assurance, devant payer les honoraires des médecins et chirurgiens, ceux-ci pourront être librement choisis par la victime, comme le veut l'art. 4, par. 2, de la loi du 31 mars 1905.

2e procédé : Se plaçant sous l'empire des articles 1134 et suivants du Code civil, les commissions administratives exigent, avant toute admission d'un blessé du travail, que le chef d'entreprise responsable s'engage à payer un prix de journée de *x* francs, plus les frais médicaux et pharmaceutiques. Ces derniers seront réclamés directement par les médecins et pharmaciens, au patron de l'ouvrer.

Pareil engagement ne va pas à l'encontre de la loi de 1905 : le « tout compris » ne doit s'appliquer que lorsque le règlement de l'hôpital

est muet sur les conditions de l'hospitalisation des blessés du travail. De même, la loi sur les accidents du travail n'interdit pas les conventions particulières, du genre de celle que nous proposons ici.

C'est cette solution qu'ont adoptée, dans leur règlement, après approbation préfectorale, les commissions administratives des hôpitaux suivants : Oyonnax, Ain (1907), Châteaurenault (1913), Châlonnes-s-Loire (1912), Bernay (Eure) (1913), Périgueux (1919).

Ces règlements ont été publiés en leur temps, dans le journal le *Concours médical*.

Voici, Monsieur l'Administrateur, l'état actuel de la question. Je reste personnellement à votre entière disposiion, pour tout renseignement complémentaire, surtout si vous aviez l'intention de faire appel au corps médical de votre ville pour faire une organisation moderne du service médical, assuré avec la collaboration de tous les médecins, selon leurs compétences et leurs spécialités.

Dr P. B.

Déduction des impôts dans la déclaration du revenu professionnel.

Pour l'établissement de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, la notice distribuée par l'administration dit :

« Seront déduits du produit brut effectivement réalisé, les frais de toute nature et les dépenses que nécessite l'exercice de la profession. »

Le médecin doit donc déduire de ses recettes son loyer, ses frais de locomotion, ses frais de bureau, abonnement aux journaux, etc...

Il semble que logiquement il aurait le droit de déduire certains impôts auxquels il n'est assujetti qu'en raison même de l'exercice de sa profession, et qui sont de véritables dépenses professionnelles. :

Impôt sur les autos ;

Impôts sur les chevaux et voitures ;

Taxe sur les poids et mesures pour les propharmaciens, etc...

Et pourtant la notice de l'administration et les feuilles de déclarations recommandent de ne pas déduire des revenus nets afférents aux diverses catégories le montant des charges grevant l'ensemble des revenus, et parmi ces charges, TOUS les impôts directs et taxes assimilées.

Nous allons donc payer pour un bénéfice supérieur à celui réellement réalisé.

Dr P.

Réponse

L'objection exposée dans votre lettre est absolument juste.

Lorsque le décret pour l'application de l'impôt général sur le revenu global a été rédigé, l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales

n'existait pas encore, et il a considéré notamment les impôts directs et taxes assimilées prévus par l'art. 10 de la loi du 15 juillet 1914, comme des charges grevant l'ensemble du revenu et qui devaient être déduites de cet ensemble.

Mais il paraît certain que, dans le calcul des bénéfices nets de la profession médicale, constitués, aux termes de l'art. 30 de la loi du 31 juillet 1917, par l'excédent des recettes totales sur les dépenses nécessitées par l'exercice de la profession, doivent entrer en compte, dans ce dernier élément, les impôts que le médecin n'aurait pas à payer s'il n'exerçait pas la médecine, tels que ceux que vous citez : impôts sur les autos, chevaux et voitures, centimes additionnels dus sur le principal fictif de la patente, taxe sur les poids et mesures pour les propharmaciens, etc.

Nous croyons donc que le médecin ne pourrait être l'objet d'un redressement si, au lieu de porter, dans sa déclaration, ces divers impôts dans la rubrique spéciale que les imprimés officiels leur ménagent, il en déduisait le montant de ses bénéfices professionnels, avant de porter le chiffre de ceux-ci à la rubrique qui leur est réservée, et sans indiquer les éléments du calcul effectué par lui.

Bien entendu, si le contrôleur lui demandait des explications, il pourrait indiquer le mode de procédé qu'il aurait suivi.

Comme le montant de son revenu global n'en serait modifié, il n'aurait pas à craindre d'encourir les pénalités prévues en cas de déclaration insuffisante.

Deux nouveaux succès du « Sou » pour l'application de la majoration du Tarif Dubief.

Copies de deux lettres adressées au « Sou Médical » et concernant l'application de la majoration du Tarif Dubief, après une intervention du « Sou » auprès du Ministère du Travail.

I. Par une Compagnie de Chemins de fer.

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE

SERVICE DU CONTROLE DES Assurances privées

Contrôle des Sociétés d'assurances *Contre les Accidents du travail*

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris le 16 janvier 1920.

Monsieur,

Vous m'avez saisi d'une réclamation émanant

de médecins contre la Compagnie des Chemins de fer X... qui se refuserait d'appliquer la majoration de 100 % fixée par l'arbitrage de M. Bienvenu-Martin, sénateur, concernant le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail.

La Compagnie susvisée me fait savoir que, sous réserve de son droit d'examen des notes d'honoraires médicaux qui lui sont soumises, elle se conformera audit arbitrage.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma parfaite considération :

Le Ministre du Travail
et de la Prévoyance sociale,
Par autorisation :
Le conseiller juridique, chef de service
SUMIEN.

II. Par le Ministère des Régions Libérées.

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE — RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SERVICE DU CONTROLE DES Assurances privées

Contrôle des Sociétés d'Assurances Contre les Accidents du travail

Paris le 19 janvier 1920

Monsieur,

Comme suite à la dépêche du 26 novembre 1919, j'ai l'honneur de vous informer que M. le Ministre des Régions Libérées vient de me faire connaître qu'il a adressé le 26 décembre 1919 aux Préfets des Départements atteints par la guerre, une circulaire par laquelle il les invite à faire appliquer dans leurs services l'élévation du Tarif des frais médicaux, telle qu'elle résulte de la décision arbitrale rendue par M. Bienvenu-Martin, sénateur, le 29 juillet 1919.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma parfaite considération :

Le Ministre du Travail
et de la Prévoyance Sociale,
Par autorisation :
Le conseiller juridique, chef de service,
SUMIEN.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Emploi local de la vapeur de chloroforme contre les douleurs utérines.

Tous les praticiens connaissent les douleurs que cause le cancer de l'utérus, souffrances atroces, torturantes, intolérables, que l'opium endort

sans doute, mais au prix d'une congestion cérébrale qui amène un état de torpeur et de céphalalgie presque aussi insupportable que le symptôme contre lequel il a été administré. Aussi, nous pensons qu'on accueillera avec empressement une nouvelle tentative faite pour substituer un agent local à un sédatif qui n'opère que par l'intermédiaire d'une perturbation grave infligée à tout l'organisme.

Nous nous servons, à l'occasion, d'un appareil de fortune assez simple ; c'est un récipient métallique, auquel nous adaptons, d'une part, un insufflateur en caoutchouc, de l'autre, un tube terminé par une canule de la longueur et de la forme les plus propres à porter l'agent anesthésique sur les parties malades. Nous avons soin de ne placer dans le récipient qu'une éponge imprégnée de chloroforme, et non du chloroforme en nature. Sans cette précaution, on s'exposerait, lorsqu'on comprime ensuite l'insufflateur, à pousser sur les parties malades non seulement de la vapeur, mais du chloroforme liquide, ce qui doit être évité.

On comprend qu'avec ce mode de propulsion, le praticien demeure maître de varier la quantité de vapeur et sa force de projection suivant les indications spéciales à chaque cas et suivant aussi les premiers effets qu'il voit être déterminés par l'action de ce remède. En général, les malades ressentent d'abord une chaleur plus ou moins forte, et dont elles supportent plus ou moins aisément l'impression assez pénible ; mais elle cesse au bout de peu de minutes et fait immédiatement place à un état de bien-être produit par l'apaisement des souffrances qui existaient précédemment. La douleur se suspend en premier lieu dans les lombes, puis dans la région du pubis.

Le calme produit par ce procédé dure plusieurs heures ; la douleur ne revient ensuite qu'atténuée. Toutes les malades chez lesquelles il a été mis en usage l'ont préféré à l'administration de l'opium, et comme il ne fatigue ni les organes digestifs, ni le système nerveux, on reste libre d'en recommencer l'application aussi souvent que l'indication s'en renouvelle.

Du reste, la dysménorrhée, les douleurs utérines qui succèdent parfois à l'avortement sont également soulagées par cette douche anesthésique. Nous pourrions citer plusieurs cas où il a suffi d'une douzaine de jets de vapeur (dans la même séance), pour amener la sédation vainement demandée auparavant à d'autres médications.

Dr SATRE.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 7 — DIMANCHE 15 FÉVRIER 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS

Groupés dans la Société « **Le CONCOURS MÉDICAL** » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

DIRECTION

Dr A. GASSOT, DIRECTEUR

Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT

J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION

Dr J. NOIR,
RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. N° 7 15 Février 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

(Voir numéros précédents).

DON. — Nous avons reçu à titre de don au « Sou Médical », de MM. les docteurs Mabit, de Getigné (Loire Inf,), et Durand, de Lyon, les sommes de 10 et 5 francs, pour bons offices de cette société.

DEMANDES et OFFRES

Toute demande de renseignements doit être accompagnée d'un timbre pour la réponse.

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

N° 73. — Serais reconnaissant à qui indiquerait, pour particulier non médecin, petite propriété d'agrément à vendre à 50 kil. de Paris, dans pays de chasse et pêche.

N° 74, — Ophtalmologiste demandé pour polyclinique et accidents du travail.

N° 75. — Air pur, altitude, pays pittoresque. Enfants fatigués, anémiés, convalescents. Traitement gynécologique médical. Pension 700 fr. par mois, traitement compris.

N° 76. — A vendre ; cause ach. voit. pl. forte, torpedo de Dion 1913, 2 cyl., 2 pl., 6 H P. Parf. ét. march., access., roue Stepney. Pas roulé pend. guerre, Prix 5.500. Dr Laissus fils, Moutiers (Savoie).

N° 77. — A louer ou vendre p. maison santé, château Clos-Roy, 3 h. Paris, 1 k. gare Lorris, Loiret. Belles réceptions, 30 chambres, conf. mod., vastes communs, enclos, parc et potager 4 h., près grande forêt 40.000 h. Chasses à relouer le 27 février. Vrai sanatorium. Prix loc. 6.000 fr. Pr. vente 200.000 fr. Dr Chancerel, 43, r. Bellechasse, Paris (7e).

N° 78. — A céder Zèbre 4 cyl., 2 pl., mot. ent. revu, segm. changés, cap. neuve. Cons. 6 lit. au 100 km. Prix : 7.000 sans accessoires. Ec. av timb. Dr Cornet, St-Pair-s.-Mer (Manche).

N° 79. — Nice. La villa « Les Délices », maison familiale de cure et de repos, merveilleusement située sur la colline Nice-Mont Boron, au voisinage d'une forêt de pins, reçoit principalement des déprimés, des convalescents et des débiles physiques non tuberculeux. Cure d'air, de soleil, de terrain et de régime. Dr Martinaud, médecin-directeur.

N° 80. — Le Dr de Vaubercey, Miribel, Ain, forme un groupement pour la commande collective avantageuse de véhicules médicaux sérieux. Lui écrire pour adhésions de principe qui, nombreuses, retiendront l'attention et la considération des constructeurs.

N° 81. — A reprendre dans la banlieue Nord de Paris petite clientèle pouvant être facilement développée, beau pavillon avec jardin, long bail, indemnité 2 500 fr. Jolie résidence. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

Les MIGRAINES, ALGIES-GRIPPALES et POST-GRIPPALES, si tenaces et si récidivantes, sont immédiatement soulagées par des doses moyennes de **Pyréthane** (30 à 60 gouttes). L'action doit être prolongée de façon dégressive pendant 4 ou 5 jours après disparition des phénomènes douloureux. Il y a abaissement de 1° à 1°5 dans les formes fébriles.

CORRESPONDANCE

Le timbre des certificats.

J'ai été appelé, en 1916, au chevet d'un homme *in extremis*, qui voulait régulariser sa situation et épouser une fille dont il avait eu un enfant.

Je lui ai délivré, sur papier libre, un certificat *attestant qu'il ne pouvait se rendre à la mairie* ; ensuite le maire vint procéder au mariage au domicile du malade.

Mais, voici que le Receveur d'Enregistrement me réclame 63 fr. 10 d'amende pour avoir délivré sur papier libre un certificat qui, d'après lui, devait être libellé sur timbre.

Je viens donc vous demander si cette prétention est fondée ; dois-je refuser le paiement, ou bien m'incliner et rédiger la demande en remise que me suggère ledit receveur ; il m'assure qu'il voudra bien *apostiller* ma demande, et que je n'aurais plus à payer que 6 fr. 25 + 0 fr. 60 = 6 fr. 85.

Dr C.

Réponse

La règle générale est que les certificats doivent être rédigés sur papier timbré et ce n'est qu'exceptionnellement qu'ils peuvent être établis sur papier libre.

Comme il s'agissait, dans l'espèce qui fait l'objet de votre lettre, d'un certificat délivré dans un intérêt particulier et pour lequel l'exemption de timbre n'est pas prévue, nous vous conseillons de faire purement et simplement la demande en remise de l'amende que vous suggère le receveur de l'enregistrement.

A propos des tarifs des pensions militaires

Je lis dans le *Concours Médical*, n° 5, du 1er février 1920, p. 317, que la *perte de la vision d'un œil sans difformités apparentes donne droit à une pension de* 25 %.

Ayant fait partie pendant la guerre de la Commission consultative médicale avec laquelle je suis resté en relations, je puis vous donner les renseignements suivants :

Par application de la 33e circulaire mensuelle du sous-secrétariat (défunt !) du Service de Santé militaire en date du 1er novembre 1919 (je suis précis) :

1° La perte absolue de la vision d'un œil par le fait ou à l'occasion du service est tarifée : 65 % (soixante-cinq), par équivalence à l'ancienne pension de retraite de 5e classe, n° 20 de la vieille loi de 1831 ;

2° La réduction de la vision d'un œil à la *perception lumineuse*, perte de plus de 1/20, est tarifée 45 %, que la lésion soit ou non définitive.

Si elle est définitive la pension est accordée à titre permanent, et à titre temporaire pour un ou deux ans, dans le cas contraire.

Dr B.

Déclaration d'impôt sur le revenu.

J'ai fait une déclaration au sujet de l'impôt sur le revenu, en janvier 1918, alors que j'étais mobilisé à l'intérieur.

Dois-je faire une nouvelle déclaration, même s'il n'y a rien de changé dans ma situation ? je suis cependant démobilisé depuis décembre 1918.

Réponse

Aux termes de l'article 16 de la loi du 15 juillet 1914 établissant l'impôt général sur le revenu, le contribuable qui ne renouvelle pas sa déclaration est considéré comme ayant maintenu sa déclaration précédente.

Mais une disposition semblable n'a pas été introduite dans la loi du 31 juillet 1917, qui a institué des impôts sur diverses catégories de revenus, notamment sur les bénéfices des professions non commerciales.

L'administration pourrait donc vous demander pour cet impôt une nouvelle déclaration. Vous ne courez d'ailleurs aucun risque en attendant sa mise en demeure, puisque, aux termes de l'art. 36 de ladite loi, la majoration d'impôt de moitié n'est due que si le contribuable n'a pas produit sa déclaration dans les vingt jours de l'invitation qu'il en a reçue du contrôleur.

Engagement par un patron d'ouvrier blessé.

Je vous soumets le texte d'une déclaration que je me propose de faire *taper à la machine*, pour la faire signer par tous les employeurs qui m'enverront leurs ouvriers blessés.

Cette déclaration ainsi rédigée constituera-t-elle une garantie pour moi en justice ?

« Au cas où l'assurance la .... se refuserait à effectuer le paiement de la note du Dr ..... pour soins donnés par celui-ci à M. .... blessé le ..... à mon service et ce, au taux du tarif minimum du syndicat médical de .... je m'engage à effectuer le paiement de la dite note en totalité ou pour la différence.

Lu et approuvé l'écriture ci-dessus.

Date :

Signature :

Ce projet est peut-être susceptible de séduire des confrères et si vous voulez, vous pourriez me donner la réponse dans un prochain numéro du *Concours.*

Réponse.

Nous sommes d'avis que votre projet d'engagement à faire signer par le patron d'un ouvrier blessé est plutôt trop compliqué et sera difficilement accepté.

Il nous semblerait préférable de le rédiger comme il suit :



« Je soussigné, prie M. le Dr X., de donner (ou de continuer à donner), ses soins à mon ouvrier Y., blessé le..... à mon service, m'engageant à effectuer le paiement de ses honoraires au tarif minimum du Syndicat médical de Z., dont un exemplaire m'a été remis.

« A Z., le

« Lu et approuvé »,

(Signature).

Durée de prorogation du bail d'une maison d'habitation.

J'ai une clinique : maison professionnelle, plus une habitation personnelle.

Je paie patente sur cette dernière ; ai-je le droit, à cause de cela, de la considérer comme professionnelle et donc de voir, comme mobilisé, mon bail prolongé de 5 ans au lieu de 2 ?

Dr P.

Réponse

La prorogation de la durée des hostilités ne s'applique, aux termes de l'article 56 de la loi du 9 mars 1918, qu'aux baux et locations afférents à des locaux à usage commercial, industriel ou *professionnel*.

Si donc, dans votre maison d'habitation, vous n'exercez pas la médecine, si vous n'y donnez pas de consultations, vous ne sauriez soutenir utilement qu'il s'agit d'un local professionnel et que vous devez bénéficier de la durée de prorogation la plus longue.

Le fait que votre patente est établie également sur la valeur locative de cette maison, — ce qui est d'ailleurs conforme à la loi sur les patentes — ne saurait vous donner un droit qui ne résulte pas de la nature de votre location. Vous n'avez droit, pour cette maison, qu'à une prorogation de bail de deux ans.

Les soins aux pensionnés de guerre.

I

Je ne sais quelle conduite vous avez conseillée aux médecins de suivre à l'égard des mutilés et des réformés qui, conformément à la loi, ont droit aux soins gratuits (suites de blessures ou de maladies ayant occasionné la réforme).

Je n'ai rien trouvé dans le *Concours médical* qui pût me guider. En tout cas, j'ai reçu de mon préfet, une circulaire ainsi conçue :

M.,

« J'ai l'honneur de vous adresser les imprimés ci-joints et de vous rappeler que les soins médicaux donnés aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 seront rétribués conformément au tarif

qui sera établi par un règlement d'administration publique.

« Chaque visite faite ouvre aux médecins une créance sur l'Etat ; si le montant de cette créance ne peut dès maintenant être établi la créance n'en est pas moins certaine et sera payée dans un délai aussi court que possible.

« Veuillez...... »

Voici ma réponse :

« Monsieur le Préfet,

« J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre circulaire concernant les soins à donner aux mutilés et réformés de la guerre. D'après l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, les frais des soins médicaux et pharmaceutiques seront supportées par l'Etat. Le tarif en sera établi par un décret d'administration publique pris après entente avec les représentants autorisés des organisations et des syndicats professionnels intéressés.

« Or, cette entente n'ayant pu se faire, les négociations ont été rompues. Il n'y a donc pas de tarif légal et il ne peut y en avoir avant qu'un accord n'intervienne ou avant que la loi ne soit modifiée.

« En attendant une solution, j'ai résolu de suivre la ligne de conduite suivante :

« Lorsque je serai appelé à donner mes soins à des mutilés ou des réformés de la guerre pour des affections résultant des opérations de guerre, ayant donné lieu à la pension, je demanderai directement à ces malades le paiement de mes honoraires et leur délivrerai un reçu leur permettant de réclamer le remboursement des sommes versées par eux.

« Veuillez, etc... »

Il me semble qu'il n'y a pas d'autre manière d'agir envers des gens qui se payent notre tête avec tant de désinvolture. J'espère que tous nos confrères en feront autant et que vous nous donnerez bientôt quelques conseils sur ce sujet.

Vous parlez de la crise d'essence dans les régions libérées, et dans la nôtre, c'est bien la même chose. Quelle pitié ! quel gâchis ! nous sommes beaucoup plus mal ravitaillés qu'au cours de la guerre.

J'avais sollicité l'appui du « Sou Médical » pour faire régler une note d'honoraires contestée par la X., Il y avait près de 5 ans que j'attendais le règlement de cette note. Je ne pouvais rien faire avant le décret de cessation des hostilités. La menace de poursuites et l'annonce de l'appui du « Sou médical » ont amené une solution rapide. Merci mille fois.

Dr C.

Réponse

Comme vous le verrez dans le numéro du *Concours* du 8 février, la méthode que vous avez adoptée pour les soins à donner aux pensionnés de guerre, nous paraît la plus pratique.

Elle nous semble préférable à celle qui consiste à attendre que les pouvoirs publics aient fixé un tarif pour les frais médicaux et pharmaceutiques

Si, en effet, comme il est à craindre, le tarif qui sera adopté ne donnait pas satisfaction au Corps médical, ceux de ses membres qui se seraient fait payer suivant leur tarif normal n'auraient pas à le regretter. Pour les autres, il serait difficile, sinon impossible, de demander, comme on estime qu'il serait licite de le faire à l'égard d'un blessé du travail, le paiement par le client de la différence entre le tarif local et le tarif officiel.

Nous sommes heureux du résultat obtenu sans avoir recours à la justice, dans votre différend avec la X., peut-être, comme vous le dites, grâce à l'annonce de l'appui du « Sou médical ».

II

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien me dire par la voie du *Concours* quelle conduite il y a lieu d'adopter vis-à-vis des pensionnés de guerre, lesquels se présentent actuellement munis d'un carnet de visites et consultations. Jusqu'ici je me suis refusé à inscrire quoi que ce fût sur le dit carnet, et je n'ai pas voulu apposer ma signature sur les bulletins de visite. Pour le paiement, je donne aux intéressés rendez-vous dans trois ou quatre mois.

D'autre part, j'ai eu à donner mes soins, pendant le premier semestre 1919, à un réformé pensionné. Si je lui envoie ma note, établie suivant le tarif local, j'ai le pressentiment qu'il ne voudra pas la payer. Si cela est, qu'aurais-je à faire ? Dr C.

Réponse

Comme le tarif des frais médicaux pour l'exécution de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires n'a pas été établi, les médecins ont le choix entre deux voies à suivre : ou comme vous le faites, attendre que ce tarif ait été arrêté, — ou demander le paiement des honoraires directement aux pensionnés, d'après le tarif local applicable à leur situation sociale.

Mais, nous sommes d'avis que, dans l'un et l'autre cas, le médecin doit délivrer aux pensionnés les certificats et attestations et signer les feuilles et bulletins que la loi ou les décrets rendus pour son application ont prescrits, et sans lesquels il serait peut-être impossible pour leurs clients d'obtenir le remboursement total ou partiel des frais qu'ils auraient avancés.

Des deux modes ci-dessus, nous croyons que le préférable est le second. Car, si le médecin attend que le tarif ait été arrêté, quelle sera sa situation au cas où celui-ci, fixé en dehors des représentants du corps médical, ne lui donnerait pas satisfaction ?

S'il est payé, au contraire, et suivant son tarif habituel, il se désintéressera des décisions que le Gouvernement pourra prendre quant à la rémunération des frais médicaux.

(*Voir la suite page XXVIII-440*).

A NOS ABONNÉS A NOS LECTEURS

Nous nous voyons dans l'obligation de porter provisoirement le prix de l'abonnement au « Concours Médical » *à 24 francs par an, à partir du* 1er *mars prochain.*

C'est une nécessité à laquelle nous contraignent les impérieuses exigences économiques de l'heure.

Au lendemain de la précédente augmentation que nous avons dû faire subir à nos abonnés, sous la pression des évènements, les frais d'impression subissaient une majoration considérable et inattendue qui dépasse déjà 150 %.

Cependant, le papier se faisait de plus en plus rare sur le marché, en même temps que son prix suivait une marche constamment ascendante.

C'est à un point tel que de nombreuses publications périodiques se demandent avec anxiété comment elles pourront continuer à paraître. Cette anxiété nous a étreints nous-mêmes jusqu'au jour récent où nous avons pu constituer un approvisionnement qui assure la continuation de la parution du « Concours » *pendant de longs mois.*

Mais à quel prix ! La valeur marchande du papier a SEXTUPLÉ.

D'ailleurs, il y a beau temps que les grands quotidiens ont doublé leur prix, en même temps qu'ils diminuaient leur volume de moitié. Et nous sommes prévenus que les dirigeants de la Presse politique songent à porter prochainement le prix du numéro de ses différents organes à quinze centimes.

Si l'on procède par comparaison, on voit que nous sommes, par rapport à ceux-ci, loin de compte.

En mettant l'abonnement à 24 francs par an, nous demeurons encore au-dessous du prix de revient du Journal.

Nous osons espérer que nos abonnés nous tiendront compte des sacrifices que nous faisons, en nous aidant, par leur fidélité, à surmonter la crise actuelle, qu'ils constatent du reste personnellement dans tous les ordres de l'activité économique.

Nous les assurons que, dès que les conditions seront redevenues pour nous plus faciles, nous nous empresserons de les alléger partiellement de l'effort que nous sommes forcés de leur demander aujourd'hui, et dont nous les remercions bien sincèrement.

LA DIRECTION.

PROPOS DU JOUR

L'hygiène dans les régions libérées. Camouflage administratif.

J'ai eu la bonne fortune de rencontrer récemment mon vieil ami le Dr Jacques Bonhomme. Il venait de visiter les régions libérées. Après l'échange inévitable des compliments cordiaux entre deux vieux camarades qui ne s'étaient pas vus de longtemps, la conversation s'engagea tout aussitôt sur la situation sanitaire des régions libérées.

« Mon cher ami, tu vas me renseigner et je suis heureux de me trouver en face d'un homme tel que toi qui a vu et qui a su voir. J'ai beaucoup entendu parler des régions libérées et d'une façon si contradictoire que j'ai peine à me faire une opinion. Les uns prétendent qu'il y règne une activité fébrile. D'autres affirment que rien ne s'y fait, ni ne peut s'y faire. Les administrateurs proclament que tout y est pour le mieux et les réfugiés de Paris qui y ont tenté une excursion, reviennent navrés à la capitale et affirment être encore condamnés à un long exil. Certes je ne prétends pas que l'Artois, les Flandres, la Picardie et les Ardennes soient devenus des pays de cocagne. Mais, après plus d'un an, les travaux de reconstitution doivent avancer. D'ailleurs les rapports officiels des Préfets... »

Jacques Bonhomme d'un geste autoritaire m'interrompit brusquement et son visage prit une expression étrange de tristesse et d'ironie :

» Les rapports officiels ! Ah ! mon cher, ne me parle pas des Préfets, ni de leur administration !

Pour te permettre de les apprécier, je vais te conter un seul fait qui serait un trait de haute comédie s'il n'avait pour décor la ville de l'Artois la plus dévastée. Dans ce triste milieu les facéties de ce genre prennent le relief lugubre des épisodes comiques que l'on trouve parfois dans les drames shakespeariens.

Tu as lu comme moi, que la Grande Cathe-

rine, impératrice de toutes les Russies, résolut un jour, sur les instances de son favori Potemkine, de visiter sa nouvelle conquête, la Crimée. Potemkine était un maître camoufleur. Il fit construire en hâte sur le trajet que suivait la souveraine des villages de belle apparence, où des gens bien vêtus et bien payés, resplendissants de vigueur et de gaîté, acclamaient Catherine lors de son passage. L'impératrice revint enchantée de sa visite et cependant les armées de Potemkine avaient terriblement ravagé et dépeuplé la malheureuse Crimée.

Le souvenir de Potemkine a dû hanter l'esprit de certains de nos préfets. Tu as appris par les journaux que les derniers jours de 1919, le Président de la République, M. R. Poincaré fut en Artois pour décorer quelques villes plus particulièrement éprouvées.

Il fallait donner au Président et à sa suite une idée favorable de l'activité administrative.

Il fut décidé qu'on lui ferait visiter un nouvel hôpital.

Un groupe important d'ouvriers fut réquisitionné, l'on se mit hâtivement à l'œuvre, l'on entoura de parterres et de jardinets l'hôpital improvisé qui n'était en état de recevoir des malades que depuis quelques semaines. Lorsque le Président passa, M. le Préfet, en une belle allocution, vanta les services rendus par cet établissement qui, affirmait-il sans rougir, fonctionnait depuis des mois et cependant le pavillon des contagieux n'était pas encore terminé.

Du reste, M. le Préfet avait d'autres soucis que l'assistance et l'hygiène « L'hygiène, ça ne m'intéresse pas ! » aurait-il déclaré à un de nos professeurs les plus réputés, membre de l'Académie de médecine (1). Tu peux penser des progrès qu'avec un pareil esprit notre ad-mi-nis-tra-tion hygiénique a réalisé dans nos malheureuses régions dévastées.

Je vais au hasard de mes souvenirs te donner quelques précisions.

Au début de l'hiver, M. Basly, maire de Lens, écrivit une lettre émouvante au Premier Ministre, à M. Clémenceau. Il y décrivait les conditions critiques de l'existence à Lens. Il dépeignait les malheureux rapatriés, logeant dans des caves au milieu des décombres, ou dans des baraques sommairement installées, nourrissant le vain espoir d'en voir arriver de plus confortables.

Il signalait les dangers de l'absence de W.-C., du mauvais aménagement des écoles, montrait que tout ou presque tout de ce qui avait été fait, résultait de l'effort individuel ou de l'ingéniosité de la municipalité. Il suppliait qu'on lui fît obtenir du service de reconstitution une aide effective.

M. Clemenceau prescrivit une enquête. Elle fut confiée, comme toujours, aux camoufleurs administratifs (1). Il en résulta un rapport où l'on affirmait qu'avec beaucoup de peine et après de longues recherches, MM. les enquêteurs avaient découvert quelques travailleurs belges qui avaient voulu se loger dans des caves *par économie* et qu'à part la singularité de ces originaux sujets du roi Albert, tout était pour le mieux dans le meilleur pays possible.

Il eût été cependant facile de consulter à la mairie de Lens la liste des personnes réduites à loger dans les caves.

Le résultat politique ne tarda pas à se faire sentir. Ce fut le triomphe des socialistes unifiés à une forte majorité aux élections législatives et aux élections municipales dans tout le Pas-de-Calais dévasté.

Les rapports préfectoraux parlent des services de désinfection qu'ils considèrent comme organisés.

Au lieu de se fier aux rapports camouflés, il serait sans doute plus précieux de s'assurer si le personnel chargé de la désinfection est capable de remplir sa mission et il nous est moins utile de savoir le nombre des étuves qui ont été envoyées que de connaître si elles peuvent fonctionner et si jamais elles fonctionnent ou ont fonctionné. Mais les questions d'hygiène n'intéressent pas MM. les Préfets !

Les campagnards de ces régions qui s'efforcent de faire revivre la terre nourricière et de hâter sa production, m'ont fait observer que leurs vaches et leurs chevaux, achetés à des prix très élevés, étaient extrêmement difficiles à nourrir. Le foin et la paille sont introuvables. Ces animaux dépérissent, la plupart deviennent tuberculeux. Cela constitue un danger public. Mais qu'importe, les questions d'hygiène n'intéressent pas MM. les Préfets !

Les cabarets, les estaminets pullulent. On n'a

(1) Cité textuellement par le journal *Le Pas-de-Calais libéré* du 25 janvier 1920 dans un article signé par M. G. Barthélemy, député.

(1) Les journaux nous apprennent que M. Deschamps, sous-secrétaire d'Etat aux régions libérées, est allé en personne en Artois faire une enquête. Ce dont nous ne saurions trop le féliciter.

pris aucune mesure de police contre leurs méfaits. Il est vrai qu'on était en période électorale. Si l'alcool coûte cher, il rend parfois de nombreux services. Puis les questions d'hygiène, n'intéressent pas MM. les Préfets!

Il n'y a pas de bureau d'hygiène organisé, ni d'inspecteurs départementaux d'hygiène, prévus par la loi de 1902 ; cependant l'avis de techniciens serait indispensable pour doter les agglomérations d'eau potable, pour faire procéder à l'évacuation des matières usées, pour assurer l'installation de W. C., pour surveiller l'organisation sanitaire des camps et des bâtiments surpeuplés. Mais les questions d'hygiène n'intéressent pas MM. les Préfets !

Je suis allé en pélerinage au canton de Vitry où sont tombés un de mes parents et quelques de mes amis ; j'ai parcouru les hauteurs de N. D. de Lorette et de Reux. J'ai vu, de mes yeux vu dans des trous d'obus, des cadavres qui n'étaient pas encore ensevelis.

Les questions d'hygiène n'intéressent pas MM. les Préfets !

Te parlerais-je des villes importantes de ces régions où les chirurgiens ne peuvent opérer, car les hôpitaux sont dépourvus de salles d'opérations ? Te signalerai-je l'arrivée lamentable de 20 à 25.000 travailleurs polonais, accourus de fort loin, pour se substituer aux prisonniers boches ? Ces malheureux ont été parqués dans des camps abominablement installés. Il n'est possible ni de les hospitaliser ni de les isoler en cas d'épidémies ; ils sont dans un état navrant de dénûment et de malpropreté. Quelques-uns sont morts en arrivant. Ils viennent cependant de pays où règnent le typhus et la peste. Quelles mesures sanitaires prises à leur égard ? Quelles précautions a-t-on prises pour parer aux épidémies ? Aucune : les questions d'hygiène n'intéressent pas MM. les Préfets !

Jacques Bonhomme, avec un sourire triste et ironique, semblait jouir de ma stupéfaction indignée ; il en eut enfin pitié et s'efforça de dissiper l'angoisse qu'il avait suscitée.

« Je t'ai, reprit-il, montré le mauvais revers de la médaille, je vais maintenant t'en montrer la face consolante. A côté de ces administrateurs, paperassiers, camoufleurs, sinistrement incapables ou odieusement indifférents qui vivent dans nos régions libérées un peu comme les corbeaux sur les champs de bataille le lendemain de l'action, il est une foule de braves gens qui travaillent et s'efforcent d'être utiles ; d'abord les habitants qui, guidés par leurs élus municipaux, souvent admirablement débrouillards, s'ingénient à s'organiser et à suppléer à tout ce qui leur manque. Puis il y a nos confrères que je ne saurais trop admirer. Tu connais aussi bien que moi leur vie de dévouement et d'abnégation ; ils auraient cependant le droit d'envier le sort des forçats. Tu sais comment l'administration les encourage et facilite leur tâche. Tu as publié assez de documents sur ce sujet. Ils font leur devoir quand même, car ils savent que les questions d'hygiène et d'assistance médicale n'intéressent guère MM. les préfets.

Enfin, il y a les membres du corps enseignant, et je suis heureux, toutes les fois que j'en ai l'occasion, de leur rendre justice. Ils accomplissent des merveilles d'ingéniosité pour organiser leurs écoles et les rendre habitables, bien qu'elles manquent souvent de l'indispensable ; il en est à peine une sur 10 qui possède des W. C. abordables.

Les instituteurs et institutrices nettoient, soignent et instruisent les enfants, relèvent les courages défaillants, aident les habitants de leurs connaissances et de leurs conseils. Ils sont pour la plupart admirables. Leur belle conduite, jointe à celle de nos confrères, m'ont consolé de toutes les turpitudes et de toutes les tristesses administratives et vois-tu, mon vieux, pour conclure, il est encore en France beaucoup de braves gens ! »

Et le Dr Jacques Bonhomme dont les yeux étaient devenus humides, me quitta brusquement.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE INFANTILE

UNIVERSITÉ DE LYON

Hospice de la Charité : M. le prof. WEILL.

La vulvo-vaginite des petites filles.

Nous avons actuellement dans le service une fillette de 7 à 8 ans atteinte de leucorrhée purulente abondante. Il s'agit d'une affection fréquente des petites filles : la vulvo-vaginite blennorrhagique. Pendant longtemps, elle fut étudiée surtout par les médecins légistes, comme étant la conséquence ordinaire d'attentats : viols, attouchements criminels. Mais, peu à peu, nous avons établi qu'il s'agissait d'une maladie courante, s'observant même dans les milieux où la promiscuité n'est pas en cause, et d'une assez grande fréquence, puisqu'il ne se passe guère de semaine sans que j'en observe un cas, soit à l'hôpital, soit en ville. Et de suite, je vous ferai remarquer le contraste qui existe entre la fréquence de ces accidents chez les petites filles, et la rareté de l'infection de même origine chez les garçons. Cela tient à la disposition des organes dans le sexe féminin, disposition éminemment favorable à l'ensemencement par les germes morbides.

La vulvite blennorrhagique peut se montrer dès la naissance, dans les accouchements par le siège, quand la mère présente des phénomènes d'infection gonococcienne. La vulve de l'enfant se contamine à son passage à travers les organes maternels. Notons que l'anus reste habituellement indemne. De même, dans une épidémie due au thermomètre et dont je vous reparlerai tout à l'heure, je n'ai pas observé de rectite.

C'est surtout vers 6 ou 7 ans que la vulvite se montre le plus souvent. Mais, elle peut aussi se voir dans tout le cours de l'enfance.

La cohabitation dans le même lit entre enfants et parents gonorrhéiques est la grande cause de contamination : les draps tachés de pus sont la source de la contagion. D'autres fois, il faut incriminer les éponges, les linges de toilette servant aux parents et aux enfants. La vase de nuit peut facilement propager l'infection, les bords de cet ustensile étant aisément souillés par les sécrétions. J'ai observé un cas de vulvite blennorrhagique, où une enquête minutieuse dans l'entourage me démontra l'absence de toute blennorrhagie aussi bien chez les domestiques que chez les parents mais j'appris que l'enfant venait de passer un mois dans un hôtel, et fréquentait les cabinets communs dont le siège avait été probablement la source de la contagion.

On a prétendu que certains cas avaient pu se propager par l'intermédiaire d'une baignoire. Je crois ce mode de contamination assez difficile, l'eau de la baignoire réalisant vis-à-vis du pus gonococcique une dilution trop grande pour que les germes puissent arriver à la vulve en nombre suffisant. Et à ce propos, je vous raconterai l'histoire d'une épidémie de vulvite que j'ai observée autrefois avec le Dr Barjon. Nous avions, à ce moment, des fièvres typhoïdes que l'on baignait huit fois par jour dans deux baignoires communes à un grand nombr dee malades. Or, nous vîmes, au bout de quelques jours, apparaître chez nos malades de nombreux cas de vulvite. Nous pensâmes d'abord que les baignoires étaient les agents de la contamination. Mais nous fûmes frappés de ce fait que, parmi ces vulvites, les unes étaient gonococciques, les autres étaient des vulvites banales ; les premières seules étaient apparues dans le service, les secondes existaient chez nos malades à leur entrée (la fièvre typhoïde peut, en effet, donner des vulvites simples, non gonococciques). Or, ces deux catégories de malades étant baignées de la même façon, la baignoire ne pouvait être incriminée. On pensa successivement aux mains des sœurs infirmières, aux draps, à des objets de toute sorte, enfin aux thermomètres. Ceux-ci, après avoir servi, étaient simplement plongés dans une solution de sublimé. Ils furent examinés et l'on constata la présence, au niveau du point correspondant à la fourchette, d'un résidu de sécrétion dans lequel fut décelée la présence du gonocoque. Je fis alors procéder à une désinfection plus soigneuse des thermomètres, donner à chaque malade un thermomètre individuel, et l'épidémie s'arrêta.

A côté de la vulvite blennorrhagique dont je viens de vous retracer l'étiologie, existe une vulvite banale, non spécifique. Elle évolue habituellement sur un terrain scrofuleux, comme la conjonctivite chronique, l'impétigo. Elle est souvent favorisée par une maladie infectieuse, telle que la rougeole, la scarlatine, la varicelle. Elle peut être une localisation d'une fièvre herpétique. L'herpès récidivant, affection que nous connaissons mal, se montre aussi sur la vulve ; je fus consulté un jour pour une enfant qui perdait son urine depuis 3 ou 4 jours ; en l'examinant, je découvris une érosion herpétique tout près de l'orifice de l'urèthre ; cette lésion avait déterminé du spasme de

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMES DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Notes d'ordonnances. — Notes d'ordonnances portant comme en-tête des instructions aux blessés du travail.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures). — Au recto de ces mémoires on trouvera des colonnes dans les quelles on pourra porter le relevé des opérations et le montant des honoraires; au verso, on trouve le réquisitoire et l'exécutoire à faire signer par les autorités compétentes qui ordonnanceront ce mémoire.

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Notes d'honoraires ordinaires

Notes d'honoraires d'un modèle spécial établies selon les indications du tarif Jeanne.

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50..... 4 fr. »»
Le 100..... 6 fr. »»
Les 500.... 28 fr. »»
Les 1000... 50 fr. »»

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, 132, *faubourg St-Denis Paris.*

l'urèthre qui, à son tour, avait provoqué du spasme de la vessie amenant une sorte de chasse de l'urine. Je sondai l'enfant et les accidents disparurent : la dilatation du canal avait fait céder les phénomènes spasmodiques.

Il existe de fausses vulvites : impétigo de la vulve, avec érosions, croûtes, ne dépassant pas le vestibule et restant superficiel ; eczéma débutant par les plis cutanés et se propageant exceptionnellement à la muqueuse (en présence de cette lésion, pensez au diabète, bien qu'il soit rare chez l'enfant). Enfin, la diphtérie peut se localiser à la vulve, où elle produit comme ailleurs des fausses membranes, dont le diagnostic peut être difficile, s'il n'y a pas d'autres manifestations ; mais il suffira d'y penser et de faire une culture.

La vulvite simple peut être favorisée par des causes locales, au premier rang desquelles il faut placer le défaut de propreté. Chez le nourrisson, l'infection peut être d'origine fécale : il s'agit alors d'enfants qui présentent de la diarrhée, des selles plus ou moins grumeleuses, glaireuses ou verdâtres. C'est dans ces cas, que la vulvite s'accompagne volontiers de cystite. Chez le nourrisson également, les érythèmes pelvi-cruraux si fréquents se propagent souvent à la vulve. Le traumatisme (viol, onanisme) agit rarement. Enfin, j'ai vu des vulvites dues aux oxyures vermiculaires.

J'arrive maintenant à la symptomatologie, et j'aurai surtout en vue la vulvite blennorrhagique dont on doit décrire trois formes : aiguë, subaiguë et chronique, qui sont plutôt trois phases de la même affection.

Dans la *forme aiguë*, on observe du gonflement, de la rougeur, des érosions ; la sécrétion purulente est caractéristique ; quand vous verrez un pus épais, verdâtre, vous pourrez, même sans le microscope, affirmer l'origine gonococcique. Il y a de la douleur survenant surtout à l'occasion des mictions et augmentée par les mouvements. Un des caractères de la vulvite blennorrhagique est la coexistence de la vaginite : pour la reconnaître, il suffit de presser sur le périnée, et on verra sourdre une goutte de pus à l'orifice de l'hymen. Les vulvites banales, au contraire, ne franchissent pas l'hymen et se cantonnent au vestibule. De même, la coïncidence de la vaginite distingue la vulvite gonococcique des petites filles de celle de la femme adulte : celle-ci s'accompagne, en effet, de lésions du col utérin, mais non de vaginite. L'existence de la vaginite explique la ténacité de l'affection : la muqueuse vaginale présente, en effet, de nombreux replis où se cachent les gonocoques et où ils échappent à l'action des antiseptiques.

Pendant la nuit, les sécrétions se dessèchent et le matin, les lèvres sont accolées, comme le sont les paupières dans la conjonctivite purulente.

Les phénomènes généraux sont rares. Toutefois, au début, on peut observer un peu de fièvre et d'insomnie.

Lorsque la vulvite passe à la *période subaiguë*, la congestion, le gonflement diminuent, la sécrétion se transforme et devient muqueuse.

A la *phase chronique*, les troubles fonctionnels disparaissent, il ne persiste plus qu'un peu de sécrétion plus ou moins claire et muqueuse. Cette forme est habituelle dans la vulvite blennorrhagique. Il faut prévoir la probabilité de rechutes après guérison apparente et en avertir les parents. Parfois ces rechutes se répètent, jusqu'à l'âge adulte et l'on voit certaines vulvites contractées dans l'enfance empoisonner toute une existence de femme.

Les complications sont rares. Dans les formes très virulentes, on peut observer de l'uréthrite. La cystite à gonocoques est exceptionnelle : ce qu'on voit chez l'enfant, c'est une cystite à coli-bacilles. Des cas de péritonite aiguë ont été observés ; ils éclatent brusquement et guérissent en général rapidement sans passer à la suppuration. De même, on admet que la vulvite peut amener des lésions de salpingite, qui restent latentes pendant l'enfance ; plus tard, l'enfant devenue jeune fille présente des pertes blanches qu'on met sur le compte de l'anémie ou que l'on considère comme sans importance. Puis, à l'occasion du mariage, surviennent des accidents de salpingite aiguë. On accuse alors le mari, quand c'est bien souvent le père qu'il faudrait incriminer. Les complications articulaires n'existent pour ainsi dire pas ; j'en ai vu tout au plus deux cas. De même, l'ophtalmie est rare ; vous n'en aurez pas moins le devoir, quand vous soignerez une enfant atteinte de vulvite, d'avertir les parents du danger de contamination oculaire et de veiller à ce que toutes les précautions soient prises pour l'éviter.

Le diagnostic de la vulvite est facile ; il consiste surtout à distinguer la forme gonococcique de la forme simple. Je vous citerai seulement l'impétigo, purement vestibulaire, l'intertrigo, les érythèmes extensifs. Quant au diagnostic bactériologique, il faut savoir qu'on ne trouve pas toujours facilement le gonocoque ; il disparaît, en effet, s'il y a eu un traitement institué ; les simples soins de toilette peuvent faire que l'écoulement soit assez restreint pour qu'on ne puisse y retrouver le microbe ; en ce cas, on demandera aux parents de laisser l'enfant 2 ou 3 jours sans soins de toilette et on le reverra ensuite ; dans la forme chronique, il faut faire sourdre une goutte du vagin. Enfin, dans les cas douteux, une injection d'eau *distillée* fera revivre la blennorrhagie et amènera une poussée qui permettra de recueillir les éléments d'un examen bactériologique.

Le pronostic de la vulvite est quelque peu assombri par la longue durée de l'affection, ses ré-

cidives fréquentes, ses conséquences sociales éloignées possibles.

La prophylaxie consistera dans les soins de propreté ; les enfants atteintes seront isolées en quelque sorte au sein de leur famille, c'est-à-dire que les linges, draps, vases de nuit à leur usage ne serviront pas à d'autres. Les parents devront veiller à ce que l'enfant se lave les mains après chaque besoin et avant les repas ; elle aura la nuit une chemise fermée par le bas pour éviter les grattages nocturnes et le transport du pus aux yeux.

Le traitement curatif est simple. A la phase aiguë, on fera des lavages répétés avec une solution antiseptique faible : eau boriquée à 20 p. 1000, sublimé à 0,10 ou 0,20 p. 1000. (Méfiez-vous toutefois du sublimé ; j'ai vu un cas d'intoxication *mortelle*, par une injection de sublimé à 1 pour 4000, chez une dame, à l'occasion d'une fausse couche). La résorcine, le nitrate d'argent peuvent être employés ; à ce dernier, je préfère le protargol ou l'argyrol qui ne donnent pas de réaction argentique.

Des compresses froides ou chaudes, des bains de siège compléteront ce traitement. A la phase subaiguë et chronique, on fera des lavages de la vulve avec une solution de permanganate à 0.50 p. 1000, des badigeonnages au sulfate de zinc à 3 %, au protargol à 5 ou 10 p. 100. On poudre ensuite avec du talc et on met un tampon de coton aseptique. Mais, ce traitement ne suffit pas contre la vaginite. Il faut faire des lavages intra-vaginaux et chercher par ces lavages à déplisser, à étaler le plus possible la muqueuse vaginale. Pour cela, on place l'enfant au bord d'une table, les cuisses écartées, les pieds reposant sur deux chaises ; on introduit dans le vagin une sonde molle de Nélaton n° 20 et on fait ainsi passer sous une faible pression 1/2 litre d'une solution de permanganate à 0,50 p. 1000. Ces injections seront faites tous les jours ; quand les gonocoques auront disparu, on ne les fera que tous les deux jours, puis on les espacera davantage à mesure que les sécrétions se modifieront.

Comme je vous l'ai dit, les rechutes sont fréquentes et il faut en prévenir les parents ; néanmoins, dans bien des cas, on obtient par ces moyens la guérison définitive, mais c'est à la condition de reprendre le traitement dès la moindre menace de récidive.

Leçon recueillie par le Dr CHABANON.

CLINIQUE CHIRURGICALE

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Hôtel-Dieu : M. J.-P. TOURNEAUX, chef de clinique.

Les phlébites syphilitiques.

S'il nous est donné d'observer fréquemment, au cours de la syphilis, et à toutes les périodes de cette affection, des lésions artérielles, il est infiniment plus rare de rencontrer des lésions veineuses, et il y a même de ce fait, comme le dit fort bien Œttinger, quelque chose de franchement anormal, car, dans la plupart des infections, qu'elles soient aiguës ou chroniques, les complications veineuses sont indiscutablement plus communes que les lésions artérielles. Et cependant, comme la syphilis est, elle aussi, une maladie infectieuse au premier chef, il semblerait tout naturel que cette affection ne présentât pas une allure spéciale, mais se comportât de la même façon que les autres maladies infectieuses, et que son retentissement sur le système veineux se produisît en même temps que sur les systèmes lymphatiques et artériels. Il est certainement probable que les conditions physiologiques qui favorisent et expliquent en grande partie la fréquence de l'infection des parois veineuses, au cours des fièvres graves, ne font pas défaut brusquement ou se transforment au cours de la syphilis ; c'est-à-dire qu'il nous semble bien que la vulnérabilité veineuse doit être la même pour la vérole que pour la fièvre typhoïde et la pneumonie. Et si l'on ne signale pas davantage la phlébite, c'est que la plupart du temps, ces lésions évoluent discrètement, sans bruit, sans retentissement sur l'état général, ou bien que ces lésions ont été rattachées ou rapportées aux dyscrasies qui accompagnent et masquent souvent la syphilis chez les sujets examinés.

La plupart des auteurs ont coutume, depuis le travail de Mendel (1894), de décrire deux grandes classes de phlébites, classes correspondant aux deux grandes époques de la syphilis, la phlébite secondaire et la phlébite tertiaire. Bien que cette classification ait l'avantage d'être classique, nous ne croyons pas devoir conserver les divisions données par Mendel, et cela, pour plusieurs raisons.

Il est d'abord bien évident qu'il n'existe pas de démarcation bien nette entre ce qu'on est convenu de nommer les trois périodes de la syphilis : la première période qui s'étend de l'apparition du chancre à l'éclosion des accidents secondaires peut présenter une durée bien variable, et il est souvent difficile de rattacher certaines complications à l'une ou l'autre de ces périodes ; une même incertitude règne pour le début de la pé-

riode tertiaire. Il semble qu'il y ait là une sorte de résistance ou de vulnérabilité individuelles et que suivant les malades et surtout leur réaction plus ou moins grande à l'action du tréponème, les lésions évoluent avec une plus ou moins grande rapidité. D'ailleurs, dans certains cas, les phlébites peuvent survenir presqu'immédiatement après le chancre et Dieulafoy relate des lésions veineuses qui ont apparu huit et quinze jours seulement après l'infection, alors que les autres accidents dits secondaires ne sont arrivés que bien longtemps après. S'agit-il déjà là de phlébite secondaire ou faut-il créer une troisième division, la phlébite primaire ou primitive ?

Il est bien certain que certaines lésions veineuses de la période tertiaire évoluent avec les mêmes caractères que les phlébites de la période secondaire et réciproquement. Or, comme on sait que le tréponème, agent spécifique de la vérole, se retrouve dans l'organisme des syphilitiques à toutes les périodes de la maladie, et même très longtemps après l'époque de l'infection, on peut aisément comprendre que les altérations veineuses arrivent à se produire avec des formes semblables à quelque moment que l'on soit de la maladie, sans revêtir une forme propre pour une époque déterminée. De même, il n'est pas du tout constant que les accidents superficiels et précoces appartiennent à la période secondaire, et les accidents profonds et tardifs à la période tertiaire. C'est ce qu'on voit d'ailleurs pour certaines lésions syphilitiques des reins et des os, que l'on est habitué à considérer comme des manifestations tertiaires tardives et qui, cependant, peuvent apparaître au début à l'époque des accidents secondaires.

On peut donc se rendre parfaitement compte qu'il n'existe pas entre les différents accidents de la syphilis une démarcation chronologique bien tracée, et que la classification généralement adoptée est tout à fait insuffisante, comme celle qui divise les phlébites en précoces et en tardives, car dans chacun de ces deux groupes, on trouve différentes modalités se ressemblant et par leur apparition et par leur évolution.

Aussi, pour ces différentes causes, estimerez-vous beaucoup plus logique de diviser les phlébites syphilitiques suivant leur siège, et de les répartir par conséquent en trois classes :

1° Les phlébites superficielles des membres ;

2° Les phlébites profondes des membres ;

3° Les phlébites des veines viscérales.

Cette division nous paraît indiquée par la gravité et les caractères bien spéciaux que présentent les inflammations veineuses.

La phlébite superficielle apparaît insidieusement : le membre est généralement le siège de pesanteur, de fourmillements, d'un peu de gêne fonctionnelle, puis une des veines saphènes, l'interne généralement, devient douloureuse, la peau rougit légèrement et un peu d'œdème apparaît. Dans d'autres cas, c'est par l'induration de la veine que débute la maladie. Puis, cette induration continue à s'étendre en suivant parfois, mais assez rarement, un trajet inverse de celui du cours du sang, et à mesure que l'inflammation progresse lentement et gagne d'un côté, elle diminue de l'autre, tout en laissant persister un peu d'induration. Dans quelques cas, la poussée phlébitique n'est pas continue, c'est-à-dire que le cours de la veine n'est pas uniformément enflammé, mais que seuls, un certain nombre de segments de veine sont lésés (phlébite segmentaire) et séparés les uns des autres par des portions de veine saine. Au bout d'un laps de temps, qui varie de 15 jours à 1 mois, alors que l'inflammation a depuis longtemps déjà disparu, l'induration rétrograde à son tour et la phlébite s'évanouit sans laisser de traces de son passage. Que la veine n'ait été lésée que sur un petit trajet, ou qu'elle ait été infectée totalement (ce qui est exceptionnel), les lésions rétrocèdent en entier et le vaisseau reprend sa souplesse et sa perméabilité. Pendant toute cette évolution, la fièvre a été exceptionnelle ou insignifiante et il y a eu absence complète de phénomènes généraux. Les phlébites syphilitiques superficielles se terminent toujours par la guérison : parfois, une rechute est à craindre, mais on n'a jamais signalé de cas d'embolie.

La deuxième modalité, c'est-à-dire la phlébite des veines profondes des membres existe rarement à l'état isolé, mais vient compliquer la phlébite superficielle. Comme cette dernière, elle apparaît insidieusement, et ne tarde pas à s'accompagner de troubles beaucoup plus marqués. C'est ainsi qu'après une période de début ressemblant en tous points à celui de la classe précédente, l'on ne tarde pas à noter une aggravation générale de tous les symptômes. La peau de tout le membre lésé prend une coloration franchement rouge, bien plus nette que dans le cas précédent, et en même temps, l'œdème si fugace et si léger des phlébites superficielles prend ici un caractère des plus importants ; au lieu d'une légère infiltration du tissu cellulaire, infiltration siégeant presqu'uniquement le long d'une des saphènes et disparaissant en peu de jours, on note bientôt un empâtement, un gonflement de tout le membre s'étendant depuis les malléoles jusqu'à la racine de la cuisse. La douleur est considérable, elle n'est plus localisée sur le trajet d'un tronc veineux, mais siège dans tout le membre ; c'est une douleur spontanée qui s'exaspère par les mouvements et par la pression. Le membre lésé est, de plus, le siège d'un certain nombre de troubles fonctionnels, tels que des engourdissements et des fourmillements. Ces symptômes augmentent peu à peu, bientôt l'impotance fonctionnelle devient complète et le malade ne peut plus remuer

le côté atteint. Quant aux phénomènes généraux, ils sont assez marqués ; il y a de la fièvre (38 à 39°) avec tout le cortège des troubles qui l'accompagnent, insomnie, fatigue, anorexie, adynamie, etc., etc. Cette fièvre dure assez longtemps, et ne se met à tomber en lysis que lorsque toute cette période inflammatoire tend à disparaître.

Généralement, cette phlébite n'évolue que sur un seul membre, le gauche le plus souvent, toutefois, dans les syphilis graves où l'état général est profondément atteint, la localisation peut se faire sur les deux membres. Il est à remarquer cependant que cette phlébite n'apparaît cependant pas à la même époque des deux côtés, mais qu'elle ne se maniefste sur l'autre membre que 8 à 10 jours après la première manifestation. Enfin dans d'autres cas, par suite des anastomoses veineuses du tronc et des membres, il peut se faire, et cela, sans que les gros troncs de l'économie soient atteints, que l'infection gagne également les parois abdominales. On assiste alors à un œdème de toute la région sous-ombilicale, œdème pouvant parfois remonter jusqu'au niveau des fausses côtes ou même de l'omoplate.

Au bout d'un laps de temps, variant d'un à deux mois, on constate le dégonflement progressif des régions atteintes ; l'œdème commence d'abord à disparaître dans les régions supérieures et diminue ensuite en suivant un cours inverse de celui du sang. En même temps disparaissent la rougeur ainsi que les autres symptômes, et il ne reste plus alors qu'une sorte de résistance dure que l'on sent en palpant les trajets vasculaires, et qu'un peu de gêne à la mobilisation. Dureté et gêne ne tarderont pas à disparaître dans les mois qui suivront.

Cette deuxième forme de phlébites, bien que assurément plus grave que la précédente, peut cependant être encore considérée comme bénigne, car, bien que les symptômes soient plus bruyants, la terminaison de ces phlébites profondes se fait comme celle des phlébites superficielles, c'est-à-dire par résolution, et par résolution complète, sans complications et sans accidents.

Jusqu'ici, je ne vous ai parlé que des phlébites bénignes, les unes un peu plus graves que les autres, mais dont le pronostic était toujours favorable ; je vais maintenant, en abordant la description de la troisième classe, être amené à vous décrire une variété éminemment grave, dont le diagnostic est souvent plein d'obscurité et sur laquelle la thérapeutique se montre bien souvent inactive.

Je n'envisagerai pas ici la division classique en phlébites gommeuses et en phlébites scléreuses ; une telle classification est assurément utile en anatomie pathologique, mais en clinique, elle n'a guère sa raison d'être, car les deux formes évoluent à peu près de la même façon.

Cette phlébite peut évoluer à toutes les périodes de la syphilis, et sa cause directe doit être recherchée uniquement dans l'action du virus syphilitique sur la paroi veineuse, sans qu'aucune autre cause occasionnelle ou prédisposante puisse être invoquée. Les altérations siègent presqu'uniquement sur la veine porte et sur la veine cave inférieure : la lésion initiale est constituée par une légère périphlébite, et l'endophlébite n'est que secondaire. C'est là un caractère qui différencie bien les phlébites des gros troncs veineux des phlébites des membres, dont les lésions sont limitées à l'endoveine comme dans toutes les autres phlébites.

Quant à la symptomatologie de ces lésions, elle se compose des signes habituels des compressions vasculaires, sans qu'aucun signe soit assez net, assez pathognomonique, pour pouvoir démontrer qu'il s'agit là d'accidents syphilitiques et seule, la constatation d'anciens accidents ou la connaissance d'un passé spécifique permettent de se rendre compte de la nature exacte de la lésion. C'est ainsi que les altérations portales donneront au bout de peu de jours une ascite libre et volumineuse, à développement extrêmement rapide, se reproduisant avec la plus grande facilité après la ponction. Dans bon nombre de cas, cette ascite coïncidera avec de l'ictère ou encore avec des troubles gastro-intestinaux graves pouvant aller jusqu'à l'hématémèse et au mœlena.

Les lésions de la veine cave inférieure, s'accompagnant d'œdème des membres inférieurs, d'œdème très marqué, ne tardant pas à dépasser rapidement la racine des membres, envahissant rapidement les bourses et la partie inférieure du tronc, donnant, en somme, naissance à de l'anasarque.

Les lésions de la veine cave supérieure sont exceptionnelles ; dans un cas cité par Weber, elles s'étaient traduites par de l'hydrothorax et de l'apoplexie pulmonaire.

Bien souvent, d'autres symptômes, dus à d'autres lésions syphilitiques, viennent masquer en partie, ou compliquer le tableau clinique que je viens de vous indiquer, et alors, les phlébites syphilitiques restent perdues dans le riche cortège symptomatique des syphiloses viscérales.

Ces lésions des gros troncs, dont le pronostic est excessivement grave, puisqu'elles se terminent presque fatalement par la mort, sont heureusement assez rares, car en 1907, Roques, dans sa thèse inaugurale, n'a pu en recueillir que quelques observations.

Le diagnostic des phlébites superficielles ou profondes des membres est presque toujours facile à poser. La forme circonscrite de l'affection, l'empâtement allongé, l'œdème, la perception d'un cordon dur, moniliforme, allongé suivant un trajet connu, permet de localiser l'affection dans une veine et d'éliminer l'idée d'un tuber

---

culome ou d'un néoplasme. Quant à la nature spécifique de la phlébite, elle sera également facile à reconnaître, et cela tient aux conditions toutes spéciales dans lesquelles l'affection s'est produite, à la modalité particulière d'évolution, et à l'absence des autres causes (rhumatisme, goutte), susceptibles de déterminer une phlegmasie.

Pour ce qui est des phlébites des gros troncs veineux, leur diagnostic est extrêmement difficile : nous avons vu, en effet, que leur symptomatologie est, en somme assez fruste, et qu'aucun de leurs symptômes n'est à vrai dire pathognomonique. Ce qui vient encore compliquer le problème, c'est que la syphilis ne frappe pas seulement une veine, mais vient en même temps produire d'autres lésions dans différents organes de la cavité abdominale. Pour savoir à quelle affection on doit alors rattacher les phénomènes observés, il faut éliminer complètement et méthodiquement toutes les causes de compression et d'inflammation veineuse locale et générale et rechercher systématiquement les stigmates cutanés osseux ou viscéraux de la syphilis, ainsi que les réactions de déviation du complément (Wassermann). Certes, la difficulté est grande et c'est ce qui vous explique que bien souvent, la syphilis des gros troncs veineux n'a été qu'une trouvaille d'autopsie.

Quant au traitement, il devra nécessairement être double, s'adressant à la fois et à la phlébite et à la syphilis.

REVUE MENSUELLE DE BIOLOGIE

Nous nous sommes toujours efforcés de consacrer au *Concours médical*, organe des médecins praticiens, un caractère exclusivement technique, évitant d'en faire un recueil d'observations scientifiques et de controverses théoriques qui n'intéresseraient pas nos lecteurs. Mais nous pensons leur être agréables et utiles en les tenant au courant du mouvement scientifique dans le domaine de la Biologie, surtout quand les idées nouvelles doivent avoir une influence sur la pratique médicale. C'est dans ce but que nous avons prié M. le Dr J.-M. Pacaut, agrégé des sciences naturelles de l'Université, de bien vouloir nous rédiger cette revue mensuelle de Biologie. M. le Dr J.-M. Pacaut joint à des connaissances scientifiques très étendues et à une longue fréquentation des laboratoires, une réelle expérience de pratique médicale, acquise durant les cinq années de guerre, comme médecin de régiment. Nous sommes heureux d'avoir pu nous assurer la collaboration d'un savant biologiste qui a su faire son devoir de médecin et a conquis vaillamment la croix de guerre, non à l'arrière, mais au front.

J. NOIR.

Les idées nouvelles touchant les albuminoïdes alimentaires.

Les albuminoïdes constituent pratiquement la seule source d'azote alimentaire que les animaux aient à leur disposition, et comme telles ces substances jouent un rôle prépondérant et indispensable dans l'établissement de toute ration alimentaire normale ou de tout régime. Or, il est peu de chapitres de la chimie biologique qui aient été aussi profondément remaniés à tous les points de vue que celui qui les touche, et l'importance pratique des notions récemment acquises est telle qu'il n'est peut-être pas inutile de les résumer brièvement ici. Dans ce premier article, je me proposerai de rappeler succinctement ce que nous savons actuellement de la constitution de la molécule albuminoïde, puis d'exposer dans leurs grandes lignes les résultats des recherches des dernières années touchant la répercussion que les différences de constitution des diverses molécules mises à la disposition d'un organisme animal peuvent avoir sur leur valeur alimentaire.

1° *Constitution des albuminoïdes.*

Le temps est loin où les traités de physiologie se bornaient à décrire les substances albuminoïdes comme des agrégats d'atomes de carbone, d'oxygène, d'hydrogène et d'azote, avec quelque peu de soufre, sans plus s'occuper de la disposition de ces divers atomes. Et pourtant il était difficile d'admettre que de tels complexes, dont le poids moléculaire peut dépasser 6000, ne puissent être ramenés à des combinaisons d'édifices atomiques relativement plus simples. Mais les recherches en pareille matière étaient si délicates qu'il a fallu des tâtonnements multiples pour résoudre le problème de cette architecture moléculaire : alors que certains cherchaient à suivre la dislocation des molécules au cours de processus de fermentations digestives ou bactériennes, d'autres se proposèrent de les démolir artificiellement à l'aide de procédés purement chimiques et d'établir les lois suivant lesquelles elles se clivent en molécules moins complexes. Enfin, après cette phase d'analyse, une série de recherches de synthèse permit de vérifier l'exactitude des résultats obtenus : à l'heure actuelle, nos connaissances sur la constitution des matières albuminoïdes ne laissent encore obscurs que des points de détail d'une importance en somme toute secondaire.

De même que toutes les maisons sont en définitive constituées par un petit nombre de matériaux, toujours les mêmes, et ne diffèrent que

par l'agencement de ceux-ci, de même les diverses substances albuminoïdes ne sont que des combinaisons plus ou moins complexes d'un certain nombre de corps relativement simples, dont le nombre est voisin d'une vingtaine, qu'on appelle *acides aminés* ou *aminoacides*. Chaque molécule albuminoïde ne renferme pas du reste nécessairement des échantillons de tous les aminoacides (et c'est précisément une des raison de la grande différence de valeur alimentaire des diverses albumines), et, d'autre part, il y a souvent dans une molécule albuminoïde plusieurs molécules d'un même aminoacide : il en résulte que le nombre des combinaisons possibles, c'est-à-dire des variétés d'albumines, est pratiquement infini.

Comment peut-on se représenter l'agrégation de ces molécules élémentaires à l'intérieur du complexe albuminoïde ?

Un aminoacide est un corps dont la formule générale rentre toujours dans le type suivant :

$$H^2 Az - R - COOH$$

dans lequel R représente un radical organique de structure et de complexité variables. A ce radical sont adjoints deux groupes de fonction chimique inverse : l'un, H^2Az —, est une molécule d'ammoniac ayant perdu un atome d'hydrogène, mais ayant conservé les affinités de ce corps pour les acides, présentant par conséquent une *fonction basique* ; l'autre, au contraire, — COOH, — constitue une *fonction acide*. Or la fonction acide d'une de ces molécules peut parfaitement se combiner à la fonction basique d'une autre molécule (du même aminoacide, ou d'un autre, peu importe), et si le phénomène se répète un certain nombre de fois, il en résultera des *chaînes* plus ou moins longues. Supposez encore que la fonction acide du dernier chaînon de la chaîne se soude à la fonction basique du premier, et vous aurez une chaîne fermée, une molécule de *cyclopolypeptide*, analogue en quelque sorte à une ronde d'enfants dont chacun serre de sa main droite la main gauche de son voisin. Ce sont ces chaînes, d'une complexité telle qu'elle a encore défié toute analyse exacte, qui constituent les albuminoïdes.

Toutefois, il ne faudrait pas se représenter les choses sous un jour aussi simple. Ce n'est pas ici le lieu d'exposer les diverses conceptions concernant l'état des molécules albuminoïdes dans une solution, au point de vue de la chimie physique ; mais au point de vue chimique pur, il semble démontré qu'à l'intérieur de la molécule albuminoïde globale, les aminoacides constituants sont disposés sous forme de complexes moléculaires jouissant d'une certaine autonomie, du reste fort relative, et tels qu'on peut en définitive distinguer dans la molécule totale une sorte de noyau central, plus résistant, (c'est-à-dire dont les aminoacides constituants se séparent difficilement), et sur lequel sont greffées des chaînes terminales dont les aminoacides constituants sont relativement plus faciles à détacher.

Les aminoacides peuvent être répartis de par leur constitution chimique, en deux grands groupes : ceux qui dérivent des corps de la série grasse (glycocolle, alanine, leucine, arginine, etc.) et ceux qui possèdent un noyau aromatique, c'est-à-dire dérivent plus ou moins directement de la benzine, tels que la phénylalanine, la tyrosine ou le tryptophane. Or, cette différence de constitution n'est pas simplement intéressante au point de vue chimique : c'est sans doute d'elle que dérivent pour une large part les qualités alimentaires si dissemblables des diverses sortes d'aminoacides, et par suite des albuminoïdes qu'ils contribuent à former, comme nous allons le voir dans la seconde partie de cette étude.

2° *Les besoins de l'organisme en albuminoïdes.*

A l'intérieur de l'organisme, les albuminoïdes alimentaires ont un double rôle.

D'une part, ils sont une source d'énergie au même titre que les hydrocarbones ou les graisses, et comme tels ils peuvent être indifféremment remplacés dans une ration donnée par une quantité isodyname (c'est-à-dire dégageant pa combustion le même nombre de calories) de ces deux autres classes d'aliments. Il suffira pour établir la ration alimentaire *énergétique* de l'homme, par exemple, que la quantité totale de calories que lui fournissent ses aliments oscille chaque jour entre 23 et 50 à 65 calories par kilo de poids vif, suivant le travail fourni : peu importe de quelle sorte d'aliments proviennent ces calories.

Mais, d'autre part, la ration alimentaire doit également jouer un rôle *plastique*, c'est-à-dire permettre à l'organisme d'édifier de nouveaux tissus durant toute la période de croissance, et ensuite de se maintenir en équilibre de poids en balançant exactement ses pertes journalières. A ce second point de vue les albuminoïdes se mettent absolument à part, parce qu'ils sont la seule source d'azote dont dispose notre organisme. Si l'on peut théoriquement remplacer à volonté une certaine quantité ou même la totalité des graisses par une quantité équivalente d'hydro-carbones, il est impossible de réduire la ration d'albuminoïdes au-dessous d'un certain minimum correspondant à l'apport journalier indispensable d'azote.

A n'envisager les choses qu'au point de vue quantitatif, la détermination de ce minimum paraissait relativement simple. Les recherches classiques de Pettenkofer et Voit avaient conduit à admettre qu'il faut environ 100 grammes d'al-

buminoïdes par jour pour un homme adulte, ce qui correspond à une dépense d'environ 18 gr. d'azote. Mais ce chiffre fut considérablement réduit par les recherches plus récentes. Lapicque considérait qu'un gramme d'albuminoïde par kilo et par jour constitue une ration largement suffisante ; les recherches de Chittenden ont pu abaisser le minimum d'azote nécessaire à 6 gr. par jour, et celles de Siven et Landergren, Cathcart, etc., à 5 ou même 4. Enfin, les expériences d'Hindhede ont montré que l'équilibre azoté pouvait être réalisé avec un chiffre plus faible en utilisant le pain ou la pomme de terre, de telle sorte qu'on peut admettre pratiquement que 0.75 cgr. seulement d'albuminoïdes par kilo de poids vif sont indispensables, et c'est la modicité de cette ration (45 grammes pour un homme de poids moyen) qui avait conduit la Commission scientifique interalliée du Ravitaillement à poser en principe que dans une alimentation mixte suffisante au point de vue énergétique, le besoin minimum d'albuminoïdes est toujours couvert, et au-delà, par la ration, et qu'il n'y a pas lieu de le faire intervenir dans les calculs.

Toutefois, envisagée au seul point de vue quantitatif, la question est mal posée. Les recherches plus récentes ont en effet montré qu'un gramme d'azote perdu par notre corps ne peut être indifféremment remplacé par un autre gramme d'azote provenant de n'importe quelle substance albuminoïde. Il faut faire entrer en ligne de compte la structure élémentaire des molécules de cette dernière, et particulièrement sa teneur en divers aminoacides constituants.

Nous savons que la complexité des molécules albuminoïdes est infiniment variable. Par exemple, la lactalbumine contient dans sa molécule tous les aminoacides indispensables au jeune mammifère, mais la gélatine est dépourvue de tyrosine, de tryptophane et de cystine ; chez les végétaux, la gliadine du riz et du blé ne contient pas de lysine, et la zéine du maïs ne renferme dans sa constitution ni lysine, ni tryptophane, ni glycine, etc.

Or, en nourrissant des animaux avec des rations telles que certains aminoacides en soient systématiquement constamment éliminées (rations déficientes), on constate que quelles que soient les quantités d'aliments fournies par ailleurs, le manque de certains de ces corps est incompatible avec la croissance ou même le simple maintien en équilibre de poids de l'animal en expérience.

C'est ainsi qu'en nourrissant des rats uniquement avec de la zéine en guise d'albuminoïde l'animal dépérit et meurt fatalement, aussi vite que s'il était au jeûne absolu. Si l'on supplémente la zéine par du tryptophane, l'animal peut, se maintenir en bonne santé et en équilibre de poids pendant six mois, mais durant tout ce temps sa croissance se trouve absolument arrêtée : le tryptophane est donc indispensable au maintien de l'équilibre de poids, mais insuffisant pour assurer la croissance. En revanche, si au bout de six mois du régime précédent, on l'additionne de lysine, la croissance reprend subitement son cours : la lysine est donc, elle, indispensable pour la croissance, ainsi sans doute que la cystine, ce qui revient à dire que tout se passe comme si, durant la période de croissance, l'organisme était incapable de faire la synthèse de ces deux corps.

Par contre, il n'en est pas de même pour la plupart des autres aminoacides, et il semble que l'animal soit capable de passer assez facilement des uns aux autres suivant ses besoins du moment : du moins il en est ainsi pour la plupart, sinon tous les aminoacides de la série grasse. C'est ainsi que l'absence simultanée de l'arginine et de l'histidine est incompatible avec l'état d'équilibre et entraîne une perte de poids rapide et fatale, mais que cette évolution ne se produit pas et que la croissance demeure même possible si l'animal reçoit dans sa ration l'un quelconque de ces deux corps.

Des notions précédentes, il résulte d'abord que nous pouvons à volonté parer à la déficience en certains corps de certains albuminoïdes complexes, par l'adjonction artificielle des aminoacides appropriés : par exemple on peut faire de la gélatine un albuminoïde complet et suffisant, en lui ajoutant une certaine proportion de tyrosine ou de tryptophane, dont elle manque totalement, et en complétant sa teneur insuffisante en leucine, cystine, alanine, etc.

De plus, nous comprenons maintenant pourquoi les divers auteurs qui avaient cherché à déterminer le besoin minimum d'azote et d'albuminoïdes, étaient arrivés dans leurs évaluations à des résultats si discordants : c'est qu'ils n'avaient pas considéré la composition élémentaire des albumines dont ils se servaient, et qui sont loin d'avoir la même valeur en aminoacides. La déficience d'un seul de ceux de ces derniers qui sont indispensables suffisait pour fausser tous les résultats obtenus. Osborne et Mendel ont en effet montré que la ration minima nécessaire et suffisante d'un albuminoïde donné dépend non pas de la quantité globale d'azote que cet albuminoïde apporte à l'organisme, mais de sa teneur en aminoacides indispensables : c'est ce qu'ils ont appelé la « Loi du minimum ». Si un aminoacide entre dans la composition d'une albumine envisagée en proportion insuffisante pour les besoins de l'organisme en expérience, il faudra augmenter la ration totale de cette dernière jusqu'à ce que la quantité de cet aminoacide particulier devienne suffisante pour assurer l'équilibre ou la croissance, ce qui peut amener à

un véritable gaspillage du reste de la molécule albuminoïde, c'est-à-dire des aminoacides banaux, non spécifiques. Ou bien, il faut supplémenter artificiellement l'albuminoïde en lui adjoignant le complément nécessaire de l'aminoacide déficient. Par exemple, en nourrissant des rats avec des proportions décroissantes de caséine, il faut d'abord supplémenter cet albuminoïde, par une dose complémentaire de cystine. Mais quand la ration de caséine tombe à 9 %, il ne suffit plus de lui adjoindre la cystine, car la lysine à son tour est descendue à un taux inférieur au taux minimum, et nécessite un apport complémentaire.

La connaissance de tous ces faits a amené des remaniements considérables dans nos idées touchant le métabolisme de l'azote. Nous devons maintenant distinguer les processus de croissance de ce qui se passe dans le simple maintien en équilibre d'un organisme adulte. Pour celui-ci, à part le cas particulier de quelques albuminoïdes complètement déficients en certains aminoacides indispensables, la plupart des protéines s'équivalent à peu de choses près. Mais il n'en demeure pas moins que l'organisme doit trouver dans la ration un apport permanent de certains aminoacides qu'il se montre incapable de synthétiser. Et par déduction, les physiologistes en sont amenés à se demander si ces aminoacides indispensables ne seraient pas précisément ceux — et ceux seuls — qui se détruisent au cours des phénomènes vitaux.

Ainsi Osborne et Mendel ne craignent pas de dire : « On peut imaginer par exemple que la seule raison d'être de destruction de toute albumine, dans l'équilibre, serait de libérer une petite quantité d'un ou deux aminoacides, qui doivent nécessairement jouer un rôle physiologique analogue à celui des hormones, et dont dépend le métabolisme tout entier » ; et Schaeffer, à l'excellente revue générale de qui j'emprunte cette citation (1), ajoute : « Ainsi l'organisme n'utiliserait qu'accessoirement, après désamination, les fragments de la molécule albuminoïde pour des fins énergétiques ou calorifiques, et ne détruirait cette molécule que pour lui emprunter un ou deux aminoacides dont il ne peut se passer, mais dont il ne peut non plus faire la synthèse ».

Quant à l'organisme en voie de croissance, il a des besoins incomparablement plus grands qu'un organisme qui se maintient simplement en équilibre, en certains aminoacides indispensables. Aussi est-il beaucoup plus exigeant en ce qui concerne la composition élémentaire des albumines mises à sa disposition. Non seulement celles-ci ne doivent pas être « qualitativement complètes », c'est-à-dire renfermer tous les aminoacides indispensables, mais encore il faut que ces derniers y figurent en certaines proportions déterminées, parfaitement équilibrées, faute de quoi la loi du minimum entrerait en jeu pour le ou les aminoacides déficients.

Au contraire, si les proportions optimales sont réalisées, l'organisme n'est astreint qu'à un travail digestif minimum, n'étant pas contraint à traiter gratuitement une énorme masse de molécules pour en extraire les quelques-unes dont il a spécialement besoin. C'est précisément ce parfait équilibre en aminoacides élémentaires qui fait du lait total un aliment absolument inimitable et irremplaçable pour le jeune mammifère ; et parmi les diverses protéines du lait, la caséine du fromage se montre très nettement inférieure à la lactalbumine qui demeure dans le petit lait ; ce dernier est donc un aliment des plus précieux, et les notions nouvelles justifient la part considérable qu'on tend à lui donner dans certains régimes des nourrissons.

***

L'exposé de toutes les notions précédentes suffit à montrer combien nos connaissances sur la nature et le rôle des albuminoïdes se sont modifiées dans les dernières années. Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance que ces notions théoriques doivent désormais avoir chaque fois qu'il s'agira d'établir un régime. Malheureusement, tout est encore à faire dans cette voie, et les documents nous manquent pour améliorer dès maintenant l'empirisme traditionnel en cette matière.

Enfin, la connaissance du rôle des aminoacides n'est pas la seule à faire entrer en ligne de compte pour l'évaluation des besoins qualitatifs de l'organisme en substances azotées : la découverte des vitamines ou auximones est venue apporter encore un élément nouveau et d'importance aussi capitale dans l'étude de cette question, et j'en ferai l'objet d'un prochain article.

Dr J.-M. Pacaut.

(1) *Bulletin de la Société scientifique d'hygiène alimentaire*, 1918.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Encéphalite léthargique et réaction méningée.

(M. Achard. — *Académie de médecine.*)

On considère l'encéphalite léthargique comme une maladie essentiellement constituée par la triade symptomatique suivante : somnolence, paralysie des nerfs crâniens, surtout des nerfs oculo-moteurs, état fébrile plus ou moins accusé. On ne noterait pas habituellement, a-t-on dit, dans cette affection, de réaction méningée appréciable dans le liquide céphalo-

rachidien, et ce signe négatif aurait même, pour certains auteurs, une valeur diagnostique.

Or, M. Achard, chez deux de ses malades atteints d'encéphalite léthargique, a rencontré une forte lymphocytose céphalo-rachidienne. Il conclut de ces faits que la présence d'une réaction méningée lymphocytaire ne doit pas faire rejeter le diagnostic d'encéphalite léthargique.

M. Netter partage l'avis de M. Achard quant à la possibilité d'une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans l'encéphalite léthargique. Toutefois, en pareil cas, la lymphocytose diminue rapidement et cette décroissance rapide du nombre des lymphocytes est un renseignement utile pour le diagnostic.

L'encéphalite léthargique à Lille.

(MM. Combemale et Duhot.—*Académie de médecine.*)

MM. Combemale et Duhot signalent l'apparition de cas d'encéphalite léthargique dans la région lilloise. Cinq malades atteints de cette affection sont actuellement en traitement à la Clinique médicale du prof. Combemale. Ces cas sont survenus d'ailleurs, isolément, sans facteur étiologique commun apparent.

La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang et dans les urines.

(M. Clément Simon. — *Académie de médecine.*)

M. Clément Simon a fait des recherches comparatives de la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang et dans les urines chez 201 sujets, 166 syphilitiques et 35 témoins, non syphilitiques.

Tout d'abord, les 35 témoins, qui présentaient une réaction négative dans le sang, avaient tous, sauf un, une réaction négative dans l'urine.

Chez les 166 syphilitiques, les réactions (positives ou négatives), dans le sang et l'urine, ont été concordantes dans plus de la moitié des cas. La positivité dans les urines s'est montré plus fréquente au cours des accidents tertiaires qu'au cours des accidents secondaires. Trois fois la réaction a été positive dans les urines et négative dans le sang. Il semble donc qu'il y ait un certain intérêt à poursuivre l'étude du Wassermann dans les urines.

L'ophtalmie granuleuse à Marseille.

(M. Aubaret. — *Académie de médecine.*)

Le trachome a toujours été répandu à Marseille, comme dans toutes les villes du littoral méditerranéen. M. Aubaret a noté depuis la guerre une élévation sensible du nombre de malades venant consulter pour cette affection. Il pense qu'il y a là un fait dont les hygiénistes ne doivent pas se désintéresser, l'ophtalmie granuleuse non traitée convenablement aboutissant trop souvent à une cécité incurable.

Cancer de l'estomac et hypersécrétion continue.

(M. L. Pron. — *Société de médecine de Paris.*)

M. Pron rapporte un cas d'hypersécrétion gastrique fortement acide chez une malade atteinte d'une tumeur cancéreuse de l'estomac. On sait que si l'on rencontre parfois l'hyperchlorhydrie dans l'ulcéro cancer, il n'est pas commun de l'observer dans le cancer gastrique arrivé à une phase néoplasique accusée.

Hérédité et épilepsie.

(M. P. Hartenberg. — *Société de médecine de Paris.*)

M. Hartenberg s'appuyant sur l'observation de 80 malades épileptiques, rejette la notion de l'hérédité dans l'épilepsie. Redoutant la mauvaise réputation de cette maladie, dit-il, les familles s'efforcent de la dissimuler. Trop souvent, alors, le patient est claustré dans sa maison ou exilé dans un sanatorium.

Il faudrait modifier les idées répandues sur la pathogénie du mal comitial. Celui-ci ne devrait plus être tenu comme un état morbide essentiellement héréditaire. A la lumière des recherches modernes, l'épilepsie nous apparaît de plus en plus comme une maladie individuelle, acquise, du système nerveux, déterminée par des causes occasionnelles diverses. L'épileptique, dans ces conditions, ajoute l'auteur, a le droit de mener dans la Société une existence libre, compatible avec ses troubles. Au point de vue familial, les enfants, frères et sœurs d'épileptiques doivent être mis hors de cause et dégagés de la tare qui leur est attachée d'après l'opinion courante. C'est une sorte de réhabilitation de l'épileptique.

M. Laignel-Lavastine remarque qu'il importe de vulgariser cette notion que l'épilepsie n'est pas généralement d'hérédité similaire. L'épilepsie n'est d'ailleurs pas une maladie. Le vieux mot d'épilepsie idiopathique, s'il est commode pour une désignation générale, ne répond pas à la réalité clinique. Il n'y a que des épilepsies symptomatiques, dont certaines dépendent d'affections difficiles à mettre en évidence. L'anatomie pathologique montre fréquemment des lésions corticales légères et des lésions des glandes endocrines. Les crises apparaissent comme fonction, d'une part, d'une séquelle méningo-corticale, d'autre part, d'une intoxication. La séquelle résulte d'une infection ayant eu un retentissement sur les méninges dans la première enfance. Les crises sont déclanchées par des intoxications soit endogènes, soit exogènes. Les infections, toutefois, ne déterminent généralement pas l'épilepsie chez n'importe qui. C'est surtout chez les enfants de buveurs.

M. Druelle rappelle, aussi, le rôle de l'hérédo-syphilis.

Angine érosive du pilier antérieur.

(MM. Harvier et de Léobardy. — *Société médicale des hôpitaux.*)

MM. Harvier et de Léobardy signalent un type

d'angine, qu'ils ont observé trois fois, caractérisé par une érosion ovalaire unilatérale du pilier antérieur, sans exsudat ni fausse membrane, à début aigu fébrile, accompagné de dysphagie, ne déterminant qu'une réaction ganglionnaire minime, sans tendance à l'extension et guérissant assez lentement, sans complications.

L'ouabaïne dans un cas d'ascite cirrhotique.

(MM. DUFOUR et SEMELAIGNE. — *Société médicale des hôpitaux.*)

MM. Dufour et Semelaigne rapportent un cas d'ascite cirrhotique traité avec succès par l'ouabaïne. Il s'agit d'une femme, éthylique avérée, atteinte d'ascite cirrhotique. Trois ponctions de 8 à 10 litres chacune furent faites successivement. Mais, le liquide se reproduisant rapidement, M. Dufour eut l'idée de recourir à l'ouabaïne. On pratiqua trois injections intra-veineuses d'ouabaïne Arnaud, d'un demi-milligramme chacune et à quarante-huit heures d'intervalle. Une diurèse abondante s'établit et l'ascite diminua, pour disparaître enfin complètement.

La virulence du sang des rougeoleux n'est pas contestable.

(MM. CH. NICOLLE et E. CONSEIL. — *Société de biologie.*)

MM. Nicolle et Conseil rappellent les expériences d'Anderson et Goldberger, celles d'Hektoen, qui démontrent la virulence du sang des rougeoleux. Eux-mêmes, en 1911, ont obtenu une inoculation positive chez un singe macaque. Ils ont fait, en 1913, de nouvelles expériences sur ce sujet, restées inédites encore et qu'ils relatent aujourd'hui. Inoculant à un singe (*Macacus sinicus*) 8 cent. cubes de sang d'un rougeoleux, recueilli 12 heures après le début de l'éruption, ils ont noté au 9e, 10e et 11e jours une réaction thermique de 40°. L'injection sous la peau d'un enfant de 4 cent. cubes de sang de cet animal a amené, au 9e jour, de la fièvre, suivie d'éruption quarante-huit heures plus tard.

Il y a eu, en définitive, passage positif avec le sang d'un rougeoleux à un singe, passage positif avec le sang de ce singe à un enfant. Un troisième passage, positif, fut encore obtenu avec le sang de ce second enfant chez deux autres singes.

Le sang des rougeoleux doit donc être tenu pour virulent.

Sur le microbe bactériophage.

(M. D'HÉRELLE. — *Société de biologie.*)

Le microbe bactériophage, du moins dans sa souche la plus active, attaque les bactéries vivantes et éclaircit un bouillon de culture, si celui-ci ne contient pas de bactéries déjà mortes, les bactéries mortes, dédaignées pour ainsi dire par le microbe bactériophage, n'étant pas lysées.

Le nombre des microbes bactériophages nécessaires pour anéantir une culture bactérienne n'a pas besoin d'être très grand. Se nourrissant de bactéries, le microbe bactériophage virulent se multiplie avec rapidité. Il y a là simplement une question de temps. L'action terminée, toutes les bactéries ont disparu et le milieu ne contient plus que des microbes bactériophages.

Le taux du glucose dans le sang au cours des néphrites.

(MM. A. GRIGAUT, BRODIN et ROUZAUD. — *Société de biologie.*)

A l'état physiologique, le taux du glucose dans le sang oscille aux environs de un gramme par litre. Il augmente dans les états infectieux. Au cours des néphrites aiguës ou chroniques, MM. Grigaut, Brodin et Rouzaud ont trouvé une hyperglycémie avoisinant 1 gr. 50 par litre, hyperglycémie qui paraît due à l'imperméabilité rénale.

M. RATHERY a constaté également chez les sujets atteints de néphrite chronique, une augmentation à 1 gr. 50 ou 2 gr. du taux du glucose dans le sang.

P. L.

De l'emploi du « Luminal », (phényléthymalonylurée) dans l'épilepsie. — Présentation de malade (1).

(*Société médico-psychologique.*)

M. le Dr RAFFEGEAU, ayant employé le luminal, il y a déjà cinq ans, comme *hypnotique*, chez une jeune fille hystéro-épileptique dont les crises étaient assez fréquentes et qui se plaignait d'insomnie, obtint du sommeil et remarqua en même temps la cessation des crises. Les mêmes phénomènes se reproduisirent quelques jours après chez une autre malade atteinte de crises épileptiformes, puis chez plusieurs épileptiques. D'autres malades se présentèrent amenés les uns par les autres, et aujourd'hui M. Raffegeau a réuni 70 observations d'où il tire les conclusions suivantes :

1° Le luminal, employé matin et soir chez les épileptiques, à la dose de cinq à quinze cgr. suivant l'âge et la force du sujet, arrête presque toujours et immédiatement les crises convulsives, mais le traitement ne doit pas être interrompu, sous peine de voir les crises reparaître au bout de quelques jours.

Ce n'est donc pas un médicament *curatif* mais *suspensif*.

2° Il se montre d'autant plus efficace que les crises sont plus franchement épileptiques. Ses effets sont un peu moins constants et moins marqués dans l'épilepsie larvée que dans l'hystéro-épilepsie.

3° Le luminal pris à la dose de dix à vingt cgr. par jour ne paraît exercer aucune influence fâcheuse

(1) Résumé d'une communication faite à la Société médico-psychologique le 29 décembre 1919.

Dr R.

sur l'estomac, le cœur, les reins. Par contre, le moral du sujet se transforme favorablement ; il devient plus gai, sort avec plus d'assurance, travaille avec plus de facilité, et il lui semble qu'il renaît à la vie.

4° Ce n'est pas seulement un *anti-épileptique* puissant ; il est aussi *sédatif* et un excellent *hypnotique* à la dose de 0,05 à 0,10. On l'emploie avec succès dans certains états d'agitation, dans les obsessions, dans les cures de démorphinisation, chez les alcooliques, les déments précoces, etc.

Comme type des guérisons obtenues par ce produit, M. Raffegeau présente à la Société une jeune fille de 21 ans qui vint le consulter en février 1919 pour des crises convulsives se répétant plusieurs fois par semaine. Or, depuis le jour où elle fit usage du luminal à la dose de 0,10 cgr. matin et soir, puis de 0,05 au bout de quelques mois, la malade n'a eu aucune crise et elle a pu reprendre son emploi dans une banque.

Compression du plexus brachial. — Ostéo-sarcome huméral. — Granulie post-puerpérale. — Plaie pénétrante de l'abdomen.

(*Société anatomo-clinique de Toulouse.*)

M. Pujol présente un jeune soldat atteint d'impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche due *à la compression du plexus brachial par une côte cervicale.* Il existe, de plus, une scoliose cervicale à convexité droite tenant probablement à l'existence d'une hémi-vertèbre supplémentaire

M. Gorse montre un *humérus atteint d'ostéosarcome* où, en moins de quelques mois, il se fit deux fractures spontanées successives.

MM. Tapie et Saint-Martin rapportent une observation de *granulie post-puerpérale* évoluant très rapidement après l'accouchement, et dont le diagnostic fut au début particulièrement délicat à poser.

M. Lefebvre communique un cas de *plaie pénétrante de l'abdomen* par balle de revolver où la laparotomie montra l'existence de 15 perforations intestinales. Il fit une résection de 65 centimètres d'intestin grêle avec suture termino-terminale. La guérison eut lieu sans incidents.

Trépanation du frontal. — Action ostéogénétique de la plaque osseuse. — Un cas de voile de Jackson.

(*Société de chirurgie de Toulouse.*)

M. Tapie présente un enfant âgé de huit ans chez lequel il a fait, il y a 20 mois, une *trépanation pour fracture comminutive du frontal* par coup de pied de cheval. Actuellement, la perte de substance osseuse s'est comblée spontanément, et l'ossification doit être attribuée au périoste conservé lors de l'ablation des esquilles.

M. Dambrin fait une communication sur l'*action ostéogénétique de la plaque osseuse stérilisée dans les plasties crâniennes.* Après avoir exposé la manière de préparer les plaques d'os mort, et la perte de substance à combler, il étudie le processus de réparation osseuse qu'il a eu l'occasion d'observer. La plaque osseuse se résorbe sur sa face interne, et les particules osseuses, mises en liberté, sont utilisées par les lambeaux périostiques sous-jacents pour l'élaboration d'un os de nouvelle formation.

M. Lefebvre rapporte une *observation de voile de Jackson* qu'il a eu l'occasion d'observer récemment chez une malade atteinte de stase cæco-colique. Il passe en revue les différentes interprétations pathogéniques de cette formation (origine congénitale et transformation en bride à la suite d'une inflammation). Il montre la difficulté du diagnostic qui ne peut être posé qu'avec l'examen radiologique et termine en indiquant les différentes interventions qui ont été pratiquées : la cæco-sygmoïdectomie, ou l'ablation simple du voile lui semblent supérieures à l'ilio-sygmoïdostomie et à la résection du côlon droit, cette dernière opération devant être réservée aux cas tout à fait graves.

Grossesse et cancer du col. — Inversion totale du vagin. — Accidents convulsifs chez un nouveau-né. — Hypertrophie du col utérin. — Fausse grossesse ectopique. — Hématocèle antérieure.

(*Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier.*)

M. Guérin-Valmale. — Au cours d'un accouchement prématuré chez une quadrigeste, la dilatation est entravée du fait d'un *néoplasme inopérable du col.* La section césarienne est pratiquée, suivie de l'*hystérectomie subtotale*, plus chirurgicale que l'amputation de Porro. L'enfant ne pesait pas 1.600 grammes et n'a pas survécu. Mais chez la mère, l'intervention marque, depuis plus de trois mois, un véritable temps d'arrêt dans l'évolution du néoplasme. Dans cette action régressive sur le cancer, il est malaisé de dire quelle part revient à l'opération ou à la cessation de la grossesse.

M. Vallois, en semblable occurence, a pratiqué avec de bons résultats la section césarienne suivie de l'amputation de Porro.

M. de Rouville attire l'attention sur la facilité plus grande de l'hystérectomie pratiquée chez la femme gravide.

M. Paul Delmas a eu récemment l'occasion de pratiquer, au cours de la grossesse, deux hystérectomies, dont une totale. La technique opératoire lui parut simplifiée, du fait de l'infiltration séreuse des tissus.

M. de Rouville. — *Inversion totale du vagin* survenue à la suite d'une hystérectomie vaginale pour

prolapsus utérin complet. Dûment prévenue des conséquences anatomo-physiologiques de l'opération, la malade accepte et subit la colpectomie totale suivie de la restauration du périnée à quatre plans : suture en bourse du vagin, suture du rectum à la vessie, suture des releveurs de l'anus au méat, suture du périnée superficiel. L'auteur fait suivre cette observation, la sixième publiée, de réflexions relatives à la pathogénie de cette affection et au traitement réparatoire à lui opposer.

M. VALLOIS. — Après une extraction au forceps, un enfant âgé de quelques jours présente des *mouvements convulsifs* du bras gauche accrus par la pression du pariétal droit. Sur ces signes de localisation, après rabattement en bas d'un volet cutané rectangulaire, un volet osseux est découpé dans le pariétal puis luxé provisoirement pour permettre l'incision de la dure-mère et l'évacuation d'une collection sanguine. L'intervention fut suivie de la guérison des accidents.

M. DE ROUVILLE. — Dans un cas d'*hypertrophie polypoïde de la lèvre antérieure du col utérin*, le lambeau cervical enlevé par amputation biconique, à la Simon Macwald, montra au microscope un processus inflammatoire.

M. Paul DELMAS. — Une primigeste âgée, éprouve sur le troisième mois de sa grossesse des douleurs abdominales avec phénomènes réactionnels du côté du péritoine. D'où examen médical concluant à une *grossesse ectopique*. Après observation attentive et prolongée, l'auteur se range à ce diagnostic en raison, chez une gestante probable, de la coexistence de deux tumeurs dans le bas ventre. La laparotomie est donc pratiquée, qui montre un gros utérus fibromateux dont l'un des noyaux, plus volumineux, était déjà perceptible cliniquement. Après hystérectomie, la pièce montre un œuf normal développé dans l'utérus. Considérée comme inévitable par les classiques, l'erreur ne pouvait guère, dans ce cas, ne pas être commise.

M. DE ROUVILLE. — La localisation, plutôt rare, de l'hématocèle, suite d'avortement de grossesse tubaire gauche en avant de l'utérus était due, dans ce cas, à l'adhérence intime du bord inférieur du grand épiploon à la face postérieure des annexes gauches. Libre de toute adhérence, le cul-de-sac de Douglas, en arrière de ce voile membraneux, ne contenait pas la moindre trace de sang.

Considérations sur deux cas d'autogreffes ovariennes humaines.

(*Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier* et *du Languedoc méditerranéen.*)

MM. DE ROUVILLE et J. COHEN rapportent deux cas d'auto-greffe ovarienne dont le résultat et les conclusions sont les suivants :

Premier cas. — Augmentation de volume des deux greffons constatés dix-huit mois après l'opération. Poussées congestives et douloureuses des deux greffons coïncidant avec la date des règles et des hémorragies. Menstruation régulière d'abord, puis hémorragies et métrorragies. Troubles congestifs et nerveux peu intenses. L'examen microscopique montre que les greffons sont bien vivants, mais en voie de dégénérescence. Règles et hémorragies, ainsi que tous les troubles ménopausiques, disparaissent aussitôt après l'extirpation des greffons ; elles étaient donc manifestement sous la dépendance de ces derniers et non d'un fragment de tissu ovarien abandonné dans le ventre lors de l'intervention.

Deuxième cas. — Menstruation régulière, trois mois après l'opération ; pendant six mois, rien à signaler du côté des greffons ; excellente santé pendant un an ; ensuite douleurs dans la fosse iliaque gauche par adhérence de l'S iliaque au moignon annexiel gauche ayant nécessité une deuxième intervention, faite cinq ans et demi après la première et pendant laquelle on détruisit les adhérences et on pratiqua l'hystérectomie subtotale. L'examen macroscopique et microscopique de l'utérus enlevé montre qu'il s'agit d'un utérus en voie d'atrophie scléreuse, d'où on conclut que la menstruation après l'auto-greffe était fonction de la partie d'ovaires greffées et non des ovaires surnuméraires.

La greffe avait été pratiquée dans les deux cas dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale.

A TRAVERS LA PRESSE

Syphilis et dépopulation.
La syphilis ignorée de l'enfance.

La syphilis des enfants en bas âge, exposent MM. LEREDDE et DROUET (*Journ. des Prat.*, 10 janvier 1920), est très souvent ignorée parce que l'on croit, à tort, qu'elle doit se voir, qu'elle se manifeste extérieurement par des signes assez nets pour la caractériser, qu'il s'agisse de syphilis acquise ou de syphilis congénitale. Il faut, pour la découvrir, la chercher, dans l'immense majorité des cas. Notamment, devra-t-on faire des enquêtes approfondies sur l'état des parents et des collatéraux. Tout diagnostic anatomo-clinique doit être complété par un diagnostic étiologique.

Ces notions ont une portée sociale considérable quand l'on sait que la syphilis est une des causes principales de la dépopulation, par l'influence qu'elle exerce sur la morbidité et la mortalité des enfants en bas âge.

Elle est, en effet, d'une fréquence extrême, car l'infection atteint un dixième de la population ; un très grand nombre de femmes mariées à des

syphilitiques sont infectées elles-mêmes, et sur trois enfants nés de syphilitiques, un au moins paraît infecté.

Il faut donc apprendre à dépister la syphilis du premier âge, mais, il faut apprendre aussi à la soigner, ce qu'on ne sait pas encore assez faire. « L'enfant syphilitique, que sa maladie soit re« connue ou qu'elle ne le soit pas, qu'elle soit « traitée ou qu'elle ne le soit pas, reste exposé à « tous les dangers de la syphilis, cela à une épo« que où les moyens de recherche permettent de « reconnaître celle-ci, où les moyens de traite« ment permettent de la guérir ».

La vaccinothérapie de la gripp .

Les Gazettes reparlent de la grippe, dont les statistiques municipales accusent un retour offensif.

M. Lochelongue (*Prog. méd.*, 11 janvier 1920) recommande à ce propos l'emploi, dans les formes graves, des vaccins G, de l'Institut Pasteur, dont les effets ont été des plus remarquables.

On fait, le premier jour, une injection de 1/4 de cmc. ; le deuxième jour, de 1/2 cmc. ; le troisième jour, d'un cmc. ; le quatrième jour, d'un cmc. 1/2 en deux fois.

On recommence par la dose forte si la température remonte.

Tandis que, chez les personnes âgées, la chute de la fièvre se fait en lysis, au plus tôt à partir du 6e jour, chez les adultes, elle est brusque dès le 4e jour, les phénomènes cliniques s'amendant parallèlement.

La forme pneumonique est celle qui paraît la plus influencée par cette vaccinothérapie, surtout si elle est franche d'aspect.

Enfin, l'efficacité est d'autant plus marquée que la méthode est mise en pratique aussi pré cocement que possible.

Traitement de la colopathie muco-membraneuse

M. J. Monges (*L'Hôpital*, déc. 1919 B.) propose cette désignation de préférence à celle d'entérite muco-membraneuse, qui préjuge trop d'un état inflammatoire souvent absent.

C'est en réalité un syndrome clinique caractérisé par de la constipation, des fausses membranes, du spasme intestinal, de la douleur et des crises paroxystiques avec débâcles de diarrhée ou de fausse diarrhée, syndrome que l'auteur définit « le syndrome clinique de l'excitation du vaso-sympathique abdominal ».

Les causes de la colopathie sont les maladies de l'intestin et des organes abdominaux réagissant sur le sympathique par voie réflexe ; les névroses ; les névrites vago-sympathiques.

On recherchera donc la constipation d'habitude, les poussées d'entérite aiguë antérieures, les hémorroïdes, les fissures anales, le cancer du rectum ou du côlon, l'hypersthénie gastrique.

On enquêtera du côté du foie, de l'appendice, des organes génitaux de la femme, de la statique abdominale (ptoses).

On examinera le système nerveux (hystérie, neurasthénie, névrose psycho-splanchnique de Grasset).

On vérifiera enfin si la syphilis, le paludisme, la tuberculose, les intoxications chroniques ne peuvent pas être mises en cause pour conditionner une névrite sympathique.

L'examen clinique sera complété par un examen radiologique et coprologique.

Dans le traitement, on s'efforcera d'abord et naturellement d'agir sur la cause connue de la colopathie.

Contre celle-ci, on associera le régime au traitement proprement dit.

Le régime alimentaire supprimera les irritants (épices, alcool, vin, acidités) ; réduira au minimum les résidus alimentaires indigérés ; empêchera les fermentations diverses.

On réduira donc la quantité d'aliments azotés, en autorisant la viande de boucherie, les volailles, les poissons maigres, bien cuits, rôtis, grillés ou bouillis, seulement au repas du midi, et à raison de 100 gr. par jour.

Au lait pur, on préférera les préparations dans lesquelles il entre : potages, gâteaux, etc. Les laits aigris sont bien tolérés.

Les farineux sous forme de pâtes alimentaires, de riz, de pommes de terre, de légumineuses, de farines de céréales, sont surtout recommandables. Les légumes frais, prohibés en cas de spasme intense, seront, autrement, pris très cuits et tamisés.

On combattra la constipation par l'agar agar, les graines de lin, l'huile de paraffine, les lavages bien faits, et mieux encore, les lavements d'huile d'olives (100 gr.).

Le principal calmant du sympathique abdominal est la belladone en pilules ou teinture ou l'atropine (à surveiller), et accessoirement, la codéine, la dionine, la valériane,

Les applications chaudes sur l'abdomen, le massage prudent, le traitement électrique, les sédatifs généraux (bains prolongés) rendent également d'excellents services.

L'état général sera remonté par le grand air, le phosphore, les nucléines, les sérums toniques, etc.,

Les cures thermales se font à Plombières et à Châtel-Guyon. Ici, l'auteur commet pour son compte une erreur qui a cours depuis plusieurs années dans l'enseignement de la thérapeutique thermale, et qui veut que les spasmodiques douloureux soient justiciables de Plombières, tandis que Châtel-Guyon ne conviendrait qu'aux atones.

Cette distinction ne repose sur aucun fondement. L'expérience apprend en effet que les spasmodiques se trouvent excellemment de Châtel Guyon et y guérissent.

Si la colopathie se complique d'entérite véritable, le régime se fait plus sévère. On prescrira des eaux alcalines phosphatées à jeun selon la ormule de Mathieu par exemple :

Sulfate de soude..........	5 gr.
Bicarbonade de soude........	4 gr.
Chlorure de sodium.........	2 gr.
Eau........................	1000 gr.

par demi-verres (3 à 5) de cinq minutes.

S'il existe des putréfactions d'origine azotée, on supprimera les albuminoïdes pour s'en tenir aux farineux, aux ferments lactiques et aux laits aigris.

Si la putréfaction est au contraire due aux hydrocarbones, on augmentera les aliments azotés : viande, poisson, œufs, graisse, et on diminuera les féculents.

Enfin, les troubles sécrétoires réclameront l'opothérapie, la pancréatine, les extraits biliaires, la diastase, le suc gastrique.

Les équivalents menstruels chez les tuberculeuses

Les femmes normales, expose M. Sabourin (*Paris Méd.*, 3 janv, 1920) présentent souvent, au moment de leurs règles, des incidents aussi nombreux que variés d'ordre congestif, qui s'expliquent par les sécrétions endocriniennes qui accompagnent l'évolution anatomo-physiogique de l'ovaire avant le flux menstruel. Ces sécrétions se déversent dans le torrent circulatoire et, s'il n'y a pas fécondation, doivent être rejetées au dehors. Le molimem menstruel est le mécanisme amployé par l'organisme pour ce rejet.

Cette décharge peut s effectuer sans aucune réaction, ou au contraire s'accompagner de répercussions congestives sur tel ou tel organe.

Chez les tuberculeuses, on voit, multipliées, hypertrophiées, toutes ces répercussion s que nous appelons les incidents de la période mentsruelle.

Certains de ces incidents ne sauraient être considérés comme remplaçant partiellement ou totalement le flux menstruel. Mais d'autres sont incontestablement des équivalents menstruels.

La fièvre menstruelle, réaction sanguine contre l'intoxication par les produits endocriniens sécrétés par l'ovaire, s'observe chez les femmes saines, et se traduit par une élévation thermique de 1, 2, 3 dixièmes de degré matin et soir jusqu'à l'apparition des règles. Il en est de même chez certaines tuberculeuses apyrétiqnes, qui se comportent, au point de vue menstruel, comme les femmes saines. Mais, chez le plus grand nombre, cette fièvre accompagne des phénomènes de congestion pulmonaire. Elles n'est donc pas un équivalent menstruel.

La congestion pulmonaire par contre, en a bien plutôt les caractères. La tuberculeuse dont les règles ne sont pas absolument normales congestionne plus ou moins son poumon pendant un temps variable tous les mois.

L'hémoptysie menstruelle affecte deux modalités. Chez certaines tuberculeuses, elle se fait à froid, sans manifestation apparente de congestion. Chez d'autres, la congestion est manifeste, avec fièvre plus ou moins élevée, et s'accompagne de crachements de sang. La première comporte un pronostic bénin. La seconde est plus sérieuse, plus inquiétante. Celle-là est justiciable du traitement ambulatoire ; celle-ci réclame le séjour au lit. De toute façon, l'hémoptysie menstruelle, extrêmement fréquente, est un équivalent de remplacement partiel ou total.

L'épistaxis menstruelle est également très fréquente. Elle se présente surtout chez les femmes qui accusent une prédisposition marquée aux saignements de nez dans l'enfance. Elle est un équivalent de remplacement total ou partiel.

Le flux hémorroïdaire menstruel s'observe chez les tuberculeuses franchement constipées. Il apparaît encore souvent comme équivalent partiel. Il se combine avec l'épistaxis et la diarrhée séreuse pour remplacer les époques totalement ou partiellement.

La diarrhée menstruelle se montre chez nombre de femmes normales qui ont, au moment de leurs époques, des selles plus faciles, trop faciles, même diarrhéiques. Chez les tuberculeuses, elle est l'exagération de ces manifestations. Elle est un équivalent de remplacement quand, chez des tuberculeuses mal réglées qui sont en train de perdre leurs règles, elle juge la crise cataméniale d'une façon bruyante et parfois même inquiétante. Elle réclame les calmants et particulièrement l'opium.

La leucorrhée menstruelle constitue les règles blanches des tuberculeuses.

L'auteur cite encore la rhinorrhée, la bronchorrhée, les sueurs, les vomissements bilieux, la congestion hépatique qui peuvent prendre, mais plus rarement chez les tuberculeuses, le caractère d'équivalents menstruels véritables.

Tous ces faits sont des plus intéressants, surtout à l'heure où la lutte anti-tuberculeuse hante tant de bons esprits. Ils méritent d'être bien connus du praticien, qui en saura faire le diagnostic exact, et trouvera dans une sage discrimination une orientation pour la direction du traitement des tuberculeuses qui feront appel à lui

Dosage rapide de l'albumine du liquide céphalo-rachidien.

MM. Ravaut et Boyer décrivent dans la *Presse médicale* (17 janvier 1920), le procédé qu'ils em-

ploient pour mesurer cliniquement l'albumine dans le liquide céphalo-rachidien.

Cette méthode, dite néphéloscopique, est basée sur les résultats que donne la comparaison entre une opacité donnée du liquide albumineux avec l'opacité de tubes témoins.

Dans la pratique, elle est ainsi réalisée. La préparation témoin est une suspension de chlorure d'argent dans l'eau.

On utilise deux tubes, l'un qui reçoit le liquide céphalo-rachidien, préalablement débarrassé par centrifugation des leucocytes et des hématies qu'il contient. La précipitation de l'albumine est obtenue par l'acide sulfosalicylique.

L'autre tube reçoit la suspension argentique préparée extemporanément avec l'action d'une solution de chlorure d'argent à 5 % sur une solution de nitrate d'argent à 0,25 ‰.

Ces tubes ont une graduation particulière conçue de telle sorte que l'identité d'opacité entre eux correspond à une teneur en albumine qui se lit sur l'échelle marquée sur le tube argentique.

Le procédé est des plus ingénieux, d'un emploi facile et rapide, et donne des résultats suffisamment précis pour en déduire diagnostic, pronostic et traitement,. En outre, il possède cette supériorité de ne nécessiter qu'une minime quantité de liquide céphalo-rachidien : un cmc.

G. D.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres

Chez J.-B. BAILLIERE et FILS, Paris.

J. DANYSZ, de l'Institut Pasteur de Paris. — **Origine, évolution et traitement des maladies chroniques non contagieuses. Théorie de l'immunité, de l'anaphylaxie et de l'anti-anaphylaxie.**

Dans ce petit ouvrage de 130 pages, qui a fait suite aux « Principes de l'évolution des maladies infectieuses » paru chez le même éditeur, l'auteur cherche à démontrer la nature anaphylactique des manifestations pathologiques de toutes les affections chroniques, et démontre par de nombreux exemples qu'on peut appliquer à toutes ces maladies, avec succès, un traitement anti-anaphylactique *non spécifique*. Il montre aussi que de tous les antigènes employés préventivement, ces antéro-antigènes sont les plus actifs. Les déductions théoriques sont basées sur une revue critique de tous les travaux concernant l'immunité et l'anaphylaxie depuis Pasteur, et complétées par quelques expériences personnelles. Les conseils thérapeutiques sont basées sur des centaines d'observations.

D'une lecture facile, cet ouvrage peut suggérer aux médecins beaucoup d'idées nouvelles sur le traitement des maladies réputées incurables.

Revue des Thèses

Thèses de Montpellier (1919)

Dr Louis de FORCRAND DE COISELET. — **Le traitement du prolapsus utérin et ses résultats par la méthode de Bouilly.** — Dans les cas de cystocèle par déchirure vagino-périnéale, cette intervention rétrécit et remonte l'orifice vulvaire, restaure le périnée et allonge le vagin dont les parois viennent au contact. Par la suite, l'utérus s'atrophie et la métrite disparaît, d'où amélioration de l'état général. Les résultats peuvent être moins satisfaisants chez des femmes exerçant une profession pénible.

Dr Ernest HAREL. — **Des fibromes de la portion sus-vaginale du col de l'utérus.** — Par les troubles de compression qu'elles entraînent souvent et les difficultés d'ordre opératoire qui en résultent, ces tumeurs sont d'un pronostic réservé. Elles comportent soit la myomectomie, quand sessiles, soit l'hystérectomie, par la voie haute. Pendant la grossesse, ce sont des myomes prœvia justiciables d'hystérectomie après opération césarienne à terme.

Dr François AMADOU. — **Contribution à l'étude du cancer de l'ovaire.** — De même que les séminomes du testicule, auxquels semblent les apparenter leurs volumineuses cellules à protoplasma clair, ces tumeurs ont été considérées comme dérivant de cellules indifférentes à l'épithélium germinatif inclus dans l'ovaire. Pour Massabuau et Etienne, cet aspect morphologique représente simplement une surcharge glycogénique des cellules néoplasiques ordinaires.

Dr Pierre MARTIN. — **Des kystes de l'ovaire et du parovaire inclus dans les ligaments larges.** — Souvent sérieuses par les troubles de compression qui les accompagnent, ces tumeurs, dans la forme papillaire, qui est la plus fréquente, comportent le risque de propagation à la paroi de greffes et de métastase. La difficulté du diagnostic ne permet pas toujours l'intervention précoce, énucléation, ou mieux, si l'état général n'y met pas obstacle, hystérectomie.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Ouverture des dispensaires de l'Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris.

Le 7 janvier dernier, la plupart des médecins du XV[e] arrondissement de Paris, étaient convoqués, les uns, par une lettre émanant de la Faculté, les autres, par le Syndicat des Médecins de la Seine, pour assister à la réunion d'ouverture des dispensaires de l'école de Puériculture de la Faculté de Médecine de Paris.

Sous la présidence de M. le Doyen de la Faculté, la séance se tint rue Desnouettes, dans les locaux de l'ancien hôpital Edith-Cawell. Un certain nombre de praticiens du XV[e] étaient présents, venant en curieux et non en collaborateurs car, suivant la méthode bien administrative, on crée d'abord, puis on organise, quitte à défaire plus tard, ce qu'on avait déjà édifié.

Le professeur Pinard expose le but de l'œuvre : faire uniquement de la puériculture et non donner des soins.

Trois dispensaires vont fonctionner.

Le premier concerne la protection de l'enfant avant sa naissance. Les femmes en état de gestation seront examinées, sous la direction du prof. Aviragnet. On leur donnera des conseils sur l'hygiène de la grossesse. On leur indiquera où elles doivent accoucher. Les visiteuses d'hygiène sociale les suivront chez elles et signaleront les taudis. Enfin, des conseils d'allaitement leur seront donnés, car, insiste le professeur Pinard, une véritable école d'allaitement est créée, pour s'occuper de l'élevage du nourrisson.

Le deuxième dispensaire, sous la direction du prof. Marfan, s'occupera des nourrissons bien portants, car les malades seront absolument refusés et dirigés à la consultation de l'hôpital, pour éviter les contagions.

Ici, seront donnés tous conseils de puériculture de la première enfance, ainsi que ceux de l'hygiène du nourrisson.

Enfin, le troisième dispensaire, sous la direction du prof. Léon Bernard, s'occupera des enfants de plus de deux ans, jusqu'à l'âge de la puberté.

Ainsi, conclut le prof. Pinard, l'enfant, quelle que soit son origine, sera protégé, tel qu'il doit l'être. Et c'est pour ce motif, qu'il fait appel au corps médical des praticiens, pour une collaboration et une pénétration.

Quelques confrères exerçant dans le quartier, ne partagèrent pas l'enthousiasme du nouveau député. Ils montrèrent, avec exemples nombreux et vécus, que ces dispensaires vont être envahis, non par ceux pour lesquels ils sont créés — les pauvres et les besogneux —, mais par la multitude de ces parasites bourgeois qui, pour faire l'économie d'une visite chez leur médecin, se font passer pour indigents et sont la plaie de toutes les consultations gratuites.

Le professeur Pinard essaye de plaider non coupable et promet que des dispositions seront prises pour éviter ces abus ; mais les praticiens savent à quoi s'en tenir, de sorte qu'à mon humble avis, cette entrevue fut aussi inutile qu'illusoire.

Personnellement, nous admirons la bonne volonté de toutes ces personnes bien intentionnées, qui, dans leur altruisme, veulent travailler à l'amélioration ou pour le bonheur de notre race. Mais, je m'étonne que ces esprits, cependant fort intelligents, ne se soient pas encore aperçu que lorsqu'on veut s'adresser aux malades, l'intermédiaire naturel, qui a existé de tout temps, est le médecin praticien. Combien d'œuvres, combien de lois, combien d'institutions charitables n'atteignent pas leur but, faute d'avoir, dès le principe, obtenu la collaboration du médecin praticien !

Il va m'être répondu que cette collaboration est réclamée : la meilleure preuve en est dans cette convocation, pour la séance d'ouverture de cet institut de puériculture.

Mais, selon nos habitudes bien françaises, on place la charrue avant les bœufs : on crée l'école, on l'organise ; puis, on invite les médecins à venir voir et admirer. S'ils critiquent, on leur répond : « C'est trop tard ».

Tout récemment, dans un milieu extra-médical, je discutai la conception gouvernementale pour la création de la lutte contre la tuberculose, en montrant que l'enthousiasme de l'administration était factice et ne durerait pas, devant la brutalité des faits, justement à cause de l'absence de la collaboration intime des praticiens.

Aujourd'hui, pour cette école de puériculture, je vais essayer de donner mon opinion toute personnelle.

La clientèle de ces dispensaires peut être obtenue par la publicité : mais, les indigents ne se dérangeront pas, car leur éducation en hygiène est à faire entièrement. Seuls, les faux pauvres, ces parasites bien connus des hôpitaux et des dispensaires, viendront, pour faire des économies aux dépens de leur médecin.

Le véritable pourvoyeur, le placier à domicile,

(2)



le commis-voyageur en hygiène, en puériculture, n'est-il pas le médecin, celui qui pénètre dans tous les milieux, surtout dans les taudis, dans les demeures modestes et besogneuses.

Intéressez-le : il vous amènera lui-même de la clientèle : il viendra également perfectionner son éducation dans cette maison, qu'il considérera et devra considérer comme étant sienne.

De quelle manière organiser cette collaboration ?

Remarquons tout d'abord l'individualisme, et même la rivalité, qui existe entre les œuvres privées et officielles. Ce n'est pas une concurrence pour un mieux être, c'est une jalousie, disons le mot véritable.

Or, le médecin, établi à Paris, qu'il soit de la Faculté de Paris, ou qu'il vienne de province, est absolument ignorant des ressources charitables dont il pourrait faire profiter sa clientèle besogneuse. Qui a pris la peine de m'enseigner, à moi qui suis un lyonnais, où je puis envoyer cette indigente pour faire ses couches ? Cette femme enceinte est syphilitique, ou tuberculeuse, ou cardiaque ; où dois-je l'adresser, pour qu'elle soit suivie et conseillée ? Cette mère n'a pas assez de lait, pour nourrir complètement au sein. Où peut-elle trouver gratuitement, ou à bonne condition, du lait non frelaté et stérilisé ?

Ce nourrisson pousse mal. Où l'envoyer chaque semaine, pour qu'il soit pesé et examiné ? Cette mère travaille, car elle est seule pour gagner sa vie. Où lui conseiller de mettre son nourrissson en garde ? Celle-ci, malade, ou contagieuse, doit se séparer de son enfant. Où placer celui-ci ?

J'ai dû personnellement faire mon éducation, tout seul, peu à peu, progressivement et difficilement. Pourquoi ceux qui invoquent tant les bienfaits de la puériculture ne se demandent-ils pas, si, praticien installé à Paris, je suis suffisamment renseigné, pour être à la hauteur de ma tâche et rendre à mes clients tous les services et conseils, qu'ils attendent de moi ? La Faculté ? Elle fabrique des diplômés, des docteurs : elle ne fait pas des médecins et n'a cure de cette tâche. La préfecture ? C'est elle qui représente les pouvoirs publics. Elle enregistre mon diplôme, puis elle me fait payer patente. C'est tout. Vraiment, la santé publique est bien mal surveillée, par ceux qui ont mission de le faire.

Cette critique terminée, comment comprendrais-je mon rôle de médecin praticien, dans ce cas particulier d'école de puériculture ?

Je dois d'abord soigner mes malades ; je dois ensuite prévenir les maladies. Or, je voudrais, par les soins de cet institut de puériculture, ou par ceux de la Préfecture de Police, ou de la Faculté, recevoir chaque année la liste de toutes les œuvres officielles, ou privées d'assistance.

Lorsque j'aurais, dans ma clientèle, une personne susceptible d'être secourue, je saurais à quelle porte frapper, en toute connaissance de cause. J'apprendrai même l'existence de ressources, dont je ferai bénéficier les malheureux et surtout les pauvres honteux, ceux qui ne font pas métier d'être à charge à la charité publique.

Connaissant ainsi ces fondations charitables, je deviendrai leur propagandiste en leur adressant de la clientèle, puis je me ferai leur collaborateur en travaillant avec elles.

Ces œuvres, en effet, ne devraient recevoir que les postulants munis d'un certificat du médecin traitant. Le médecin du bureau de bienfaisance, à Paris, ou de l'assistance médicale gratuite, en province, donnera une fiche, accréditant le porteur. Cette fiche servira de trait d'union entre l'établissement et le docteur habituel, car il y sera fait mention des notes de poids, de mensurations, d'examen radiologique, etc., exécutés par l'établissement.

Pour préciser : une femme enceinte, qui, à mon avis, aura un accouchement difficile ou une grossesse pénible, sera, par mes soins, avec une fiche, envoyée au dispensaire n° 1, de la rue Desnouettes. La malade sera examinée, conseillée, dirigée, s'il y a lieu, vers un établissement hospitalier. Dans ce dernier cas, j'en serai informé par le dispensaire ; sinon, la malade reviendra me trouver, porteuse du diagnostic écrit et des indications de traitement, s'il y a lieu. A moi d'instituer ce traitement, ou, si je le juge à propos, d'accompagner ma malade au dispensaire, pour un nouvel examen.

Pourquoi les pauvres ne bénéficieraient-ils pas d'une consultation entre leur médecin traitant et un médecin spécialiste ? Il pourrait donc être prévu un honoraire spécial pour cette consultation, qui me permettrait d'instituer le traitement approprié, ou de faire de la prophylaxie éclairée et méthodique.

C'est un enfant malingre. Sur une fiche, je donnerai les indications des causes qui, d'après moi, entravent la croissance du petit être. Le résultat de l'examen au dispensaire sera consigné sur la fiche et je pourrai en prendre connaissance, lorsque je serai appelé à donner mes soins, quand cet enfant sera malade.

A moi, le traitement ; au dispensaire, l'examen, soit par des spécialistes, soit à l'aide d'instrumentation que je ne possède pas.

Collaboration étroite entre nous, pour qu'aidé par l'examen du dispensaire, je puisse donner les soins appropriés et utiles.

Attirez-moi au dispensaire, en me montrant de quelle utilité cet établissement sera pour m'aider à poser un diagnostic, comme pour diriger et même enseigner l'hygiène élémentaire aux masses.

Faites de ce dispensaire ma maison, où je sois accueilli, non en visiteur souvent importun, mais en collaborateur, dont on sollicite les avis;

Allant même plus loin, je pourrais y adresser des gens de condition modeste, qui, d'après ma fiche, pourraient payer un prix déterminé. Au cas où une consultation serait nécessaire entre les médecins du dispensaire et moi, ces malades me paieraient des honoraires, tout en défrayant le dispensaire des dépenses occasionnées.

Si même, je désire faire un stage pour perfectionner mon instruction, ou si je désire offrir mes modestes services, point ne devrait être besoin de complications ni de formalités administratives : n'oublions pas avant tout que l'intérêt principal en jeu est l'amélioration de la santé publique.

Quels services immenses rendus à la nation, le jour où nos dirigeants, tant ceux des pouvoirs publics, que ceux qui, à la Faculté, forment les docteurs de demain, auront enfin compris cette vie intense, mais délaissée, pour ne pas dire méconnue, qui se dégage de la pratique professionnelle du modeste médecin. Pourquoi ceux qui n'ont pas de titres officiels, obtenus au concours, (si encore les concours pouvaient créer une véritable sélection), ne seraient-ils pas appelés à collaborer étroitement avec ceux qu'on désigne sous le qualificatif d'officiels ?

Nous sommes tous des médecins, ce qui veut dire des altruistes, prêts à se dévouer pour le bien public. Nos bonnes volontés de médecins de quartier ou de campagne s'offrent : nous n'avons pas de titres, mais nous vivons avec les humbles, avec ceux qui bénéficient de ces dispensaires et de ces œuvres philanthropiques. Notre collaboration peut avoir une importance considérable pour la lutte contre les maladies sociales. Pourquoi ne pas faire de nous des aides, désireux de collaborer au bien public ?

Dr Paul BOUDIN.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Assemblée extraordinaire de la Fédération Mancelle.

Extraordinaire, en effet, car, comme on dit vulgairement, les membres du Bureau en avaient mis ! Ces braves à trois poils, tous situés ailleurs que dans la main, nous avaient rédigé un referendum d'honoraires absolument potables. Ils ont fait mieux : ils ont défendu avec acharnement le dit referendum... Contre qui ? Contre la foule hostile et déchaînée ?..... Non pas ! Contre les praticiens qui criaient « au voleur ! » Mais oui !... S'il y avait eu des gendarmes au fond de la salle, le Président n'y coupait pas de ses deux mois de prison pour trafic illicite au profit des médecins ! ..... On y allait pourtant avec le dos de la cuiller, je vous assure !..... le tarif 10 s'amenait pudiquement derrière l'hermaphrodite 6, lui-même drapé dans sa feuille de vigne !.....

Mais il y avait des attendus qui ont déterminé plusieurs syncopes dans la salle ! Par exemple, la majoration à propos des mauvais chemins : quel tolle, mes frères !! ..... Je ne me console pas d'avoir omis d'amener avec moi deux ou trois cordonniers ; ils auraient expliqué, en techniciens distingués, que nos terribles frais de chaussures (à deux cents francs les brodequins tout à l'heure, tarif d'après guerre !) proviennent précisément des promenades hygiéniques dans l'eau boueuse..... Non seulement le praticien s'y décolle, mais pareillement les semelles les plus robustes !

Nos fonds de culotte aussi restent accrochés parmi les haies qu'il faut escalader : la Providence nous a tous munis de caleçons, Dieu soit loué !.....

Quelle déveine tout de même que nous n'ayons pas eu une demi-douzaine de doctoresses pour soutenir la motion : elles n'y eussent pas manqué ; à Paris, c'était couru !! ......

Pour le libre choix, il y eut un certain tirage. Mais cette question étant archi-moisie, le président passa outre superbement ; je crois bien que le dernier crampon du forfait s'est envolé dans un des ronds de sa fumée de cigarette.

« Nous touchons nos mandats en fin d'année, proféraient les abonnés ».

« Vous ne faites pas le service, si vous vous y retrouvez », retorquait le confrère Albert Ier très en forme.

En effet, une visite pour un pulmonique avec le système de l'abonnement, 6 visites avec le tarif kilométrique.

Idem pour toutes les maladies aiguës ! Et faites vos jeux : vous tenez la martingale !

Avec en plus la considération publique et une conscience nette...

Mais ce rebâchage est superflu ; je l'ai mentionné 35 fois dans le *Concours*.

Par exemple, jusqu'à plus ample informé, les nourrissons restent à notre charge ! Est-ce en guise de représailles pour nos fredaines du quartier latin ?.... Il faudra aviser, car je crains qu'on ne nous accuse de les avoir perpétrés ! Nul exemple, en effet, de pareilles adoptions désintéressées, même au Japon ! Je signale l'écueil avec l'intention de ne froisser personne ; nous ne sommes pas des polygames, c'est entendu, mais il importe de ne pas le laisser supposer.....

Les chirurgiens, dont nous avons apprécié la présence au milieu de nous, ont failli récolter une épine parmi les fleurs. On a tourné autour du pot sans buter dedans ! Voici le vœu en question :

« Les frais de locomotion du praticien pourront figurer sur la note du chirurgien ». Voyez-vous le tableau ? Il était criminel d'imposer cette

complication d'écriture au corps chirurgical : on l'a compris.

Mais j'ai traduit ce charabia de la façon suivante, en sarthois :

« Le dichotome a besoin d'être repassé ».

Un point, c'est tout. Heureux les simples d'esprit ! !

J'aurais voulu que quelqu'un d'entre nous eût l'estomac de poser ainsi le débat, car ma réponse était toute prête ; la voici :

« Les chirurgiens nous ont pardonné souvent de ne pas assister aux opérations quand l'impossibilité matérielle nous y forçait : c'est un effort qu'il faut apprécier car l'opérateur doit, dans ces cas malheureux, se débattre contre les criailleries de la famille, ce n'est pas négligeable ! !...

Si les chirurgiens dichotomisent avec parcimonie, cela tient à la modicité de leurs honoraires !

Les chirurgiens ne gagnent rien ! Il faut avoir le courage de le dire ! On ne peut tondre un œuf, n'est-il pas vrai ?

Les chirurgiens ne gagnent rien par notre faute, car, c'est bien nous-mêmes qui allons mendier des interventions à **500** à **600** et même à **0** pour des farceurs qui peuvent y aller de **1.500** !

Et nous prétendons passer à la caisse ? Non, mais ! !

Le jour où les praticiens se décideront à tarifer raisonnablement les interventions, le corps chirurgical suivra le mouvement. Ce jour n'est pas éloigné, nous avons personnellement vérifié le fait.

Je suis trop bien élevé pour dire comme mon bottier : « Le cuir est cher, monsieur ! » Avec plus d'à-propos et d'élégance, disons « La vie est chère », celle que le chirurgien dispute à Pluton !

En fin de séance, fut agitée la question des réformés de guerre. Il n'est que trop visible qu'on cherche à impressionner le public en négligeant de mettre les points sur les i.

« Les médecins se font tirer l'oreille ! crie-t-on déjà à tue-tête. Pourtant, nous avons offert de les rétribuer ! »

Il ne faut pas laisser s'égarer notre réputation à travers ce maquis broussailleux, on ne manquerait pas de crier : « Au mercanti ! » à bref délai.

Nous voulons que l'Etat fixe un chiffre raisonnable une fois pour toutes, et nous travaillerons ensuite sans marchander notre peine pour les plus intéressants de nos clients, ceux grâce auxquels nous sommes demeurés Français.

En résumé, sous l'impulsion de nos chefs de file, le travail syndical paraît vouloir se préciser, je m'en réjouis. Je serais même pleinement satisfait le jour où, le bec cloué, je pourrais laisser rouiller ma plume ébréchée par l'ampleur de nos succès.

Ainsi soit-il.

COLLIGNON.

II

Syndicat médical de Montpellier et des environs.

La séance du 1er février 1920 a été consacrée à l'étude de la rémunération des médecins traitants, à l'occasion d'une consultation. Après lecture et discussion d'un rapport détaillé de la commission nommée à cet effet, et connaissance prise des réponses reçues sur cette question de divers groupements professionnels, il a été décidé ce qui suit, à l'unanimité des membres présents :

1° Après entente préalable avec son confrère, le médecin consultant présentera à la famille une demande distincte d'honoraires pour l'un et l'autre consultants. La présentation d'une note globale a été formellement repoussée comme prêtant de la part du public à toutes les suspicions (compérage, dichotomie, surenchère), et de nature par suite à discréditer le corps médical.

2° La part du médecin traitant sera calculée, non sur une fraction de celle du médecin consultant (qui correspond à sa notoriété scientifique, à la distance parcourue et au temps perdu), mais, en proportion du service rendu, c'est-à-dire, selon les cas, de **5** à **10** fois la visite ordinaire, cette rétribution ne pouvant en principe être inférieure à **50 fr.**

3° Ces honoraires seront payés sur-le-champ à l'un et l'autre médecin, sauf le cas où le médecin traitant préfèrerait n'être honoré pour cette visite que, comme pour les précédentes, à la fin de la maladie en cours.

III

Syndicat des médecins de la Seine.

Le Conseil d'Administration du Syndicat des Médecins de la Seine, dans sa séance du **19** janvier **1920**, a formulé la protestation suivante :

« Le Conseil d'Administration du Syndicat des Médecins de la Seine, dans sa séance du **19** janvier **1920**,

« Considérant qu'à la date du **11** novembre **1919**, il a offert à M. le Préfet de Police son concours en vue d'une organisation du Service Médical de nuit ;

« Considérant que l'Administration n'a répondu qu'à la date du **12** janvier **1920**, alors que, dans l'intervalle, la Préfecture de Police a mis sur pied un projet et fait voter, par le Conseil Municipal, les crédits nécessaires à cette mise à exécution ;

« *Proteste* énergiquement contre l'attitude voulue qui a consisté à écarter systématiquement la collaboration de l'organisme légal que représente le Syndicat ;

« *Demande* qu'aucun arrêté définitif ne soit

pris avant que le Syndicat des Médecins de la Seine ait été entendu à nouveau ;

« Se réservant tous recours que le Syndicat jugerait convenables pour le cas où on ne tiendrait pas compte de sa protestation ».

CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

La médecine militaire devant l'opinion médicale.

I

Voici l'opinion d'un journal du Canada, publiée dans la *Presse médicale* du 14 janvier 1920.

Bien que la discipline militaire, dans les unités combattantes, doive être et sans doute est absolument nécessaire pour assurer la cohésion et l'unité d'action qui sont si essentielles pour la bonne conduite de la guerre, il ne semble pas nécessaire d'avoir une discipline aussi sévère dans le Service médical, où l'on ne doit s'occuper que du traitement des blessés et des malades.

Le résultat d'une discipline trop sévère est d'abord de supprimer toute critique, même celle qui aurait pu, dans certains cas, amener une amélioration dans le service.

Le fait ensuite que tous les honneurs ne sont distribués que sur la recommandation du chef tend à décourager l'initiative individuelle, et finit par faire des officiers et des autres membres de ce service de simples automates.

Il est arrivé fréquemment que des médecins, qui dans la pratique civile avaient montré de l'initiative, qui étaient connus pour exprimer librement leur opinion, ont perdu complètement leur individualité après s'être enrôlés dans le service médical militaire.

A première vue, cela peut paraître difficile à comprendre, mais on en saisit bien vite les raisons en y réfléchissant un peu. En voici les principales :

Ces médecins, après avoir quitté leur famille, sacrifié leur clientèle, et décidé de donner tous leurs services pour la patrie, sont bientôt puissamment impressionnés par le fait qu'ils doivent accomplir tous les ordres donnés, sans réplique.

Si, par hasard, ils veulent écrire ou avoir une entrevue avec les autorités, ils ne peuvent pas le faire directement, mais ils doivent passer par le canal régulier, qui cause des délais interminables, et qui en plus est dangereux.

Cela veut dire que, si un officier médical n'est pas satisfait de l'état de choses qui règne dans son hôpital, constate quantité d'abus qui devraient et qui pourraient être redressés, il doit écrire une lettre et la *remettre* à son officier commandant, lequel a la faculté de la garder (*to pigeon hole*) ou de l'envoyer à l'assistant-directeur du service médical de la région. De là, elle doit être envoyée au député-directeur du service médical et parvenir à la fin au directeur du service médical.

Cette lettre peut être arrêtée à n'importe laquelle de ces différentes étapes et, si elle finit quand même par arriver au directeur du service médical, il arrive bien rarement qu'on la prenne en considération.

Le médecin qui a suggéré l'amélioration est d'abord averti qu'il perd son temps, et, s'il persiste, est bientôt considéré comme nuisible et dangereux par ses officiers supérieurs.

Il s'ensuit que, si un médecin a de l'ambition, il a plus de chance de voir réaliser ses désirs s'il ne s'occupe que de tuer le temps (*if he his something of a time-server*) plutôt que de montrer de l'initiative et faire du zèle, car, dans ce dernier cas, ses officiers supérieurs immédiats ont tôt fait de le prendre en grippe, et de « l'avoir dans le nez ».

Les choses étant ainsi, on comprend facilement qu'un officier médical puisse hésiter à faire part aux officiers qui sont au-dessus de lui des conditions qui existent dans son hôpital, quelques déplorables qu'elles soient, de peur que ses critiques soient prises en mauvaise part et soient une raison pour qu'on lui enlève sa position. Il comprend que, s'il est renvoyé du service, il retournera dans sa famille, en quelque sorte en disgrâce, malgré que sa seule faute ait été d'indiquer quelques abus qu'il a constatés dans le service à ceux mêmes qui sont responsables de l'efficacité du service médical.

En plus, tant qu'il fait partie de l'armée, il lui est absolument défendu par les règlements de la discipline militaire de publier quoi que ce soit contre son service.

Il n'est pas surprenant qu'avec toutes ces restrictions, la critique saine et juste soit complètement supprimée.

En d'autres termes, l'exécution à la lettre de tous les règlements de la discipline militaire dans le service médical place dans les mains du chef un pouvoir extraordinaire.

Un pouvoir comme celui-là ne peut être donné sans danger qu'à un homme d'une honnêteté exceptionnelle, jouissant d'un très bon jugement en même temps que d'une force de caractère supérieure qui lui permette de faire ce qui est juste et droit, sans s'occuper des considérations personnelles ou d'égoïsme.

(*L'Union médicale du Canada*), octobre 1919).

En faisant la part du caractère particulier qu'impriment à cette argumentation la mentalité et les mœurs de l'étranger qui l'a développée, on y retrouve les idées générales que nous ne cessons de soutenir et qui ont trait notamment à l'indépendance technique du médecin dans un Service de Santé militaire parfaitement et réellement autonome.

***

II

Un ordre du jour sur le Service de Santé pendant la guerre du Syndicat des médecins de la Seine. — L'ordre du jour suivant, du docteur Schmidt, a été voté à l'Assemblée générale de juin du Syndicat des médecins de la Seine :

Le Syndicat des médecins de la Seine considérant :

1° Que le Service de Santé militaire a été et continue à être l'objet de vives critiques et de plaintes ;

2° Que ces critiques et ces plaintes sont le plus souvent justifiées ;

3° Qu'il serait souverainement injuste de rendre responsable le Corps médical tout entier de décisions et d'actes qui les ont motivées ;

4° Qu'il est du devoir du Syndicat d'examiner quels ont été le rôle et la conduite de ses membres mobilisés et quelle est la part de responsabilité qui leur incombe ;

Considérant, d'une part :

1° Que seuls les médecins de complément font partie du Syndicat ;

2° Qu'ils n'ont été que des agents d'exécution, d'un grade inférieur, n'ayant pas à discuter les ordres qu'ils recevaient ni à en apprécier la valeur et l'opportunité, qu'ils n'ont, par conséquent, pas participé à l'organisation, à l'administration et à la direction du Service de Santé.

Déclare :

1° Que la responsabilité des insuffisances et des erreurs du Service de Santé est imputable non aux medecins praticiens mobilisés, mais aux seuls médecins de carrière et à une bureaucratie inhumaine, incapable, mais toute puissante ;

2° Qu'aucune solidarité ne saurait exister entre les médecins de complément et les médecins militaires ; se joint aux confrères mobilisés et, au nom du Corps médical civil, exprime aux glorieux blessés, aux malades et aux morts de la guerre, avec son admiration pour leur courage devant le danger et leur abnégation devant la souffrance, ses regrets de n'avoir pu faire mieux et plus.

III

A ceux qui s'obstinent à ne vouloir rien entendre, nous répétons que nous ne voulons pas mener campagne contre les hommes. Cela est sans intérêt.

Les hommes sont des résultantes. C'est contre les institutions défectueuses, les règlements vieillots et surannés, qui ont donné à ces hommes la mentalité que nous déplorons, que nous devons partir en guerre, afin de les faire modifier, pour les mettre en harmonie avec le rôle que le médecin doit jouer, comme tel, en quelque milieu qu'il se trouve, sous le couvert, la garantie et le contrôle des lois.

AUTOMOBILISME PRATIQUE

Les trois roues.

Après avoir étudié les deux roues, il est logique d'examiner ce que nous pouvons attendre des instruments à trois. Nous entendons bien les « hurlements » de certains qui vont nous traiter d'original, pour ne pas dire plus, au simple énoncé de cette proposition, mais les critiqueurs ne sont pas les donneurs, et il est bon, pour nous faire une opinion complète sur nos moyens de transport, d'en connaître toutes les modalités.

D'ailleurs, si l'on voulait interroger ces « éclectiques » n'en trouverait-on pas qui admettent la motocyclette avec side-car ou même qui s'en servent, puisque beaucoup nous ont demandé de leur indiquer le meilleur type pour l'usage de cette combinaison ? C'est donc qu'on lui reconnaît des avantages sur l'auto, à certains points de vue qu'il est facile de deviner ; signe des temps de vaches maigres que nous traversons, hélas ! sans pouvoir nous en évader, rivés que nous sommes à notre labeur médiocre ; il y a toujours, bien entendu, des exceptions.....

Or, la moto avec side-car est une trois roues, il nous semble, et on commence à en voir quelques spécimens ..... ; très décriés au commencement, on finit par s'y habituer, comme à toutes choses, et maintenant on en regarde passer sans étonnement, ni plaisanteries faciles, en enviant presque, parfois, ceux qui s'en vont deux à deux, légers, rapides, oublier quelques heures les tracasseries quotidiennes.....

C'est donc une solution pour ceux qui ne peuvent pas encore posséder la vraie voiture, supérieure évidemment, mais un peu olivâtre.....

Nous transporte-t-elle d'enthousiasme ?

Non, et nous avons déjà dit ce que nous en pensions, quand il s'est agi de circuler en solo le plus économiquement possible, une moto bien comprise et bien suspendue, peu sujette aux dérapages si l'on choisit le modèle conseillé, étant infiniment plus agréable. Mais pour deux personnes, l'hésitation commence. Disons de suite que pour nous la question est tranchée ; à une grosse moto avec rideau, assemblage hétéroclite, antimécanique et fragile, en somme, nous préférons de beaucoup un robuste trois roues, pas plus cher et bien plus confortable.

Répondre que la moto avec side-car fait en réalité deux véhicules, ce qui est très commode, démontre l'ignorance du sujet : en pratique, on ne démonte pas le side-car parce que la remise en place est une opération ennuyeuse et délicate ; ou alors, si on le fixe rapidement, sans vérifications soigneuses, on s'expose aux pires ennuis, ce qui enlève le désir de recommencer. Du reste, les constructeurs n'osent même plus vous parler de

cet avantage et voyant que les attaches cassent avec une facilité déplorable, ils les multiplient à plaisir — jusqu'à six ! ! — et parlent déjà de rendre le tout solidaire et rigide ; comme cela, plus de boulons cisaillés, plus d'écrous balladeurs, çà tient ; évidemment, mais alors, nous ne voyons pas bien l'avantage de ce châssis tout de travers, tirant en porte à faux, où une personne seule est à l'abri, relativement du reste, sous une capote de poupée, pendant que son compagnon se gèle parfois consciencieusement, presque isolé...

Au contraire, avec un trois roues bien compris, on peut d'abord placer la roue motrice dans l'axe de la résistance, ce qui diminue singulièrement la fatigue du pneumatique, et organiser une vraie installation d'auto avec capot protégeant le moteur, pare-brise, large capote, etc. Mais cela reviendra bien plus cher, dites-vous ? Nous répondrons : consultez les catalogues et vous verrez que la différence est peu sensible.

Question d'esthétique ? Nous nous y attendions et nous convenons que de ce côté, il y a des progrès à faire, mais qu'heureusement, ils ne sont pas impossibles puisque les derniers modèles marquent une évolution très nette sous ce rapport.

Il est évident qu'il faudra toujours s'en tenir à un centre de gravité bas, à une longueur restreinte, à une voie un peu large, d'où une allure ramassée, trapue qui s'accommode difficilement des lignes fuyantes actuelles, mais, là encore, on peut « truquer » et donner l'illusion de la sveltesse tant désirée : un capot un peu haut et étroit, allongé, une pointe effilée à l'arrière et voilà 50 centimètres de gagnés pour l'œil. Vous verrez, on s'y fera comme on s'est fait au side-car pourtant peu esthétique lui aussi, et même nous allons plus loin, nous prétendons qu'à part les petits services commerciaux, ce side-car, si en vogue, cèdera peu à peu la place aux légers trois ou quatre roues, dont on commence à voir d'intéressants spécimens.

La question n'est pas de savoir laquelle de ces deux dernières solutions est préférable, mais seulement la meilleure manière de tirer parti de trois roues, toujours en nous plaçant au point de vue médical.

Rappelez-vous ce que nous vous disions au début de cette nouvelle série d'articles sur l'automobilisme ; servez-vous de deux véhicules, de façon à ne pas trop retarder les réparations et à avoir toujours un moyen de transport assuré ; ce sera en fin de compte la solution la plus économique, car la meilleure machine ne peut résister à un service intensif et continu sans révisions fréquentes. Or, avec une grosse moto-sidecar, vous n'aurez en réalité qu'une monture, peu confortable — on est bien plus mal qu'en solo — qui vous usera des pneus à la douzaine et vous laissera aux prises avec tous les mauvais éléments.

Comme un tel outil coûtera encore assez cher (6 à 7000), il ne vous restera peut-être plus le moyen de vous procurer quelque chose de mieux — voyez le total de 15 ou 16.000...... —.

Vous voilà donc condamnés à rouler par tous les temps, pas protégés, assez cahotés et..... souvent en panne.

Si, au contraire, nous adoptons la solution moto-solo moyenne — bien meilleur marché — pour le beau temps, et trois roues ou quatre, léger, pour la pluie, nous aurons deux billets de mille à débourser en plus qu'avec la combinaison sidecar seule, mais 5 à 6 en moins qu'avec celle side-car + voiturette légère, le fait de posséder deux grosses motos avec side-car ou grosse moto-sidecar + trois roues nous paraissant critiquable puisque, par beau temps, la moto avec sidecar est inutile et que, par mauvais temps, il y a évidemment avantage à avoir une bonne petite voiturette. Donc, pour une même somme, il sera préférable de s'équiper comme nous venons de le dire : moto-solo légère et vraie voiturette. Ceux qui voudront réaliser quelques économies auront encore la ressource de remplacer cette dernière par un léger trois roues — meilleur marché — qui, au moins, bravera les temps de pluie et tiendra lieu de second véhicule, indispensable.

Nous savons bien qu'on va s'étonner de la rareté actuelle des trois roues dont nous parlons tant, ce qui donnerait à penser que ce n'est pas pratique. Il est vrai qu'en France, du moins, ils ne sont pas encore légions, mais nous savons que cette rareté n'aura qu'un temps puisque plusieurs maisons s'apprêtent à lancer ce type sur le marché. Au Salon, on pouvait en voir quelques modèles assez réussis — et il y en avait ailleurs — en Angleterre douze marques existent, en augmentation constante. Quant à prétendre que ce n'est pas solide, qu'on ne peut pas virer vite et qu'on ne tient pas la route, nous nous permettrons d'en douter, car avant la guerre nous avions déjà fait 10.000 kilomètres sans ennuis et à des allures frisant parfois le 75..... sans jamais nous retourner. Quand vous saurez qu'il en circule environ 25.000 en Angleterre, vous devrez bien convenir que cette solution mérite un peu d'attention. Remarquez que nous préférons un joli petit quatre roues *bien suspendu*, mais là, il s'agit de ne pas dépasser un certain prix, mettons 6 ou 7.000 et de faire le procès du sidecar médical..... en indiquant le remède à côté du mal, car critiquer est facile, remplacer l'est moins.

Nous examinerons prochainement la composition de ce remède.......

(*A suivre*).

Dr DE VAUBERCEY.
Miribel (Ain).

DOCUMENTS OFFICIELS

Décret du 17 janvier 1920 sur l'avancement des officiers de complément du Service de santé.

Art. 1er. — L'article 11 du décret du 22 mai 1909 est complété comme suit :

« Pour le décompte du temps du service exigé pour l'avancement des médecins et pharmaciens et des officiers d'administration du Service de Santé de réserve et de l'armée territoriale, le temps passé en activité de services, par suite de mobilisation générale ou partielle, sera compté pour le double de sa durée, sans toutefois que le temps de service à accomplir puisse être inférieur à celui fixé pour la promotion au grade supérieur des officiers de l'armée active du même grade.

« Si le temps de service accompli dans les conditions indiquées ci-dessus est inférieur à une année, il tiendra lieu d'une des périodes exigées pour l'avancement ; si ce temps de service dépasse une année, il remplacera deux de ces périodes ; si enfin, il est supérieur à deux années, il tiendra lieu de trois périodes.

« Lorsque des officiers de complément du service de santé seront appelés ou autorisés à servir dans un corps en campagne ou dans une expédition coloniale, le temps de service qu'ils auront accompli en activité leur sera décompté comme il est dit ci-dessus ».

Art. 2. — Toutes dispositions contraires au présent décret sont et demeurent abrogées.

Art. 3. — Le président, du conseil, ministre de la guerre, est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Bulletin des lois.*

Circulaire ministérielle relative à la vente des sérums de l'Institut Pasteur.

Depuis 1894, l'Institut Pasteur envoie gratuitement à toutes les Préfectures les sérums antidiphtéritiques destinés aux services des hôpitaux. et des indigents.

Par suite de la découverte de nouveaux sérums MM. les Préfets ont demandé non seulement le sérum antidiphtérique, mais encore tous les nouveaux sérums et en particulier, les sérums antiméningococcique, antitétanique, antistreptococcique et antipneumococcique.

Alors que MM. les Pharmaciens ont pris l'habitude de se tenir approvisionnés de sérum antidiphtérique, le plus souvent ils ne possèdent pas les autres sérums et, dès lors, les médecins ne pouvant se procurer ces derniers que dans les Préfectures, des sérums destinés aux indigents sont utilisés par des malades pouvant payer.

La gratuité des sérums, accordée à tout venant ne se justifie pas ; les sérums doivent être assimilés aux autres médicaments, dont la population s'approvisionne à ses frais dans les officines pharmaceutiques.

En présence de cette situation, j'ai décidé que l'Institut Pasteur continuera à approvisionner de sérums directement et gratuitement, sur leur demande, les services hospitaliers.

Pour tous autres usages (médecins, particuliers, assistance, services publics de prophylaxie), la délivrance des sérums sera faite à titre payant, et se fera par l'intermédiaire des pharmaciens, lesquels seront régulièrement approvisionnés par leurs Associations ou Chambres Syndicales. Celles-ci s'adresseront aux services de l'Institut Pasteur. Il demeure, d'ailleurs, bien entendu qu'une spéculation illicite ne devra pas être tolérée de la part du pharmacien, le prix limtatif de vente ayant été fixé indistinctement pour les divers sérums de l'Institut Pasteur à 4 francs la dose.

Les dépenses qui résulteraient pour les services publics d'épidémie du régime établi par la présente circulaire seront réglées suivant les espèces, à la charge des divers chapitres budgétaires afférents aux services d'assistance et d'hygiène.

Ces mesures seront applicables à dater du 1er janvier 1920.

Pour le Ministre :
Le Directeur,
VALETTE.

VARIÉTÉS

Pauvres Fous !

Musique de Tagliafico. Paroles d'un indépendant.

I

Combien en essayant leurs ailes
Vont les brûler à la chandelle
De fixes dits « municipaux »
Ne payant pas les pneus d'auto
Qu'ils useront sur les chemins
En prodiguant leurs soins
A leurs clients fidèles !

Mais moi qui n'ai pas approché la traîtresse lumière,
Qui vis dans mon obscurité, libre dans ma misère,
Je ris. et je dis « Pauvres fous.
Pourquoi geignez-vous ?
Qui vous force à le faire ?

II

Combien n'écoutant que leur zèle,
Vont accaparer les Mutuelles,
Et fiers de compter pour amis
Des ouvriers, des enrichis,
Echangent pour quelques louis
Tous les tickets remis
Par cette clientèle !

Mais moi qui n'ai pas abaissé le prix de mes visites,
Indépendant qui suis resté et qui m'en félicite,
Je ris et je dis « Pauvres fous ! »
Pourquoi faites-vous
Ce rabais insolite ?

III

Combien, le cœur plein d'espérance
D'un gain, ont fait de l'assistance !
Ils sont devenus les valets
Respectueux de leurs Préfets,
Menacés s'ils se rebiffaient
D'être rayés pour faits
De désobéissance !

Mais moi qui, content du destin, n'ai pas voulu de (chaîne,
Qui laisse à chaque jour le soin de suffire à sa peine,
Je ris, et je dis ! « Pauvres fous » !
Pourquoi traînez-vous
Le joug qui vous enchaîne ?

IV

Combien croiraient commettre un crime,
En refusant d'être victimes,
De quelques clients bien rentés
Qui sous couleur de charité,
Et grâce à la publicité
De notabilités,
Vont atteindre les cîmes !

Mais moi qui vis sans déshonneur et que rien ne cha- (grine,
Qui préfère à tous les honneurs une bonne cuisine,
Je ris, et je dis « Pauvres fous » !
Pourquoi courbez-vous,
Hélas ! toujours l'échine ?

Dr GOYON,
(de Lyon).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Le Sous-Secrétariat du Service de Santé ayant été supprimé, lors du dernier remaniement ministériel, la 7e direction a été reconstituée au Ministère de la Guerre.

A sa tête, a été placé M. le médecin-inspecteur général Toubert, dont l'allocution à la Cérémonie commémorative du 25 janvier a été particulièrement appréciée pour sa sobriété, son tact, et son souci de rendre à César ce qui appartient à César, et à la médecine militaire de complément, ce que d'autres ont trop de tendances à lui marchander.

Nous saluons l'arrivée de M. Toubert à la tête de cet important service, et nous souhaitons très vivement qu'il apporte tous ses soins à le moderniser dans le sens où les intérêts primordiaux des malades et des blessés se trouvent en étroite association avec les intérêts généraux du corps médical mobilisable.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort du docteur Rolland, fils de notre bon confrère, le Dr Rolland, de Toulouse.

Médecin chef de la Légion arménienne, il s'était montré sensible aux souffrances du peuple arménien.

Victime d'un déplorable accident, il meurt en pleine force, laissant le souvenir d'un excellent médecin, d'un généreux philanthrope, et d'un parfait administrateur.

Nous adressons à son père l'hommage de nos sentiments de sympathiques condoléances.

— Il est créé au Ministère de l'hygiène, un *Conseil supérieur de la natalité* composé de 30 membres, chargé de rechercher toutes les mesures susceptibles de combattre la dépopulation, d'accroître la natalité, de développer la puériculture et de protéger et honorer les familles nombreuses.

Le conseil procédera à l'examen des dispositions intéressant la natalité pouvant être introduites dans tous les projets ou propositions de lois.

Dans chaque département, il est créé une commission départementale de la natalité.

— M. de Clercq, a obtenu de la 5e Commission du Conseil municipal de Paris l'autorisation de l'Administration pour l'Assistance publique de traiter avec M. Fauquet, chauffeur d'automobile à Levallois-Perret, qui s'engage, moyennant la somme de 3.000 francs par mois, à tenir chaque jour, à l'Hôtel-Dieu, une automobile prête à tous appels, de 2 heures de l'après-midi au lendemain matin 7 heures, en vue d'assurer le *transport rapide et régulier du chirurgien de garde* dans les établissements hospitaliers où sa présence est réclamée.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Vous pouvez donc, à notre avis, envoyer votre note au pensionné que vous avez soigné et, en cas de non paiement, le poursuivre devant le juge de paix de son domicile.

Accidents et forfaits.

A propos de votre article paru sur un des derniers numéros du *Concours* : « les assureurs entraînent les « médecins dans le maquis de la procédure », et principalement à propos de cette phrase de la fin : « Les assureurs voudraient avoir leur médecin, etc., etc. », permettez-moi de vous exposer le fait suivant.

J'avais envoyé à une compagnie d'assurances, qui, précédemment me payait à peu près, une note de 27 francs concernant le domestique d'un assuré et se détaillant par un voyage de 16 francs (8 kil.), 2 certificats à 5 fr. (accident et guérison), plus une feuille de papier timbré à 1 fr. pour le certificat accident. On ne pouvait faire de note moins forte.

Quelque temps après, l'agent de la Compagnie m'envoya un mandat de 10 francs « montant me disait-il dans sa lettre d'envoi, *de la somme visée sur ma note* ».

Et l'agent joutait :

« *Cette somme est celle que* la Compagnie aurait à « payer à un médecin délégué, seule garantie accor- « dée à l'assuré aux termes de son contrat.

« Pour le surplus vous voudrez bien vous adresse « aux intéressés ».

J'ai fait voir cette lettre à l'assuré qui, aussitôt, m'a offert de me payer intégralement. Aucune difficulté à ce sujet.

Seulement, à l'avenir, le dit assuré prendra en cas d'accident « le médecin délégué », car je lui ai dit que pour 10 francs, je ne voulais nullement m'engager à traiter ses domestiques dont les blessures pourraient occasionner pour moi de nombreux voyages.

On croit rêver, à cette époque de crise sur la profession médicale, en constatant qu'il y a des médecins qui, pour une malheureuse somme de dix francs, s'engagent à traiter le blessé d'une compagnie quelle que soit la durée du traitement.

Pour moi, personnellement, la chose m'est indifférente, étant bientôt arrivé au bout de ma carrière médicale et ayant toujours eu les moyens de vivre sans le secours de cette profession. Mais, il m'a semblé intéressant de vous signaler le fait.

Réponse

Bien que l'espèce que vous nous rapportez soit celle d'un accident survenu à un domestique, non garanti par les lois spéciales sur les accidents du travail, et régi par le droit commun, vous avez absolument raison de dire qu'il est inadmissible qu'un médecin accepte de soigner tous les blessés, quelle que soit la durée et la gravité de l'accident, pour un forfait de 10 francs.

Puisque vous avez été payé amiablement par le patron, tout est bien. S'il avait refusé de vous payer, vous auriez pu le citer solidairement avec son domestique devant le juge de paix de leur domicile, en ignorant la Compagnie avec laquelle vous n'aviez pas de lien de droit et ne vouliez pas avec raison, en contracter.

L'augmentation des honoraires médico-légaux.

Veuillez bien me fournir le renseignement suivant qui intéresse tous en général :

Dans le relèvement des honoraires auquel nous tendons maintenant, certains résultats ont été obtenus :

A-t-on majoré les honoraires médico-légaux et dans quelle mesure s'il vous plaît ?

Comme je dois fournir mon mémoire dans un délai assez court, je vous serais reconnaissant de me faire réponse au plus tôt.

Dr G.

Réponse.

Le tarif médico-légal des honoraires n'a pas encore été modifié. Il le sera peut-être prochainement, car une Commission a été nommée il y a quelque temps pour étudier la modification des Tarifs judiciaires.

Elle a abouti récemment en ce qui concerne ceux des avoués, notaires et huissiers. Mais nous ne saurions vous dire quand ceux qui vous intéressent seront à leur tour modifiés.

Les interventions de spécialités par les non spécialistes dans l'application du Tarif Dubief.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me faire savoir comment le praticien, qui, dans un accident du travail, fait œuvre de spécialiste, doit établir la note de ses honoraires. A-t-il droit, par exemple, au tarif du médecin spécialiste ? Dans le cas qui m'intéresse actuellement, il s'agit d'une extraction de corps étranger métallique de la cornée.

Dr R.

Réponse

Les médecins non spécialistes qui ont effectué une intervention ressortissant d'une spécialité ont droit aux honoraires des spécialistes.

Cette solution n'a, il est vrai, donné lieu, à notre connaissance, à aucune décision judiciaire, les Compagnies ayant toujours, après une contestation, préféré, en présence de la menace d'une action judiciaire, payer amiablement plutôt que de risquer un jugement défavorable à leurs intérêts.

Le droit de choisir leur médecin appartient à tous les blessés du travail.

Existe-t-il, dans la loi sur les accidents du travail, une réserve permettant aux grandes administrations ou aux sociétés industrielles (Réseau de l'Etat, mines, etc., etc.) de s'affranchir du libre choix du médecin par leurs blessés ? ou sont-elles soumises au droit commun ?

Dr C.

Réponse.

La loi du 9 avril 1898 est formelle et le libre choix du médecin est assuré par elle à tous les salariés qui y sont assujettis, quelles que soient les administrations qui les emploient. Chemins de fer, Mines, Etat lui-même (pour celles de ses exploitations qui sont assujetties à la loi de 1898), doivent donc respecter le libre choix du médecin par l'ouvrier blessé dans son travail, ainsi que la procédure indiquée par l'article 4, § 5 de la loi pour faire pratiquer par leurs médecins la visite de contrôle au cours du traitement.

Soins aux mutilés de guerre non inscrits sur les listes officielles.

Je vous serais obligé de me donner le renseignement suivant, qui m'est demandé par plusieurs confrères.

Un médecin a soigné des malades ou blessés réformés avec pension. A-t-il droit à être payé par l'Etat, avant que ces clients aient demandé régulièrement la gratuité, c'est-à-dire, y a-t-il effet rétroactif ?

Ou bien, le réformé a-t-il droit aux soins gratuits du jour où sa demande par lettre recommandée a été faite, — ou seulement, du jour où il recevra son carnet de bons.

Dr P.

Réponse

L'article 64 de la loi sur les pensions dit que l'Etat doit à tous les bénéficiaires de ladite loi, leur vie durant, les soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques nécessités par la blessure ou la maladie qui a motivé leur réforme. Il ne fixe pas expressément le point de départ de cette dette. Mais il résulte de l'esprit de la loi qu'il ne doit point y avoir de lacune entre l'époque à laquelle le militaire a cessé de bénéficier, en tant que militaire, des soins nécessités par sa blessure ou sa maladie et celle à laquelle il doit bénéficier de l'article 64. On ne peut envisager, en effet, une période pendant laquelle un mutilé n'aurait pas droit aux soins nécessités par sa blessure ou sa maladie.

Comme l'inscription sur les listes spéciales prévues par l'article 64 et le décret rendu pour

son application, ainsi que les autres formalités prescrites par cet article et ce décret peuvent, en effet, prendre un certain temps, nous sommes d'avis que le bénéficiaire de l'article 64 a droit rétroactivement à la gratuité des soins et des médicaments en exécution de l'art. 64, à compter de la date où il a cessé d'y avoir droit comme blessé ou malade à la charge du budget de l'armée, c'est-à-dire à compter du point de départ de sa pension d'invalidité.

Accidenté assuré à deux Compagnies.

J'ai donné mes soins à un personne atteinte de fracture de jambe, personne assurée à deux Compagnies, qui, toutes deux, doivent payer les soins médicaux, dois-je envoyer une note à chaque Compagnie ou leur faire partager les frais.

Je ne peux pas cependant me faire payer deux fois ; et d'un autre côté en leur demandant à chacune la moitié de mes honoraires, je crée un précédent comme prix.

Dr N.

Réponse

Vous ne pouvez, bien entendu, faire payer deux fois vos honoraires pour les soins donnés à une personne blessée dans un accident et assurée à deux Compagnies.

Mais la difficulté en présence de laquelle vous vous trouvez est bien facile à résoudre en suivant simplement le conseil que nous donnons toujours en pareille matière, c'est-à-dire en remettant purement et simplement votre note à votre client, qui fera son affaire de vous faire payer.

Vous n'avez pas, en effet, de lien de droit avec l'une ni avec l'autre de ces compagnies d'assurances, et ne connaissez et n'avez à connaître que celui à qui vous avez donné vos soins.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Les vers dans la première enfance.

Affection rebelle, médication multiple !

Dans le service de M. Jules Renault (annexe Grancher), il est prescrit :

1° Trois jours de suite, de donner le matin avant le petit déjeûner, un des paquets suivants dans une cuillerée d'eau sucrée

Santonine	2 centigr.
Calomel	5 centigr.
Lactose	50 centigr.

Pour un paquet, n° 3.

2° Pendant quinze jours, de donner tous les soirs, un grand lavement d'un verre d'une solution d'hyposulfite de soude à 40 ‰.

3° Bien laver soigneusement les mains de l'enfant, au savon, en n'omettant pas de brosser ses ongles.

Ball conseille d'alterner les lavements à l'hyposulfite de soude avec des lavements de sublimé faible.

Liqueur de van Swietten	1 cuill. à café.
Eau	8 cuill. à potage.

Arnozan a préconisé les lavements d'eau sucrée saturée.

Nos anciens utilisaient contre le prurit et la migration nocturne des oxyures le vieil onguent gris et un lavement à la mousse de Corse.

Il sera « clinique » de se servir de chacune de ces médications.

Dr R. MOLINERY.

JURISPRUDENCE

Doit être considéré comme un fonctionnaire le médecin inspecteur de la protection du 1er âge ou des enfants assistés.

CONSEIL D'ÉTAT

Séance du 29 octobre 1914.

Le Conseil d'Etat statuant au contentieux.

Vu la requête et le mémoire ampliatif présentés par le sieur M., ancien médecin-inspecteur des enfants du premier âge et des enfants assistés des départements de l'Yonne, de Seine-et-Marne et de Seine-et-Oise placés dans l'Yonne, tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler trois arrêtés, en date des 7 et 29 décembre 1911, et 1er janvier 1912, par lesquels les préfets desdits départements l'ont relevé de ses fonctions ;

....

Vu......

Sans qu'il soit besoin de statuer sur les autres moyens de la requête :

Considérant qu'il résulte de l'instruction que le *sieur M. avait été nommé par* les préfets de l'Yonne, de Seine-et-Marne et de Seine-et-Oise aux fonctions

de médecin-inspecteur des enfants du premier âge et des enfants assistés du département de l'Yonne, et de médecin-inspecteur des enfants assistés des départements de Seine-et-Marne et de Seine-et-Oise placés dans l'Yonne ; qu'à raison de la nature de ses attributions, il ne pouvait être regardé comme un médecin privé, prêtant au service de l'Assistance publique, lorsqu'il en était prié, le service de son art ; mais qu'il collaborait d'une façon permanente à la gestion des services publics organisés par les lois des 23 décembre 1874 et 28 juin 1904 ; qu'il figurait, par suite, au nombre des agents visés par l'article 65 de la loi du 22 avril 1905 ;

Considérant qu'il résulte de l'instruction que, par un arrêté du préfet de l'Yonne en date du 7 décembre 1911 et par deux arrêtés des préfets de Seine-et-Marne et de Seine-et-Oise, en date des 29 décembre 1911 et 1er janvier 1912, pris en conséquence de l'arrêté précité du préfet de l'Yonne, le sieur M., a été relevé de ses fonctions sans avoir, au préalable été averti de la mesure dont il allait être l'objet, et avoir été ainsi à même de réclamer la communication de son dossier, et de présenter ses moyens de défense ; que, dès lors, il est fondé à soutenir que lesdits arrêtés ont été pris en violation de l'article 65 de la loi précitée du 22 avril 1905 ;

Décide :

Sont annulés les arrêtés susvisés du préfet de l'Yonne, en date du 7 décembre 1911 et des préfets de Seine-et-Marne et de Seine-et-Oise, en date des 29 décembre 1911 et 1er janvier 1912.

Note.

L'arrêt ci-dessus spécifie, d'une manière nette, un des cas très rares, où un médecin peut être considéré comme un fonctionnaire. Chargé de l'inspection des nourrissons et de celle des enfants assistés, il représente la puissance publique, en ce sens qu'il doit vérifier si la nourrice, ou la gardeuse remplit toutes les conditions requises. Au cours de ses visites périodiques, il représente le Préfet et, comme homme de l'art, il doit indiquer si l'enfant doit ou non être retiré à ses nourriciers.

Dans ces cas, le médecin est le mandataire de l'Etat ; il n'est plus un guérisseur, mais un inspecteur et comme tel, doit être considéré comme un fonctionnaire. C'est ce que reconnaît d'ailleurs l'arrêt ci-dessus.

Au contraire, le médecin chargé du service de l'Assistance médicale gratuite donne ses soins ; il est lié à son malade par le secret professionnel. Il a simplement contracté avec le Préfet pour un louage de services, c'est-à-dire qu'il soigne une catégorie de malades, selon un règlement et un tarif spécial.

Dans ce cas, le praticien ne saurait être considéré comme un fonctionnaire. L'Etat est un en-

trepreneur de soins, au même titre qu'une Mutualité, ou une Compagnie d'assurances accidents.

Dr Paul BOUDIN.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

(*suite*)

— **Le bonheur chez soi.** — Malgré toute leur bonne volonté, beaucoup de ménagères, soit inexpérience, soit en raison des difficultés croissantes de la vie, ne parviennent pas à équilibrer convenablement leur budget. Pourtant la première condition du bonheur en ménage réside dans le fait de bien administrer les deniers conjugaux et d'avoir une bonne table.

C'est pour résoudre ce petit problème que le ministère du travail britannique vient de se mettre à la tête d'une curieuse initiative : il s'agit d'enseigner à toutes les jeunes filles et aux femmes de démobilisés en particulier l'art et la manière de tenir convenablement son ménage, de faire ses achats avec discernement, et de préparer une nourriture quotidienne agréable sans être trop onéreuse. C'est là, un beau programme pour les jeunes époux, à condition de ne pas se borner à de simples théories.

Le « ministère du Travail » anglais voudrait ramener l'ordre et le bonheur dans le foyer domestique grâce à une sage administration. Trouvera-t-il des élèves dociles ? Il y a tant de personnes qui préfèrent n'apprendre qu'à leurs dépens.

(*L'Exportateur Français.*)

Hôpital Necker. — M. Poulard a commencé ses conférences d'ophtalmologie pratique, le lundi 26 janvier, à 2 h. 1/2, et les continuera les mercredi, vendredi et lundi de chaque semaine à la même heure, dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Necker-Enfants-Malades.

Ces conférences sont destinées aux étudiants, aux médecins praticiens. Elles portent sur les maladies des yeux, que tout médecin doit connaître et sur les soins d'urgence.

Elles sont gratuites.

Pour faciliter l'organisation de ces conférences, il est préférable de se faire inscrire auprès de M. Boussi, assistant du service.

AVIS

TARIF DUBIEF

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs le TARIF DUBIEF avec son Répertoire alphabétique. Prix franco : 1 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales.

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arcachon : Cazaban, Dechamp.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu : Bertier Louis, Ricoux.
Beausoleil : Audoly, Pizard P.,
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles, Baradat, Bayle, Fournier, Kent-Gazet, Seytre, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Frank-Duprat, Comoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Durond, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Jaubert.
Menton : Jean Fornari aîné, P. de Langenhagen.
Monaco : Jolivot.
Monte-Carlo : Vivant.
Rousses (Les): Dumont A.
Nice : Ardoin, S. Baudry (*oculiste*), Bermondy, Bernarbeig, Carlotti (*ophtal.*) Cauvin (*oculiste*), Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Gruzu, Laugier, Larue, Leblanc, Leriche Emile, Liotard, Martinaud, Piétri, Rosanoff Seney, Sorel (*gyn. chir.*), Stefani.
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy, Gain.
St-Raphaël-Valescure Caldaguès, Vadon.
Toulon : Gilbert Pignet (*urol. derm.*), Regnault (*chir., gyn.. orth.*).



Le VIN GIRARD



IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD**, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE

UN VERRE A MADÈRE
AVANT LE REPAS



VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE N° 8 DIMANCHE 22 FÉVRIER 1920

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

AVIS

TARIF DUBIEF

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs le TARIF DUBIEF avec son Répertoire alphabétique. Prix franco : **1 fr.**

TARIF

général minimum raisonné des honoraires médicaux.

(*Ancien tarif Jeanne*).

Etabli par une Commission spéciale nommée par le *Concours médical* et comprenant des chirurgiens et des spécialistes. *Volume de 208 pages relié.*

PRIX : 3 francs.

Adresser les commandes, accompagnées du montant en un mandat, à M. C. BOULANGER administrateur du Concours médical, *132, faubourg Saint-Denis, Paris.*

DON

Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Weber, de Void (Meuse), la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

AVIS

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 en timbres pour frais de réimpression de bande.



Quarante-deuxième année. N° 8 22 Février 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL

QUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

(Voir numéros précédents).

DEMANDES et OFFRES

Toute demande de renseignements doit être accompagnée d'un timbre pour la réponse.

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Nº 82. — Bon petit poste de repos, seul médecin. Jolie plage sur l'Océan, 1.300 h., rayon de 3 k., peut rapporter 10.000, bicyclette suffit. On fait la pharmacie. Indemnité 1.000 fr. et reprise pharmacie. Conviendrait à médecin retraité. Très pressé.

Nº 83. — Marne. Poste médical avec officine vacant par suite décès, dans pays agricole. Bon rapport.

Nº 84. — Occasion à prendre : appareil radiostopique d'hôpital militaire. S'adresser à M. le maire de Pontleroy (Loir-et-Cher).

Nº 85. — Suis acheteur piano à queue ou échangerai piano droit contre piano à queue. Ecrire Dr Maurice, 5, r. de Villersexel, Paris.

Nº 86. — S.-et-O. Urgent. Poste médical à créer à 12 kil. de Paris. Un pharmacien, ligne de chemin de fer. Usines. Aucun frais. Conviendrait médecin jeune, bien portant et actif.

Nº 87. — Jeune docteur très au courant clientèle désirerait poste pro-pharmacien ou non, dans région cévénole ou méditerranéenne, 15.000 environ. Arrangement pour indemnité de cession clientèle.

Nº 88. — A céder dans grande banlieue parisienne, excellent poste d'un rapport de 30.000 frs. Susceptible d'augmentation. Habitation confortable. Indemnité avantageuse. Auto à reprendre. Contrée riche, clientèle payant bien. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

Nº 89. — Docteur habitant campagne, vie confortable, soins médicaux, demande enfant naissance irrégulière à élever, très jeune de préférence, adoption possible, conditions à débattre.

Nº 90. — Infirmière, hautes références, longue pratique aide chirurgicale, stérilisatrice, demande situation dans maison de santé clinique ou analogue. Paris ou province.

RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

AVIS IMPORTANT

Nous attirons l'attention de nos Abonnés et de nos Lecteurs sur la lettre circulaire de propagande du « Sou Médical » qui est reproduite page 479 du présent numéro.

Nous n'avons certes pas l'intention de leur apprendre l'existence de notre Filiale, dont la vitalité serait encore affirmée, s'il en était besoin, par l'importante liste d'adhésions nouvelles qui figure en tête de l'extrait des procès-verbaux de son Conseil d'Administration, que nous publions également aujourd'hui. Mais il faut bien reconnaître que, si les Membres du « Sou Médical », qui ne sont pas en même temps nos abonnés, sont en petit nombre, la réciproque n'est pas vraie et que la grande majorité des Lecteurs du *Concours* n'ont pas (pas encore, voudrions-nous pouvoir dire) adhéré au « Sou ».

Nous demandons donc à ceux de nos Abonnés et Lecteurs qui ne font pas partie du « Sou », de lire cette Lettre, qui a été ou sera envoyée à tous les médecins français non abonnés au *Concours*, et si, comme nous l'espérons, elle les a convaincus de l'utilité de cette Ligue de Défense professionnelle, de détacher le Bulletin qui suit et de l'envoyer avec le montant de la cotisation de la première année (25 fr.) à l'adresse qui y est indiquée.

A ceux qui sont déjà membres du Sou, comme à ceux qui, pour des raisons que nous ne demandons pas à connaître et n'avons pas à apprécier, ne croiraient pas devoir y adhérer, tout au moins actuellement, nous demandons de détacher cette Lettre circulaire et de la faire parvenir à l'un de leurs confrères, ou mieux de la lui remettre directement, en accompagnant, autant que possible, cette remise, d'une chaleureuse recommandation.

La puissance du « Sou Médical » sera en effet accrue, si de nombreux adhérents nouveaux viennent s'ajouter au noyau déjà important des anciens, et le Corps Médical tout entier ne pourra qu'en tirer avantage et profit.

La Direction.

CORRESPONDANCE

Le médecin a droit à la prorogation de bail de la durée des hostilités.

J'ai été appelé par le président de la Commission arbitrale.

J'ai un loyer de 560 frs et un bail qui finissait le 23 avril 1917.

Par acte extrajudiciaire, j'avais notifié mon in-

tention de rester dans cette maison le temps que la loi me donne le droit d'y rester. Veuillez m'indiquer, s'il vous plaît, combien de temps exactement dans mon cas.

Le propriétaire prétend que ma profession n'entre pas dans cette catégorie. J'ai montré au président les numéros du *Concours* où vous traitez cette question. Il me dit que c'est l'opinion du journaliste et qu'il voulait que je lui montre un jugement et un règlement.

Je vous prie de vouloir bien m'indiquer une décision là-dessus.

En outre, pour avoir droit, le médecin de campagne est-il obligé d'avoir affiché à sa porte ses heures de consultation, comme prétend le propriétaire.

Réponse de Me Gatineau.

La prorogation de l'article 56 n° 1 vise formellement les locaux à usage...« professionnel ». Cette expression vise nettement toute profession susceptible de servir de moyens d'existence et productive de revenus (avocats, médecins, architectes). Jamais jusqu'ici ne s'est produite aucune contestation ni en ce qui concerne les médecins et les avocats qui, dans nombre de localités, exercent leur profession sans plaque indicatrice, ce qui se produit pour nombre de médecins à Paris et pour les Avocats inscrits au Barreau de cette ville. Une seule décision a été rendue jusqu'ici sur la question de l'application de la disposition relevée ci-dessus à la location pour l'exercice d'une profession ni commerciale ni industrielle. Il s'agissait d'un officier ministériel, un notaire. La Cour de Cassation, (4 novembre 1919, *Revue des Loyers*, janv. 1920, p. 48) a statué ainsi : « Dans le cas d'un bail unique pour un local qui est en même temps à usage professionnel et à usage d'habitation, tout le local sans restriction doit faire l'objet de la prorogation pour la durée des hostilités. Il en est ainsi notamment pour le bail d'un notaire qui n'a appliqué que deux pièces à l'exercice de sa profession. »

Aucune différence, au regard de l'article 56, ne peut être faite entre un notaire, dont la profession est indiquée au public par des panonceaux apposés à la porte extérieure d'entrée, et un médecin qui n'aurait pas fait placer une plaque indicatrice de sa profession près de l'entrée de sa maison. Toute la question est de savoir si le local a été loué à un docteur en médecine, sans interdiction d'exercer cette profession dans les lieux loués, et si cette profession y a été exercée réellement dans partie des lieux loués. C'est une question d'examen du contrat de bail, et de fait.

L'exercice de la médecine dans un local déterminé se produit souvent, sans qu'il y ait nécessité de faire usage d'enseignes ou de tous autres signes extérieurs. Dans une grande ville,

c'est excessivement fréquent. Dans les petites localités, la maison du médecin est connue. Une plaque est jugée souvent inutile. Les malades ou leurs proches se présentent. S'il s'agit d'une consultation, le médecin, quand il est chez lui, reçoit presque toujours à toute heure, ou part faire la visite demandée. S'il est absent, indication est donnée des heures où on pourra le trouver ou des jours et heures habituels réservés aux consultations.

Le médecin, pour prouver qu'il exerce sa profession dans la maison par lui louée, n'a qu'à produire sa feuille de contributions pour la patente, son bail où son titre de médecin ou de docteur est indiqué, des certificats ou lettres de clients prouvant qu'ils sont allés le consulter à son domicile.

Remarquez que les médecins comme les notaires et les avocats figurent concurremment sur le rôle des patentes, en vertu d'une même loi, celle du 15 juillet 1880 et sur le même Tableau (le Tableau D).

La Commission supérieure pour l'application de la loi sur les bénéfices supplémentaires faits pendant la guerre, et à sa suite le Conseil d'Etat, ont jugé que cette loi était applicable aux médecins (1).

G. Gatineau,
Avocat à la Cour d'Appel.

(1) Voir ci-après, page 490.

Stage militaire d'instruction d'un étudiant en médecine.

Le *Concours* du 16 novembre publie la loi du 30 octobre 1919 relative à l'organisation provisoire du service de santé militaire après la cessation des hostilités.

Conformément à l'article 2 de cette loi — parue au *Journal Officiel* du 1er nov. 1919 — je voudrais demander à effectuer un « stage d'instruction ».

A qui faut-il adresser ma demande ? Au Directeur du service de santé de ma région ou au Sous-Secrétariat ?

Médecin aide-major de 2e classe de réserve à titre temporaire comme étudiant en médecine à 15 inscriptions et porteur d'un titre de congé illimité de démobilisation avec ce grade, pensez-vous que ma demande sera agréée et croyez-vous que je remplisse les conditions exigées par ledit article 2 de la loi du 30 octobre.

Réponse

En outre de la loi que vous nous rappelez, il existe un décret du 23 septembre 1919 (*Concours*, 30 novembre 1919, p. 2016), modifiant celui du 23 novembre 1889, par addition à l'article 17, après le § 3, d'un paragraphe autorisant l'appel aux étudiants en médecine pourvus d'au moins 12 inscriptions pour servir d'assistants en médecine, de chirurgie ou de spécialités

et pour assurer le service de garde dans les grands hôpitaux militaires.

Vous pourriez, à notre avis, adresser une demande de stage au Directeur du Service de Santé de votre région, en invoquant la loi du 30 octobre 1919 et ce décret.

Déclaration du revenu professionnel.

Dans la déclaration à souscrire pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, je ne vois pas dans quel paragraphe demander la déduction pour les frais occasionnés par l'exercice de la profession : automobile, frais de bureau, cotisations, etc... puisque les trois paragraphes consacrés aux déductions comprennent seulement :

par. V : intérêts de dettes contractées, etc...
par. VI : contributions directes et taxes assimilées.
par. VII : pertes résultant d'un déficit d'exploitation.

Faut-il donc faire le décompte de ces différents frais sur le chiffre total des revenus des professions non commerciales, sans en indiquer l'origine ?

Dr G.

Réponse

Le contribuable n'a pas à faire, dans sa déclaration d'impôt sur le revenu, le décompte des frais qu'il déduit de ses recettes. Il n'a qu'à porter, dans la catégorie qui concerne ses bénéfices professionnels, le résultat de son calcul, c'est-à-dire le chiffre net de ses bénéfices, constitué par la différence entre ses recettes professionnelles et les dépenses nécessitées par l'exercice de sa profession.

Il n'y aurait qu'en cas de difficultés que le contribuable, pour justifier sa déclaration, pourrait être conduit à expliquer comment il est parvenu au chiffre déclaré, et à indiquer quelles sont, d'une part, ses recettes, et d'autre part, ses dépenses professionnelles.

Soins aux blessés du travail dans les régions libérées.

J'ai soigné quelques ouvriers appartenant à une entreprise de reconstruction de nos pays, dois-je leur appliquer le tarif Dubief ou le tarif du syndicat des médecins de la Meuse, en y ajoutant le prix du certificat ?

Je vous serais reconnaissant si vous pouviez me renseigner à ce sujet.

Réponse.

Les entreprises de reconstruction des Régions libérées sont assujetties, comme toutes les entre-

(*Voir la suite page XXIX-505*).

AVIS IMPORTANT

*Nous rappelons à nos Abonnés qu'à dater du 1er mars prochain, le prix de l'*ABONNEMENT ANNUEL *au* « Concours Médical » *sera porté à* 24 FRANCS.

Nous espérons qu'il ne s'agit là que d'une mesure provisoire, et que l'amélioration des conditions économiques nous permettra un jour de les alléger partiellement de l'effort que nous sommes obligés de leur demander aujourd'hui.

PROPOS DU JOUR

Le Ministère polonais de la Santé publique.

Au moment où l'on s'efforce, en France, d'organiser la médecine sociale, où, dans les régions dévastées, malgré les déplorables négligences que nous avons récemment signalées, l'on projette de réaliser une surveillance hygiénique nouvelle, il n'est pas sans intérêt de voir ce que l'on fait en dehors de nos frontières et surtout dans les pays où tout, pour ainsi dire, est à organiser. Nous avons eu l'avantage d'être documentés sur le Ministère de la santé publique de Pologne. Nous avons pu lire l'intéressant *Mémoire sur les conditions sanitaires en Pologne et le programme des travaux du ministère polonais de la Santé publique.* Ce mémoire a été publié en français à Varsovie en mars 1919 et rédigé par le Ministre polonais de la Santé publique, le très distingué Dr Tomasz Janiszewski, agrégé de la Faculté de médecine de l'Université de Cracovie (Hygiène sociale) ; c'est à ce médecin que revient tout le mérite de l'effort admirable fait par la Pologne en hygiène et en prophylaxie.

Nous avons eu en outre connaissance du plan de l'organisation de ce Ministère de la Santé publique, exposé en polonais par le Dr Josef Jaworski, et nous espérons, avec ces documents, pouvoir faire un exposé évidemment incomplet, mais suffisant pour donner une idée nette de cette nouvelle institution sanitaire (1).

(1) Nous remercions vivement M. Danysz, de l'Institut Pasteur, qui a très aimablement mis ces documents à notre disposition et Madame M. Noir qui a bien voulu nous traduire ceux qui sont écrits en langue polonaise.

***

Pour bien comprendre toute l'importance du Ministère polonais de la Santé publique, il faut se rendre compte de l'état déplorable où se trouve, au point de vue hygiénique, la Pologne qui, en très grande partie, même avant la guerre, avait été laissée dans des conditions sanitaires honteuses par ses oppresseurs, soit avec une criminelle conscience, soit par une incurie tout aussi coupable.

Si les parties prussienne et autrichienne avaient été sur ce point relativement favorisées avant la guerre, la région opprimée par les Russes était, bien avant 1914, dans une situation sanitaire dont il est difficile de se faire une idée exacte. Cette situation avait été aggravée par l'exode d'un million de Juifs russes, chassés des provinces moscovites par le tsar, et parqués en Pologne. Ces malheureux, véritables étrangers dans les pays où ils étaient tenus d'habiter, se trouvaient dans un état de misère et de malpropreté indescriptible. Ils devaient fatalement former des foyers pestilentiels, tant au point de vue physique que moral.

La guerre survint. Au sacrifice des jeunes générations, obligées de combattre dans des armées ennemies et envoyées au massacre sans mesure ni pitié, est venue s'ajouter la dévastation, dévastation inouïe dans certaines régions, où le flux et le reflux des armées russes, allemandes et austro-hongroises s'accomplirent à diverses reprises, semant la mort et la désolation. Les populations souffrirent du manque d'habitations, plus cruel que chez nous pendant les

rudes hivers de ce pays. La famine eut des conséquences très funestes pour tous les enfants, et surtout les nouveau-nés ; à tous ces maux vinrent s'ajouter les épidémies.

En 1915, dans la partie de la Galicie non envahie par les Russes, c'est-à-dire la seule région de Cracovie, l'on a dénombré 18.132 cas de fièvre typhoïde, 11.630 cas de dysenterie, 8.333 cas de typhus exanthématique, 20.926 cas de variole, 29.468 cas de choléra, avec un total de 24.109 décès.

En 1918, l'on compta, dans la seule Pologne russe, 73.380 cas de typhus et en 1919, pour les seuls mois de janvier et février, 18.337 cas. Le Ministère de la Santé publique affirme qu'en mars 1919, les soldats, revenant des armées, avaient propagé le typhus à un tel point qu'on pouvait estimer à plus de 100.000 les personnes atteintes.

En regard de cette situation, nous ne trouvons aucune organisation hygiénique. En 1917, Varsovie, Lublin et Plock étaient les seules villes de la Pologne russe pourvues de conduites d'eau potable acceptables. Les autres villes se servaient de puits dans un état déplorable et l'usage des bains était à peu près inconnu, même dans les très grandes villes.

A tout cela s'ajoutaient encore les difficultés créées pas la guerre qui continuait contre les Russes, sur un front d'une immense étendue. Les fonds dont disposait le gouvernement étaient insuffisants ; les médecins et les autres techniciens faisaient défaut ; il n'y avait pas assez de moyens de transports ; on manquait d'aliments, de médicaments, de linge, de savons, d'appareils de désinfection, en somme de tout le nécessaire.

Le ministre médecin, le Dr Janiszewski, sut être à la hauteur de cette tâche accablante. Il divisa le pays en 4 secteurs sanitaires, comprenant plusieurs départements, créa 9 directoires médicaux, comprenant plusieurs districts. Chaque directoire eut à sa tête un directeur médecin ; chaque district un médecin fonctionnaire, chargé de l'office de santé.

Leur but était de stimuler les activités locales, de leur donner des conseils techniques et avec eux, des moyens financiers pour les suivre.

Le ministre devait contrôler et inspecter et avait le droit de prendre toute initiative nécessaire, quand les autorités locales seraient défaillantes.

Le ministère de la santé publique s'est tout d'abord efforcé de relever le souci de l'hygiène dans les villes et les villages, en organisant des établissements de bains et des centres de désinfection. Il poursuivit systématiquement l'assainissement des maisons et des habitants. Il organisa des hôpitaux d'isolement dans les centres épidémiques. Il veilla à l'amélioration alimentaire, surtout pour les enfants.

Au début de l'an dernier, 113 hôpitaux étaient ouverts aux contagieux, 25 hôpitaux mobiles étaient créés et 20 autres étaient en formation ; des instructions précises contre les épidémies étaient données au public. Des comités locaux, des détachements sanitaires mobiles fonctionnaient contre les épidémies. Les vaccins et sérums étaient fournis aux médecins ; 11 hôpitaux spéciaux étaient réservés aux paludéens, aux syphilitiques et aux tuberculeux.

Toute une administration, dotée d'un fonds spécial, s'occupait de la grave question des logements, veillant à la protection des locataires, à l'inspection des maisons d'habitation.

***

La cheville ouvrière du Ministère polonais de la santé publique nous paraît être le *médecin de district*. Ces médecins de district sont au nombre de 80, secondés par 27 adjoints. Ils doivent fournir toutes les semaines à l'administration centrale un rapport dont les chapitres indiquent toute l'étendue de leurs fonctions comme l'on peut en juger par l'énumération suivante :

I. — **Hygiène publique** : *Etat sanitaire* des villes, bourgs, villages, des établissements commerciaux.

Inspection du lait, de la viande ; des cimetières, des logements, des prisons.

Lutte contre les maladies contagieuses.

II. — **Protection de l'enfant et de la mère.** — *Protection et inspection* des mères, des nourrissons, des enfants à l'âge préscolaire, scolaire, post-scolaire, des enfants abandonnés, criminels, malades, infirmes, anormaux.

Statistique : Mortalité infantile et dépopulation.

III. — **Hospitalisation** : Protection des pauvres.

IV. — **Hygiène industrielle.** — V. **Aliénés.** — VI. **Dentistes.** — VII. **Affaires pharmaceutiques.** — VIII. **Lutte anti-alcoolique.** — IX. **Surveillance des empiriques.** — X. **Médecine légale.** — XI. **Police sanitaire.** — XII. **Frais du médecin de district au cours du mois.**

Par ces têtes de chapitre du rapport hebdomadaire que doit fournir le médecin de district, on se rend compte qu'il doit veiller à tout ce qui concerne la santé publique. Dans les cas exceptionnels, le médecin de district peut correspondre avec le Ministère par télégraphe. Ce dernier reçoit environ 1.000 rapports par mois. Un conseil sanitaire technique travaille au siège du Ministère.

La surveillance sanitaire s'exerce tout particulièrement sur le commerce général d'alimentation : boucheries, poissonneries, boulangeries, raffineries de sucre, glace pour l'usage alimentaire et médical, fabriques de produits alimentaires, sur les bains publics,

Relèvent du Ministère de la santé publique les inspections chargées de veiller à la propreté des voies, des rues et des jardins, les offices de location dans les villes, la protection des locataires, la prévention contre le manque de logements et la repression des locations usuraires.

Une commission interministérielle sert de liaison entre le Ministère de la santé publique et celui des voies et communications.

Des instituts épidémiologiques ont été fondés à Varsovie, à Lodz, à Lublin et à Plosk.

Une épidémie est-elle signalée quelque part ? Aussitôt le Ministère y envoie les médecins spéciaux et les techniciens nécessaires : hydrologues, architectes, etc.

Un Bulletin officiel publie les actes et les rapports intéressants émanant de l'Administration sanitaire.

Tels sont, dans leurs grandes lignes, l'organisation et le programme du Ministère polonais de la santé publique.

S'il faut en croire le Dr Josef Jaworski (communication au *Congrès international d'hygiène social*, 21-25 avril 1919), la Pologne qui, durant le moyen âge et le début des temps modernes, se sacrifia en protégeant l'Europe contre les invasions des barbares asiatiques, sacrifice dont elle ne fut guère récompensée, aurait encore actuellement à jouer un rôle de protection de l'Europe occidentale contre les grandes épidémies : peste, typhus et choléra. Pour lui, Varsovie serait plus désignée que Constantinople pour être le siège d'un conseil supérieur international de santé.

***

Nous sommes loin de prétendre que notre nouveau Ministère de l'hygiène sociale doit prendre modèle sur le Ministère polonais de la santé publique : les conditions économiques et sanitaires sont actuellement beaucoup trop différentes en France et en Pologne. Mais il y a plus d'un point intéressant qui devrait attirer l'attention de nos hygiénistes, ne serait-ce que la surveillance sanitaire du commerce de l'alimentation : boucherie, poissonnerie, boulangerie, etc. Même à Paris, la propreté la plus élémentaire est loin d'être toujours respectée ; dans ces établissements, des ouvriers tuberculeux avancés pétrissent notre pain ou tripotent notre viande. La surveillance des logements et la protection des locataires ne seraient-elles pas des innovations pleines d'à propos en France à l'heure actuelle ?

Et les colonnes sanitaires volantes, prêtes à se rendre, au premier appel, pour éteindre un foyer d'épidémie, ne pourraient-elles pas aussi fonctionner en France ?

De plus en plus notre intérêt, à nous médecins, est de connaître ce qui se fait à l'étranger dans le domaine sanitaire. Comme nous l'avons déjà démontré, les progrès en hygiène, en assistance, en médecine sociale ont presque toujours eu chez nous, pour point de départ, l'initiative privée, et les médecins praticiens doivent plus que jamais avoir sur ces questions l'esprit en éveil et être documentés.

C'est d'eux que dépend en grande partie l'avenir de notre pays.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine : M. le prof. CHAUFFARD.

Sur la syphilis nerveuse.

I

Nous avons actuellement dans le service cinq malades atteints de syphilis du système nerveux sous une forme très commune, la forme de tabes. C'est une occasion pour moi de vous parler de la syphilis nerveuse dans son ensemble, question capitale pour le syphiligraphe, capitale pour le neurologiste et capitale aussi pour le médecin praticien, question sur laquelle il est toujours intéressant de revenir, d'autant qu'elle entre peut-être actuellement dans une phase nouvelle.

Avant d'aborder ce sujet, je voudrais vous dire un mot sur la syphilis elle-même et ce qu'elle est de nos jours. La syphilis n'est plus aujourd'hui ce que je l'ai connue à l'époque de mes études médicales, il y une trentaine d'années. Autrefois, on voyait souvent les accidents graves du tertiarisme, le tertiarisme cutané, osseux, les ostéopathies tertiaires, les perforations palatines, les effondrements du nez, toutes lésions graves qui rappelaient la syphilis du XVe siècle. Les cas de ce genre sont exceptionnels maintenant, à tel point qu'un de nos collègues a pu présenter dernièrement à la Société médicale des hôpitaux comme une curiosité, une perforation crânienne par nécrose syphilitique du pariétal. Il y a 25 ou 30 ans, on n'eut pas songé à montrer un tel cas, qui était alors assez commun.

Il y a, en fait, de nos jours, une atténuation de la syphilis, de ses formes virulentes surtout. Pourquoi cette évolution ?

Deux raisons sont à invoquer pour l'expliquer. L'amélioration du traitement, d'abord, première raison toute à notre honneur. Il est certain que la syphilis traitée par les pilules, selon la méthode de Fournier, et la syphilis traitée par les injections de cyanure de mercure et d'arsénobenzol doivent différer. Autrefois, on effleurait la maladie par le traitement.

Aujourd'hui, on la terrasse par une médication intensive. Une deuxième raison, celle-là moins à notre honneur, est la grande augmentation de la maladie, à laquelle la guerre a fourni un nouveau contingent de victimes. La syphilis est devenue moins grave mais plus fréquente. On arrive à penser que sa diffusion a fini par envahir quantité de foyers familiaux et l'on peut admettre qu'une partie de la population offre une certaine immunité à cet égard. Peut-être, même, existe-t-il des sujets en état d'immunité sans être des syphilitiques acquis ou héréditaires à proprement parler. Il semble bien que certains individus puissent ainsi passer au travers de causes d'infection sans être contaminés, ceci, toutefois, demeurant l'exception.

Faut-il déduire de là que la syphilis a perdu du terrain et est moins redoutable qu'autrefois. L'atténuation au point de vue du tertiarisme est indéniable. Mais, depuis que nous avons appris à mieux dépister la syphilis, nous avons été amenés à la rencontrer dans quantité de cas où on ne la soupçonnait pas jadis. Nous savons que l'anévrysme de l'aorte est fonction de syphilis, que l'artério-sclérose survient souvent chez les syphilitiques, que dans nombre de lésions chroniques viscérales, du cœur, du foie, des reins, la syphilis joue le rôle de cause occasionnelle importante.

Le domaine de la spécificité s'est considérablement accru, quant à la sclérose vasculaire et viscérale et en matière de pathologie du système nerveux — et nous arrivons là au sujet de ma leçon d'aujourd'hui. De la syphilis relèvent des lésions du système nerveux, parmi les plus graves, la paralysie générale et le tabes en particulier. Là encore, sous nos yeux, une évolution s'est faite.

Certes, le pronostic de la paralysie générale n'a guère été modifié, malgré les traitements intensifs mis en œuvre mais, en revanche, le tabes a été transformé. Il y a 25 ans, nous voyions des spécimens assez nombreux de la grande ataxie, des malades alités avec une incoordination motrice considérable, des mouvements désordonnés. Aujourd'hui, nous n'en voyons plus, et je crois bien que dans les hospices où ils sont spécialement reçus, à la Salpêtrière et à Bicêtre, on n'en trouverait qu'un très petit nombre.

Le tabes a donc été modifié et a perdu de son intensité générale. Mais, si les grands tabes sont beaucoup moins communs, par contre, les tabes plus masqués, les tabes incipiens se sont multipliés. Il est probable que là aussi, il faut faire la part de la thérapeutique. Mieux une syphilis est soignée au début, moins elle donnera lieu à un tabes ou à une paralysie générale, dans la suite. C'est une conclusion consolante que nous avons le droit, je crois, d'admettre.

Vous pouvez voir, actuellement dans nos salles, cinq malades atteints de syphilis nerveuse

tabétiforme. Avant de vous relater leur histoire, je pense qu'il serait bon de vous exposer quelques idées générales concernant l'action de la syphilis sur le système nerveux.

On peut distinguer 3 groupes de lésions et de symptômes en matière de syphilis nerveuse. Dans un premier groupe, se rangent tous les faits que nous avons appris à dépister par la ponction lombaire. Celle-ci nous a permis de reconnaître les formes initiales de la méningite syphilitique, bien étudiées par M. Ravaut dans la syphilis secondaire. La plupart du temps, ces formes sont cliniquement latentes, ne provoquent guère que de la céphalalgie, nocturne surtout.

La ponction lombaire ramène un liquide offrant de l'augmentation de l'albumine, des réactions lymphocytaires caractéristiques, un Bordet-Wassermann fréquemment positif. Tout cela permet de conclure à l'existence d'un état méningé dans la syphilis secondaire.

Existe-t-il un lien, dans le temps et l'évolution, entre ces méningites secondaires et les lésions méningées qui accompagnent le tabes et la paralysie générale ? Je crois que ces épisodes ne préjugent pas bien nettement de ce qui se passera dans la suite, mais tout au moins sont-ils un argument en faveur d'un traitement plus intensif. On considère volontiers les méninges comme un centre de résistance, une forteresse enclose d'où il est difficile de déloger la syphilis : les méningites secondaires précoces en question sont donc une indication pour un traitement actif.

Les méningites secondaires ne sont pas, d'ailleurs, toujours latentes. Elles peuvent se traduire par des céphalées intenses, du Kernig, etc. Par conséquent, nous trouvons déjà, dans ce premier groupe de lésions, la méningite latente, et la méningite. Il convient d'y ajouter un type plus grave, la méningo-artérite, comportant des lésions artérielles susceptibles d'aboutir à l'hémiplégie.

En présence d'un hémiplégique jeune, de 30 à 35 ans par exemple, il faut penser à la syphilis cérébrale, qui est un des facteurs les plus importants de l'hémiplégie précoce.

Le deuxième groupe d'altérations de la syphilis nerveuse comprend des lésions graves, destructrices, mais non systématisées, la myélite à foyers diffus, secondaire et secondo-tertiaire. De même que nous connaissons des néphrites à grosse albuminurie massive, secondaire, de même il existe des myélites secondaires pouvant aboutir aux paraplégies. C'est encore à ce groupe que se rattachent les gommes dure-mériennes, la gomme cérébrale, celle-ci rare, exceptionnelle même, ce qu'on a décrit comme gommes cérébrales étant souvent des gliomes.

Voilà deux groupes de lésions nerveuses directement syphilitiques et atténuables par le traitement. L'artérite, la gomme dure-mérienne sont curables par la thérapeutique spécifique. Dans le troisième groupe, par contre, on est en face de lésions tenaces, correspondant au tabes et à la paralysie générale, lésions systématisées aux cordons postérieurs pour le tabes, à l'écorce cérébrale pour la paralysie générale, lésions scléreuses, lésions résistant au traitement anti-syphilitique. Autant la médication spécifique, en effet, est efficace contre la syphilis cérébrale proprement dite, autant son action est douteuse contre ce qu'on a appelé la parasyphilis, la syphilis quaternaire, le tabes et la paralysie générale. Il en va de la sclérose médullaire comme des scléroses cardiaque et rénale. La thérapeutique y est peu efficace.

Comment, cliniquement, se caractérise et se juge un tabès ? Par trois ordres de symptômes. D'abord, des symptômes spinaux, qui débutent généralement par la moelle lombaire. Il semble qu'il y ait peut-être là un rapport avec la voie d'infection de la maladie, génitale ordinairement. Le même phénomène a été remarqué pour la syphilis à accident primitif céphalique, au cas de chancre buccal par exemple. Les ophtalmologistes ont également signalé une certaine gravité de l'iritis syphilitique, non seulement au point de vue de la lésion de l'iris, mais encore de la spécificité cérébrale. Il y a semble-t-il une certaine corrélation entre le siège de la syphilis primaire et les localisations ultérieures.

Outre les symptômes spinaux, le tabes comporte des symptômes mésocéphaliques ou basilaires, et enfin — dernier groupe des symptômes — des crises viscéralgiques.

J'arrive maintenant à l'histoire clinique des malades de notre service. Je ne vous l'exposerai pas dans tout les détails, vous indiquant seulement et surtout les grands signes observés.

Le premier cas est typique et assez complet. Il s'agit d'un homme de 43 ans, ancien éthylique, qui eut à l'âge de 20 ans un chancre syphilitique, syphilis apparemment bénigne et non soignée. A 24 ans, il eut des plaques leucoplasiques jugales, encore persistantes aujourd'hui. Mobilisé en 1912, il fut réformé en 1915 pour tabes. Il accusait à ce moment une sensation de fatigue permanente des membres inférieurs et des troubles sensitifs de dysesthésie plantaire.

Pendant la nuit, il lui arrivait de perdre la sensation de ses membres dans le lit (troubles de la sensibilité osseuse). Il eut des douleurs fulgurantes et des altérations de l'équilibre. A deux reprises, en 1916, se montrèrent des épisodes de rétention d'urine passagère. De même, au point de vue génital, il passa par les deux phases classiques, d'excitation (phase qui fut de courte durée), puis d'agénésie, état des plus

constants. Si vous prenez entre les doigts les testicules de ces malades et si vous les serrez, vous ne réveillez pas leur sensibilité normale très vive, qui semble abolie.

Notre patient commença à maigrir. L'amaigrissement est un symptôme habituel, qui montre qu'en dehors du système nerveux, il y a une atteinte du métabolisme. Il entra dans nos salles et nous avons trouvé un type complet d'incoordonné. Il a de l'incoordination motrice dans son lit. Quand il se lève, il marche en talonnant, signe permettant une sorte de diagnostic par l'oreille. Pas d'incoordination des membres supérieurs. La force musculaire est conservée. Le membre inférieur étant en extension, il nous faut déployer une grande force pour le mettre en flexion. Les tabétiques sont ainsi de faux paralytiques. Un autre symptôme rencontré ici et tout à fait dans la règle est l'hypotonie musculaire. En fléchissant la jambe et la cuisse, ce sujet arrive à faire toucher son genou à sa clavicule : c'est le phénomène opposé de Kernig, qui traduit une hypertonie musculaire.

Au point de vue sensitif, nous notons des douleurs fulgurantes, des douleurs en ceinture. Le signe d'Argyll existe, sans myosis, ni diplopie. Pas de troubles psychiques, ni viscéraux, en dehors de quelques altérations du sphincter vésical. Wassermann positif dans le sang et légère lymphocytose du céphalo-rachidien.

Le deuxième cas est plus triste : il comporte de la cécité. Il concerne un homme de 51 ans, qui contracta à l'âge de 20 ans une syphilis non traitée. En 1918, il fut atteint de deux ordres d'accidents morbides. D'une part, des crises paraissant évoluer sous le type de la tachycardie paroxystique, et d'autre part des troubles visuels progressifs qui entraînèrent au bout d'un an une cécité à peu près complète, se traduisant par une atrophie optique double. La ponction lombaire a montré un Bordet-Wassermann franchement positif dans le céphalo-rachidien, avec hyperalbuminose et lymphocytose. Ces caractères du liquide céphalo-rachidien sont plus que suffisants pour établir le diagnostic de syphilis. Nous nous attendions, dans ces conditions, à trouver d'autres signes du tabes. Or, les réflexes sont nettement exagérés. Nous sommes conduits à admettre une syphilis nerveuse rentrant dans le groupe tabétique, mais d'un type anormal.

Notre troisième malade est un tabétique à crises gastriques. Homme de 52 ans, sans antécédents spécifiques connus (syphilis ignorée). En 1908, il est atteint de douleurs fulgurantes des membres inférieurs et de céphalée. En 1918, le tabes s'aggrave, s'accompagne d'amaigrissement notable et le malade entre à la Salpêtrière, où on lui trouve un Bordet-Wassermann négatif dans le sang, mais positif dans le céphalo-rachidien. Il est traité par les injections de cyanure de mercure et de novarsénobenzol, sans grand bénéfice apparemment. A ce moment apparaissent des crises gastriques, crises de douleurs avec vomissements qui durent 10 à 15 jours, pendant lesquelles il maigrit, et dans l'intervalle desquelles il reprend du poids. Il est entré ici en pleine crise gastrique, vomissant tout, incapable de rien garder. Nous l'avons traité par la glace, la morphine, le sérum hydratant. Aujourd'hui, la crise est passée et il a repris son alimentation. Ces malades sont moins des gastropathes que des bulbaires et ce que vous voyez chez eux, ce passage sans transition de la crise à l'état apparemment normal des fonctions stomacales, ne s'observe pas chez les gastropathes ordinaires. Nous avons fait un examen du chimisme gastrique. Le liquide gastrique a été trouvé hypoacide, sans Hcl libre, les acides lactique et butyrique étant en revanche très abondants. Un tel chimisme, chez un autre malade, suggérerait l'idée du cancer. J'ajoute que le chimisme a été souvent étudié dans ces cas-là et a été trouvé très variable, tantôt hyperacide, tantôt hypoacide. Il est intéressant de faire plusieurs fois la recherche de ce chimisme. Si, pour ce qui concerne notre patient, son liquide gastrique restait anachlorhydrique, il faudrait admettre qu'il est à la fois gastropathe organique et gastropathe bulbaire.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

ACTUALITÉS MÉDICALES

Une maladie nouvelle : la Diverticulite.

Sous ce nom de *diverticulite* — qui pourrait servir de titre à une revue de music-hall — nos confrères anglais désignent une maladie nouvelle, ou plutôt nouvellement connue, de l'intestin. Cette affection a été jusqu'à ce jour peu étudiée en France : il semble, cependant, qu'une assez large place doive lui être réservée dans la pathologie du tube intestinal, parallèlement en quelque sorte à l'appendicite. L'appendicite atteint surtout les jeunes ; la diverticulite frappe plutôt les sujets âgés, vers la soixantaine principalement. On pense à l'appendicite en présence de troubles abdominaux localisés à droite ; on devra penser à la diverticulite en face de phénomènes morbides du ventre siégeant à gauche, l'S iliaque étant la portion de l'intestin où se produisent le plus souvent les *diverticules* dont les altérations inflammatoires ou autres, créent la diverticulite.

La *Société Royale de médecine* de Londres ayant mis cette question à son ordre de jour, vient de lui consacrer ses deux séances du 7 et du 14 jan-

vier 1920. Une mise au point très documentée de ce que nous connaissons de cette maladie nouvelle fut présentée par le Dr MAXWELL TELLING, de Leeds, un des auteurs qui ont le plus contribué à l'étude de la diverticulite : cette maladie portera d'ailleurs peut-être, un jour, le nom de maladie de Maxwell Telling.

On peut rencontrer des diverticules acquis (les diverticules congénitaux ne semblent pas en cause) en tous les points du tube digestif. Néanmoins, ils sont surtout communs au niveau du côlon et particulièrement de sa partie terminale, l'Siliaque. Ces diverticules se produisent, en nombre variable sous des influences diverses, dont la principale est l'exès de tension agissant sur des parois intestinales affaiblies par l'âge et les entéropathies, excès de tension due à la constipation et au tympanisme. Dans ces conditions, à un moment donné, la couche musculaire de la paroi intestinale cède, la muqueuse est refoulée, les diverticules (souvent multiples) sont créés. Une fois créés, ils sont appelés à devenir le siège de processus secondaires (ulcérations, inflammations, adhérences, hyperplasies néoplasiques, etc.), d'où des formes variables de la diverticulite.

Les premiers cas de lésions diverticulaires observés semblent être ceux signalés par Graser, en 1898. Depuis, des observations ont été publiées en Amérique, en France par Patel (1911), et surtout en Angleterre, où un nombre assez grand de pathologistes, de médecins et de chirurgiens ont étudié la question, réunissant un chiffre très important de documents cliniques et de protocoles d'autopsies qui ont permis d'établir la physionomie d'une affection jusque-là restée ignorée. Kolleston (*Lancet*, 1905), Moynihan (*Edinbourgh Med. Journ.* 1907), en particulier, et surtout Maxwell Telling (*Lancet*, 1908 ; *Bristish Journ. of surgery*, 1917) ont fourni une longue contribution à l'histoire de cette maladie.

Les diverticules sont généralement petits, de la dimension d'une noisette, ou du tiers, du quart d'une noisette, mais ils peuvent être plus grands. Ils sont assez ordinairement multiples. Une fois constitués, ils tendent plutôt à s'élargir ; ils servent souvent d'asile à des boulettes fécales et deviennent aisément le siège de processus morbides secondaires dont les principaux sont les suivants : l'ulcération de la muqueuse, la perforation, les adhérences aux parties voisines, aboutissant — au cas de perforation concomitante — à une fistule dont la plus fréquente est la fistule vésico-diverticulaire, les hyperplasies péridiverticulaires enfin, celles-ci très importantes, déterminant la formation de tumeurs facilement confondues avec le cancer du côlon. Les chirurgiens connaissent tous des cas qualifiés de cancer de l'intestin, dont les malades ont parfaitement guéri et qui n'étaient que des diverticulites hyperplasiques. Néanmoins, une dégénerescence néoplasique de la diverticulite est une éventualité possible.

La diverticulite est donc une affection dont la physionomie anatomo-pathologique et par suite clinique est assez complexe, et variable. On peut en distinguer plusieurs types :

1° Un type aigu, à manifestations inflammatoires, rappelant l'apppendicite, avec, dans le quart inférieur gauche de l'abdomen, une tuméfaction, pouvant entraîner un abcès ou de la péritonite ;

2° Un type fistuleux qui est généralement une fistule vésico-côlique ;

3° Un type d'obstruction intestinale ;

4° Un type à syndrome pelvien ;

5° Un type simulant le cancer.

Aiguë, la diverticulite rappelle l'appendicite, et peut donner lieu à des attaques répétées pendant une période de temps variable. Chronique, elle est susceptible de causer une obstruction intestinale, d'entraîner une perforation de la vessie, des symptômes pelviens, parfois attribués à une affection utéro-ovarienne, et de simuler un cancer de l'intestin.

Le diagnostic s'appuiera sur la symptomatologie. Il faut penser à la diverticulite en présence d'une affection de la région inférieure *gauche* de l'abdomen, chez un sujet d'âge avancé. On s'aidera quelquefois utilement du sigmoïdoscope, du cystoscope, et surtout des rayons X. Si l'on constate une tuméfaction, une tumeur, on aura à distinguer la diverticulite hyperplasique du cancer. Les antécédents abdominaux (douleurs fréquentes et anciennes dans la partie inférieure gauche du ventre), la conservation de l'état général, l'absence de sang dans les selles, l'examen du sang, les variations dans la tumeur (tumeur qui offre des alternatives dans son volume) formeront les éléments principaux de ce diagnostic différentiel.

L'étiologie est très incomplètement connue. L'affection se montre chez les sujets âgés, ceux surtout atteints de constipation et de flatulence. L'affaiblissement de la tunique musculeuse de l'intestin, les excès de pression dus à la flatulence et à la constipation jouent sans doute un certain rôle dans l'apparition des diverticules et conséquemment des diverticulites.

Quant au traitement, une meilleure connaissance des conditions pathogéniques pourra fournir une base pour quelques indications prophylactiques. Le traitement curatif est d'ordre principalement chirurgical, dans les accidents aigus, comme dans les accidents chroniques.

Au cours de la discussion qui eut lieu à la *Royal Society of medicine*, de Londres, quelques points complémentaires furent abordés. Le Dr Bland-Sutton montra que dans certains cas, lorsque la diverticulite se montre en d'autres zones du côlon, la tumeur ainsi formée peut simuler

l'appendicite chronique, la cholécystite, les néoplasmes de l'estomac, les lésions tubo-ovariennes, le cancer de l'utérus. En créant des tuméfactions localisées du ventre susceptibles parfois de disparaître spontanément, elle peut donner l'explication de faits anciennement connus des chirurgiens, sous le nom de tumeurs abdominales à disparition spontanée.

M. Hamilton Drummond donna le résultat de ses recherches anatomo-pathologiques. Sur 500 autopsies de patients ayant succombé à des affections intestinales, il trouva 22 fois des diverticules pathologiques du gros intestin.

M. Ernest Miles précisa le rôle de la constipation et de la flatulence qui agiraient par l'hyperpression intra-côlique qu'elles entraînent généralement. Les constipés qui ont la mauvaise habitude d'évacuer leur intestin en faisant des efforts, en se présentant à la garde-robe à un moment inopportun, lorsqu'ils sont pressés de prendre un train par exemple, favorisent l'éclosion de la maladie.

En résumé, la diverticulite serait une affection beaucoup plus commune et plus importante qu'on ne l'a pensé jusqu'à présent. Elle présente encore nombre de côtés obscurs, que l'avenir éclaircira.

Dr P. LACROIX.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

L'encéphalite léthargique.

(M. F. WIDAL. — *Académie de médecine.*)

M. Widal revient sur la question des réactions méningées dans l'encéphalite léthargique. Il a observé dans son service quatre cas de cette maladie : dans trois d'entre eux, la lymphocytose rachidienne était franchement positive, sans augmentation de l'albumine du liquide céphalo-rachidien. Les quatre malades en question offraient la triade symptomatique caractéristique : fièvre, hypersomnie et paralysies oculaires.

La lymphocytose n'est pas, dans l'encéphalopathie léthargique, un caractère fondamental de la maladie, comme elle l'est dans la syphilis des centres nerveux ou dans les oreillons, mais sa présence ne doit plus être considérée comme un argument contre ce diagnostic.

M. ACHARD pense également qu'une forte lymphocytose ne doit pas faire rejeter le diagnostic d'encéphalite léthargique, pour faire admettre celui de méningite syphilitique. Toutefois, dans l'encéphalopathie léthargique, la lymphocytose diminue rapidement, sans traitement spécifique, ce qui ne s'observe pas au cas de syphilis. De plus, les symptômes méningés, la raideur de la nuque, le Kernig, qui existent dans la méningite syphilitique, sont absents ou très légers dans l'encéphalite. Le Wassermann ne saurait trancher la question, un malade atteint d'encéphalite léthargique pouvant être, d'autre part, syphilitique.

Sur le vaccin anti-variolique importé.

(M. CAMUS. — *Académie de médecine.*)

M. L. Camus, au nom de la Commission de vaccine, lit un rapport sur la question de l'importation en France du vaccin anti-variolique.

Les insuccès évitables de la vaccination anti-variolique tiennent à deux causes : soit à une faute de technique opératoire, soit à l'emploi d'un vaccin inactif ou insuffisamment actif. Si la première cause peut être considérée aujourd'hui comme presque sans intérêt, il n'en est pas de même de la seconde, surtout en matière de vaccin étranger importé. Les centres vaccinogènes français sont contrôlés, tant au point de vue de l'état de santé des animaux servant aux cultures qu'au point de vue de l'activité de la lymphe. Sur les centres vaccinogènes étrangers et sur le vaccin importé, le contrôle est beaucoup plus difficile et souvent irréalisable.

Pour ces motifs, M. Camus demande que, seuls, les vaccins provenant d'établissements français, soumis au contrôle de l'Etat, puissent être utilisés en France.

Traitement des ostéites tuberculeuses par les courants de haute fréquence et haute tension.

(M. E. DOUMER, de Lille. — *Académie de médecine.*)

M. Doumer a traité une vingtaine de cas d'ostéite tuberculeuse de sièges différents, par les courants de haute fréquence et de haute tension. Il a obtenu presque constamment de très bons résultats. Les applications sont indolores et sans danger.

Les accidents de l'avitaminose.

(M. Aug. LUMIERE. — *Académie de médecine.*)

L'expérience classique sur laquelle est fondée la théorie des vitamines consiste, on le sait, à nourrir des pigeons exclusivement au moyen de riz débarrassé de sa cuticule par l'opération dite du polissage. Les animaux ainsi traités présentent parfois, du 20e au 30e jour, des troubles paralytiques et des symptômes cérébelleux qui ont été désignés sous le nom de polynévrite expérimentale par carence ou de syndrome béribérique.

Ces troubles sont attribués à l'absence dans l'aliment ingéré de certaines substances mystérieuses que l'on a nommées *vitamines* et qui constitueraient des facteurs de nutrition accessoires, mais indispensables à la croissance et à l'équilibre.

M. Aug. Lumière a repris les expériences en question. Ses travaux, encore en cours, l'ont amené à penser que la théorie de l'avitaminose est susceptible de quelques révisions.

Le scorbut expérimental du cobaye est-il dû à la constipation.

(MM. MOURIQUAND et P. MICHEL. — *Société de Biologie.*)

Dans des travaux antérieurs, MM. Weill et Mouriquand ont établi la notion de carence alimentaire et y ont rattaché le scorbut expérimental du cobaye. Cette pathogénie a été mise en discussion dans un mémoire récent de Mac Collum et Pitz. Selon ces derniers auteurs, l'origine du scorbut expérimental du cobaye tiendrait à la constipation, à la distension du cœcum et aux résorptions microbiennes qui en résultent. Il s'ensuivrait, comme conséquence thérapeutique, qu'au lieu d'un traitement par des aliments riches en vitamines, on guérirait ce scorbut en purgeant les cobayes ou en désinfectant leur tube digestif.

MM. Mouriquand et Michel, reprenant les expériences de Mac'Collum et Pitz, rejettent la théorie de ces auteurs. Ni la purgation, ni la désinfection intestinale, disent-ils, ne protègent le cobaye contre le scorbut. Ce dernier n'est pas dû à la rétention cœcale et à la constipation : il reste une maladie par carence.

Recherches sur la toxicité du liquide hydatique.

(MM. Jacques PARISOT et P. SIMONIN. — *Société de Biologie de Nancy*).

La rupture spontanée ou la ponction d'un kyste hydatique est parfois suivie d'accidents graves, dans certains cas mortels. On a pensé, tout d'abord, que ces accidents étaient causés par la toxicité du liquide vésiculaire résorbé, mais les expériences faites sur ce point ne confirmèrent pas la notion de toxicité du liquide hydatique. En 1909, les recherches de Chauffard et de ses élèves établirent que les accidents observés en clinique sont, en réalité, des phénomènes d'anaphylaxie.

S'ensuit-il de là que toute toxicité du liquide hydatique doive être, au point de vue pratique, écartée. MM. J. Parisot et Simonin ont fait quelques recherches nouvelles sur ce sujet. Ils ont vu que si, pour entraîner la mort d'un lapin, l'injection d'une assez grande quantité de liquide hydatique est nécessaire, il suffit de doses faibles pour provoquer des troubles fonctionnels et des accidents organiques déjà graves. Dans l'interprétation des effets physio-pathologiques dus au liquide hydatique, il convient de tenir compte aussi des phénomènes d'accoutumance qui peuvent modifier le sens de ces réactions.

Traitement radiothérapique des fibromes utérins.

(M. CHIFOLIAU. — *Société de Chirurgie.*)

M. Chifoliau a opéré, pendant ces onze derniers mois, à l'hôpital Cochin, 47 fibromes utérins et les a tous guéris. Sur les 47 fibromes opérés, six avaient été traités par la radiothérapie, longuement et sérieusement, ce qui incite l'auteur à conclure que la radiothérapie, appliquée aux fibro-myomes de l'utérus est un procédé thérapeutique parfois infidèle, dont les résultats transitoires ou incomplets ne sont pas en rapport avec la longue durée de la cure.

M. Pierre DELBET pense que cette conclusion de M. Chifoliau est, dans sa généralité, excessive.

Traitement de l'anthrax par les bouillons de Delbet.

(M. ROBINEAU. — *Société de Chirurgie.*)

M. Robineau a employé, dans trois cas d'anthrax, les bouillons du prof. Delbet.

Le bouillon de Delbet associe l'action de cultures microbiennes tuées par la chaleur à l'action de cultures qu'on a laissées vieillir. Il réunit trois espèces microbiennes différentes, le staphylocoque, le streptocoque et le pyocyanique. Il est donc constitué par des cultures de ces trois microbes, vieilles d'environ quinze jours, stérilisées par la chaleur à 65°, puis mélangées.

L'inoculation doit en être massive et c'est un des points auxquels le prof. Delbet attache le plus d'importance. Pratiquement, on injecte sous la peau ou dans les muscles de la cuisse ou de la fesse, 4 centim. cubes de bouillon, et l'on répète l'injection 2 à 3 fois,

L'injection est suivie d'une réaction extrêmement vive, générale (39°, 40°) et locale (douleur intense, lymphangite). Les accidents locaux peuvent être très réduits par l'application préventive, au point inoculé, d'un grand pansement humide chaud.

Quels sont les effets sur l'anthrax ? En moins de 24 heures, on note la disparition de la douleur de l'anthrax, une diminution de moitié de son volume, et une circonscription de l'inflammation périphérique. La régression des accidents inflammatoires, si accusée dans les premières vingt-quatre heures, ne se continue pas, il est vrai, au-delà du deuxième ou troisième jour, et il est indiqué de faire une deuxième, parfois une troisième inoculation.

Dans les trois cas d'anthrax où il a employé les bouillons de Delbet (malades non diabétiques), M. Robineau a pu observer nettement ces résultats. Le traitement chirurgical lui paraît très inférieur à cette méthode. Les auto-vaccins, au contraire, ont donné des effets aussi bons. Mais, la préparation du vaccin, nécessitant un prélèvement de pus, exige un délai, alors que le bouillon est toujours prêt.

L'emploi de la méthode de Delbet, serait, pour M. Robineau, justifié par l'innocuité de cette méthode et les résultats heureux qu'on est en droit d'en attendre. L'auteur y a eu recours, d'ailleurs, utilement dans des cas autres que l'anthrax : gros abcès du sein, furonculose rebelle, etc.

Un cas de pseudo-hermaphrodisme à type androgynoïde.

(M. GUILLAUME-LOUIS, de Tours. — *Société de Chirurgie.*)

M. Guillaume-Louis relate une observation de

pseudo-hermaphrodisme à type androgynoïde régulier. Il s'agit d'une malade, à aspect extérieur féminin, à seins très développés, les organes génitaux externes conformés selon le type féminin, que l'auteur opéra pour une tuméfaction des régions inguinales qui fut considérée comme une double hernie de l'ovaire. La tumeur droite put être réduite. La gauche enlevée se révéla, à l'examen histologique, un testicule.

M. Tuffier rappelle un cas analogue qu'il a observé à Beaujon. La patiente, très jolie femme et fiancée, vint se faire opérer d'une « glande de l'aine » avant de se marier. M. Tuffier reconnut, au cours de l'opération, le testicule à sa forme et se contenta d'un simple prélèvement partiel qui permit l'examen histologique confirmatif. Lorsque, ajoute M. Tuffier, « je crus devoir, avec toutes les formes nécessaires, dire à cette femme qu'elle était de sexe masculin, elle déclara purement et simplement à ma surveillante que j'avais complètement perdu la raison ! »

M. Schwartz a observé, il y a peu de temps, un cas du même genre. La malade avait été mariée 2 ans On constatait chez elle un vagin de 12 centim. et un col de l'utérus à orifice non perforé.

P. L.

HYGIÈNE

Le transit et l'évacuation de l'intestin Préceptes d'hygiène.

Par le Dr H. Luys.

Dans ce petit fascicule qui n'est pas un livre de haute science, bien loin de là, j'ai l'intention d'étudier une question de médecine pratique banale et même vulgaire, et cependant des plus importantes au point de vue de la santé : il s'agit du traitement de la constipation dans les cas les plus simples, par un ensemble de conseils hygiéniques et pratiques destinés à éviter son retentissement souvent sérieux sur l'économie.

« Un grand nombre d'états morbides sont en effet dus à un état de constipation latente ignorée » (Trousseau) et de même que l'oisiveté est, dit-on, la mère de tous les vices, la constipation habituelle est à coup sûr l'origine et la cause de bien des maladies.

Qu'est-ce donc que la constipation, et par quels moyens remédier à cette funeste et fâcheuse infirmité ?

« La constipation est caractérisée par la rareté plus ou moins complète des matières fécales expulsées ainsi que par leur sécheresse et leur dureté. Après avoir subi dans la cavité buccale et dans l'estomac l'imprégnation de la salive et du suc gastrique, le bol alimentaire, grâce aux mouvements péristaltiques de l'intestin et à la bile qui s'est mélangée à lui, arrive dans le gros intestin où commence la formation des matières fécales proprement dites et d'où ces dernières descendent enfin dans le rectum. Par leur présence en ce point, elles déterminent du côté de l'anus une sensation spéciale de pesanteur qui le fait s'entr'ouvrir, et les muscles abdominaux aidant, les matières fécales sont expulsées au dehors par l'acte de la défécation. » (1)

La rareté des garde-robes dépend de plusieurs causes :

Elle peut provenir soit d'un obstacle mécanique (grossesse, rétrécissement, tumeur), soit d'un défaut de sécrétion des sucs intestinaux ou d'un défaut de contraction des fibres intestinales, soit d'affections médullaires ou anales provoquant un spasme sphinctérien (fissures, hémorrhoïdes), soit plus souvent, « de paresse habituelle du rectum causée par le défaut d'éducation de l'intestin, et la négligence du précepte qui impose l'impérieux devoir d'accomplir chaque jour une des plus importantes fonctions de l'économie. » (Fernet).

La défécécation — phénomène réflexe d'expulsion dont le centre réside dans la partie inférieure de la moelle (Mathias-Duval) — est en effet un des actes physiologiques les plus indispensables de la vie, et sa suppression complète entraînerait la mort à bref délai.

Elle doit se produire au moins une fois par jour, et plutôt deux fois par jour, et plutôt deux fois que pas du tout « *ne quid nimis* », et les matières fécales doivent être rendues en consistance et en quantité convenables (300 gr. environ.)

Quelles que soient les causes dont elle dépend, la constipation doit être traitée, et dès l'enfance, les mères de famille ne sauraient attacher trop d'importance à habituer leurs enfants, surtout les petites filles, à aller quotidiennement « sur leur pot. »

« L'éducation de l'intestin est applicable à tous les âges et doit faire partie de la puériculture ; il faut convaincre les jeunes mères que si elles veulent prendre la peine de présenter leur babis au-dessus de leur petit pot plusieurs fois par jour, elles réussiront très vite à leur faire faire leurs besoins dans le vase, ce qui aura l'avantage de les maintenir propres et d'éviter ces érythèmes ou ces excoriations des fesses qui sont une des misères du nouveau-né » (2).

Mais pour cela, il faut qu'elles soient elles-mêmes convaincues de cette nécessité.

(1) Nous avons fait au cours de cet ouvrage de fréquents emprunts aux Leçons de Clinique thérapeutique de notre excellent et regretté maître, le Dr Dujardin-Beaumetz, ancien médecin de l'hôpital Cochin. Nous sommes heureux d'offrir à sa mémoire notre souvenir reconnaissant.

(2) Pinard. — Puériculture du premier âge.

De même qu'on mange tous les jours, de même il faut évacuer tous les jours aussi les produits inutilisés de son alimentation, comme on jette chaque soir à la rue les ordures et les détritus de la maison.

« C'est ennuyeux, ça me déplaît, entend-on dire souvent, ou bien encore : est-ce que j'ai le temps de penser à cela ? »

Mais, c'est qu'on ne veut pas le prendre, ce temps qui serait cependant utilement employé, et alors, par négligence, par paresse, comme je le disais plus haut, ou par l'esclavage d'une fausse bienséance, la sensibilité intestinale et rectale s'émousse, et de passagère, la constipation devient chronique amenant avec elle une série de troubles digestifs pouvant aller jusqu'à l'hypocondrie et réagissant fâcheusement sur la santé générale et sur le caractère.

« Les maux et malaises provoqués par la constipation sont infinis, le météorisme abdominal, la chute du rectum, la fétidité de l'haleine, les vertiges, la migraine, la neurasthénie, les éruptions cutanées, l'aggravation des métrites et des déplacements utérins, voilà les résultats qui lui sont dus. Ils s'expliquent par l'empoisonnement continu du sang que viennent infecter les matériaux toxiques conservés par l'intestin. » (Monin).

« Les personnes au contraire qui ont les entrailles veloutées, le cholédoque coulant, le mouvement péristaltique aisé et régulier, qui s'acquittent tous les matins, dès qu'elles ont déjeûné, d'une bonne selle aussi aisément qu'on crache, ces personnes qui sont par ce fait favorisées de la nature, sont douces, affables et gracieuses. Un « non » dans leur bouche a plus de grâce qu'un « oui » dans la bouche d'un constipé. » (Voltaire).

Négligeant les traitements plus ou moins compliqués qui ont été prônés depuis quelques années, j'expose ici celui que je crois le meilleur et qui peut s'appliquer avec succès dans la plus grande majorité des cas.

Il est basé sur le régime alimentaire, sur quelques pratiques hygiéniques, sur des purgations — surtout douces et légères — et enfin sur les lavements longtemps tombés en désuétude et qui reprennent aujourd'hui la place qu'ils auraient dû toujours conserver.

Le régime du constipé. — Le régime alimentaire devrait être avant tout presque exclusivement végétarien, c'est-à-dire composé de bouillons de légumes, de salades cuites, d'épinards, de tous les légumes verts, de compotes de rhubarbes et de pruneaux et de fruits crus (pêches, prunes et raisin).

Comme pain, le pain de seigle ou de son, et comme boisson, l'eau, la bonne eau pure, sont évidemment ce qu'il y a de préférable.

Un tel régime serait cependant rapidement affaiblissant et surtout destructeur de toutes joies. Aussi, quelque contradictoire que paraisse ce qui va suivre, ne faut-il pas hésiter à y adjoindre tout ce qu'on veut, et particulièrement tout ce qui peut exciter la gourmandise et l'appétit.

Tous les maîtres en l'art du bien manger, Brillat-Savarin à leur tête, ont en effet insisté sur l'influence multiple de la vue, du goût et de l'odorat sur la digestion, et quand on dit vulgairement que l'eau vient à la bouche des personnes qui voient un aliment qui leur plaît, on exprime sous une forme vulgaire un fait physiologique au premier chef. De nombreuses expériences l'ont prouvé sur l'homme et sur les animaux.

Qu'on ne craigne donc pas de manger de la viande et du poisson et de boire du cidre, de la bière légère et du vin blanc ou rouge, mais coupé d'eau de Chatel-Guyon fort agréable à prendre pendant les repas.

Le matin, après un bon verre d'eau froide, le café au lait additionné de chicorée avec tartines de beurre ou de miel est préférable au chocolat ou au thé, et trois choses que je déconseille encore aux constipés — quoique en général excellentes pour le tube digestif — sont les œufs, les pâtes (nouilles, macaronis) et les purées de légumes secs (pois, lentilles et haricots).

Mais ce qu'il faut avant tout, c'est manger très lentement et bien mâcher tous ses aliments. Si faute avouée est à moitié pardonnée, aliments bien mâchés sont à moitié digérés.

Pratiques hygiéniques. — La constipation étant surtout l'apanage des gens qui mènent une vie sédentaire, il faut y remédier par l'exercice et aussi, par un peu de gymnastique abdomino-rectale dont l'idée est due au Dr Fernet et dont voici l'exposé :

« Le matin, étant couché sur le dos, faire lentement par le nez (la bouche étant close) cinq à six mouvements d'inspiration profonde exclusivement diaphragmatique, chaque mouvement produisant un soulèvement étendu de la paroi abdominale, suivi dans l'expiration d'un retrait complet de cette paroi.

Cette gymnastique, véritable danse du ventre qui met en jeu le diaphragme et les muscles abdominaux, a pour effet de produire un véritable remue-ménage de tous les organes contenus dans le ventre et de mettre en éveil toute la longueur du tractus intestinal » (1).

Il faut y adjoindre aussi quelques mouvements de gymnastique tels que la flexion sur les genoux une douzaine de fois de suite, et surtout du

(1) Fernet. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, juin 1911.

massage abdominal pratiqué au lit soir et matin pendant une dizaine de minutes environ.

Préconisé par Récamier, il rend de grands services dans les constipations atoniques à la condition toutefois d'être fait méthodiquement par des mains exercées. On peut cependant se masser soi-même en opérant de la façon suivante :

Commençant par la région inguinale droite, on remonte en droite ligne jusqu'un peu audessus de l'ombilic, puis on incline à gauche malaxant et pétrissant tout l'abdomen, et on redescend dans l'hypocondre gauche en insistant tout particulièrement sur la dernière partie de l'intestin.

Un adjuvant efficace de cet auto-massage consiste dans l'application sur l'abdomen d'une serviette imbibée d'eau légèrement vinaigrée à la température de la chambre, et un autre, dans l'introduction deux ou trois fois par semaine le soir dans l'anus d'un suppositoire à la glycérine, ou de préférence d'un de ceux à la strychnine dont voici la formule magistrale :

Beurre de cacao.............	3 gr.
Strychnine (base) de 0 gr. 001 à	0 gr. 003

selon l'âge et la corpulence du malade.

La strychnine sera introduite dans la prépation sous forme de poudre de strychnine au centième » préparé de la même façon que la poudre d'aconitine au centième du Codex (1908). Dix centigrammes (0 gr. 10) de cette poudre correspondent donc à un **milligramme** (0 gr. 001) de strychnine.

Cela fait, il ne faut pas manquer d'aller à la garde-robe le matin ou le soir avant de s'habiller ou de se coucher, de façon à pratiquer, aussitôt après, les soins de propreté indispensables, mais avant tout chaque jour à la même heure, même au risque de faire « chou-blanc. »

Utilisez le pouvoir tyrannique de l'habitude, et avec du temps et de la patience et surtout de la bonne volonté, vous disciplinerez votre intestin et régulariserez un acte aussi important que le boire et le manger.

« La volonté, et une volonté patiente et régulièrement appliquée triomphe le plus souvent de la constipation » (Trousseau).

Ne lisez pas pendant que vous êtes à la selle (un de mes amis se trouvait bien d'y fumer une pipe), mais concentrez au contraire toute votre attention sur le résultat à obtenir. Allez-y avec calme, et sans aucune constriction autour de la taille ou du cou. N'y restez pas non plus trop longtemps, et si vous vous rendez compte que l'exonération ne se fait pas complète, ce qui arrive très souvent chez les personnes obèses et à l'intestin paresseux, n'hésitez pas à « vider les lieux » et à aller prendre un lavement qui vous permettra de revenir parachever l'opération.

Un point important sur lequel je dois également insister, c'est qu'il faut éviter des efforts trop violents qui pourraient détermiuer des hernies, des déchirures anales et même la mort subite chez les cardiaques.

A ce point de vue, les cabinets d'aisance modernes ne sont pas éminemment favorables à une bonne défécation et on devrait leur préférer les lieux dits « à la turque » sur lesquels on est obligé de prendre la position accroupie, qui est bien plus physiologique et permet d'obtenir plus complètement l'exonération alvine.

Ces lieux — ou du moins leurs analogues — popularisés pendant la guerre sous le nom de « feuillées », orgueil du Service de Santé militaire qui y a attaché une importance aussi extrême qne justifiée, manquent cependant par trop de confort moderne, et étant donné que ce qu'il faut surtout, c'est une bonne contraction des muscles abdominaux, on peut y arriver avec les appareils actuels en mettant sous chacun de ses pieds un tabouret d'une quinzaine de centimètres de hauteur et en se penchant fortement en avant.

Le Professeur Gariel est de cet avis :

« Les inconvénients de la station assise. dit-il, sont d'autant plus marqués que le siège est plus élevé au-dessus du sol.

Or, depuis quelques années, cette élévation a été accrue par l'emploi des cuvettes munies de siphons qui ont une plus grande hauteur que les cuvettes simples.

Il est d'ailleurs facile de parer à cet inconvénient sans enterrer la base de la cuvette dans le plancher, ce qui pourrait être une difficulté au point de vue de la construction. Il suffit de placer une marche de hauteur variable sous ses pieds ».

(*A suivre.*)

LE LABORATOIRE ET LE PRATICIEN

De l'importance de la température dans la recherche du tréponème à l'ultra-microscope.

On ne saurait nier que la recherche peu compliquée du spirochète de Schaudin à l'ultra-microscope ne soit la méthode d'examen de choix. Mais encore faut-il que la technique ne laisse rien à désirer.

Je crains bien pour ma part d'avoir eu des examens négatifs par négligence de la question de température. La première fois que j'ai fait

une remarque à ce sujet, il s'agissait d'un prélèvement dans une gorge! J'avais, avec mille soins, examiné plusieurs préparations sans trouver aucune trace de tréponème ; j'avais même donné déjà une réponse négative quand, pour faire certains essais optiques, j'ai repris sur ma table une des préparations déjà examinées avec persistance. Il y avait longtemps que je faisais des essais de condensateurs de divers types, quand il m'a semblé tout à coup reconnaître un tréponème. J'ai d'abord eu quelques doutes en raison de ses allures un peu anormales ; mais, j'en ai bientôt vu remuer un second, puis un troisième et d'autres encore. Il faut bien noter ici que cette préparation était en examen sur ma platine depuis un temps assez long et que nous étions en hiver, dans une salle peu chauffée, 10 à 12° à peine.

A cette température, le tréponème ne bougeait guère et pouvait, de ce fait, être difficile à reconnaître surtout s'il était entortillé sur lui-même et mêlé à des éléments divers.

Mais la chaleur de la lampe de l'ultra chauffant peu à peu la platine du microscope, le spirochète reprenait du mouvement et devenait bien plus reconnaissable.

Il paraît donc recommandable de faire toujours les examens d'ultra-microscope à une température assez élevée, ou de chauffer la platine. On augmente ainsi de beaucoup la chance de trouver le tréponème, et ses mouvements plus francs permettent de mieux reconnaître ses divers caractères, par exemple, les ondes d'étirement et de raccourcissement dont parle Comandon.

Depuis cette première observation, j'ai souvent, en hiver, remarqué ce fait qu'une préparation montrant le tréponème absent ou très rare au début de l'examen le montre de plus en plus nombreux à mesure que la platine chauffe.

J. L.,
Laboratoire du Dr Roulliès, Agen.

A TRAVERS LA PRESSE

Hémiplégie de la grossesse.

Deux observations recueillies par MM. Duhot et Paquet (*Gaz. des hôp.*, 1920, n° 6), leur permettent de faire état de toutes les données du laboratoire (examen du liquide céphalo-rachidien, mesure de l'urée sanguine, mesure de la tension artérielle, réaction de Bordet-Wassermann), pour conclure qu'en réalité, l'hémiplégie dite de la grossesse n'a rien de spécial à la gestation, qui n'est cependant sans doute pas sans influence sur lle.

Il serait mieux de dire : hémiplégie pendant la grossesse.

Dans un cas en effet, on pouvait penser à une hémorragie cérébrale au niveau de la sylvienne chez une albuminurique. Chez l'autre malade, l'hémiplégie était due à une hémorragie méningée dont la cause ne put être précisée.

La médication digitalique intensive et prolongée.

A la formule schématique de Huchard pour l'emploi de la digitaline cristallisée : dose massive d'un milligr. dans la même journée ; doses faibles, sédatives, de 8 à 10 gouttes de la solution au millième pendant 5 jours ; doses très faibles d'entretien de 5 gouttes 10 jours par mois. M. C. Lian propose d'ajouter la médication intensive et prolongée (*L'hôpital*, janvier 1920, A).

Cette médication comporte une connaissance approfondie des incidents et accidents que peut déterminer la digitale. Ce sont l'intolérance gastro-intestinale, la saturation digitalique et l'intoxication. L'intolérance traduite par de la pesanteur, des nausées, des vomissements, de la diarrhée, ne sera pas confondue avec les symptômes gastro-intestinaux de l'intoxication. La saturation digitalique est signalée par un ralentissement marqué du pouls. Ce ralentissement se tiendra aux environs de 60 pulsations. Si le pouls ainsi ralenti devient bigéminé, la phase de saturation est dépassée et celle de l'intoxication commence.

La surveillance constante du pouls est donc indispensable dans l'emploi intensif et prolongé de la digitaline.

Pour réaliser la médication digitalique intensive et prolongée, on procédera par doses décroissantes, en prenant comme maximum un milligr. (50 gouttes) par jour. Il sera même prudent de ne pas débuter par 50 gouttes, afin d'éviter la saturation et peut-être l'intoxication que pourrait produire la dose de deux milligr. à laquelle on serait amené rapidement.

« On prescrira, par exemple, 30, 20, 10, 10, 10 5, 5, 5, 5 gouttes de la solution, les doses de 30, 20 et 10 étant prises en deux fois dans la journée..... Suivant l'importance du ralentissement du pouls, on maintient ou on diminue plus ou moins la dose digitalique prescrite la veille. »

La médication intensive prolongée est instituée selon deux modalités : jusqu'à saturation, ou au contraire, jusqu'à régression marquée des accidents (mode opportuniste).

La saturation est obtenue quand le pouls s'est ralenti progressivement jusqu'à ne marquer que 60 pulsations à la minute. Si, par hasard, ce stade se trouvait dépassé, ce qu'indiquerait l'apparition du pouls bigéminé, on suspendrait aussitôt la préparation digitalique et on utiliserait le sulfate d'atropine (un milligr.), en même temps que la caféine ou l'huile camphrée pendant 5 jours.

La saturation étant obtenue en une, deux ou trois semaines, on interrompt pendant 5 jours et on recommence en se basant sur les résultats acquis.

Les indications de ce mode de saturation sont l'asystolie avec arythmie complète du cœur et l'asystolie à répétition.

Dans les autres cas, « on ne recherchera pas de « parti pris, la saturation digitalique, et la seule « limite de la médication sera l'atténuation mar- « quée ou la disparition complète du syndrome « asystolique ».

En cas d'intolérance gastrique, on remplacera l'ingestion *ab ore* de la solution digitalique par l'injection intra-musculaire d'une solution digitalique dans l'eau, un peu douloureuse, mais supportable, si l'indication de ne pas en suspendre l'emploi est formelle. Sans quoi, on arrêtera pendant 4 ou 5 jours, pour reprendre ensuite, soit au moyen d'injections intra-musculaires, soit par l'ingestion par la bouche d'une préparation moins irritante.

Dans ses conclusions, l'auteur fait remarquer que cette méthode a l'avantage de subordonner l'intensité et la durée de la médication aux résultats obtenus, et de substituer ainsi l'appréciation clinique à une limite conventionnelle et arbitraire.

Résultats d'une analyse d'urine complète.

Les découvertes modernes sur le fonctionnement rénal et l'azotémie ont limité les données pratiquement utilisables d'une analyse d'urine.

Le dosage de l'urée et le rapport azoturique sont sans intérêt. L'hyperphosphaturie est importante à rechercher dans la tuberculose au début.

M. Berne-Lagarde, qui fait ces constatations (*L'Hôpital*, janvier 1920), A.), conseille de faire l'analyse sur l'urine des 24 heures, recueillie dans un bocal aussi propre que possible, au fond duquel on mettra quelques cristaux de thymol pour éviter la fermentation. On en notera la quantité et l'aspect, et on recherchera l'albumine, sans préciser sa variété, le Glucose, dont le dosage est important, l'acide éthyl-diacétique, dont la présence est l'indice de l'acétonémie, l'hémoglobine et les pigments biliaires.

Au point de vue histologique, on tiendra compte des cylindres, qui traduisent une lésion rénale, des globules rouges, qui font écarter l'hypothèse d'hémoglobinurie, et des globules blancs, dont l'abondance indique une suppuration de l'arbre urinaire (polynucléaires) ou la tuberculose rénale (mononucléaires).

Enfin, l'examen bactériologique complètera les données précédentes

L'hématome traumatique du grand droit des cavaliers.

8 cas d'hématome traumatique du grand droit chez de jeunes cavaliers fournissent à M. Cathelin, l'occasion de préciser quelques points intéressants de cette affection, fréquente dans le milieu militaire, mais qui se peut tout aussi bien rencontrer dans l'équitation civile. (*Progrès médical*, 18 janvier 1920).

La lésion est caractérisée par une douleur primitive assez peu intense pour ne pas interrompre le service, par une tumeur ramassée ou étalée, lisse, régulière, dure, unilatérale, semblant profondément située, par la localisation de cette tumeur, toujours à gauche et basse au niveau du grand droit, par l'absence de signes vésicaux.

Elle survient chez les jeunes gens, à propos des premiers exercices d'équitation, et a pour cause un mouvement brusque, avec effort, des membres inférieurs.

Après avoir fait la critique de la pathogénie invoquée par certains observateurs, l'auteur se rallie à l'hypothèse de la rupture traumatique d'une des branches de l'épigastrique, qui cheminent en arrière du grand droit, en un point où le muscle est dépourvu d'aponévrose, ce qui lui permet de se gonfler exagérément lors de ses contractions, et de porter brusquement et violemment les vaisseaux au contact du ligament arqué qui termine inférieurement l'aponévrose postérieure sus-ombilicale, lequel les sectionne.

Le traitement comporte le repos absolu au lit, la compression avec un bandage de corps et l'application de compresses humides chaudes. La guérison est complète en quelques jours (8 à 15 jours).

La fausse angine de poitrine vraie.

C'est ainsi que M. Bergouignan désigne un syndrome angineux qui, en tout semblable à l'angine vraie, en diffère par sa nature fonctionnelle et son pronostic favorable. (*Courr. méd.*, 11 janvier 1920).

En dehors de l'angine coronarienne, on peut imaginer une distension douloureuse du ventricule gauche ou de l'aorte, ou une irritation névritique ou névralgique du plexus cardiaque, ces phénomènes s'associant parfaitement. Cette forme résiste à l'action du nitrite d'amyle, si efficace par contre, contre l'angine coronarienne.

Dans ce cas, on conseillera au malade d'éviter avant tout la douleur, par la réduction de l'allure et des efforts, tout en conservant une certaine activité destinée à laisser au cœur l'entraînement qu'il conserve.

On prescrira les anti-rhumatismaux, notamment l'aspirine qui agit souvent remarquablement, et la révulsion précordiale, au moyen de sinapismes ou, mieux, de fines pointes de feu.

Enfin, on remontera le système nerveux, très asthénié, au moyen de la médication phosphorée (acide phosphorique officinal pris au cours des repas, mélangé à la boisson).

LE SOU MÉDICAL

LIGUE DE PROTECTION ET DE DÉFENSE PROFESSIONNELLES

Siège social : 132, Rue du Faubourg Saint-Denis — PARIS

Paris, le 22 Février 1920.

Cher Confrère,

Les questions de *responsabilité professionnelle* semblent devoir se poser de plus en plus fréquemment pour le médecin et des événements récents ont montré que des condamnations sérieuses pouvaient intervenir : c'est pour cela que nous venons signaler tout particulièrement à votre attention le SOU MÉDICAL.

Le Sou Médical est une ligue interconfraternelle dont le but est de fournir son influence, ses conseils, son appui moral et s'il y a lieu pécuniaire, à ceux de ses membres dont les droits ou les intérêts seraient lésés ou menacés dans l'exercice de leur profession et de les aider dans les diverses circonstances où leur isolement risquerait de les laisser succomber, ainsi que dans toutes les difficultés dont la solution intéresse le Corps médical.

En outre, il couvre chacun de ses adhérents *CONTRE LES ACTIONS EN RESPONSABILITÉ CIVILE* QUI POURRAIENT LUI ÊTRE INTENTÉES POUR DES ACTES CLINIQUES OU THÉRAPEUTIQUES ACCOMPLIS PAR LUI et ce, jusqu'à concurrence de *DIX MILLE FRANCS.*

La cotisation annuelle est de VINGT-CINQ FRANCS.

Quelle est sa supériorité sur les assurances ? C'est que : 1°. Ligue confraternelle, le Sou Médical ne cherche pas à faire de bénéfices, ne thésaurise pas et consacre toutes ses ressources au but qu'il s'est proposé. 2°. Il soutient en justice ses adhérents, soit comme demandeurs, soit comme défendeurs, dans les actions d'ordre professionnel qu'ils intentent à des tiers ou qui leur sont intentées par eux ; il les soutient MORALEMENT avec l'appui de ses conseils qu'une longue expérience a rompus à la connaissance parfaite du contentieux et de la jurisprudence médico-professionnelle ; il les soutient MATÉRIELLEMENT en prenant à sa charge les frais des procès faits par ou à ses adhérents, lorsque ceux-ci succombent. 3°. Contrairement aux Assurances, le Sou Médical ne transige jamais et, lorsqu'il a engagé une action, il la poursuit devant toutes les juridictions y compris la Cour de Cassation.

Le Sou Médical a déjà plus de vingt années d'existence et son influence est telle que bien souvent, il suffit que ses adhérents se réclament de lui pour que les contestations et les conflits qui surgissent entre eux et des tiers (individus ou collectivités) soient immédiatement solutionnés à leur satisfaction.

Si vous désiriez des explications supplémentaires, nous sommes à votre disposition pour vous les fournir, soit par correspondance, soit verbalement, au siège social, tous les jours de 3 h. à 5 h.

Si vous vous décidiez à donner votre adhésion, vous n'auriez qu'à envoyer au Trésorier Dr A. G...sot, à Chevilly (Loiret), le bulletin ci-joint accompagné d'un mandat de vingt-cinq francs.

Veuillez agréer, cher confrère, l'assurance de nos sentiments bien confraternellement dévoués.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION.

LE SOU MÉDICAL

LIGUE DE PROTECTION & DE DÉFENSE PROFESSIONNELLES

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné (noms, prénoms, qualités)..................................

médecin à .... *dépt* ....

né le .... *à* ....

reçu devant la Faculté de.................................. *le* ....

membre de (1)..

ou présenté par MM. (2) ....

déclare adhérer à la Ligue de protection et de défense professionnelle **LE SOU MÉDICAL** *et envoie au Trésorier la somme de vingt-cinq francs pour la cotisation de l'année courante.*

A ...., *le*..............................

SIGNATURE :

(1) Syndicat médical ou Association médicale.
(2) Deux confrères, membres du Sou Médical.

Envoyer ce Bulletin affranchi AVEC LE MANDAT INCLUS au Trésorier du *SOU MÉDICAL* **:**
Dr GASSOT, à Chevilly (Loiret) ou au *CONCOURS MÉDICAL*, **132, rue du Faubourg Saint-Denis, PARIS**

Bulletin d'adhésion ci-contre à détacher et à envoyer avec la cotisation au Dr GASSOT, Trésorier du Sou Médical, *à Chevilly (Loiret).*

LE SOU MÉDICAL

Ligue de Protection et de Défense Professionnelles

Le Sou médical, ligue de protection et de défense professionnelles, fondé en 1897, est destiné à couvrir ses adhérents contre tous les risques professionnels, et prend, en outre, la part la plus active à la défense générale des intérêts médicaux.

Pour la protection individuelle de ses membres, il est intervenu dans **un nombre incalculable** d'affaires : procès devant toutes les juridictions (y compris la Cour de Cassation, le Conseil d'Etat et le Tribunal des Conflits), litiges, revendications, arbitrages, consultations, etc. Pour les luttes d'intérêt général, il marche d'accord avec le Concours Médical, l'Union des Syndicats, l'Association générale des médecins de France, etc.

Il a créé une caisse spéciale destinée à garantir ses **membres en outre des frais du procès** jusqu'à **concurrence de 10.000 francs** contre les actions **en dommages-intérêts** qui pourraient leur être **intentées en raison des faits cliniques et thérapeutiques accomplis dans l'exercice de leur** profession, et cette Caisse est dotée de ressources suffisantes pour lui permettre d'envisager tous les aléas.

Faut-il ajouter que tous les avis possibles sont donnés, toutes les démarches sont faites en vue de rendre des services même extra-professionnels ?

Pour être membre du **Sou médical**, il faut être membre d'un Syndicat ou d'une Association médicale ou bien être présenté par deux confrères déjà membres du Sou Médical.

La cotisation annuelle est de 25 francs, comprise la participation à la Caisse de garantie.

Les membres ne sont admis qu'après envoi de leur adhésion et PAIEMENT DE LA COTISATION.

L'alimentation sera soigneusement surveillée, les repas réglés, peu abondants, mais plus fréquents, les boissons très réduites.

La gymnastique respiratoire aidera le travail du cœur et accroîtra la capacité de la cage thoracique.

« Quand elle (cette méthode) échoue complètement, l'affection doit être de nature coronarienne ; une simple amélioration fait penser à des lésions mixtes coronariennes et névritiques ; si c'est une guérison, les coronaires étaient saines, il s'agissait de fausse angine vraie ».

L'ostéosynthèse dans le traitement des pseudarthroses.

M. F. de Beule préconise l'ostéosynthèse quand, tous les moyens habituels ayant échoué, aucune consolidation n'apparaît au niveau du foyer de fracture. (*Le Scalpel*, 3 janvier 1920.)

La toilette de l'extrémité des deux fragments étant réalisée, l'auteur recommande, pour maintenir ceux-ci en contact et immobiliser l'os, le fixateur de Lambotte.

« Il est constitué essentiellement par quatre longues fiches en acier doré qu'on visse dans l'os et auxquelles s'adapte extérieurement l'appareil immobilisateur ou fixateur proprement dit..... Les fiches une fois solidement en place, on glisse sur chacune d'elles une pièce en T qui porte elle-même une bague de serrage, et dans les bagues on introduit une tige d'acier ayant à peu près la longueur du segment de membre fracturé. A l'aide d'un jeu d'écrous qu'on serre progressivement et qui fixent les pièces en T sur les fiches, les bagues de serrage sur les pièces en T et la tige métallique dans les bagues de serrage, fragments osseux, fiches, pièces en T, bagues de serrage et tige métallique sont fusionnés en un système rigide d'une solidité à toute épreuve, et on peut imprimer au membre les mouvements les plus étendus sans que les os soudés bougent d'un millimètre ».

Quand la consolidation est obtenue, on enlève l'appareil, généralement au bout de cinq à six semaines.

Traitement de l'ophtalmie de l'adulte.

Affection grave par les menaces qu'elle contient pour l'œil, elle réclame un traitement énergique que M. Aubaret (*La Médecine*, janvier 1920), décrit ainsi :

Lavages fréquents, toutes les deux heures, nuit et jour, avec une solution tiède de permanganate de potasse au 2.000° ou de cyanure de mercure au 3.000°, soit au tampon d'ouate, soit au bock avec une canule de verre. En outre, la cornée étant intacte, on instillera trois ou quatre fois par jour quelques gouttes de nitrate d'argent au 50°. Si la cornée est menacée, on préfèrera au nitrate d'argent, l'argyrol au 50°.

Quand la cornée présente à la partie inférieur une infiltration ou un début d'ulcération, l'auteur préconise l'exclusion du sac conjonctival par le glissement et la suture de la conjonctive au devant de l'œil. Ce procédé n'empêche pas toujours le processus destructeur de la cornée de se poursuivre.

Contre l'état général, on pourra recourir au vaccin anti-gonococcique.

Avoir soin de protéger l'œil sain du malade contre une contamination possible.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Traitement de la grippe par l'Exopectine mésothoriée.

Les chercheurs ne demeurent pas inactifs. En présence de la recrudescence de la pandémie grippale que constatent les Sociétés Savantes et les statistiques, ils s'ingénient à découvrir le traitement auquel on pourra donner enfin légitimement l'épithète de spécifique.

En attendant que ce traitement soit trouvé, d'indiscutable façon, nous devons signaler dès maintenant les effets très remarquables qui ont été obtenus par l'emploi de l'*Exopectine mésothoriée*.

Plus de 1.200 cas de grippe compliquée de bronchites et de broncho-pneumonie infectieuses, dont deux cents cas considérés comme désespérés, ont été traités par les injections hypodermiques de ce produit. Le pourcentage des décès a été de 1 pour cent.

Voici, parmi tant d'autres, quelques observations résumées qui sont particulièrement instructives.

N° 25. Mme R....., boulangère, 32 ans.

20 *octobre*. — Broncho-pneumonie double. Dyspnée intense. Etat grave. Temp. 40°1. Une injection exopectine.

21 *octobre*. — Râles crépitants fins, région des 2/3 inférieurs des deux poumons. Quelques crachats sanguinolents très adhérents. Deux injections exopectine.

22 *octobre*. — Crachats plus abondants, plus rosés, aérés. Temp. 38°5.

23 *octobre*. — 24 et jours suivants, coloration de plus en blanche des crachats. Chute définitive de la température. Guérison.

N° 35. — Mme N....., 35 ans.

15 *novembre*. — Broncho-pneumonie double. Cyanose, dyspnée. Etat grave. Température 39°9. 2 injections exopectine.

16 *novembre*. — Expectoration très abondante de

crachats rosés très adhérents. Température 38°5. 2 exopectines.

17 *novembre*. — Amélioration des signes respiratoires. Grande abondance de crachats. 2 exopectines.

Jours suivants : amélioration progressive, guérison.

N° 49. — Mme V....., 48 ans.

29 *octobre*. — Broncho-pneumonie double. Temp. 39°5. Dyspnée intense. Exopectine.

30 *octobre*. — Râles humides, fins, disséminés. Respiration voilée aux bases. Exopectine.

31 *octobre*. — Expectoration abondante de crachats rosés, visqueux et aérés. Temp. 37°5. Exopectine.

1er *novembre*. — Mêmes crachats.

2 *novembre*. — Crachats muco-purulents blancs. Temp. 37°2.

Jours suivants : amélioration progressive. Guérison.

Ces quelques citations suffisent à montrer avec quelle rapidité agissent les injections hypodermiques d'*exopectine mésothoriée*, dans les cas les plus graves.

Le traitement peut se continuer ensuite par ingestion pour éviter les rechutes si fréquentes dans les affections grippales.

L'usage de l'Exopectine mésothoriée a été autorisée officiellement par le Ministre de la Marine dans les hôpitaux de Cherbourg et de Lorient.

Les résultats en ont été des plus encourageants, l'action de ce médicament étant particulièrement rapide, avantage qui n'est pas négligeable dans une affection à marche accélérée et où la thérapeutique doit aller vite.

Les médecins qui préconisent l'Exopectine mésothoriée dans le traitement de la grippe espagnole, après avoir mis, au premier plan des modalités curatives l'injection hypodermique, conseillent d'en continuer ensuite l'emploi par ingestion pour éviter les rechutes si fréquentes dans les affections grippales.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Dr Jean Pouy, médecin consultant, à Capvern. **Capvern, ses eaux thermales et ses environs. — Traitement des affections des organes génitaux de la femme par les eaux du Bouredé**, 1919.

Deux petites monographies agréables à lire, et instructives pour le praticien.

Revue des Thèses

Thèses de Montpellier.

Docteur F. Cristol. — **Les pseudo-spondylites hystéro-traumatiques.**

Dans ce travail, l'auteur a essayé de réunir dans une étude d'ensemble toutes les manifestations de l'hystéro-traumatisme dans ses localisations au rachis et d'en dégager les conclusions pathogéniques, diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques.

Que ce soit une forme névralgique, une forme douloureuse avec déformation rachidienne, ou une plicature, le traitement devra toujours et avant tout s'adresser au psychisme, soit directement par la suggestion orale, soit indirectement en combattant les symptômes et surtout la douleur par la physiopsychothérapie.

Dr Georges Henry. — **Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire.** — Au point de vue symptomatique, ces tumeurs s'accompagnent de métrorragies dans près de la moitié des cas, tant en raison de la dégénérescence micro-kystique dont est souvent atteint l'ovaire du côté opposé, que de la compression qu'elles entraînent, quand elles sont incluses, sur la circulation de retour utérine, avec dégénérescence angiomateuse possible, de la muqueuse. Fibromes purs ou fibromyomes, l'évolution maligne n'en est pas exceptionnelle.

Dr Louis Davy. — **Contribution à l'étude de l'ovarite scléro-kystique.** — Intenses douleurs pelviennes et métrorragies, telle est la traduction clinique de cette affection. Les douleurs dépendent moins du varicocèle pelvien ou de la sclérose utérine que du neuro-arthritisme du malade. Les hémorragies découlent de la production exagérée dans les parois kystiques de cellules qui, par la suractivité de leur sécrétion interne, amènent la congestion de l'utérus.

Dr Eugène Estager. — **Contribution à l'étude du myome malin de l'utérus.** — Anatomiquement, ces lésions, qui, tantôt sont primitives, tantôt succèdent à un fibro-myome banal, sont constituées par des cellules à noyau volumineux et très colorable d'aspect sarcomateux. L'accroissement rapide de la tumeur donne cliniquement le diagnostic et doit faire redouter une évolution maligne qui impose l'ablation rapide et totale.

PARTIE PROFESSIONNELLE

HONORONS NOS MORTS !

Un écho des cérémonies commémoratives de janvier 1920.

La cérémonie officielle du 25 janvier à la Sorbonne avait été précédée de trois cérémonies religieuses dans les cultes catholique, protestant et israélite.

N'ayant pu, à notre grand regret, assister à aucune d'elles, nous manquions de documentation pour en rendre compte.

Nous comblons aujourd'hui cette lacune de notre compte-rendu en empruntant à notre confrère, le Dr F. HELME, les lignes suivantes (*Presse médicale*, 7 février 1920). Nous n'aurions su mieux dire :

Je dois cependant noter que des services, dans les différents temples ou églises, ont coïncidé avec la fête civile du souvenir. A Notre Dame, la messe pour nos morts groupa une assistance considérable. Comme plusieurs services avaient eu lieu déjà auparavant, je n'aurais jamais compté encore sur un si grand nombre de confrères. Ils n'ont certainement pas regretté, pas plus que ceux des autres religions, d'avoir consacré quelques moments à la méditation ou à la prière.

Nous avons, en effet, entendu un prédicateur de tout premier ordre : M. l'abbé Thellier de Poncheville, ancien aumônier de l'armée, chevalier de la Légion d'honneur et croix de guerre, — un poilu — sut exprimer, en une langue à la fois simple et pathétique, tous les sentiments de reconnaissance qui nous gonflent le cœur. Il en fut de même au temple de l'Oratoire et au temple de la rue de la Victoire. Jamais nous ne remercierons assez les représentants des divers cultes de leur empressement à collaborer aux pieuses manifestations du corps médical et pharmaceutique français.

Voici maintenant l'ode admirable de M. le professeur Ch. RICHET, que Mlle M. ROCH de la Comédie-Française, a déclamée avec des accents et un sentiment profond qui nous ont violemment émus et fait couler nos larmes.

Morts pour l'Humanité.

C'est la nuit : c'est l'horreur de la boue et du froid !
La plaine étale au loin sous les cieux son effroi !
Cependant tout le jour, obus, mitrailles, balles,
Ont jeté dans les airs leurs sinistres rafales !
Mais de tout ce tumulte affreux rien n'est resté,
Que des corps d'hommes, épars sur le sol dévasté,
Et tous ces corps sont là dont nul ne sait le nombre,
Invisibles, témoins muets, dans le champ sombre.
Écoutez ! écoutez ! c'est comme un cri d'enfant,
Un murmure, une plainte, où tout le cœur se fend !
Un sanglot ! un soupir ! un appel de détresse,
Qui traverse pour nous, craintif, l'ombre traîtresse
... C'est un frère blessé qui pleure et va mourir...
Peut-être un ennemi ?... Qu'importe ! il faut partir
Pour sauver ce mourant tout espoir est fragile...
Partons ! il part, et va vers la tranchée hostile !

Il s'enfonce tout seul dans le froid et la nuit...
Soudain une fusée éblouissante luit...
Ils l'ont vu ! contre lui la mitraille était prête...
Elle verse en hurlant sa rage et sa tempête !
Dans un dur tourbillon de courroux et de fer,
C'est un fracas strident qui vient déchirer l'air,
Et comme vingt démons aux gueules enflammees
Vingt canons ont craché la mort dans leurs fusées !

Puis le silence ! un noir silence qui s'entend !
C'est comme un lourd suaire infini qui s'étend
Et les canons heureux d'avoir touché leur cible,
S'éteignent, menaçants encor, dans l'ombre horrible,
Pauvre enfant ! pauvre enfant ! tu savais, n'est-ce pas
Que ta mère au foyer de famille, là-bas,
Pendant que tu courais vers la grande Endormeuse,
Attendait chaque soir ton retour, anxieuse...
Peut-être, as-tu revu, quand le fer t'a fauché,
Un vieux père, pleurant, sur un portrait penché,
Et dans l'éclair où meurt la dernière pensée,
L'œil bleu de la pâle et douce fiancée.

Mais le devoir, austère et splendide, était là
En ton cœur de héros sa flamme étincela,
Et tu n'as entendu, dans la sinistre plaine,
Que l'appel gemissant d'une douleur humaine.
O mon fils ! sois béni ! sois béni ! sois béni !
Ton pieux souvenir sera, comme en un nid,
Toujours chaud, toujours pur, loin de toute épouvante
Dans nos vieux cœurs tremblants où ta gloire est (vivante.

Non ! ne les pleurez pas, camarades. La mort
N'est pas pour ces martyrs le gouffre où tout s'endort
Ils n'ont pas disparu sous les terres glacées
Mères aux cheveux gris, et blondes fiancées
Ne pleurez pas ! Ils ont eu la meilleure part
Un Dieu les protégea qui hâta leur départ !

Puisque la liberté chérie
Les a pris pour ses défenseurs,
L'amour sacré de la patrie
A fait de nos morts des vainqueurs !

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Contrastes !

Nous lisons dans le *Nouvelliste du Morbihan*, du 11 janvier 1920 :

On s'ingénie de tous côtés à soulager les charges, particulièrement lourdes en ce moment, qui pèsent sur les familles nombreuses.

On ne peut que penser beaucoup de bien de l'initiative que vient de prendre en ce sens le syndicat des médecins de Châlon-sur-Saône, en votant à l'unanimité la motion suivante :

« Toute famille, ayant quatre enfants au moins, bénéficiera des réductions accordées aux Sociétés de Secours mutuels : une diminution de 20 % leur sera accordée sur le prix des honoraires médicaux ».

C'est là un bel exemple à suivre que ce geste généreux qui honore grandement le Corps médical.

Cette motion, sur laquelle nous reviendrons, ne devrait évidemment valoir au Corps médical que des compliments comme ceux que lui adresse ce journal.

Ils ne lui font pas défaut, et il a raison, en effet, le Corps médical, de faire de la philanthropie. L'opinion publique l'en récompense royalement et lui décerne les mentions suivantes, dont il serait regrettable que nos lecteurs n'apprécient pas toute la saveur :

1er *prix.*

De M. G. de Pawloski, dans le compte-rendu de la reprise de l'*Amour Médecin* (*Le Journal*, 15 janvier 1920).

Molière venait d'être augmenté par son propriétaire qui était médecin. Il s'en vengea en partant en guerre contre toute la corporation. *Et rien n'est à changer aujourd'hui dans son réquisitoire. La façon d'ahurir le client avec des termes scientifiques, la « consultation de médecins » qui, réunis, parlent de leurs affaires personnelles, de la difficulté des transports et des jalousies académiques, le grand médecin arrivé qui les gronde d'avoir compromis le prestige de la corporation en n'étant point d'accord devant un client ; le client qui, en désespoir de cause, a recours aux spécialités.*

2e *prix.*

Des *Alpes Nouvelles*, organe des Fédérations socialistes des Hautes et Basses-Alpes (24 janvier 1920).

Ils vont fort !... au Syndicat...

Nous extrayons de la revue le *Concours médical* du 18 janvier 1920, les lignes suivantes auxquelles nous nous garderons bien de changer une virgule.

Au Syndicat des Hautes-Alpes

Le Syndicat du département des Hautes-Alpes s'est réuni depuis la guerre deux fois, et a voté des résolutions prises à l'unanimité...... (1).

Le Président du Syndicat.

Vous avez bien lu ? — *Nous demandons, nous exigeons, nous ordonnons.*

Quand le petit personnel des cantonniers, quand les employés de la préfecture ou autres services départementaux ou communaux, envoient des délégués aux autorités pour réclamer timidement des salaires qui leur permettent de vivre, on les rabroue ou on les toise.

Pas d'argent pour la basse classe. Mais, quand ces messieurs les morticoles *exigent*, oh ! alors ! tout pour ces messieurs les bourgeois !

Si le rédacteur des *Alpes Nouvelles* avait lu attentivement les décisions du Syndicat des Hautes-Alpes, il aurait compris que ses exigences, en l'espèce, ne s'appliquent qu'aux malades payants dans les hôpitaux.

Les hôpitaux sont faits pour les nécessiteux, pour les indigents. Leur patrimoine est le bien des pauvres. Ceux-ci, les médecins les soignent sans récriminer et se contentent des maigres indemnités que les Commissions administratives leur allouent chichement.

Mais les accidentés du travail, non plus que les invalides de la guerre, ne sont à aucun titre des indigents. Ils ont des répondants au moins aisés, que la loi leur donne obligatoirement. Pour les uns, ce sont leurs employeurs, ou les riches Compagnies d'assurance qu'ils se substituent ; pour les autres, c'est l'Etat.

Outre que, quand ils occupent un lit d'hôpital, ils en privent le légitime bénéficiaire, l'indigent, dont ils écornent indûment le budget, ils se soustrayent ou cherchent à se soustraire au devoir, qu'ils ont ou qu'ont pour eux leurs répondants, d'honorer le médecin qui leur donne ses soins.

Le médecin est donc parfaitement fondé à s'insurger contre l'exploitation dont il est ici la victime et, s'il est assez fort, s'il fait partie d'un groupement professionnel très uni et décidé à défendre ses intérêts, il a raison de tenir résolument à la rémunération honorable de son travail.

« Ils vont fort au Syndicat ! » Hélas ! Il s'en faut de beaucoup que cette ironie soit justifiée, à l'adresse de tous les Syndicats Médicaux, qui ne vont pas assez fort.

Si le Corps médical était solidement organisé, si ses membres, comprenant enfin leurs véritables

(1) Cf. *Concours Médical* n° 3, p. 174.

intérêts, étroitement associés à ceux de la Santé publique, copiaient, à ce point de vue, les organisations ouvrières, ils pourraient aller aussi fort que les cheminots, qui, se croyant lésés par le nouveau calcul de leurs salaires, ont menacé de faire grève et, par ce seul geste, obtenu satisfaction, ou que les mineurs, qui profèrent la même menace pour voir porter leurs retraites à 1.500 francs et qui, sans aucun doute, se feront ainsi accorder ce qu'ils réclament.

Ils n'exigent peut être pas, ces sympathiques mineurs ; ils ne vont peut être pas fort, ces intéressants cheminots !

Ont-ils tort, ont-ils raison ? Là, n'est pas la question.

Supposons qu'ils aient raison. Triompheraient-ils aussi aisément, s'ils ne représentaient pas une force, parce qu'ils sont unis et organisés ?

Les médecins qui, eux aussi, ont raison en refusant de soigner gratuitement ou à des salaires de famine qui peut et doit les honorer, les médecins qui paieront bientôt 400 francs la tonne de charbon, dont le prix augmentera parallèlement, mais non proportionnellement aux retraites des mineurs, les médecins qui paieront bientôt 0 fr.10 en 3e classe le kilomètre ferroviaire, dont le tarif augmentera parallèlement, mais non proportionnellement, aux salaires des cheminots, les médecins qui, bien souvent, n'ont de bourgeois que l'habit (les ouvriers ne leur en tolèreraient pas d'autre !), remporteraient, dans leur sphère professionnelle, les mêmes victoires, s'ils pratiquaient réellement l'Union qui fait la force.

L'heure est grave pour le Corps médical français. Il est menacé d'être pris entre la tyrannie de l'Etat et du patronat et celle des organisations ouvrières. Il est temps qu'il y prenne garde, s'il veut traiter, ici et là, de puissance à puissance.

Il le pourra faire avantageusement, à la condition qu'il ne s'en tienne pas à un point de vue étroit, en refusant d'en démordre, qu'il ne s'obstine pas à planer dans les nuages, au-dessus et bien loin des réalités et qu'il repousse les formules absolues : « *Tout ou rien !* » — qui n'ont généralement pas cours dans les tractations humaines où le régime des mutuelles concessions, au contraire, souvent aboutit à une moyenne satisfaisante : *In medio stat virtus.*

Les aménités que nous publions plus haut nous auraient, en d'autres temps, fait sourire. Aujourd'hui, elles sont symptomatiques d'un état d'esprit que nous aurions tort de négliger et qui mérite de sérieuses méditations, suivies à bref délai de décisions opportunes.

***

Pour en revenir à la motion du Syndicat de Châlon-sur-Saône, si elle se limite au texte publié par le *Nouvelliste du Morbihan*, et que nous reproduisons, nous regrettons que le Syndicat ait pris ainsi une mesure d'ordre général, là, où il ne saurait être question que de cas d'espèces.

Un petit employé avec deux enfants est dans une situation infiniment plus digne d'égards que le riche propriétaire, industriel ou commerçant, qui en a six ou huit.

Quoi qu'il en soit, cette motion syndicale semblerait appeler une compensation au rabais de 20 % consenti aux familles nombreuses : ce serait une majoration de 20 % pour les célibataires et de 10 % pour les ménages sans enfants.

Qu'en pensent nos confrères ?

G. DUCHESNE.

II

La médecine est un sacerdoce.

Drapé derrière cet aphorisme, un confrère des plus spirituels, dit-on, m'affirmait dernièrement ne pouvoir se rendre aux réunions syndicalistes, se trouvant par trop en opposition avec les idées nouvelles

Et pourtant, a-t-il jamais existé une phrase de type plus parfaitement rococo ?

On a la sensation, il me semble, en la voyant imprimée, de regarder un de ces meubles prétentieux de la Régence. Ils ont perdu la majesté du grand roi, et leur surcharge ornementale n'a pu acquérir la grâce et l'élégance de la Divine Marquise. C'est du style qui s'est voulu pompeux et n'a su que devenir pompier.

Sacerdoce et Médecine. Voilà certainement les deux mots les plus différents, les deux situations les plus distantes.

Etymologiquement, Sacerdoce nous vient du latin *Sacrum*, consacré à .... au service de ...... Médecine nous vient du grec ΜΕΔΩ, régner sur .... avoir soin de .....

Professionnellement, le prêtre, les regards tournés en haut, a pour aspiration unique le culte du Créateur, et de ses sublimes perfections, qu'il l'appelle Allah, Dieu ou Iehovah. Le médecin courbé vers la créature, l'étudie dans ce qu'elle a de plus inférieur, et s'évertue à corriger ses imperfections. Le prêtre est un convaincu, le médecin est un conquérant.

Et pourtant, que n'a-t-on pas fait avec cette phrase ridicule ? C'est à elle que sont dus les tarifs de famine de l'Assistance médicale, des Hôpitaux, des Gouttes de lait, des Sociétés de Secours Mutuels, et autres paroissiens *ejusdem farinae.*

C'est à elle que l'on doit l'envahissement des étrangers et des métèques, car elle n'est qu'un masque pour couvrir l'indolence et la timidité des pontifes médicaux. En son nom, se sont accomplis les plus grands crimes contre la déontologie.

Il sera peut-être difficile à certains, de se représenter, coiffée de la tiare, la tête si finement satirique de notre grand doyen ; ses gestes élégants et vifs rappellent de si loin l'onction sainte des prélats ; plus difficilement encore verront-ils par la pensée, quelques-uns des confrères plus humbles revêtus de l'étole et de l'aube. Toutefois, admettons pour un moment, que la médecine est un sacerdoce.

Le prêtre ne vit-il pas de l'autel ? et devons-nous laisser envahir le temple par les marchands officiels et officieux ? Agents de l'Etat et présidents de S. M. qui veulent aussi prendre leur part du revenu des sacrifices pour leurs sociétaires et leurs administrés ?

Puisque prêtres nous sommes : « La foi qui n'agit pas, est-ce une foi sincère », devons-nous assister les bras croisés à l'intrusion dans notre Saint des Saints de tous les infidèles médecins étrangers et marrons, infirmières et masseurs diplômés, qui le souillent et le profanent.

Non certainement. Et c'est au Syndicat que repose l'Arche d'Alliance. C'est là, qu'on apprend à respecter et à faire honorer la profession. C'est là que, les coudes serrés, comme autrefois les Lévites, on fait face aux contempteurs de la Religion.

Et les confrères pèchent grièvement qui se négligent, s'agirait-il d'un prétexte sacerdotal.

8 février 1920.

BLONDEAU.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

La loi sur les bénéfices de guerre est applicable aux médecins.

CONSEIL D'ETAT

SECTION DU CONTENTIEUX.

Séance du 30 janvier 1920.

Le Conseil d'Etat, statuant au contentieux,

Vu la requête présentée pour le sieur P., docteur en médecine, demeurant à G., (Rhône) et tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler une décision du 19 avril 1918 par laquelle la Commission supérieure instituée par l'article 11 de la loi du 1er juillet 1916 a rejeté le recours qu'il avait formé contre une décision de la Commission du 1er degré du département du Rhône qui a :

1° déclaré le requérant passible de la contribution extraordinaire sur les bénéfices supplémentaires réalisés pendant la guerre et fixé à 5.000 francs le chiffre de ses bénéfices supplémentaires pour la période du 1er août 1914 au 31 décembre 1915 ;

2° infligé au sieur P., pour défaut de déclaration, une majoration de 10 % ;

Ouï M. Delfau, Maître des Requêtes, en son rapport ;

Ouï Me Morillot, avocat du sieur P., et Me Aubert, avocat du Ministre des Finances, en leurs observations ;

Ouï M. Mazerat, Maître des Requêtes, Commissaire du Gouvernement, en ses conclusions ;

Sur le moyen tiré de ce que la décision attaquée aurait été prise en violation de la disposition, contenue dans l'article 11 de la loi du 1er juillet 1916, aux termes de laquelle les décisions de la Commission supérieure doivent être motivées :

Considérant qu'il résulte des termes mêmes de la déclaration attaquée qu'elle est motivée, tant en ce qui concerne le rejet des conclusions tendant à exonérer le requérant, en sa qualité de médecin, de la contribution extraordinaire sur les bénéfices de guerre, qu'en ce qui concerne la détermination des bénéfices supplémentaires réalisés par le sieur P. du 1er août 1914 au 31 décembre 1915 ; que, dès lors, le moyen invoqué manque en fait ;

Sur le moyen tiré de ce que le requérant ne pouvait, en sa qualité de médecin, être assjetti à la contribution extraordinaire sur les bénéfices de guerre .

Considérant que l'article 1er § 4 de la loi du 1er juillet 1916 assujettit à la contribution extraordinaire sur les bénéfices exceptionnels ou supplémentaires, réalisés depuis le 1er août 1914 jusqu'à l'expiration du douzième mois qui suivra celui de la cessation des hostilités, « les sociétés et les personnes passibles de la contribution des patentes dont les bénéfices ont été en excédent sur le bénéfice normal »

Considérant qu'en raison de la généralité des termes employés, les dispositions de ce texte doivent être appliqués à tous les patentables dont les gains ont excédé, pendant la période ci-dessus précisée, ceux que leur procurait normalement, avant le 1er aout 1914, l'exercice de leur profession, sans qu'il y ait lieu de distinguer suivant la nature de ladite profession ou suivant la qualification habituellement donnée aux ressources qu'ils en tirent ; qu'alors même que la vérification des bénéfices réalisés par certains d'entre eux comporterait, en raison des conditions dans lesquelles s'exerce leur activité, des modalités spéciales, cette circonstance ne serait pas de nature à les exonérer d'une contribution à laquelle ils sont assujettis par la loi ; qu'il suit de là que la profession médicale, inscrite au tableau D de la loi du 15 juillet 1880 sur les patentes, est comprise au nombre de celles qui sont visées par l'article 1er, § 4, précité ;

Considérant que, de ce qui précède, il résulte que le requérant n'est pas fondé à soutenir que c'est par une inexacte interprétation de la loi qu'il a été, par la décision attaquée, déclaré passible, en sa qualité de médecin, de la contribution extraordinaire sur les bénéfices de guerre.

Sur le moyen tiré de ce que la décision attaquée aurait fait une évaluation arbitraire des bénéfices supplémentaires réalisés par le sieur P., du 1er août 1914 au 31 décembre 1915

Considérant que, pour maintenir au chiffre de 5.500 francs fixé par la Commission du 1er degré le montant des bénéfices supplémentaires du requérant pendant la période envisagée, la Commission supérieure s'est uniquement fondée sur des motifs tirés de l'appréciation des faits ; qu'il suit de là que sa décision est définitive sur ce point et qu'elle ne peut être discutée devant le Conseil d'Etat lequel d'après l'article 11, *in fine* de la loi du 1er juillet 1916, n'a compétence que pour connaître des moyens d'excès de pouvoir ou de violation de la loi ;

Décide :

La requête susvisée du sieur P. est rejetée.

Commentaire.

L'arrêt qu'on vient de lire tranche souverainement une question controversée depuis la promulgation de la loi du 1er juillet 1916 établissant une contribution extraordinaire sur les bénéfices exceptionnels ou supplémentaires réalisés pendant la guerre. Il la tranche contre le Corps médical ; mais il ne servirait de rien maintenant de récriminer et il ne reste qu'à examiner les conséquences de cette solution et la conduite à tenir par les médecins qui peuvent être mis en cause, par suite de l'application que ne manquera pas d'en faire l'administration fiscale.

Il importe de redire d'abord que les médecins passibles de la contribution sur les bénéfices supplémentaires réalisés pendant la guerre sont certainement peu nombreux et que le *Concours* et le « Sou Médical » ainsi que les autres associations et les syndicats médicaux, en soutenant l'inapplicabilité de la loi aux médecins, n'ont pas eu pour but de faire échapper quelques-uns de leurs adhérents à un impôt, mais seulement de faire dire par la justice s'il était dans l'intention du législateur que la profession médicale fût assujettie à la loi.

Or le Conseil d'Etat a admis que les déclarations des rapporteurs des Chambres et des Ministres qui ont formellement reconnu que les professions libérales énumérées dans le Tableau D de la loi du 15 juillet 1880 sur les patentes, par conséquent la profession médicale, ne sont pas comprises dans celles auxquelles est applicable la loi du 1er juillet 1916, n'ont pas de valeur et que la définition du terme « patente » au sens spécial de la loi dont il s'agit, faite par le Sénat, la Chambre et le Ministre des Finances, doit être considérée comme propos négligeables de vagues individualités sans autorité.

Que cette constatation serve d'avertissement au corps médical et l'incite à suivre de plus près l'élaboration des lois qui peuvent l'atteindre, plus ou moins directement !

Il y a lieu de rappeler également que, suivant son article 1er, la loi du 1er juillet 1916 doit cesser d'être applicable aux bénéfices réalisés après l'expiration du douzième mois qui suivra celui de la cessation des hostilités, c'est-à-dire après le 31 octobre 1920. Mais le projet de loi sur les impôts nouveaux déposé par M. Klotz avant son départ, et qui sera sans doute examiné prochainement par les Chambres, propose de fixer au 31 décembre 1919 la fin de l'application de la la contribution sur les bénéfices de guerre. Cet impôt spécial aurait donc dès maintenant vécu, à moins que, comme on en prête l'intention au nouveau Ministre des Finances, son application ne soit au contraire prorogée jusqu'au 31 décembre 1920.

Dans tous les cas, il peut encore être recouvré, non seulement pour l'année 1917, mais encore pour les années antérieures, à compter du 1er août 1914, et pendant trois ans à partir de la date d'exigibilité de chacune des annuités.

Comme la majoration de 10 % prévue par l'article 14 est applicable à tout contribuable qui n'a pas produit sa déclaration dans les trois mois qui ont suivi le 31 décembre de chaque année, les médecins qui n'ont pas fait de déclaration pour les exercices antérieurs à 1919 seront soumis à cette majoration s'ils sont reconnus débiteurs d'une contribution pour bénéfices supplémentaires.

Le médecin qui a fait sa déclaration peut attendre que la Commission du premier degré lui demande des explications ou des communications. Le contribuable peut faire parvenir à la Commission, dans le délai d'un mois après l'invitation qu'il en a reçue de la Commission, ses observations et ce, par lettre recommandée.

La Commission fixe alors les bases de la contribution et l'intéressé peut, dans le délai d'un mois à partir du jour où il a reçu notification de la décision motivée de la Commission, avertir l'administration qu'il maintient sa déclaration. Cet avis est considéré comme saisissant du litige la Commission supérieure.

Devant cette Commission, la procédure se fait par voie de requêtes, sur papier timbré, appuyées de pièces produites par les parties, s'il y a lieu, et déposées ou adressées, soit au Secrétariat de la Commission supérieure au Ministère des Finances (actuellement, 59, Bd des Invalides), soit au Secrétariat de la Commission du Premier degré qui a rendu la décision attaquée (direction départementale des contributions directes). La requête qui saisit la Commission supérieure doit être accompagnée de la lettre de notification de la décision attaquée.

Un certain nombre de médecins ont fait sans doute déjà des déclarations, avec ou sans réserves sur leur assujettissement à la loi. Les Commissions du Premier degré ont peut-être tardé à les taxer, dans l'attente où elle étaient de la décision du Conseil d'Etat, que l'Admi-

nistration savait être saisi depuis longtemps de la question. Ou, si elles avaient rendu leur décision et si celle-ci avait été déférée à la Commission supérieure, cette dernière a sursis à statuer comme dans l'affaire du Dr B., dont elle a été saisie par les soins du « Sou Médical » en août 1917.

Maintenant vont intervenir les décisions retardées et les contribuables qu'elles intéresseront se trouveront dans la même situation que ceux qui avaient négligé de faire leur déclaration, avec cependant la majoration de 10 % en moins si leur déclaration a été faite en temps utile.

Le médecin, pour lequel la tenue de livres de comptabilité n'est pas obligatoire, ne peut être forcé de communiquer aucun livre. Il peut se borner à remettre à l'appui de sa déclaration ou des explications qu'il aura à produire, des états de ses bénéfices professionnels, sans pouvoir être contraint à d'autres communications.

Il est impossible de prévoir toutes les difficultés qui peuvent se présenter, en fait, dans l'application de la loi du 1er juillet 1916. Le « Sou médieal » donnera, comme toujours, à ses membres, tous les conseils utiles, et peut-être même l'appui pécuniaire dans les cas où ils risqueraient d'être indûment imposés. Il est à croire que ces cas ne seront pas nombreux, car peu de médecins auront fait pendant la guerre des bénéfices nets dépassant de plus de 5.000 francs ceux des trois années qui ont précédé cette douloureuse période.

J. DUMESNY.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Les contrats médico-mutualistes.

A l'époque actuelle, où la collectivité se substitue progressivement à l'individualité, tout se résume à des unions de collectivités créées soit pour se défendre, soit pour lutter et arracher, à d'autres groupements, des avantages pour chacun des membres qui les composent.

Le contrat ancien était un acte établi pour sceller l'accord de deux parties, bien différent en cela du contrat collectif de travail actuel qui forme la base du mouvement économique contemporain. C'est le dada du moment, la panacée universelle.

Ce contrat collectif de travail, dans la pratique, n'est pas un arrangement consenti librement ; c'est, le plus souvent, un armistice après la bataille, c'est, en réalité, l'imposition de conditions au plus faible par le plus fort.

Que se passe-t-il dans le monde industriel ? Une corporation veut-elle améliorer sa situation, elle se met en grève. Or, dans les conflits récents, le plus fort, la masse ouvrière, impose ses volontés au patronat qui, se trouvant le plus faible, doit céder. Alors intervient le contrat collectif de travail. Le prolétariat dicte ses conditions quelquefois légèrement adoucies aux chefs d'industrie, et cela jusqu'au jour où le vaincu pourra à son tour, prendre sa revanche.

Mais, dans une industrie, quand le patron a souscrit aux conditions de ses ouvriers, il répartit le dommage subi sur ses frais généraux ; c'est le consommateur qui, en fin de compte, paye la casse, à moins de modifications économiques amenant sur le marché des marchandises à un prix inférieur.

Dans ses rapports avec les collectivités, le monde médical organisé tend de plus en plus à adopter cette méthode du contrat collectif de travail. J'ai vu préconiser ce mode d'action pour mettre fin aux nombreux conflits médico-mutualistes. Je suis loin de partager personnellement cet enthousiasme et ne crois guère à l'efficacité du procédé.

Tout contrat médical n'est, en réalité, que la consécration d'un rabais sur les honoraires. Si ce but n'était atteint, si le taux des honoraires était celui appliqué à tout le monde, il n'y aurait pas lieu à contrat ; encore moins s'il s'agissait d'un relèvement d'honoraires sur les tarifs existants. C'est donc un traité de paix signé entre deux parties, et comme dans tout traité de paix, il y a un vainqueur et un vaincu ; dans l'espèce, le vaincu est le médecin.

Les médecins n'ont pas la force du nombre en face de collectivités qui se vantent *urbi et orbi* de grouper 5.000.000 d'individus et dans certaines régions du midi, de former pour ainsi dire la majorité de la population.

Ils n'ont pas également la cohésion qui peut suppléer au nombre, et l'*invidia medicorum* fait la force des mutualités.

Or, que se passe-t-il ? le médecin consacre par écrit sa défaite, il accepte des rabais que ne consentiront jamais ses voisins, les épiciers, les marchands de vins, il se complait dans sa défaite et serait presque reconnaissant à ses vainqueurs. Mais si le patronat vaincu par les ouvriers, fait payer au public la casse, rien de pareil pour le médecin. Il ne peut répartir ses dommages sur ses autres clients : c'est pour lui-même une perte réelle et irréparable.

L'ouvrier, pour lutter et forcer son patron à souscrire au contrat qu'il impose, a une arme redoutable : la grève.

Le médecin, par humanité, ne peut adopter la même méthode, il ne peut refuser de visiter des malades, il ne peut se croiser les bras en face de la douleur et de la souffrance et faire faillite à la mission qu'il a volontairement accepté de remplir dans la Société.

En résumé, faire un contrat collectif de travail avec des mutualités, c'est faire un métier de dupes.

Quel intérêt le médecin a-t-il à donner satisfaction aux mutualités qui l'exploitent ? Aucun.

Il doit s'affranchir de leur tutelle et rester indépendant. Il doit dénoncer tout contrat existant et refuser d'en signer de nouveaux.

Comment y arriver ? Si le médecin ne peut faire la grève contre le malade, il y a une grève qu'il peut toujours cultiver, c'est la grève administrative. Qu'il continue à soigner son malade, mais refuse de signer aucune feuille de société ; pas de feuille de maladie, pas de certificat de maladie, pas d'ordonnances sur papiers spéciaux.

Mais cela n'est pas suffisant : comme il est assuré de n'être pas honoré par la Société au tarif commun, comme d'autre part, le sociétaire appuyé par la Société, contesterait le montant de ses honoraires, s'il envoyait sa note en fin de trimestre ou d'année, il doit exiger le paiement au comptant, en délivrant un reçu au malade sociétaire pour lui permettre de se faire rembourser tout ou partie par sa Société Mutuelle.

Grève administrative, paiement au comptant, voilà les armes que le médecin doit employer pour lutter contre les Société mutuelles.

C'est ainsi que le médecin retrouvera son indépendance, sans se lier par un contrat consenti par lui et consacrant et légitimant son exploitation.

La formule doit être : Contrat entre le sociétaire et la société. La société établissant des statuts auxquels adhère le sociétaire et lui garantissant des soins médicaux, sinon en nature du moins en argent. Contrat entre le médecin et son malade, c'est-à-dire acceptation par celui-ci d'un chiffre d'honoraires proposé par le médecin ; la société doit être laissée en dehors de ce contrat.

En résumé, sus au contrat collectif, néfaste pour les médecins.

Dr VIMONT.

CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

La médecine militaire devant l'opinion médicale.

Il paraît, d'aucuns le soutiennent tout au moins, que nous méritons d'être voués aux gémonies pour l'odieuse et méchante campagne que nous sommes censés mener contre le Service de Santé.

Il paraît qu'on nous trouve au plus haut point blâmables d'avoir estimé que les personnages plus ou moins officiels qui proclamèrent solennellement les pertes de guerre du Service de Santé, à la réouverture du Val-de-Grâce, s'étaient moqués des médecins de complément en leur attribuant un pourcentage ridicule et faux de 0,99 %.

Il paraît que nous cherchons à semer ainsi la discorde au milieu du corps médical, au mépris des règles élémentaires de la plus cordiale confraternité et que nous sommes impardonnables

Ils sont là quelques fossiles, à qui la guerre n'a rien appris, qui ferment les yeux pour ne rien voir, qui se bouchent les oreilles pour ne rien entendre, et qui vont, se lamentant sur les injustices criantes et les injures gratuites dont on abreuve la Médecine militaire.

A tous ceux-là, et à tels autres qui leur emboitent volontiers le pas pour nous vilipender, nous recommandons la lecture d'un journal qui ne passe pas précisément pour révolutionnaire, et que son haut patronage scientifique apparente étroitement avec les milieux officiels. Nous voulons parler du *Journal des Praticiens* du 31 janvier 1920, où nous lisons, page CXL, sous le couvert de l'anonymat, et par conséquent, sous la responsabilité de la rédaction tout entière de cette honorable publication, les lignes suivantes :

« ..... L'esprit des chefs resta ce qu'il était...
« Et cet esprit-là, véritablement médico-militaire,
« les congénères de M. Troussaint ne tenaient pas à
« le laisser perdre. Aussi le 9 août 1915, le G.Q.G.,
« sous le n° 5676 secret, préconisait le retour à
« l'intérieur de tous les médecins de l'active et leur
« remplacement par des médecins de complément
« — et un peu plus tard — le 19 septembre 1915,
« la lettre ministérielle n° 34.681 Ci/7 prescrivait le
« retour des élèves de Lyon dans les ambulances
« s'ils avaient 8 inscriptions ; dans les groupes de
« brancardiers, s'ils en avaient moins, et leur rem-
« placement au feu par de vulgaires étudiants en
« médecine. »

Voilà, cette fois, la preuve dont l'homme sage ne se dispense pas quand il affirme que la médecine militaire n'a pas toujours été à sa place... une place qui n'avait rien de déshonorant !

Et ce n'est pas nous qui exhumons ces documents singulièrement instructifs, c'est le *Journal des Praticiens*.

***

Nous ne nous lasserons pas de redire que nous n'avons nulle intention de faire la guerre aux hommes. Il y a, dans la Médecine militaire, une organisation que nous trouvons mauvaise, inadaptée aux exigences de la guerre moderne telles que les évènements les ont révélées. C'est cette organisation dont nous nous efforçons

très loyalement de montrer les imperfections, envers et contre tous ceux qui s'acharnent à la défendre.

Aussi, préférons-nous et louons-nous, sans réserve, la manière de M. Troussaint, qui lui, au moins, discute et argumente, critiquant courtoisement les conceptions différentes que défendent quelques groupements, au nombre desquels nous nous honorons de compter.

Ainsi, dans le *Bulletin médical* du 31 janvier, M. Troussaint revient sur la question des galons, dont il s'efforce de légitimer la nécessité au nom de l'intérêt bien compris de la discipline.

Nous répéterons encore que c'est contre les galons assimilateurs, marque distinctive des degrés d'une hiérarchie incompréhensible, que nous nous élevons.

S'ils se bornent à n'être qu'un ornement sur les manches et sur le chef de celui qui les porte, dans le but d'en imposer au soldat, ils nous indiffèrent profondément, et nous ne voyons aucun inconvénient à en gratifier le médecin, mais dans le sens même et avec la même signification qu'ils ont au regard de l'aumônier militaire.

A ce point de vue, nous ne voyons aucun inconvénient à ce que tous les médecins militaires portent 3, 4 et même 5 galons.

M. Troussaint prend encore la peine d'établir la distinction qui s'impose entre l'*autonomie* du Service de Santé et son *indépendance*.

Comme ces deux expressions sont souvent revenues dans nos articles, nous tenons à préciser que nous avons toujours revendiqué *l'indépendance technique* du médecin dans l'armée, tout en marquant que nous reconnaissons la nécessité de sa *subordination militaire au commandement*. C'est le commandement qui fait et mène la guerre. C'est lui qui élabore le plan de la campagne, qui prescrit les mouvements, qui ordonne de tenir coûte que coûte, ou au contraire, de se replier. Le médecin, dont le rôle est si nettement spécialisé, adapte son service particulier aux conceptions tactiques ou stratégiques du chef, mais sous sa pleine responsabilité, choisissant, par exemple, l'emplacement de ses formations.

Croit-on que les formations sanitaires, les ambulances en particulier, auraient été si souvent et si copieusement bombardées si elles n'avaient pas été établies au contact immédiat d'organes de guerre non neutralisés, parcs d'artillerie, dépôts de munitions, centres de ravitaillement, camps d'aviation ?

Peut-on dire que, près de l'enceinte de l'hôpital de V., qui subit un si terrible et si meurtrier marmitage, se trouvaient les mâts de signaux et de repère des aviateurs tout proches ?

M. Troussaint montre le Service de Santé tributaire du Service des Chemins de fer pour la marche des trains sanitaires. Est-il exact qu'un médecin chef d'H.O.E. n'ait le droit de réclamer un train sanitaire au 4e bureau de l'Etat-Major que quand il compte 400 blessés triés, pansés et prêts à être embarqués, de telle sorte que, lorsque le train arrive, plusieurs heures plus tard, ce n'est plus 400 malheureux qui attendent douloureusement leur évacuation, mais 200, 300, 400 de plus qui doivent, à leur tour, patienter jusqu'à la venue, plus tardive encore, d'un deuxième train ?

N'est-ce pas à ces errements criminels qu'il faut attribuer la mort, faute de trains, de 565 Français en Artois, en mai et juin 1915 ? (*Journal des Prat.*, loc. cit.).

Peut-on dire que le train sanitaire semi-permanent no 21 Etat, restait inactif et inoccupé en janvier 1915, tandis que les blessés du Nord affluaient dans les wagons à bestiaux où ils claquaient comme des mouches, du tétanos et de la gangrène gazeuse ? Que, de janvier 1915 à juillet 1916, ce train fit à vide la navette entre les gares de S.I/R., M. L., H., S., (Seine-et-Oise), ayant accompli en tout et pour tout pendant ce temps quatre transports sanitaires de blessés ?

Peut-on dire que des sections sanitaires automobiles ont, à différentes reprises, sous le couvert de la Croix Rouge et au mépris de la Convention de Genève, transporté des projectiles d'artillerie, malgré la protestation de leur personnel ?

Est-il défendable, le Service dont l'organisation, ou pour être plus exact, la désorganisation, aboutit à de telles... anomalies ?

Et s'il n'en est pas directement responsable, s'il est le prisonnier de règlements aussi contraires à la logique, au bon sens, et à l'humanité, ne se trouve-t-il pas inexcusable de n'avoir pas tout tenté pour s'en affranchir ?

Et c'est alors que se démontrent, une fois de plus, avec une évidence indiscutable, les inconvénients et les dangers de l'assimilation.

Si les médecins militaires, au lieu d'être des généraux, des colonels, des commandants, etc. de seconde qualité (service) soumis aveuglément à d'autres généraux, colonels, commandants de première qualité (arme), avaient été tout simplement des médecins, des techniciens préoccupés avant tout de l'accomplissement intégral de leur noble mission, hiérarchisés entre eux selon le mode que nous proposons, mais ayant leur indépendance technique, n'auraient-ils pas tout fait pour être et demeurer maîtres chez eux ?

M. Troussaint le sent si bien qu'il déplore l'ingérence du commandement dans l'appréciation des mérites des médecins militaires :

« Il importe de laisser à l'autorité supérieure « médico-militaire l'appréciation d'ensemble de l'ap- « titude et de la valeur des candidats à l'avance- « ment. En l'espèce, les notes militaires, émanées

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales.

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arcachon : Cazaban, Dechamp.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu : Bertier Louis, Ricoux.
Beausoleil : Audoly, Pizard P.,
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles, Baradat, Bayle, Fournier, Kent-Gazet, Seytre, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Frank-Duprat, Camoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Durond, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Jaubert.
Menton : Jean Fornari aîné, P. de Langenhagen.
Monaco : Jolivot.
Monte-Carlo : Vivant.
Rousses (Les): Dumont A.
Nice : Ardoin, S. Baudry (*oculiste*), Bermondy, Bernarbeig, Carlotti (*ophtal.*) Cauvin (*oculiste*), Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Gruzu, Laugier, Larue, Leblanc, Leriche Emile, Liotard, Martinaud (*Mon cure-repos*), Piétri, Rosanoff Seney, Sorel (*gyn. chir.*), Stefani.
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy, Gain.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadon.
Toulon : Gilbert Pignet (*urol. derm.*), Regnault (*chir., gyn.. orth.*).

« du commandement, ne sauraient avoir qu'une « valeur indicative et primer les notes techniques. « Combien de médecins ont été arrêtés dans leur « carrière par le jugement de chefs militaires plus « enclins et mieux préparés à apprécier l'aptitude « militaire et l'esprit de subordination que la valeur « professionnelle, ayant conservé, aussi parfois, le « souvenir ou le ressentiment de résistance à des « intentions, des desirs, voire des ordres considérés « par le médecin comme physiologiquement et mé- « dicalement contraires à l'intérêt de la santé des « hommes. » (*Bulletin méd.*, n° 6, p. 104).

Nous ne le lui faisons pas dire. Et il ne saurait nous fournir de meilleur argument en faveur de l'indépendance technique du médecin dans l'armée.

Indépendance technique, mais non militaire proprement dite, le chef ayant le droit d'exiger, par exemple, que la visite médicale aura lieu à telle heure, mais non de limiter le nombre des troupiers qui pourront être reconnus malades, sous peine de mal noter son médecin ?

Petit à petit, nos idées font leur chemin. Elles ne sont pas sans valeur, puisqu'on les discute. Nous n'en verrons peut-être pas le triomphe. Qu'importe, si nos enfants et petits-enfants trouvent auprès de la médecine militaire de demain le maximum de sécurité qu'aura pu leur valoir le mouvement d'opinion que nous aurons contribué à provoquer et à faire aboutir !

CHRONIQUE DE L'ENSEIGNEMENT

La médecine de l'Histoire à l'Institut des Hautes Etudes de Belgique.

L'Institut des Hautes Etudes de Bruxelles demandait récemment à M. le docteur Cabanès, rédacteur en chef de la *Chronique médicale*, de venir en Belgique faire un cours sur *les relations de la médecine avec l'histoire : théorie et applications* .

Ce cours a compris six leçons et a été inauguré le 19 janvier 1920.

Avant de développer le sujet du cours et de dire le magnifique succès remporté par notre confrère, nous permettra-t-on de noter que cette manifestation scientifique a constitué le premier enseignement en Europe de la Médecine historique : à ne pas confondre avec l'histoire de la médecine, professée dans nombre de facultés de tous pays et dont, tout récemment, à la Société française de l'histoire de la Médecine, son éminent président, M. le professeur Janselme, montrait, non seulement le parallélisme, mais encore la compénétration et l'entr'aide ?

Pourquoi faut-il donc qu'un enseignement de cette importance ait vu le jour à l'étranger et qu'un Français ait été obligé, de par les règlements vétustes de notre Université, d'aller inaugurer, ailleurs que dans son pays, un cours dont la France eût dû avoir la primeur ?

« Toute une école historique, dit M. le Dr Cabanès, qui relève plus ou moins directement de Fustel de Coulanges, de Taine, de Littré, admet que l'Histoire est non surtout la science des faits, mais la science des âmes ou mieux encore des états d'âme, aussi bien des collectivités que des individus ».

Mais dans la psychologie, il est une manière qui la considère comme une dépendance de la métaphysique, tandis que l'autre la lie intimement à la physiologie. Ici, nous entrons de plein pied dans le domaine de la science.

Basées sur des pièces rigoureusement authentiques, contrôlées les unes par les autres, fortifiées de rapprochements qui, au premier abord, sembleraient devoir faire se heurter les personnages ou les faits mis en cause, les considérations que met en lumière le Dr Cabanès nous apparaissent comme représentant le maximum de vérité historique dans l'état actuel de la documentation.

Le médecin historien, à notre sens, et c'est la manière de notre auteur, doit utiliser des documents de deux ordres : les uns ressortissant purement à l'histoire générale, documents connus, épars en cent mémoires divers. Rassembler ces documents, les analyser, les vivifier par une interprétation qui ne peut être, sans doute, complètement impartiale, — puisqu'elle reste individuelle —, mais qui se rapproche de la vérité autant que faire se peut : voilà une partie de l'œuvre. D'autre part, ce médecin historien prélèvera dans les traités de pathologie, dans les écrits spéciaux de médecins, de souverains, ou de grands seigneurs, dans les lettres de grands personnages et aussi d'humbles serviteurs, tout ce qui pourra l'aider à reconstruire son diagnostic rétrospectif, mais aussi à retrouver le mobile physio-pathologique de tel ou tel acte dont on voyait mal la genèse.

L'œuvre est complexe.

Mais le labeur de la médecine historique sera donc une mise en jeu de ces deux groupes de documentation. De leur rapprochement, de leur confrontation, va naître soit une psychologie nouvelle (voyez le hautain Louis XIV, s'apitoyer sur le sort des blessés de guerre), soit une manière de voir qui s'impose à la réflexion (Louis XVII ne peut être mort qu'au Temple) : notation, manière de voir qu'il eût été impossible de déterminer si le médecin seul eût pris la plume ou seulement l'historien. « Si l'Histoire, dit encore le Dr

Cabanès (1), citant Michelet, doit être la résurrection de la vie intégrale, la psychologie — et nous entendons pas là, la méthode physio-psychologique — n'aidera-t-elle pas puissamment à réaliser dans toute son ampleur le vœu de l'éminent historien ? »

Ce fut à démontrer la possibilité de cette résurrection intégrale que furent consacrées les leçons de Bruxelles. L'*Etoile Belge*, le *Soir*, les grands organes de nos amis de l'Est ont souligné, dans de très substantielles chroniques, la beauté, l'utilité et la noblesse d'une pareille étude.

Nos confrères français aimeront à savoir comment nos confrères belges reçurent l'un des nôtres et le chaleureux accueil qui lui fut réservé ; comment à Anvers, au Cercle médical français, il fut entouré et fêté ; comment enfin Madame Tricot-Royer et notre sympathique confrère, le docteur Tricot-Royer, organisèrent une réunion d'une intimité charmante, en son honneur...

Ne croyez-vous pas qu'il serait éminemment souhaitable que nous rendions pareille politesse ? Espérons que les amitiés franco-étrangères, dont la section Franco-Belge est parmi les plus vivantes, réaliseront toutes les espérances qu'elles ont fait naître.....

Dr R. MOLINÉRY.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Admissions. — Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

4149 Apard, de Reuilly (Indre).
4150 Gontan, de Morienval (Oise).
4151 Humbert, de Saint-Dié (Vosges).
4152 Desjeux, d'Argent (Cher).
4153 Mignon, de Mézières (Ardennes).
4154 Anrioud, de St-Pierre-sur-Dives (Calvados).
4155 Vitant, de Charlieu (Loire).
4156 Jacquier, de Roquefort (Landes).
4157 Berthon, de Mareuil-sur-Belle (Dordogne).
4158 Chouet, de Maintenon (Eure-et-Loir).
4159 Pons, de Sancergues (Cher).
4160 Dramard, d'Orléans (Loiret).
4161 Nouvian, de Fismes (Marne).
4162 Lancet, d'Ardres (Pas-de-Calais).
4163 Ribes, d'Antibes (Alpes-Maritimes).
4164 Herpe, de Jugon (Côtes-du-Nord).
4165 Weill, de Paris, 15, avenue des Gobelins.
4166 Mme Yves, de Puteaux (Seine).
4167 Fauvet, de Lussac-les-Eglises (Haute-Vienne).
4168 Colbert, de Cambo-les-Bains (Basses-Pyrénées).
4169 Delort, de Saint-Flour (Cantal).
4170 Vasseur, de Liévin (Pas-de-Calais).
4171 Lalbie, de Meaux (Seine-et-Marne).
4172 Leclère, de Cambremer (Calvados).
4173 Paon, de Châlon-sur-Saône (Saône-et-Loire).
4174 Brault, de Rennes.
4175 Sarthou, de Jarnac-Champagne (Charente-Inférieure).
4176 Ducrot, de Saint-Gengoux-le-National (Saône-et-Loire)
4177 Herlemont, de Caudry (Nord).
4178 Hardy, de Paimbœuf (Loire-Inférieure).
4179 Monplaisir, de Cholet (Maine-et-Loire).
4180 Castel, de Daoulas (Finistère).
4181 Lépagnole, de Paris, 10, rue Richer.
4182 Menusier, de Paris, 66, rue La Rochefoucauld.
4183 Neyron, de Tarascon (Bouches-du-Rhône).
4184 Lerat, de Roubaix (Nord).
4185 Révérend du Mesnil, du Donjon (Allier).
4186 Pedrono, de Lorient (Morbihan).
4187 Herland, de St-Brieuc (Côtes-du-Nord).
4188 Valery, de Paris, 30, boulevard Voltaire.
4189 Jannot, de Laheycourt (Meuse).
4190 Imbert, de Louviers (Eure).
4191 Roustan, de Marseille.
4192 Azoulay, de Paris, 80, avenue Mozart.
4193 Merger, de Chaumont (Haute-Marne).
4194 Sage, de La Tour-du-Pin (Isère).
4195 Gautier, de Villefranche-sur-Saône (Rhône)
4196 Dangers, de Bruère (Cher).
4197 Ruyssen, d'Haubourdin (Nord).
4198 Paris, d'Orléans (Loiret).
4199 Binet, de Besançon (Doubs).
4200 Savouret, de Chaumont (Haute-Marne).
4201 Phelebon, de Montrichard (Loir-et-Cher).
4202 Germain, de Montluel (Ain).
4203 Hunaut, de Lambézellec (Finistère).
4204 Icard, d'Aiguebelle (Savoie).
4205 Salembier, de Loches (Indre-et-Loire).
4206 Bru, de Mas-Cabardès (Aude).
4207 Serrigny, de Breteuil-sur-Iton (Eure).
4208 Tarrin, de Lorris (Loiret).
4209 Bertholey, Oullins (Rhône).
4210 Luys, de Paris, 15, rue de Jussieu.
4211 Roblin, de Flamboin-Gouaix (Seine-et-Marne).
4212 Trolard, de Guyotville-Alger (Alger).
4213 Léger, de Neuvic-sur-l'Isle (Dordogne).
4214 Goigoux, Dun-le-Palleteau (Creuse).
4215 Béquain, Servance (Haute-Saône).
4216 Sautrot, Pontgouin (Eure-et-Loir).

(1) L'Académie de médecine vient de décerner le grand prix Saintour au Dr Cabanès pour un ouvrage : « *Chirurgiens et blessés : des origines à la Croix-Rouge* ». Albin Michel, éditeur. (Edition unique tirée à 900 ex. numérotés.)

4217 Milhau fils, Labastide-Rouairoux (Tarn).
4218 Bouilloc, La Mure (Isère).
4219 Jousse, Saint-Calais (Sarthe).
4220 Tel, Buzet, (Lot-et-Garonne).
4221 Gobert, Sedan (Ardennes).
4222 Deffuant, Bédarieux (Hérault).
4223 Gravier, Brienon (Yonne).
4224 Petit, Cholet (Maine-et-Loire).
4225 Durand, Preuilly-sur-Claise (Indre-et-Loire).
4226 Pasquier, Nantes (Loire-Inférieure).
4227 Maymou, Martinvast (Manche).
4228 Zimmer, Jouarre (Seine-et-Marne).
4229 Coudray, Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir).
4230 Luneau, Nantes (Loire-Inférieure).
4231 Vigot, Caen (Calvados).
4232 Lucasse, St-Pierre-lez-Auchel (Pas-de-Calais).
4233 Bureau, Melun (Seine-et-Marne).
4234 Grivot, Lorient (Morbihan).
4235 Chalibert, Paris, 43, avenue de St-Mandé.
4236 Pons-Leychard, Montagnac (Oran).
4237 Degouy, Saint-Cloud (Seine-et-Oise).
4238 Bruneau, Coubert (Seine-et-Marne).
4239 Damian, Ecouché (Orne).
4240 Tissot, Bagé-le-Chatel (Ain).
4241 Got, 32, rue Vital-Carles, Bordeaux.
4242 Basile, Saints (Seine-et-Marne).
4243 Desbordes, Civray (Vienne).
4244 Chaillot, Cognac (Charente).
4245 Bresard, La Varenne (Seine).
4246 Le Marié, Nantes (Loire-Inférieure).
4247 Parmentier, Sainte-Cécile (Vendée).
4248 Chambon, Decazeville (Aveyron).
4249 Jalibert, Port-Vendres (Pyrénées-Orientales).
4250 Lavalley, Villedieu-les-Poëles (Manche).
4252 Rimey, Luxeuil (Haute-Saône).
4253 Perreau, Ivry (Seine).
4254 Martinet, Saint-Pourçain-sur-Sioule (Allier).
4255 Tara, 55, boul. Victor, Paris.
4256 Dullin, Le Mont-Dore (Puy-de-Dôme).
4257 Démoulin, Cap-Brun (Var).
4258 Ollivier, Granville (Manche).
4259 Sauvage, Quiberon (Morbihan).
4260 Ridet, Paris.
4261 Six, Tourcoing (Nord).
4262 Nègre, Mazamet (Tarn).
4263 Fauvel, Le Havre (Seine-Inférieure).
4264 Naret, Thonon-les-Bains (Haute-Savoie).
4265 Toupance, Dixmont (Yonne).
4266 Morel, Tarare (Rhône).
4267 Vivier, Evreux (Eure).

Responsabilité civile. — Le Dr P. (Vienne) transmet une lettre aux termes de laquelle son avoué demande le paiement de la somme de 260 fr. 45, montant des frais qui lui sont dus dans une affaire de responsabilité civile, gagnée avant la guerre, en première instance et en appel, contre un ancien client complètement insolvable.

Le Conseil ordonnance le paiement de ladite somme de 260 fr. 45.

— L'adversaire du Dr L. (Paris) ayant perdu devant le Tribunal civil le procès en responsabilité civile qu'il lui avait intenté, avait interjeté appel, mais n'a pu suivre sur cet appel, n'ayant pas obtenu l'assistance judiciaire devant la Cour comme il l'avait eue devant le Tribunal Civil.

L'affaire étant considérée comme abandonnée, le Conseil ordonnance le paiement à l'avoué d'appel de la somme de 36 fr. 60, montant des frais qui lui sont dus.

Accidents du travail. — Le Conseil ordonnance le paiement au Dr L. (Corrèze) de la somme de 226 fr. 22, montant des frais judiciaires, et de celle de 100 fr., pour honoraires de son avocat, dans le procès en appel de recouvrement d'honoraires accidents qu'il a perdu. Dans cette affaire, il avait été jugé qu'il n'y avait pas eu accident du travail entraînant la responsabilité du patron et le Tribunal a estimé que le médecin n'avait pas été mis en œuvre par le patron ou la Compagnie d'assurances dans des conditions qui rendent ceux-ci responsables du paiement des honoraires médicaux.

— Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr V. (Seine-et-Oise) pour former un pourvoi en Cassation contre un jugement par lequel un Tribunal civil jugeant en appel dans une affaire d'honoraires accidents du travail, a appliqué la prescription d'un an tout en admettant que le médecin avait été choisi par le patron. Cette décision est contraire à l'arrêt de la Chambre Civile de la Cour de Cassation du 2 février 1915, obtenu avec l'appui du « Sou » dans l'affaire du Dr d'H.

Le Conseil ordonnance le paiement :

1° D'une provision de 600 fr. pour le pourvoi en Cassation ; 2° de la somme de 57 fr. 44 pour les frais de l'avoué du Dr V. et de celle de 50 fr. pour ses honoraires ; 3° de celle de 429 fr. pour le paiement des frais et honoraires des avoués de l'adversaire et remboursement en principal et intérêts des frais que celui-ci a payés après le jugement qui a été cassé à la suite de son pourvoi.

— Le Conseil décide de suivre le pourvoi du Dr P. (Seine-et-Oise) admis par la Chambre des Requêtes, devant la Chambre Civile, et ordonnance à cet effet, le versement de la provision d'usage de 800 fr.

— Le Conseil ordonnance le paiement au Dr G. (Rhône) (affaire du cumul), de la somme de 116 fr. 55, qui lui est réclamée pour les frais de son adversaire, à la suite du rejet de son pour-

voi par la Chambre Civile de la Cour de Cassation.

— Le Dr C. (Seine-et-Marne) a été traîné en appel par un patron qui a été condamné à lui payer 50 fr. d'honoraires pour soins donnés à son ouvrier blessé. Me Gatineau est d'avis que l'appel est recevable, l'adversaire ayant décliné la compétence du juge de paix, mais doit être rejeté comme mal fondé.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr C. pour défendre à cet appel.

— Le Conseil ordonnance le paiement de la somme de 49,50, montant du tiers des frais mis à la charge du Dr G. (Nord), par le juge de paix, dans une affaire d'accidents du travail, jugée antérieurement à la guerre, et de celle de 15 fr. demandée par l'huissier pour ses frais et démarches.

— Le Conseil ordonnance le paiement au Dr T. (Charente), de la somme de 150 fr. montant des honoraires de son avocat, et de celle de 50 fr., montant des honoraires de son avoué, dans une affaire d'accidents du travail (contestation sur le nombre des visites et pansements) qu'il a gagnée en justice de paix, puis, avec l'appui du « Sou », en appel, où l'avait traîné son adversaire.

Remplacement. — Le Conseil du « Sou » se constitue en tribunal d'arbitrage pour juger un différend survenu entre deux de ses membres à l'occasion du remplacement de l'un d'eux par 'autre.

Discussion d'honoraires. — Le Dr G. (Isère) ayant pratiqué une opération sur l' appel et avec l'aide d'un confrère, et après accord avec le client sur le prix de l'intervention, se voit refuser le paiement de ses honoraires et offrir une somme très inférieure à celle qui avait été convenue, sous le prétexte qu'il n'est pas chirurgien nommé au concours.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de sa première note.

Divers. — Le Dr P. (Calvados) avait obtenu en 1913 l'appui pécuniaire pour poursuivre un procès contre plusieurs individus qui l'avaient assigné en revendication d'objets saisis en paiement d'honoraires. Pendant la guerre, l'un de ses adversairse a été tué et les autres ont disparu. Il y a donc lieu de liquider cette affaire, pour laquelle le Conseil ordonnance le paiement d'une note de frais et honoraires d'huissier, s'élevant à 153 fr. 25.

— Le Dr B. (Maine-et-Loire) ayant demandé et obtenu l'appui pécuniaire du « Sou » pour poursuivre un fabricant qui, lui ayant vendu un fauteuil de dentiste d'une marque déterminée, prétendait lui en livrer un d'une marque différente et d'un prix plus élevé, annonce que, à la suite d'une mise en demeure, cette maison s'est engagée à lui donner toute satisfaction.

— Le Dr X. demande l'appui pécuniaire pour intenter une action contre son propriétaire, qui refuse de faire repeindre sa cuisine.

Le Conseil, considérant que ce différend n'a aucun caractère professionnel et ne saurait, en conséquence, être du domaine du « Sou médical », ligue de défense professionnelle, décide qu'il n'y a lieu d'accorder l'appui pécuniaire demandé.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris.** — *Hôpital Saint-Antoine* (Enseignement de la radiologie médicale). — Le Dr Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera le dimanche 22 février, à 10 heures du matin, à l'hôpital Saint-Antoine, dans l'amphithéâtre de la Clinique médicale de M. le Pr Chauffard, et continuera les dimanches suivants, à la même heure, une série de six conférences sur la Radiothérapie des glandes endocrines et des tumeurs malignes.

Dimanche 22 février : les glandes à sécrétion interne et leur pathologie.

Dimanche 29 février : la glande thyroïde, le thymus et la radiothérapie.

Dimanche 7 mars : la glande pituitaire, les glandes surrénales et la radiothérapie.

Dimanche 14 mars : la question du cancer.

Dimanche 21 mars : le traitement du cancer.

Dimanche 28 mars : la radiothérapie des tumeurs malignes.

— **Distinction honorifique.** — Le Dr P. FAVIER, de Tourcoing, n'étant pas mobilisable, était resté, pendant la guerre, à Quesnoy-sur-Deule, et fut ensuite évacué à Tourcoing.

Pour se rendre utile, il fit partie du service des renseignements pour les armées alliées dans le secteur La Bassée-Ypres.

En décembre dernier, le Ministère de la Guerre britannique lui a accordé, pour services rendus, la médaille de guerre anglaise.

Tous nos compliments à notre confrère.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON; THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

SAVONS ANTISEPTIQUES VIGIER

HYGIÉNIQUES & MÉDICAMENTEUX

SAVON doux ou pur, **S.** hygiénique **S.** surgras au Beurre de cacao, **S.** à la glycérine (*pour le visage, la poitrine, le cou* etc.), **S.** Panama, **S.** Panama et Goudron, **S.** Naphtol soufré **S.** Goudron et Naphtol *pour les soins de la chevelure, de la barbe, pellicules, séborrhée, alopécie maladies cutanées.* **S.** Sublimé, **S.** Phéniqué, **S.** Boriqué, **S.** Créoline, **S.** Eucalyptus, **S.** Eucalyptol, **S.** Résorcine, **S.** Salicyle, **S.** Salol, **S.** au Solvéol, **S.** Sulfate de cuivre, **S.** Thymol (*accouchements, anthrax, rougeole, scarlatine, variole,* etc.). **S.** au Pétrole contre *la gale, parasites.*

SAVON à l'Ichthyol, **S.** Panama et Ichthyol, **S.** Sulfureux, **S.** à l'huile de Cade, **S.** Goudron, **S.** Boraté. Goudron boriqué, **S.** Iodé à 5 o/o d'iode, **S.** Mercuriel à 33 o/o de mercure. **S.** au Tannoforme contre *les sueurs,* **S.** à l'huile de Chaulmoogra, contre *la lèpre, le psoriasis,* **S. B.** du Pérou et pétrole, *gale, parasites.*

Pharmacie VIGIER, 12, boulevard Bonne-Nouvelle, Paris.

URACÉTOSE

GRANULÉE

Lycétol, Héxaméthylénetétramine. (Syn. Urotropine) Sels de Lithine, etc.

Le plus complet dissolvant de l'ACIDE URIQUE

et le plus puissant des Diurétiques antiseptiques

(2 à 6 cuillerées à café par 24 heures)

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE:

Laboratoires de l'**URACETOSE, 26, Rue de Sévigné, PARIS**

Gaïacalcine Latour

Polyphosphate Gaïacolé calcifiant Modificateur des Sécrétions

Présentée en cachets. Boîtes pour 15 jours de traitement.

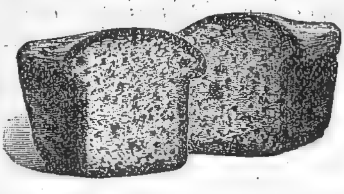
Bronchite chroniq. Emphysème pulmonaire. Tuberculose pulmonaire et osseuse. Dilatation des bronches. Catarrhe. Bronchite aiguë. Trachéo-bronchite. Anémie.

Echantillons gratuits à MM. les Docteurs.

Vente en gros : Laboratoires Latour, 17, Place des Vosges, Paris

DÉTAIL TOUTES PHARMACIES

(2



DIABÈTE

PAIN FOUGERON

AVEC MIE — FRAIS — EXQUIS

37, rue du Rocher. — PARIS

"MANNITINE" SIROP PURGATIF POUR BÉBÉS

Manne. Extr. de Rhamnées. Sérum sulfaté. GOUT DÉLICIEUX

LAXATIF ET DÉPURATIF POUR SECONDE ENFANCE

Dose purgative : 1 cuillerée à dessert ou à soupe suivant l'âge.

LABORATOIRE MOYAL, VERNON (EURE).

Dose laxative : 1 cuillerée à café ou à dessert suivant l'âge.

APPAREIL PORTATIF DE HAUTE FRÉQUENCE

ETUI-BOITE Intérieur Velours



80 APPAREILS VENDUS EN TROIS MOIS A PARIS

Le plus petit Appareil de Haute Fréquence QUI EXISTE

Cet appareil, qui s'adapte instantanément sur toute douille de lampe ou prise de courant, qui fonctionne sur tous courants continu, alternatif, triphasé, etc., qui a été reconnu par les Electrothérapeutes les plus éminents *aussi qualifié que les grands appareils,* permet *une utilisation des plus pratiques* de courants de haute fréquence en : Dermatologie, Oto-Rhino-Laryngologie, Urologie, Gynécologie et Ophtalmologie, en raison des nombreuses électrodes de toutes formes qui s'y branchent. Il permet également l'*Auto-conduction* ou D'Arsonvalisation, la Fulguration, de même que le traitement des affections des voies respiratoires par l'*Ozone.* — Sa consommation est de 22 watts et son poids, dans une élégante boîte gainée de 27 × 20 × 10 c/m avec 2 électrodes (comme représenté ci-contre) : 2 kil. 1/2. — Extrême simplicité de maniement, absence absolue de tout danger, même employé par des Docteurs non spécialisés en Electrothérapie.

Prix : 525 francs.

THE STERLING C° DE FRANCE —:— *68, rue Condorcet, PARIS (9°).*

Fournisseur de la Faculté de Médecine et de l'Assistance publique de Paris.

TOUT DOCTEUR NOUS ENVOYANT SA CARTE RECEVRA UNE NOTICE COMPLÈTE SUR L'APPAREIL

prises de construction, aux lois spéciales sur les accidents du travail et, par suite, les ouvriers blessés à leur service ont le droit de choisir librement leur médecin.

Si le médecin a été choisi par l'ouvrier, il ne peut exiger de l'entreprise que le paiement de ses honoraires au Tarif Dubief.

Si, au contraire, il a été choisi par l'entreprise, le Tarif applicable est le tarif ouvrier local ou le tarif syndical.

Les certificats doivent, bien entendu, être payés par l'entreprise aux prix du tarif applicable.

L'application de la majoration de 100 % du Tarif Dubief.

L'an dernier, je vous ai prié de m'établir une note d'honoraires accident du travail : S... chez L... à S... fracture de la colonne vertébrale, blessé le 14 avril et décédé le 16 juin 1919.

Le 4 juillet, je présentai *au patron* la note qui s'élevait à 246 fr. 50.

En novembre dernier, l'agent de la Cie La Société X se présente chez moi pour me payer les 246 fr. 50.

Je lui objectai la majoration de 100 % du Tarif Dubief en date du 29 juillet avec effet rétroactif pour les accidents postérieurs au 1er avril 1919 et non réglés avant le 29 juillet. Il me répondit qu'il voulait en référer à sa Compagnie et le 22 décembre m'écrivit :

Le 22 décembre 1919.

Monsieur le Docteur M...

Monsieur,

Pour le règlement du sinistre S. et à titre de conciliation, je suis prié de vous offrir la somme de 360 fr., que je tiens à votre disposition.

Agréez, Monsieur, mes meilleures salutations :

R.

A quoi je répondis le 25 décembre :

« Monsieur,

« Je ne vois pas bien à quoi correspond la somme qui m'est offerte pour le sinistre S...

« La majoration du tarif Dubief est de 100 % et non pas de 68 %, chiffre qui m'est offert.

« Je vous serais très obligé de prier votre Société de vouloir bien me payer les 100 %, soit la somme de 493 fr.

« Veuillez agréer, Monsieur, mes salutations empressées. »

Ne recevant rien, le 3 février je récrivis à l'agent.

« Monsieur,

« Je vous serais obligé de me faire savoir quelle réponse la Société d'Assurances a faite à ma lettre du 25 décembre, au sujet de l'accident S. Vous vous souvenez que votre Société m'offrait 360 fr. au lieu de 493 qui me sont dus par suite de la majoration de 100 % du Tarif Dubief.

« Décidé à liquider cette affaire, je vais en charger le « Sou Médical »si je ne puis en obtenir règlement à l'amiable.

« Recevez, etc.

Par retour du courrier, la lettre suivante m'était adressée :

« Monsieur le Docteur M.

« Monsieur,

« En réponse à votre estimée du 3 écoulé, je ne puis que vous renouveler l'offre faite par ma lettre du 22 décembre 1919, de la somme, et à titre de conciliation, de 360 fr.

« Veuillez agréer, M. etc. » R.

Que dois-je faire ? Je m'en rapporte à vous, tenant à votre disposition l'original des lettres que j'ai reçues.

Cette Cie n'a pas encore réglé une note du Dr B... datant d'un an, je crois, avant la guerre.

J'attends votre réponse et vous remercie d'avance.

Dr M.

Réponse

A la suite de cette lettre et d'une autre lettre concernant un refus de même nature opposé par un Syndicat de Garantie à un autre de ses membres, le « Sou Médical », par une démarche au Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales, a pu faire obtenir satisfaction à ses adhérents, ainsi qu'il résulte de la lettre ci-après :

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE
DE L'ASSISTANCE
ET DE LA
PRÉVOYANCE SOCIALE

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SERVICE DU CONTROLE
DES
Assurances privées

Contrôle des Sociétés d'assurances
Contre les Accidents du travail

Paris le 14 février 1920.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer que le Synidcat de Garantie N... et la Société X... viennent de me faire connaître qu'ils appliqueraient la sentence arbitrale rendue le 29 juillet 1919 par M. Bienvenu-Martin, sénateur, et majorant de 100 %, du 1er avril 1919 au 1er janvier 1920 le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail.

Recevez, etc.

Le Ministre,
de l'Hygiène, de l'Assistance
et de la Prévoyances Sociales ;
Par autorisation :
Le Conseiller juridique,
Chef du Service,
SUMIEN.

M. le Secrétaire du « Sou Médical ».

La patente et le droit d'exercer la médecine.

Un spécialiste dentiste, attaché à un établissement national, a vendu son cabinet et de ce fait n'est plus patenté. A-t-il le droit de prétendre exercer ses fonctions dans ledit établissement, ou bien le poste est-il vacant du fait de la vente de son cabinet ?

Réponse

Le droit d'exercer la médecine est absolument indépendant de la patente, qui est simplement une mesure fiscale.

En admettant donc que le spécialiste dont il s'agit dans votre lettre ne soit plus patenté, il n'en aurait pas moins le droit d'exercer et par conséquent de conserver les fonctions de dentiste de l'établissement. Ces fonctions, d'ailleurs, même s'il n'exerçait pas sa profession en dehors d'elles, seraient suffisantes pour qu'il doive être soumis à l'impôt de la patente, ou du moins à ce que la loi du 31 juillet 1917 en a laissé subsister. Si donc sa patente avait été supprimée à la suite de la vente de son cabinet, il devrait lui être rétabli une nouvelle patente, dont la base serait différente sans doute de la précédente.

Nous vous rappelons que la patente est établie pour l'année entière. Si le spécialiste dont il s'agit a vendu son cabinet depuis le 1er janvier, il devrait donc intégralement les centimes additionnels qui constituent actuellement le seul impôt de patente.

Incompatibilités administratives.

Y a-t-il incompatibilité :

Entre les fonctions de membre d'une Commission administrative des Hospices et celles de médecin d'un établissement qu'administre cette Commission ?

Entre celles d'administrateur du Bureau de Bienfaisance et celles de médecin chargé du Service de l'Assistance Médicale Gratuite ?

Si une jurisprudence était établie sur ce point, je vous serais obligé de vouloir bien me donner toutes indications me permettant de m'y reporter.

Dr T.

Réponse.

Sur l'incompatibilité de la fonction de médecin d'un hôpital avec certaines autres il existe un arrêt du Conseil d'Etat, du 3 avril 1908, décidant qu'aucune disposition de loi n'a édicté d'incompatibilité entre ces fonctions.

Par suite, un médecin d'hôpital peut être

président, ou membre de la commission administrative de l'hôpital, comme maire, etc.

De même pour l'assistance médicale gratuite et le bureau de bienfaisance. Aucune disposition législative, ni décision de jurisprudence ne limite les droits d'un médecin, membre de la commission administrative du bureau.

Mais, si en général, nous pouvons vous faire cette réponse, il ne faut pas oublier qu'il y a des cas d'espèce. Par exemple, lo sque le service de l'A. M. G. n'est pas fait selon le libre choix du médecin et au tarif à la visite, c'est le préfet qui nomme les détenteurs de circonscriptions. Le préfet peut donc se refuser à nommer médecin de l'A. M. G. un médecin d'un bureau de bienfaisance. Mais le ferait-il, en indiquant les motifs, que sa décision pourrait être déférée au Conseil d'Etat, pour excès de pouvoir.

De même, il faut éviter que le médecin ne soit chargé d'ordonnancer lui-même et pour lui-même des bordereaux de paiement.

Aussi sommes-nous à votre disposition pour vous donner de plus amples détails, si vous voulez bien nous faire connaître le cas particulier qui vous préoccupe.

Dr P. B.

Faut-il adhérer au Syndicat ?

Il se constitue à R... un Syndicat des médecins de la ville et des environs. C'est très bien. On me sollicite d'y entrer ; mais avant je viens vous demander un conseil, car je suis en bons termes avec mes confrères et ne voudrais pas me fâcher avec certains d'entre eux, en entrant dans un syndicat où je crains ne pouvoir rester.

Voici le cas : Nous sommes cinq médecins dans la ville. Or, dans les médecins qui ont déjà adhéré au Syndicat et même le mettent debout, il y en a déjà deux qui font la consultation 3 fois par semaine dans un dispensaire des dames de la Croix Rouge.

Dans ce dispensaire, on fait la médecine et la petite chirurgie, les clients sont attirés par les dames qui y envoient leurs connaissances et les amis de leurs connaissances : les uns payent, les autres ne paient pas. C'est selon les recommandations.

Un troisième médecin de la ville, susceptible d'adhérer au Syndicat, pratique de même la médecine gratuite (salarié peut-être lui-même) dans un dispensaire dirigé par une dame bien pensante de la ville qui y envoie tous ceux qui lui plaisent — clients des uns et des autres médecins.

Je serais bien heureux d'avoir votre opinion sur la compatibilité d'une pareille conduite avec la

déontologie médicale et syndicale — et votre avis, s'il est possible, sur la réponse que je dois faire à la demande d'adhésion que j'ai reçue.

Dr P.

Réponse.

Beaucoup de confrères pèchent plus par ignorance de leurs véritables intérêts que par mauvaise confraternité. Sollicité par les Dames de la Croix Rouge, pour donner des consultations gratuites dans un dispensaire, sous le fallacieux prétexte de l'instruction des infirmières, un médecin se laisse tenter par cette œuvre d'altruisme, comme aussi par le désir de se créer une certaine notoriété.

Le résultat : c'est qu'il soigne gratuitement des malades qui pourraient lui faire gagner plus convenablement sa vie, à lui et à ses confrères.

J'estime que c'est justement un des buts du syndicat, que de discuter en commun ces questions de pratique journalière, puis de se mettre d'accord sur les dispositions à prendre, pour que personne ne soit lésé. Le syndicat est avant tout pour les confrères un moyen de faire mutuelle connaissance et d'apprendre à se considérer comme des collègues et non comme des concurrents.

A mon avis personnel, vous devez adhérer au syndicat ; puis causer de cette situation, trop fréquente, hélas, causée par l'abus d la médecine gratuite, faite par des médecins, dont l'altruisme frise la mauvaise gestion professionnelle, individuelle. Au bureau d'étudier cette question locale, puis il vous réunira en petit comité et vous verrez tous ensemble de quelle manière il convient de concilier l'intérêt des malades *indigents*, puis celui des payants, avec le droit légitime qu'ont les médecins de vivre de leur profession.

Dans beaucoup d'endroits, le syndicat a transformé la mentalité médicale, et les adversaires d'hier ont délaissé leurs pratiques de mauvaise concurrence pour agir désormais en bons confrères soucieux des intérêts individuels, comme du bon renom de la profession.

Donc, donnez votre adhésion sans retard.

Dr P. B.

ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES

Le traitement de la coqueluche, par les injections intra-musculaires d'éther.

Nombreuses sont les médications qui ont été proposées dans le traitement des quintes de

coqueluche. En voici une récente qui a été préconisée par M. Audrain, de Caen, et qui, ces derniers mois, a fait l'objet de thèses, communications et articles divers de presse (1). Certes, cette méthode n'est pas absolument infaillible, puisqu'il a été signalé quelques cas ou elle était inopérante (Mouriquand). Mais, comme elle compte à son actif de nombreux succès, il est utile pour le médecin de la connaître afin de pouvoir l'appliquer le cas échéant.

I. AVANTAGES DE LA MÉTHODE.

a) Elle *agit rapidement*. Dans la plupart des observations de Glegvod, dès la seconde injection d'éther, les quintes ont diminué tant dans leur fréquence que dans leur violence.

b) Elle est inoffensive.

c) Elle est *indolore*, à condition d'injecter profondément l'éther dans les muscles de la fesse (Dufourt).

II. MANUEL OPÉRATOIRE.

Celui de toutes les injections intramusculaires.

III. DOSES.

a) *Nourrissons au-dessous d'un an.* : un demi-à deux tiers de centimètre cube ; dose maxima, un centimètre cube par injection.

b) *Nourrissons au-dessus d'un an et jeunes enfants* : deux centimètres cubes par injection.

IV. DURÉE DU TRAITEMENT.

6 à 12 jours, à raison d'une injection tous les deux jours. Evidemment, si au bout de deux ou trois injections, on note une grande amélioration, on s'en tiendra là.

V. CONTRE-INDICATIONS.

Aucune : Employé à ces doses, l'éther agit comme antispasmodique, comme excitant diffusible et comme toni-cardiaque ; il n'y a aucune crainte à avoir pour les accidents de congestion pulmonaire ou de broncho-pneumonie.

G. SIGURET.

(1) AUDRAIN. — *Progrès Médical*, 1919. — WEILL et DUFOURT. — *Lyon médical*, 1919. — Philippe GLEYVOD. — *Thèse de Lyon*, 1919. — DUFOURT.— *L'Hôpital*, janvier 1920.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE N° 9 DIMANCHE 29 FÉVRIER 1920

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales



Quarante-deuxième année. N° 9 29 Février 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

(Voir numéros précédents).

AVIS

Les médecins qui pourraient être sollicités de s'installer à Damprichard (Doubs), par l'offre d'une subvention communale, sont prévenus qu'il y a à Maîche, chef-lieu de canton, deux médecins, à six kilomètres d'une part, et un médecin à Charquemont, à six kilomètres d'autre part, en outre qu'un médecin suisse, voisin, exerce dans la région conformément aux conventions franco-suisses. Climat très dur, six mois d'hiver, routes détestables et communications difficiles. S'adresser d'ailleurs au président du Syndicat des médecins du Doubs.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur Lecœur, de Courbevoie, la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

Toute demande de renseignements doit être accompagnée d'un timbre pour la réponse.

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la semme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Nº 91. — Après décès. A céder : 1º Sur grande ligne près de Bordeaux, bonne clientèle, grande maison avec jardin et dépendances ; 2º meubles anciens, bureau, bibliothèque littéraire et musicale. S'adresser à Madame Hillairet, à Montendre, Charente-Inférieure.

Nº 92. — Docteur de Genève, chef de clinique dermatologique et voies urinaires pendant 15 ans, au courant des travaux de laboratoire, connaissant tous les nouveaux procédés concernant ces branches, voudrait assister un spécialiste, ou travailler dans son laboratoire. Références médicales à Paris sérieuses. Peu exigeant. Polyglotte (anglais, allemand, italien, roumain, grec, turque).

Nº 93. — Dr Lavoine de Louviers, serait reconnaissant à confrère qui lui indiquerait auto 12 H P., 4 places, récente bonne marque. Renault de préférence.

Nº 94. — Maison d'accouchements dirigée par docteur, campagne, installation confortable, prix modérés. Dr Baslez, à Charost, Cher.

Nº 95. — L'établissement médico-pédagogique de Créteil (Seine), 12, avenue de la Station. Directeurs Dr Bérillon et M. Quinque, reçoit les enfants anormaux à partir de 200 fr. par mois et les adultes (section spéciale de psychothérapie) à partir de 20 fr. par jour.

Nº 96. — A vendre carburateur Zénith modèle 1914, pour moteur 4 cyl., 9 H P., prix 145 frs, au lieu de 240 frs prix actuel.

Nº 97. — On demande voiture Zedel conduite intérieure, 3 places, ou torpedo avec strapontin, modèle 1914. Faire offre avec prix.

Nº 98. — Docteur, 55 ans, cherche confrère très actif, instruit, pour association dans visites rurales, devant laisser à eux deux 10.000 frs bénéfices annuels. Références et garanties exigées. Ecr. Josse, 12, rue Poussin, à Villemomble (Seine).

Nº 99. — A vendre roue Stepney en bon état au prix de 40 fr. S'adresser Dr Hovnanian, à Ambrault (Indre).

Nº 100. — A céder dans une petite localité de l'Ouest, très ancien poste faisant la pharmacie. Petit rayon. Rapport 18 à 20.000 frs par an. Indemnité 3.500 frs. Loyer 450 frs, S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante Paris.

CORRESPONDANCE

Les réductions de l'impôt sur le revenu.

Comme abonné à votre journal, veuillez me permettre de vous demander un renseignement concernant l'Impôt sur le revenu :

Est-il exact que la déduction de 2.000 fr. pour le contribuable marié et de 1.000 fr. par personne à sa charge jusqu'à 5 ne sont applicables qu'à l'impôt général sur le revenu, quand ce dernier est imposable, et non aux bénéfices des professions non commerciales (médecine en l'occurrence), quand ces derniers seuls sont imposables d'après la déclaration faite, et que, dans ce dernier cas, seule la réduction de 5, 10 ou 20 % suivant le nombre de personnes, à la charge, est applicable ?

Réponse.

La déduction de 2,000 francs pour la femme et celle de 1,000 francs par enfant ne s'applique en effet qu'à l'impôt général sur le revenu.

Pour l'impôt cédulaire, sur les bénéfices de la profession médicale, l'abattement à la base est indépendant de la situation de famille et varie d'après la population de la commune où le contribuable est domicilié.

Il est de 1,500 fr. pour une commune de moins de 10.001 habitants ; 2.000 fr. pour une commune de plus de 10.000 à 100.000 hab. ; 3.000 fr. pour Paris, le département de la Seine et la banlieue dans un rayon de 25 km. des fortifications de Paris.

Les réductions sur l'impôt, de 5 % pour une personne à la charge du contribuable, 10 % pour 2 personnes, 20 % pour 3, et ainsi de suite, chaque personne au-delà de la troisième donnant droit à une nouvelle réduction de 10 %, sans que la réduction puisse être au total supérieure à la moitié de l'impôt, s'appliquent aussi bien à l'impôt général qu'à l'impôt cédulaire.

Ne sont considérées comme personnes à la charge du contribuable que les ascendants âgés de 70 ans ou infirmes et les descendants ou enfants par lui recueillis âgés de moins de 21 ans ou infirmes. La femme n'entre pas en ligne de compte.

Le propharmacien n'est pas commerçant.

Membre du *Concours médical* et du « Sou », je me permets de vous demander de quelle manière, je dois faire ma déclaration pour l'impôt sur le revenu et l'impôt *cédulaire.*

Je suis, en effet, *médecin propharmacion* ; la délivrance des médicaments me classe-t-elle dans la caté-

gorie des professions commerciales ? Et si oui, quelle conduite tenir ? Je vous serais obligé de bien vouloir me renseigner, étant débutant. Dr T.

Réponse.

Le fait par les médecins de délivrer des médicaments à leurs clients, dans les cas où l'article 27 de la loi du 21 Germinal an XI les y autorise, ne les constitue pas commerçants et ne saurait, par suite, les rendre imposables au titre des bénéfices de la profession commerciale.

Vous n'avez donc qu'à comprendre, dans votre déclaration de revenus, les bénéfices que vous pouvez faire comme propharmacien, dans ceux de l'exercice de la médecine proprement dite.

Vous n'avez aucune distinction à faire. Si le Contrôleur des Contributions directes vous demande des éclaircissements, comme c'est son droit, vous pourrez alors lui indiquer le détail de vos bénéfices, si votre comptabilité vous permet de connaître vous-même ce détail, et sans avoir l'obligation de produire des livres de comptabilité, que vous n'êtes pas plus obligé de tenir comme propharmacien que comme médecin. Nous parlons des livres de comptabilité proprement dite, et non des registres de prescriptions des substances vénéneuses et de comptabilité spéciale constatant l'achat et l'emploi de ces substances, que vous oblige à tenir le décret du 14 septembre 1916.

Accidents du travail et maladies professionnelles.

Vous seriez bien aimable de me dire si l'ouvrier est garanti par la loi aussi bien contre les maladies professionnelles que contre les accidents du travail.

Un de mes clients, — ouvrier cimentier atteint de dermite professionnelle — a été malade pendant 3 mois. Au début, son patron lui a remis, pour venir me trouver, une feuille de l'assurance qui le couvre.

Au moment de payer, la Compagnie répond qu'elle ne couvre pas ce risque — ou peut-être soutient-elle que cette dermite n'est pas due à la profession de l'ouvrier.

Celui-ci n'a d'ailleurs, pendant ses 3 mois de chômage, touché aucun acompte.

Pour mes honoraires, je ne suis pas inquiet, car je sais que mon client me payera.

Mais j'ai insisté auprès de lui pour qu'il poursuive son patron, si les renseignements que vous me donnerez lui en affirment le droit.

On lui aurait dit aussi, que, du fait qu'il n'avait touché aucun acompte pendant sa maladie, il n'avait plus rien à réclamer.

Réponse

La législation sur les accidents du travail a été étendue aux maladies professionnelles par la loi du 26 octobre 1919 (*Concours* 1919, page 2035 et « Agenda « Memento » de 1920, page 91).

Mais cette loi n'est pas encore applicable et ne le sera que quinze mois après sa promulgation, sauf en ce qui concerne la déclaration par le médecin de toute maladie ayant un caractère professionnel, qui sera obligatoire un mois après la promulgation du décret qui établira la liste de ces maladies. Ce décret n'a d'ailleurs pas encore été rendu et la Commission supérieure qui doit donner son avis sur la liste en question vient seulement d'être constituée.

Il faudrait donc, pour que votre client fût indemnisé par son patron, que la dermite dont il a été atteint pût être considérée comme accident du travail et non comme maladie professionnelle.

Nous ne trouvons rien dans la jurisprudence qui s'applique à la dermite contractée par un ouvrier cimentier. Mais il existe un arrêt de Cour d'appel et deux jugements de Tribunaux civils qui ont considéré comme maladie professionnelle la dermite de la main droite causée, chez un ouvrier teinturier en peaux, par le contact journalier des substances toxiques.

Il est à craindre que cette jurisprudence ne soit appliquée, par analogie, au cas de votre client. Mais il est possible, cependant, que, étant donné la modification survenue dans la législation et l'indemnisation future des maladies professionnelles, les Tribunaux accueillent plus facilement l'assimilation de celles-ci aux accidents du travail.

C'est peut-être une chance à courir.

Le fait que l'ouvrier n'a touché aucun acompte pendant sa maladie ne saurait lui enlever le droit à une indemnité si ce droit est reconnu résulter de la provenance de son affection. Il n'y aurait qu'en cas de prescription que son droit se trouverait éteint. La prescription, en cette matière, est d'un an à dater du jour de l'accident, qui serait, en l'espèce, le jour où l'ouvrier a cessé son travail par suite de sa maladie.

En outre, les délais de prescription n'ont pas couru pendant les hostilités et n'ont recommencé à courir que le 24 octobre dernier.

Revision des pensions militaires.

Pensionné avec 50 % comme aide-major de 2e classe (1.500 fr.), ai-je le droit de faire reviser mon cas, si mon état s'aggrave, ou si ma pension est définitive maintenant ?

Je ne suis en possession que du titre d'attente modèle B ; je crois que ce ne sera qu'au moment de la remise du titre définitif que je pourrais demander mon rappel ? ou bien dois-je faire des démarches avant.

Dr M.

Réponse.

Le caractère définitif ou temporaire de la pension qui vous a été allouée a forcément dû être

déterminé par la Commission de Réforme et nous sommes surpris que l'indication n'en soit pas portée sur le titre, même provisoire, qui vous a été délivré.

Quoi qu'il en soit, en cas de complication nouvelle ou d'aggravation d'infirmité, le bénéficiaire peut former une demande de révision, sans attendre, si la pension est temporaire, l'expiration de la période de deux ans au bout de laquelle la pension doit être renouvelée, convertie en pension définitive ou supprimée.

La pension définitive peut être revisée si le taux de l'invalidité s'est accru de 10 % au moins, à la condition que le supplément d'invalidité soit exclusivement imputable à la blessure ou à la maladie constitutive de l'infirmité pour laquelle la pension a été accordée et que la révision soit demandée dans les cinq années qui suivent la concession de la pension.

Dans les deux cas, il n'y a donc pas de délai minimum pour former la demande, et vous pouvez la former dès maintenant.

Sages-femmes et herboristes.

Je vous serais très reconnaissant si vous vouliez bien avoir la bonté de me donner les renseignements suivants :

1° Une sage-femme ayant le diplôme d'herboriste, peut-elle exercer les deux professions simultanément.

2° Quelles études antérieures est-il exigé d'un candidat au diplôme d'herboriste.

3° Quelles sont les limites exactes de la profession d'herboriste ? Est-il permis à un herboriste de vendre par exemple de l'huile de foie de morue, des jus de viande, de l'huile de ricin, des sinapismes, de la glycérine, du sulfate de cuivre, etc. ?

Dr B.

Réponse

1° Rien ne s'oppose à ce qu'une personne qui possède les deux diplômes de sage-femme et d'herboriste exerce simultanément les deux professions.

2° Aucun diplôme antérieur n'est nécessaire pour passer l'examen d'herboriste. Mais les aspirants pourvus du baccalauréat, d'un brevet de capacité, d'un certificat d'études primaires ou d'un diplôme de sage-femme peuvent s'inscrire sans aucune formalité pour l'examen professionnel, alors que les autres doivent subir un premier examen préparatoire, portant sur la lecture, l'orthographe, le calcul, le système métrique.

3° Les herboristes ont seulement le droit, en vertu de leur diplôme, de vendre des plantes ou parties de plantes médicinales indigènes, fraîches ou sèches.

Ils ne peuvent vendre aucun médicament.

Toujours le cumul.

I

Je viens d'être avisé par la Compagnie d'assurance La P., qu'une note d'honoraires de 42 fr. venait d'être ramenée par elle à 32 fr. conformément à l'arrêt de la Cour de cassation interdisant le cumul.

Je n'ai rien à dire à cela, puisque c'est la loi. Mais, comme rien ne m'oblige à accepter les tarifs des Compagnies et que le patron seul m'intéresse, je viens d'écrire à l'agent de la Compagnie la lettre que je vous communique. Je crois que c'est le seul moyen de sauvegarder notre dignité professionnelle.

Qu'en pensez-vous ? Dr G.

II

Monsieur l'Agent Général de La P...

Je viens d'acquitter, au taux auquel la Compagnie l'a ramenée, ma note d'honoraires relative au sinistre P.

Je n'ai pas cherché à discuter, la chose n'en valant pas la peine. Mais je suis un peu étonné que la Compagnie ait éprouvé le besoin de réduire une note aussi minime en invoquant la jurisprudence.

Cette fâcheuse tendance à considérer systématiquement les médecins comme dépourvus de toute conscience professionnelle (c'est ainsi que j'estime devoir interpréter la réduction qui m'a été signifiée), fera à l'avenir plus de tort aux Compagnies qu'elles n'y trouveront d'avantages.

Car, indépendamment des multiples moyens qu'il nous est loisible d'employer sans sortir de la légalité : (pansements plus nombreux, modifications en cours de traitement justifiant alors le cumul et majorant les frais pharmaceutiques), il en est un autre infiniment plus simple et plus digne que je suis décidé à employer désormais ; c'est de faire régler par le patron mes notes d'honoraires établies d'après le tarif ouvrier local, et de le laisser s'arranger comme il l'entendra avec les assurances, que je veux dorénavant ignorer : tout en lui faisant remarquer pour l'avenir, chose qui a son importance, que le libre choix du médecin par le blessé est garanti par la loi.

Veuillez agréer, mes sincères civilités, Dr G.

Réponse

Vous avez raison : il est injurieux pour le corps médical, de voir les assurances, sociétés financières, émettre toujours des doutes sur notre moralité.

Sous le fallacieux prétexte de quelques médecins marrons, toutes les notes médicales sont présumées abusives et réduites sans contrôle possible.

Aussi, dans le projet de modification du tarif Dubief, projet élaboré par l'Union des Syndicats médicaux, le fameux cumul va-t-il disparaître.

(*Voir la suite page XXVII-569*).



CYTO-SÉRUM

THÉRAPEUTIQUE ARSENICALE INTENSIVE

PUISSANT STIMULANT DE L'HÉMATOPOÏÈSE ET DE LA PHAGOCYTOSE

GRIPPE
TUBERCULOSE
SYPHILIS
PALUDISME
NÉOPLASMES
NEURASTHÉNIE

contre toute altération du sang,
contre les maladies infectieuses et parasitaires,
contre les cachexies de toute origine.

ÉCHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE

LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS
Telep: Wagram 37-64
Teleg: Pantuto-Paris

NÉOPLASMES, ÉRYTHÈMES POLYMORPHES, TOUS ACCIDENTS BLENNORRAGIQUES

Ampoules de Bromure DE

Mésothorium

3 Sortes de Solutions

LABORATOIRES RHEMDA
PAUL NAVELOT, Pharmacien de 1re Classe.
51 et 53, Rue d'Alsace,
COURBEVOIE-PARIS.

Les **LABORATOIRES CLIN** fabriquent et délivrent sous le *nom déposé* de

SYNCAÏNE

(marque française)

l'anesthésique identique à la **Novocaïne** (*marque allemande*) = de même composition chimique (*éther paraaminobenzoïque du diéthylaminoéthanol*), *la* **SYNCAÏNE** possède les mêmes propriétés physiologiques et thérapeutiques.

Renseignements et Littérature aux **LABORATOIRES CLIN**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

PROPOS DU JOUR

Un entretien sur le syndicalisme médical, ses buts et ses tendances.

Notre ami, le Dr Jacques Bonhomme, avait une table simple mais hospitalière. Il aimait à y recevoir ses confrères en toute intimité. Il eût pu dire avec Montaigne, « qu'il ne faut pas tant regarder ce qu'on mange, qu'avec qui on mange » et qu' « il n'est point de si doulx aprest, ny de saulse si appetissante, que celle qui se tire de la société ». Il excellait à grouper ses convives, conviait ses amis de caractères différents, d'opinions diverses, pour provoquer d'intéressantes discussions qu'il écoutait attentivement sans interrompre et qu'il clôturait en conciliateur avec son grand bon sens, montrant aimablement que chacun détenait une parcelle de vérité et qu'avec quelque bonne volonté, de la tolérance et le souci supérieur du bien public, ou pouvait facilement concilier ce qui, au premier abord, eût paru tout à fait inconciliable.

Je ne fus donc pas surpris de me trouver un beau jour à la table de Jacques Bonhomme à côté des docteurs Ariste et Dupont, les deux esprits les plus opposés, les caractères les plus différents qu'il fût possible de rencontrer, au demeurant excellents confrères, braves gens s'il en fût, d'une droiture et d'une franchise qui leur eussent fait pardonner les plus grands écarts de langage.

Ariste, esprit fin, à la fois savant et lettré, avait la réputation d'un penseur. Il aimait à méditer et à chercher la solution des grands problèmes sociaux. Sa grande intelligence ne s'attardait pas aux petites misères journalières, il dédaignait la vie de chaque jour pour poursuivre son but idéal. Il s'était enthousiasmé pour le syndicalisme en général et pour le syndicalisme médical en particulier, moins pour les résultats immédiats qu'on en pourrait tirer, que pour l'idéal de justice dont il entrevoyait la réalisation en appliquant sa doctrine. Lorsqu'il parlait, le regard droit, fixé dans le lointain, il ressemblait à un de ces paladins qui, dans un pays enchanté, marcherait directement vers le but, sans s'inquiéter des ronces et des cailloux du chemin, sans détourner la tête à la voix enchanteresse des sirènes.

Sa grande conviction, son absolue sincérité lui donnaient une grande autorité dans nos réunions. Il était généralement applaudi et approuvé même par ceux qui ne partageaient pas ses idées, mais qui subissaient son influence comme une sorte d'envoûtement. Et c'était derrière lui, au sortir des séances, une fois le charme rompu, que les objections s'élevaient, qu'on le traitait d'idéaliste rêveur et d'utopiste peut-être dangereux.

Tout autre était Dupont ; bon vivant, l'esprit étroitement pratique, il se moquait de la doctrine et ne songeait qu'à assurer le bien-être immédiat de lui et des siens. Toute sa philosophie se bornait au *Carpe diem* de certains disciples d'Epicure. Certes, il n'était pas égoïste, et c'était en homme très sincère et très convaincu qu'il s'était occupé de syndicalisme, mais, étroitement réaliste, il pensait que toute action devait se borner à déblayer le chemin des obstacles qu'on y rencontrait chaque jour.

Jacques Bonhomme n'eut donc aucune peine à amener la conversation sur le syndicalisme médical et à mettre Ariste aux prises avec Dupont.

***

« Ce qui doit importer le plus dans le syndicalisme médical, affirma Ariste, c'est d'en bien préciser la doctrine ; je veux dire par là de bien montrer la direction qu'il doit suivre pour atteindre le but qu'il se propose. Le médecin, producteur de soins, doit, sous sa propre responsabilité, organiser ces soins. Technicien en matière d'hygiène et de médecine sociales, c'est à lui que doit revenir la création et la direction des organismes de prophylaxie qui doivent jouer un rôle prépondérant dans la société.

Nous ne saurions admettre que, passant au second plan, le médecin se bornât à devenir un agent consultatif dont l'avis serait ou ne serait pas pris en considération par une toute puissante administration. Nous ne voulons pas le voir réduit au rôle subalterne d'agent exécutif, de fonctionnaire recevant des ordres, simple rouage de notre système politique actuel.

Nous devons exiger que dans toutes les créations nouvelles, telles que dispensaires antituberculeux, antisyphilitiques, etc., les praticiens syndiqués soient chargés, à la fois de l'organi-

sation et du fonctionnement, que le rôle de l'Etat et de l'administration se borne au droit de contrôle, que nous reconnaissons à toute personnalité qui, apportant son concours financier, peut s'assurer du bon emploi de ses deniers et de la réalisation du but pour lequel il les a donnés. Ce qu'il convient de faire, c'est d'imposer à l'État et à tous, des contrats collectifs avec les syndicats médicaux qui devront fournir des soins aux consommateurs, les malades, dont l'Etat ou les collectivités représentent les intérêts.

Mais, de grâce, ne nous laissons pas aller à des compromissions. Songeons que l'on ne peut rien sans nous ; qu'en dehors de nous, rien de viable ne peut naître. N'allons pas étayer par nos conseils, par notre collaboration, les administrations ; laissons-les, sans notre concours, s'éteindre, réduites à l'impuissance. Le jour est proche où elles devront disparaître ou se transformer. »

***

Dupont écoutait Ariste avec des mouvements d'impatience mal contenus. A peine ce dernier eut-il terminé, qu'il éclata : « Ah ! vous voilà bien, les rêveurs et les doctrinaires. Vous bâtissez dans votre esprit de beaux systèmes, sans songer à la réalité, et vous prétendez les imposer. C'est à ces utopies que vous bornez l'action syndicaliste et c'est avec elles que vous stérilisez nos efforts, c'est à ces exigences que vous voulez sacrifier nos intérêts immédiats. Je ne me suis pas syndiqué pour réformer la Société, pour créer des organismes syndicalistes de médecine sociale qui, si jamais ils existent, ne verront le jour que très longtemps après ma mort. Comme le bonhomme Chrysale,

Je vis de bonne soupe et non de beau langage.

Je me suis syndiqué parce que j'ai reconnu que seul, j'étais impuissant à élever mes honoraires de façon à les mettre en rapport avec le coût normal de la vie. Je me suis syndiqué parce que j'ai reconnu que seul j'étais livré sans défense aux exigences du Conseil général ou des municipalités pour l'assistance médicale gratuite et tout ce qui constitue la médecine publique. Je me suis syndiqué parce que j'étais la victime de l'exploitation mutualiste. Je me suis syndiqué parce que je devenais l'esclave des administrations publiques et privées.

Vous voulez faire du vrai syndicalisme ? Occupez-vous donc de tout ce qui touche à nos intérêts immédiats ; poursuivez l'élévation des tarifs de l'assistance, tâchez d'obtenir des honoraires convenables pour les soins à donner aux bénéficiaires de la loi des pensions ; provoquez la révision équitable du tarif Dubief et des tarifs médico-légaux. Faites-nous donner de l'essence et des pneus pour nos autos. Réprimez l'exercice illégal, poursuivez les rebouteurs et les empiriques ; modérez le zèle dangereux des belles dames de la Croix Rouge qui remplacent, en les imitant, les bonnes sœurs et évincent, comme elles, le médecin, quand, par de perfides insinuations ou de malveillantes critiques, elles ne détruisent sa réputation.

Tâchez ne ne pas nous laisser surcharger d'impôts plus lourds que ceux des autres citoyens qui, moins que nous, apportent une collaboration désintéressée à la Société.

Renseignez-nous rapidement et suffisamment quand nous nous trouvons dans l'embarras au sujet d'une question professionnelle. Défendez-nous, si nous sommes attaqués ou poursuivis, quand notre responsabilité est mise en jeu, y eût-il un peu de notre faute. Que les syndicats et leur Union soient nos interprètes auprès des pouvoirs publics, veillent à ce que rien dans les lois nouvelles ne nous porte préjudice, que leurs délégués interviennent en notre faveur auprès du gouvernement, des élus et des administrations.

Voilà tout notre programme syndical à nous, les praticiens, qui trimons du matin au soir. Nous n'avons pas le temps de rêver, nous, aux bienfaits du syndicalisme intégral, à la pureté de sa doctrine. Nous n'avons pas le loisir de réfléchir aux contrats collectifs que vous n'arriverez jamais à établir et encore moins à faire signer.

Je suis entré dans la profession médicale pour arriver à gagner ma vie et celle de ma famille, honorablement et largement. L'exercice de la profession médicale m'intéresse étroitement, son avenir me laisse plus froid ; mes fils ne feront pas des médecins et mes filles, si elles en croient leur père, n'en épouseront point. »

***

Ariste avait écouté sans sourciller cette impétueuse sortie. Un sourire ironique et un peu méprisant erra sur ses lèvres et, sans se départir de son calme, il répondit : « Mon cher Dupont, vous êtes, permettez-moi de vous le dire, comme ces chevaux, munis d'œillères, qui voient tout juste devant eux et ne se rendent

pas compte de ce qui se passe à côté. Les maîtres qui les conduisent les ont si bien harnachés qu'ils ne peuvent aller que droit où on les dirige et se laissent ainsi docilement mener. Le travail abrutissant auquel vous vous livrez, qui ne vous permet ni de lire, ni d'étudier, ni de réfléchir, est votre excuse. Mais vous n'apercevez pas le danger. Vous dites que vos fils ne feront pas des médecins. Peut-être. Encore cela n'est pas très certain car l'exemple du père est contagieux dans nos familles.

Votre dédain pour l'avenir de notre profession n'est pas très généreux. Où en seriez-vous si nos aînés avaient professé votre belle indifférence pour l'altruisme ?

Mais admettons que votre conception du syndicalisme se borne à votre intérêt immédiat. Eh bien ! même dans ce cas, ma thèse triomphe, car il est urgent de nous organiser ; le danger n'est pas imminent, il est actuel ; il ne viendra pas demain, il existe aujourd'hui, il date d'hier.

Ne voyez-vous pas tout autour de nous ce qui se passe ? L'Etat crée des offices d'hygiène sociale et consacre des millions à organiser, en dehors du corps médical, des dispensaires antisyphilitiques, antituberculeux. Sous prétexte de lutte contre la dépopulation, il va accaparer, monopoliser les soins aux femmes en couches, aux enfants et il s'immiscie déjà à tout ce qui concerne les maladies contagieuses ; sous prétexte d'hygiène scolaire, il va surveiller lui-même la santé et le développement des adolescents. Sous couleur de protection hygiénique des travailleurs, il va pénétrer dans l'usine et dans l'atelier. Comme vous ne pourrez abandonner toutes ces sources de profit, vous serez obligé de vous incliner et de mendier des places de fonctionnaires, de petits fonctionnaires. Vous tiendrez, et encore sans espoir d'avancement, un rang intermédiaire entre l'agent-voyer et l'instituteur dans votre canton.

D'autre part, ne voyez-vous pas les coopératives syndicales qui dans toutes les villes cherchent à organiser les soins ? J'ai appris que, dans certain centre, le syndicat médical insuffisamment fort ou diplomate malhabile, n'avait pu ou voulu contracter avec les groupements ouvriers ; que ces derniers avaient constitué de leurs propres ressources, rendues considérables par l'augmentation des salaires, des organisations de soins parfaitement outillées avec dispensaires bien aménagés et abondamment pourvus du nécessaire. Des médecins étrangers à la région ont été appelés, suffisamment payés, ils se moquent des foudres syndicales et se contentent d'être salariés.

Tout cela pour le moment marche fort bien : 30 villes, m'a-t-on assuré, vont suivre cet exemple et si, dans votre épais réalisme, vous dédaignez notre doctrine et ne voulez pas organiser la production médicale de demain, si vous traitez de billevisées et d'utopies, l'action que nous nous efforçons de coordonner pour la rendre efficace, vous serez broyé entre la meule du fonctionnariat étatiste et celle du salariat collectif.

Et, en attendant, vous bornerez les efforts de vos syndicats à augmenter de dix sous les tarifs de vos visites et de deux sous l'indemnité kilométrique, augmentation sur le papier et inopérante car vous vous garderez tous de l'appliquer.

Je vois Jacques *Bonhomme* qui sourit et je lui laisse le soin de conclure ».

***

« Cela me sera facile, répliqua Jacques Bonhomme, car vous avez tous deux déblayé le terrain en exposant des opinions opposées. Si j'étais professeur de philosophie et de dialectique, je dirais qu'Ariste a exposé la thèse de l'intelligence, que Dupont lui a opposé l'antithèse du sentiment, et que mon rôle doit consister à concilier ces deux tendances, qui ont toutes deux leurs raisons d'être, dans ce que j'appellerais la synthèse du bon sens pratique.

Ariste a raison quand il prêche l'idéalisme d'une doctrine syndicaliste ; nous devons définir ce que nous voulons et savoir exactement quel est le but que nous poursuivons et comment nous ferons pour l'atteindre.

Nous vivons à une période trouble où il est impossible de prévoir le lendemain.

La vie sociale est en pleine évolution et il faut être prêts et organisés si nous ne voulons pas nous trouver désarmés en présence d'événements qui peuvent tout à coup surgir.

Il y a des années que je prêche la coopération entre médecins et j'ai prêché dans le désert.

Si j'avais été écouté, nos associations coopératives qui auraient fait leurs preuves et seraient outillées, seraient en mesure d'offrir, sinon d'imposer leurs services à toutes les créations d'hygiène sociale et à toutes les collectivités. Malheureusement il n'en a pas été ainsi. Moi aussi j'ai été traité pour cela d'utopiste et de rêveur. Au lieu d'offrir des dispensaires appar-

tenant à des médecins, organisés par eux, au lieu d'avoir fondé des coopératives de production médicale, pour parler le langage à la mode, nous avons laissé créer partout des coopératives de consommation de soins, non pas organisées par nous, mais par les consommateurs, l'Etat, les communes, les administrations publiques et privées, les assurances, les industriels, les mutualités et enfin par les groupements professionnels. Le contrat collectif que nos syndicats désirent imposer sera débattu dans des conditions autrement moins favorables. Nous ne recevrons pas chez nous le consommateur, mais nous devons nous rendre chez lui et vous conviendrez que la situation n'est pas tout à fait la même.

Mais ceci est le passé et considérons la situation présente en face.

Vous voyez, Dupont, que je penche sans hésitation du côté d'Ariste. Beaucoup de choses paraissent nébuleuses et imprécises aux myopes qui ont négligé de prendre leurs lunettes.

Mais mon adhésion à ses principes n'est pas sans réserves. Ce que je lui reprocherais, c'est de ne pas tenir compte des contingences de la vie présente ; c'est de s'organiser en faisant table rase de toutes nos institutions actuelles. Elles peuvent s'effondrer demain, mais il est plus probable qu'elles dureront encore longtemps, infiniment plus que nous et, dans ce cas, mon cher Ariste, vous ressembleriez assez exactement à un voyagageur qui, pressé de gagner une ville éloignée, refuserait de prendre le train, moyen de transport suranné pour cet homme moderne, et attendrait l'organisation d'un service par avions.

Quand on vit à une époque comme la nôtre, il ne faut pas se borner à la critique, il faut savoir dire ce que l'on veut et cela d'une façon pratique et précise. Il ne faut pas se borner à jeter dans un exposé des motifs, de grandes et de belles idées, il faut rédiger des projets précis, des propositions de lois, article par article, y prévoir tout dans le détail, y annexer les devis d'architecte, y joindre des aperçus financiers, indiquer d'où pourront venir les ressources. Il faut adapter les réformes à la législation actuelle dont nous ne pouvons faire fi tant qu'elle existe. Songez qu'en face de 20.000 médecins il est 40 millions de Français et que fatalement ces derniers imposeront leur volonté aux autres, s'ils ne savent être conciliants et démontrer par des arguments irréfutables que leurs propositions sont pratiques, sensées, immédiatement réalisables, préférables à toute autre solution.

Si j'épouse la thèse d'Ariste je ne repousse pas le système de Dupont. Oui, le syndicat professionnel a pour principal but de veiller à la défense de ses membres, de se préoccuper de tous les petits intérêts du praticien. Ce souci des difficultés que le médecin rencontre chaque jour dans l'exercice de sa profession est le meilleur ciment qui réunit en un bloc solide les médecins syndiqués.

Vous avez tous les deux, confrères, vécu de longues années aux armées. Vous savez que l'Etat-Major dresse des plans d'action que les troupes exécutent. Ces troupes ne savent pas toujours où on les mène et ne se rendent pas le plus souvent compte des plans de l'Etat-Major. Elles marchent quand même parce qu'elles ont confiance. Et le meilleur moyen pour l'Etat-Major d'obtenir cette confiance, parfois aveugle, c'est de veiller au bien-être des soldats, d'organiser aussi parfaitement que possible le ravitaillement.

Eh, bien ! il en est de même, dans nos syndicats médicaux, si ceux qui dirigent veulent disposer de troupes nombreuses, aguerries, ayant foi dans la doctrine qu'ils ont établie, il convient qu'avant toute chose, ils se préoccupent des soucis journaliers du médecin praticien, des difficultés qu'il rencontre chaque jour en exerçant sa profession. Il faut qu'avant d'engager la bataille, ils aient le souci minutieux d'assurer le ravitaillement de l'armée.

Certes, c'est une lourde charge et pour mener tout ceci à bien, il faut disposer de nombreux dévouements. Mais, croyez-moi tous deux, l'avenir de notre syndicalisme dépendra de l'organisation et de la coordination des efforts.

Il n'est plus temps de discuter sur l'idéalisme et le réalisme, les deux s'imposent à l'heure actuelle. Si vous me le permettez j'appliquerai au syndicalisme médical une phrase de Claude Bernard, insistant sur la nécessité des travaux terre à terre du laboratoire pour établir les théories brillantes et les doctrines de la science de la vie : « C'est, a écrit l'auteur de l'*Introduction à l'Etude de la Médecine expérimentale*, un salon superbe, tout resplendissant de lumière, dans lequel on ne peut parvenir qu'en passant par une longue et affreuse cuisine. » Pour gagner le salon de notre lumineux idéalisme, amis, ne craignons pas de traverser l'affreuse cuisine de la réalité présente ».

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Clinique médicale : M. ARNOZAN, professeur.

Difficultés de diagnostic et de traitement dans un cas de fièvre typhoïde.

Messieurs,

La fièvre typhoïde est certainement bien connue au point de vue de ses symptômes, et on lui oppose aujourd'hui, une série de traitements nombreux, dont quelques-uns ont une efficacité réelle ; mais dans la pratique, il n'est pas rare de rencontrer des cas où le diagnostic reste difficile et où les traitements sont peu applicables. C'est un de ces cas que je vais vous exposer ; vous en tirerez certainement quelques enseignements intéressants au point de vue de votre pratique professionnelle.

Il s'agit d'une jeune femme de 23 ans, ne présentant d'autres antécédents importants qu'un accouchement normal, il y a trois ans. Les suites de couches parurent régulières ; mais, cependant, depuis cette époque, la malade s'est plainte, à plusieurs reprises, de douleurs dans le bas-ventre et de pertes jaunâtres abondantes. Depuis un mois, elle a remarqué d'assez fréquentes épistaxis, et à dater du 26 octobre, les douleurs du ventre ont redoublé, elle a souffert de la tête et la fièvre s'est allumée.

Elle entre à l'Hôpital le 28 octobre et depuis son arrivée jusqu'à la date actuelle, (19 novembre), nous avons vu se dérouler le tableau suivant :

Les lèvres, d'abord fraîches, sont devenues sèches et un peu fuligineuses, la langue, d'abord humide, tend peu à peu à se dessécher, il existe une certaine salivation inexpliquée, amenant constamment aux commissures labiales un peu d'écume blanchâtre.

Un vomissement survenu au début ne s'est pas répété. Il y a, par jour, 3 ou 4 selles jaunâtres, peu fétides, le ventre est douloureux, ballonné, sans aucune tache rosée lenticulaire, bien que, notez-le, nous ayons dépassé le 15e jour de la maladie.

La malade est alternativement déprimée et dans un état de torpeur ou de stupeur très accentué, et par d'autres moments, la nuit surtout, elle est excitée, veut se lever, puis s'agite, et cette excitation va même quelquefois jusqu'à un véritable délire. Les yeux restent grands ouverts, sans clignement normal des paupières, il n'y a ni soubresauts des tendons, ni tremblement des lèvres, ni convulsions, mais, par intervalle, la malade esquisse des gestes qui font penser à la carphologie.

L'examen des différents organes dénote peu de chose du côté des voies respiratoires : une très légère dyspnée et un petit point de congestion très limité à la base gauche. Le pouls est bien frappé, régulier, d'une tension normale (Maximum 13 1/2, minimum 8), nettement dicrote ; mais sa rapidité va en croissant et de 90, les premiers jours, il s'élève progressivement jusqu'à 140.

Les reins et la vessie fonctionnent bien, les urines sont abondantes, sans albumine ni sucre.

Le toucher vaginal nous révèle un utérus à mobilisation difficile et douloureuse avec tuméfaction du cul-de-sac gauche. De toute évidence, il y a là, en rapprochant ce fait des antécédents signalés, une salpingo-ovarite ancienne actuellement un peu réchauffée.

Tel était, le 4 novemb e, le résultat de nos observations. Ce jour-là, je discutais devant vous le diagnostic qu'il convenait de porter et je déclarais le cas assez difficile.

Sans nous arrêter à l'hypothèse d'une congestion pulmonaire à laquelle on aurait pu penser en raison du résultat de l'auscultation, mais qui ne pouvait se soutenir, tant les phénomènes constatés à la base gauche étaient peu importants ; sans nous arrêter non plus à l'hypothèse de l'empoisonnement mercuriel, auquel pouvait faire penser la salivation de la malade ainsi que sa diarrhée, mais qui était écarté d'emblée en dehors de tout commémoratif, par l'intégrité absolue de l'urine, on se trouvait en présence de deux diagnostics :

Ou bien, c'était une simple fièvre typhoïde, ou bien une septicémie provenant de la salpingo-ovarite ravivée, dont nous constations l'existence.

L'absence de taches rosées et d'hypertrophie de la rate était à considérer ; mais, cependant, la balance me faisait pencher en faveur de la fièvre typhoïde ; et, à ce moment-là, la Sœur du service nous apporta un bassin où la malade venait de rendre une assez grande quantité de sang, en partie liquide, en partie coagulé : c'était une hémorragie intestinale qui levait tous les doutes, la fièvre typhoïde semblait à ce moment-là, certaine.

Mais le lendemain, de nouveaux embarras surgirent devant nous. En effet, la séro-réaction était négative pour le T. A. B., la formule leuco-

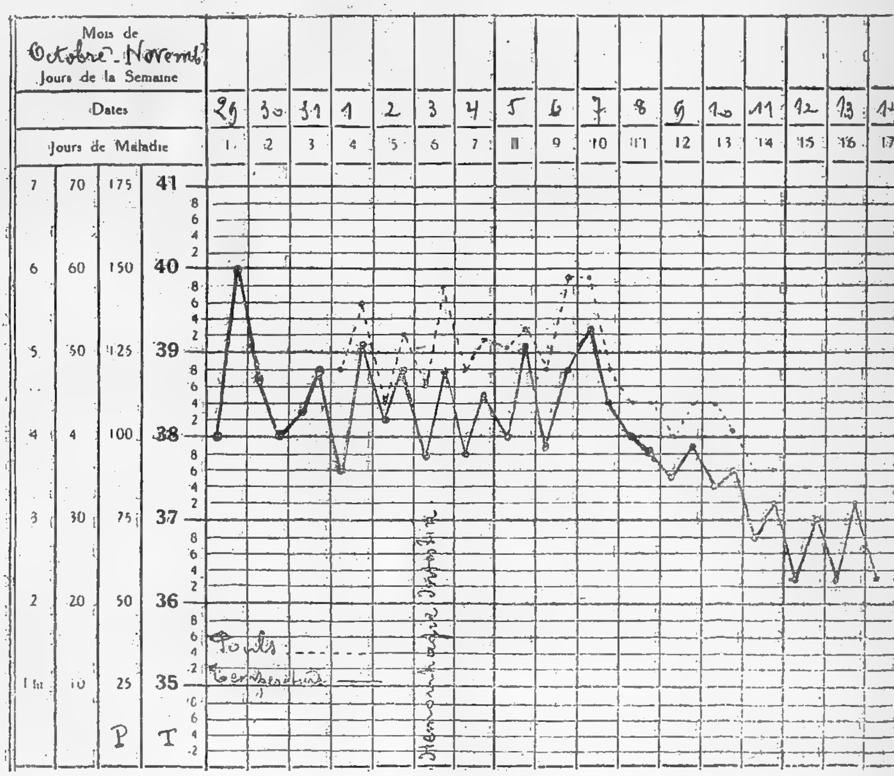
cytaire nous donnait une légère polynucléose avec 7.000 globules blancs et n'avait rien de caractéristique, et si les hémorragies intestinales se répétaient, d'autres hémorragies survenaient de tous les points du corps, au niveau de chacune des piqûres faites dans un but thérapeutique, et même, de larges ecchymoses apparaissaient sans la moindre influence traumatique.

Certes, nous savons bien que les hémorragies sont fréquentes au cours de la dothiénenterie, mais elles ont rarement cette multiplicité, et comme le laboratoire semblait contraire à l'hypothèse de fièvre typhoïde, nous restions encore dans l'embarras. J'ajoute qu'une ponction lombaire avait donné un liquide à peu près normal, très légèrement albumineux.

Pendant toutes ces hésitations, la maladie marchait mal, la langue se séchait, l'excitation et les douleurs s'accentuaient de jour en jour et le pouls montait, dépassait 110, 120 et atteignait bientôt 140.

Enfin, notre attention fût attirée par une dysphagie très pénible, que la malade éprouvait pour la moindre gorgée de liquide, ce qui nous amena à découvrir, au fond du pharynx, un muguet presque confluent.

Nous vous indiquerons tout à l'heure le traitement qui fut appliqué. Pour le moment, je note qu'après avoir passé par une phase des plus angoissantes, la maladie, à partir du 7 novembre, s'améliora progressivement, la température et le pouls tombèrent par échelons suivant le mode classique des oscillations descendantes, le délire s'apaisa, la salivation disparut, la langue



devint fraîche, les hémorragies et la diarrhée ne reparurent plus, et actuellement — 14 novembre — la malade n'est point encore en convalescence, mais elle y arrive progressivement et même assez vite, et on est en droit de compter sur une guérison prochaine.

Notons que pendant toute cette évolution, la réaction d'agglutination de Widal, la séro-réaction est constamment restée négative, et que seule, l'hémoculture, en décelant la présence dans le sang du bacille d'Eberth, a pu confirmer scientifiquement le diagnostic que la clinique avait fini par porter après plusieurs jours d'hésitation.

La malade va mieux. Je reconnais que, pendant quelques jours, j'ai porté un pronostic sombre et que je redoutais une issue fatale, et cependant, en y réfléchissant, j'estime que j'avais eu tort d'être aussi pessimiste, car, malgré la gravité des phénomènes, il y avait encore des raisons scientifiques d'espérer.

Certainement, la malade avait du délire, la langue sèche, une température assez forte et le pouls très rapide ; mais, à part ce dernier signe qui indiquait évidemment que le myocarde commençait à fléchir, les organes essentiels à la vie, ceux que Bichat avait groupés sous le nom de trépied vital, fonctionnaient encore assez bien.

Le poumon était intact, sauf un peu de congestion à la base gauche, il n'y avait pas de phénomènes bulbaires, ni mésocéphaliques, pas de tremblement des lèvres, pas de convulsions, pas de strabisme, pas de collapsus, pas même d'adynamie très prononcée ; et le cœur, quoique un peu faible, fonctionnait encore assez bien : il n'y avait ni embryocardie, ni cœur fœtal, ni intermittences, ni arythmie, ni tendance à la syncope.

Aujourd'hui que la malade va beaucoup mieux, il n'y a pas grand mérite à dire qu'on aurait dû le prévoir, mais j'insiste cependant sur ce point pour montrer que dans les grandes pyrexies, dans la fièvre typhoïde en particulier, on voit parfois des malades très menacés et qui, cependant, arrivent à la convalescence.

Quel traitement avons-nous appliqué à cette intéressante malade ? et devons-nous cette convalescence, qui s'affirme de plus en plus, au traitement ou à l'évolution naturelle du mal ?

Vous avez peut être été étonnés, Messieurs, de la thérapeutique relativement peu active que je lui ai prescrite. Je vais vous en donner les raisons

On a proposé pour la fièvre typhoïde beaucoup de traitements systématiques ; aucun n'était applicable, à mon sens, dans ce cas. Une vieille méthode, que j'ai vu employer très régulièrement, au temps de ma jeunesse, consistait dans l'administration d'un purgatif tous les deux jours. Je ne crois pas que les résultats en aient toujours été très bons ; mais ici, en présence de ce péritoine déjà menacé et de l'hémorrhagie intestinale, je n'ai pas cru devoir recourir à cette méthode dont je fais d'ailleurs usage très rarement.

Je n'aime pas non plus les antithermiques tels qu'antipyrine, pyramidon, cryogénine ; ils ont, certes, l'avantage de faire baisser la fièvre, mais d'une façon si passagère, qu'il faut constamment revenir à leur emploi, et à la longue, leur action sur le rein et sur le sang n'est pas inoffensive ; ce sont des destructeurs de globules qui agissent un peu comme une petite saignée et dont l'emploi doit être très surveillé ; je les réserve à quelques cas où l'hyperthermie est réellement inquiétante par elle-même.

L'antisepsie intestinale sous forme de poudres absorbantes, telles que charbon, naphtol, benzonaphtol, salicylate de bismuth, etc., a le grand avantage de désodoriser les selles et de modérer la diarrhée. J'en use assez fréquemment ; je voulais les faire prendre à notre malade ; mais elle a opposé une résistance invincible à l'usage des cachets, peut-être à cause de son muguet pharyngien, et j'ai dû capituler. A ce sujet, je vous avouerai en passant que si le salicylate de bismuth me donne assez souvent de la satisfaction, je n'en dirai pas autant du sous-nitrate dont j'ai vu l'usage suivi, à deux reprises, de perforation intestinale. Ce sel de bismuth coagule fortement les matières, les transforme fréquemment en bouchons cohérents dont le cheminement dans l'intestin est certainement très difficile et n'est pas peut-être étranger aux perforations signalées, qui n'étaient pas une simple coïncidence.

Quant au muguet, il fut rapidement combattu et guéri par des applications régulières de collutoire boraté.

Les bains froids ont eu leurs jours de gloire. Leur pratique inaugurée en Allemagne, par Brand, avant la guerre de 1870, fut rapportée en France par le docteur Franz-Glénard (de Lyon) qui les popularisa et réussit à en faire, pendant quelques années, le traitement régulier et systématique de la fièvre typhoïde. J'en ai beaucoup usé ; je crois leur application tout à fait capable de sauver certains malades ; je ne pense pas qu'elle soit nécessaire dans tous les cas. Je vous dirai d'ailleurs qu'au cours d'un voyage en Allemagne, que je fis avant la guerre de 1914, j'ai constaté que cette méthode était un peu tombée dans l'oubli dans le pays même où elle avait pris naissance et que le nom de Brand était inconnu de plusieurs assistants à qui j'ai voulu en parler.

Pour revenir à notre malade, je ne les lui ai pas prescrits pour la raison très simple que je considérais son péritoine comme menacé et que l'hémorragie intestinale a toujours paru une contre-indication formelle à l'emploi des bains froids. Voilà ce que je n'ai pas fait, et pour quelles raisons je ne l'ai pas fait.

Qu'ai-je prescrit ? D'abord de la teinture d'iode à la dose de XV gouttes par jour, prises en trois fois dans un peu de vin de Malaga. Ce remède ne paraît pas avoir une action très énergique, cependant j'ai constaté, bien des fois, après l'avoir ordonné, une amélioration remarquable chez les malades qui le prenaient. Est-ce par l'effet du remède lui-même, est-ce parce que je substitue ce médicament inoffensif à un traitement fâcheux, je ne résous pas le problème, je me contente de le poser.

Notre malade a donc pris régulièrement de la teinture d'iode pendant quelques jours.

Je lui ai appliqué de la glace sur la tête, pratique dont j'use très fréquemment avec grand avantage, qui apaise les phénomènes encéphaliques et calme l'agitation ; seulement, je dois reconnaître que la malade écartait toujours sa poche de glace et qu'elle ne la supportait que très irrégulièrement. Bien entendu, j'ai appliqué également la glace sur le ventre, prescription doublement indiquée par le ballonnement abdominal et par l'hémorrhagie intestinale.

Enfin, pour combattre l'agitation et l'hyperthermie, j'ai eu recours à des lotions froides, faites très simplement : on découvre le malade, on passe sur la poitrine, le ventre et le haut des

cuisses, une grosse éponge imbibée d'eau vinaigrée, mais non ruisselante; cette application doit se faire sans qu'une goutte d'eau coule sur le lit; une fois les parties antérieures du corps ainsi humectées, on retourne le sujet, on fait les mêmes applications sur la colonne vertébrale, le dos, les cuisses et les hanches; avec une autre éponge imbibée d'un mélange semblable, on lave rapidement et légèrement la figure et le cou, puis on applique un linge sec sur les parties ainsi humectées et sans frotter, on sèche ces parties et on recouvre le malade.

Tout cela demande à peine deux minutes. C'esi plus simple que le drap mouillé et moins énergique; mais il est très fréquent de voir les malades éprouver à la suite un sentiment de bien-être qui satisfait aussi l'entourage et le médecin.

Dans une famille, où j'avais voulu prescrire des bains froids et où les conditions de milieu et de personnel ne permettaient pas cette thérapeutique difficile et coûteuse, je consentis à de simples lotions que les sœurs de la petite malade pratiquèrent avec une régularité merveilleuse toutes les demi-heures, soit 48 fois par 24 heures. Après 4 ou 5 jours de cette pratique, la malade très gravement atteinte entra en convalescence.

Mais revenons à la nôtre. Ces lotions, faites 5 ou 6 fois par jour, parurent la soulager et je les suspendis seulement quand j'ai vu l'amélioration s'accentuer et la convalescence commencer.

Un des phénomènes qui m'inquiétait le plus, comme je vous l'ai dit, était la rapidité du pouls en même temps que sa faiblesse. J'ai combattu ces symptômes à l'aide d'injections bi-quotidiennes pendant trois jours, de 250 grammes de sérun artificiel adrénaliné. Sous cette influence, sans doute, le pouls reprit une tension plus forte, une rapidité moins grande et se rapporcha progressivement de l'état normal. Je les suspendis cependant au bout de trois jours; car les dernières injections furent suivies d'une petite crise de suffocation et de cyanose indiquant que la malade commençait à mal tolérer ce sérum et que les vaisseaux réagissaient mal à son absorption.

Enfin, Messieurs, j'ai pratiqué un abcès de fixation à l'aide d'iune injection de térébenthine (un cent. cube), sous la peau de la cuisse droite. Ce traitement était, de ma part, une concession à la possibilité d'une erreur de diagnostic; malgré que je fusse de plus en plus porté à croire à une fièvre typhoïde, même dans les premiers jours de l'observation, je me demandais s'il ne s'agissait pas d'une septicémie d'origine salpingo-ovarienne. Dans ce cas, un abcès de fixation me paraissait tout à fait indiqué. Cette intervention pouvait donc être bonne dans un cas, inoffensive dans l'autre, c'est pour cela que je me suis permis de la faire.

L'abcès a régulièrement évolué, il sera très prochainement incisé. Je ne crois pas qu'il ait une influence sur l'évolution de la dothiénentérie; cependant, il ne lui a certainement pas nui.

La question du régime m'a naturellement préoccupé. Dans les premiers jours, j'avais prescrit, comme alimentation, du bouillon de légumes et un peu de lait; mais j'ai dû bien vite renoncer à ce dernier aliment qui était mal digéré et me paraissait entretenir la diarrhée. Le lait est, en effet, très souvent mal toléré par les typhiques et se retrouve sous forme de grumeaux blanchâtres au milieu des selles. Dans ces conditions, je n'hésite pas à en suspendre l'emploi, ainsi d'ailleurs que l'a recommandé, d'une façon très formelle, il y a quelques années, le docteur Claisse, médecin des hôpitaux de Paris, et ainsi que mon expérience me l'a également enseigné. La suppression du lait a eu, chez la malade, l'avantage de faire peu à peu cesser la diarrhée, ou du moins, la diarrhée a cessé peu de temps après la suppression du lait.

En définitive, le traitement très peu développé que nous avons prescrit a consisté en teinture d'iode donnée à titre d'antiseptique et d'excitant de la leucocytose, en lotions froides, en chlorure de calcium, comme hémostatique au moment des hémorrhagies intestinales et en injections de sérum adrénaliné pour soutenir les forces de la malade, et en un régime approprié.

A part l'abcès de fixation, dont je vous ai expliqué les motifs, nous avons réalisé la thérapeutique *minima* que mon regretté collègue, le professeur Mongour, aimait à préconiser dans la fièvre typhoïde. Nous avons eu raison, tout compte fait, puisque la malade est en voie de guérison et va chaque jour de mieux en mieux; mais, à ce sujet, permettez-moi une remarque d'ordre tout à fait pratique. Il vous sera difficile, dans la clientèle civile, de faire aussi peu de chose. Vos clients ne comprendront pas que vous restiez en apparence désarmés devant une maladie dont ils constatent bien facilement la gravité et pour laquelle ils entendent préconiser, à gauche et à droite, à tort et à travers, les remèdes soit-disant les plus actifs et les plus efficaces.

Eh bien, en tout cas, restez fidèles à vos convictions, ne donnez que les remèdes que vous pensez utiles et surtout ne prescrivez jamais un remède dont vous redoutez les effets; mais, il n'est pas interdit d'être un peu diplomate: vous pouvez insister sur l'importance de tel médicament dont les effets ne seront peut-être pas immédiatement brillants, mais dont les résultats définitifs seront heureux; vous indiquerez avec soin le nombre de gouttes de teinture d'iode, l'heure de leur administration, les boissons qu'on peut leur associer; vous insisterez sur la régularité des lotions, sur la manière de les pratiquer et sur l'intervalle qu'on doit laisser entre elles; en un mot, vous saurez faire valoir votre thérapeutique, si modeste qu'elle puisse paraître; et,

quand le résultat couronnera vos efforts, personne ne vous en voudra plus d'avoir fait un traitement aussi peu important en apparence ; on dira, sans doute, que c'est la nature qui a guéri le malade ; mais soyez sûr qu'on le dirait tout de même alors que vous auriez employé les médicaments les plus énergiques (1).

UNIVERSITÉ DE PARIS

Hôpital Saint-Antoine : M. le prof. CHAUFFARD.

Sur la syphilis nerveuse.

II

Dans une précédente leçon (2), j'ai commencé à exposer devant vous l'histoire de la syphilis nerveuse. Nous avons vu d'abord la position générale de la question et j'ai continué par l'étude clinique de nos malades du service. Il me reste à vous parler aujourd'hui des deux derniers de ces malades, après quoi j'aborderai le chapitre important des rapports de la syphilis et du tabes.

Notre quatrième malade est un tabes avancé. C'est une femme de 54 ans, sans antécédent spécifique personnel connu. En revanche, nous trouvons dans son observation, deux choses. Son père est mort de la rupture d'un anévrysme de la crosse de l'aorte. Or, nous savons que cet anévrysme est une lésion, dans la règle, d'origine syphilitique. Il serait possible, par conséquent, que l'hérédo-syphilis intervînt ici ; je dois dire, néanmoins, qu'il n'en existe aucun stigmate. La patiente, d'autre part, a été mariée deux fois, la deuxième fois à un homme qui est actuellement atteint de troubles mentaux, mais qui semble, il est vrai, être plutôt un vésanique qu'un organique, si nous en jugeons par les renseignements qui nous sont fournis. En somme, syphilis non caractérisée comme antécédents.

En 1908, à l'âge de 43 ans, la malade fut prise de douleurs fulgurantes aux membres inférieurs et de douleurs en ceinture. En 1909, apparurent des crises viscérales gastriques. En 1913, se produisit une chute des dents, trouble trophique qui n'est pas rare chez les tabétiques. Ce n'est pas la chute lente des dents, qui met des années à se faire, que l'on voit chez certains arthritiques, c'est une perte en quelques mois des dents, d'ailleurs saines, avec atrophie du bord alvéolaire.

Au mois de mars 1919, se passa un incident, qui semble avoir été une crise épileptiforme. Deux autres crises semblables succédèrent à la première. La patiente entra alors à l'hôpital et à l'examen, nous trouvâmes un tabes confirmé : de l'inégalité pupillaire, un signe d'Argyll-Robertson complet, de l'abolition des réflexes, un signe de Romberg assez net, une ataxie commençante, de l'hypotonicité, de la flaccidité musculaire (le genou plié peut être porté contre la clavicule), enfin des troubles viscéraux, crises gastriques et crises rectales. J'ajoute qu'il existe concomitamment un souffle systolique à la pointe, une dilatation aortique et une forte tension artérielle (24 maxima).

Voilà un cas de tabès complet. Je vous dirai maintenant un mot de notre dernière malade, atteinte d'un tabes incipiens. C'est une femme qui contracta la syphilis en 1891. En 1918, elle entra une première fois dans notre service pour une infection grippale et déjà, à ce moment, nous constatâmes de la disparition des réflexes rotuliens. On lui fit une série d'injections de cyanure de mercure. Elle revint dernièrement dans nos salles et nous avons noté à nouveau l'abolition des réflexes rotuliens, sans troubles de la démarche, ni talonnement, sans signe d'Argyll, ni inégalité pupillaire. Un peu de lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. En résumé, signes très légers de tabes, tabes débutant, tabes incipiens.

Reprenons la série de ces cinq cas et cherchons leurs rapports avec la syphilis. Nous voyons, tout d'abord, 3 syphilis avérées, non douteuses. Dans les deux autres cas, absence d'antécédents spécifiques, mais, par contre, Wassermann positif dans le sang, chez une malade, dans le céphalo-rachidien chez l'autre. En somme, cinq cas, cinq syphilis.

En matière de syphilis nerveuse, la valeur du Bordet-Wassermann est considérable. Pour le tabes, la proportion des réactions positives est de 90 à 95 %. Dans la paralysie générale, le Wassermann est constamment positif, 100 %, si bien que Sicard a tiré de cette constatation un argument important pour le diagnostic. Vous savez que le diagnostic de la paralysie générale, facile à la phase des troubles physiques, est difficile au début, à la phase psychopathique. La pseudo-paralysie générale alcoolique ou démentielle, par exemple, est difficile à distinguer de la paralysie générale vraie, à ce moment. Pour Sicard, si le Wassermann est négatif, il ne s'agit pas de paralysie générale. Le Wassermann positif n'implique pas forcément, il va sans dire, le diagnostic de paralysie générale, un syphilitique pouvant faire des troubles purement démentiels. Rappelons-nous donc la granpe valeur du Wassermann dans

---

(1) A la suite de cette leçon de clinique, la maladie a continué à évoluer de mieux en mieux et est arrivée à une guérison complète. Il faut même noter que la salpingite gauche, un moment réchauffée, est rentrée dans l'ordre et paraît actuellement tout à fait inoffensive. L'abcès de fixation a été ouvert après la chute de la fièvre et le pus contenait du bacille d'Eberth, circonstance intéressante à noter, car on sait que dans la pneumonie, la fièvre puerpérale et dans la plupart des maladies infectieuses, le pus tiré des abcès de fixation est stérile.

(2) Voy. *Concours Médical*, n° 8 du 22 févr. 1920.

le tabes et la paralysie générale au point de vue du diagnostic.

Ce pourcentage se rapproche et se superpose au pourcentage clinique donné par Fournier. Le professeur Fournier est, vous le savez, l'auteur de cette magnifique découverte de l'origine syphilitique du tabes et de la paralysie générale. Il possédait, chez lui, les fiches de très nombreux malades syphilitiques. En se reportant à ces documents, il arriva à prouver que 90 % des tabétiques sont syphilitiques. Ce n'est pas tout. Il fit plus et donna un fil conducteur à cette question. Sur les milliers de malades qu'il suivait, il vit que tous n'avaient pas la même facilité à devenir tabétiques ou paralytiques généraux. Ceux qui étaient atteints de syphilis nerveuse étaient précisément ceux qui avaient eu jusque-là, une syphilis bénigne, peu ou pas traitée, deux choses connexes l'une de l'autre d'ailleurs. Comme contre-épreuve, Fournier relevait la rareté du tertiarisme grave chez les tabétiques. Si bien qu'il y avait un contraste net entre la bénignité clinique de la maladie et l'apparition des lésions nerveuses.

Autre preuve confirmative : la rareté, l'absence même du tabes et de la paralysie générale dans certaines régions du globe, où la syphilis est cependant répandue et grave. La syphilis tropicale, par exemple, qui s'accompagne de graves lésions tertiaires destructrices, n'est pas suivie de tabes ni de paralysie générale. Il en est ainsi en Algérie, au Maroc, où la syphilis indigène est fréquente et virulente.

La syphilis dans ces milieux et dans ces races est différente de la nôtre, où le tabes et la paralysie générale sont communs.

On a donné à cela une première explication classique. On a dit que si, dans ces milieux, les formes nerveuses de la syphiilis sont plus rares, c'est qu'il existe chez nous, du fait de la civilisation, une prédisposition du système nerveux. La fragilité nerveuse se développe avec la civilisation et le système nerveux de l'Européen se trouve ainsi plus apte à fixer la toxine syphilitique. Il y a dans cette explication, une part de vérité ; le surmenage cérébral et spinal de l'Européen prédispose aux affections nerveuses.

Mais, il existe une autre explication. Dans un mémoire paru très peu de temps avant la guerre, Levaditi et Auguste Marie ont réuni un certain nombre de faits cliniques connus. Ils les ont envisagés sous une face qui semble prouver qu'il existe une syphilis plus contagionnante pour le système nerveux. La localisation nerveuse viendrait alors non plus du récepteur, mais du donneur.

Les faits en question sont ceux de syphilis nerveuse conjugale et familiale. Auguste Marie en a réuni 27 cas concernant des ménages dans lesquels le mari et la femme ont été atteints l'un et l'autre de syphilis nerveuse, tabes ou paralysie générale. A côté de ces cas, s'en placent d'autres où le tabes et la paralysie générale éclatent chez des sujets contagionnés à la même source. Ces dernières observations sont plus rares, car il est difficile de rencontrer ainsi, longtemps après l'accident initial, des sujets ayant été contagionnés à la même source. Erb a cité 5 hommes dans ces conditions qui furent atteints les uns de tabes, les autres de paralysie générale. Dans un autre exemple, six ouvriers souffleurs de verre, devenus syphilitiques par le même contage, firent ultérieurement de la syphilis nerveuse. Babinski cite deux étudiants contaminés par une maîtresse commune, tous deux paralytiques généraux quinze ans plus tard. On connaît le cas fameux de Morel-Lavallée, de la femme Marthe X., dont les cinq amants successifs contractèrent la syphilis et devinrent tous tabétiques ou paralytiques généraux, semblant bien montrer que le virus de cette femme avait une affinité particulière pour le système nerveux.

Ces faits, d'ailleurs bien observés, démontrent qu'il est certaines syphilis qui ne sont pas comme les autres et qui ont une tendance réelle à infecter le système nerveux. De là, à supposer qu'elles relèvent d'une variété, d'une race spéciale de tréponème, il n'y avait qu'un pas, logique, à franchir.

Levaditi et Auguste Marie, dans leur mémoire, admettent l'existence de deux variétés de tréponèmes, l'une dermatrope, ayant des affinités pour le système cutanéo-muqueux, l'autre neurotrope, ayant des affinités pour le système nerveux. Il va sans dire que la variété neurotrope est aussi, dans une certaine mesure, dermotrope et qu'elle débute également par un chancre.

Levaditi et A. Marie sont partis de ce fait que le tréponème se retrouve toujours chez les paralytiques généraux. Noguchi l'avait montré et Levaditi l'a contrôlé. On admet que, dans la paralysie générale, il existe une infiltration riche en tréponèmes de l'écorce cérébrale. Les cas les plus nets sont ceux où le malade meurt d'ictus. Non seulement, on trouve des tréponèmes dans les circonvolutions, mais aussi dans le sang circulant. Les études de Levaditi et A. Marie s'inspirent également d'une série de recherches sur la transmission expérimentale de la syphilis à l'homme et aux animaux. L'animal le mieux approprié, comme l'ont indiqué Roux et Metschnikoff, est le singe de grande espèce, le singe anthropoïde. On peut obtenir un résultat positif chez les petits singes également, chez les macaques, et même chez le lapin. Prélevant du sang à la veine chez des paralytiques généraux, Levaditi et A. Marie l'ont inoculé au scrotum du lapin mâle. Par une série de passages, chez le lapin, ils sont arrivés à une lésion de syphilis neurotrope qui diffère histologiquement et macroscopique-

ment du chancre dermotrope d'inoculation, ce dernier étant beaucoup plus profond. Ce chancre neurotrope, il est vrai, n'est pas inoculable du lapin au singe, et il y a là, une lacune à combler.

Quand il s'agit de chancre dermotrope, l'incubation, après une série de passages, se réduit à 20 ou 25 jours. Pour le chancre neurotrope, l'incubation, de 125 jours pour la 1e inoculation, se raccourcit à la deuxième, pour arriver à 45 jours au 3e passage. Les recherches, malheureusement, de Levaditi et A. Marie ont été interrompues par la guerre, et en sont restées à ce troisième passage. Elles viennent d'être reprises maintenant. Retenons les différences des lésions objectives et de la chronologie des chancres neurotrope et dermatrope. Retenons également le fait de la non-inoculabilité du chancre neurotrope du lapin au singe. Il semble que ce virus neurotrope, du moins chez le lapin, soit atténué et ne puisse plus se transporter au singe et à l'homme.

Quoiqu'il en soit des points non encore élucidés de cette question, ces auteurs ont donc admis deux variétés de tréponèmes, chaque variété entraînant une évolution spéciale de la syphilis, l'une sur le système cutanéo-muqueux principalement, l'autre sur le système nerveux plus spécialement. Cette notion de deux espèces de tréponèmes n'est pas plus étonnante que celle des deux races de spirilles qui expliquent la fièvre récurrente d'Afrique et la fièvre récurrente d'Europe. C'est le même micro-organisme, mais de deux races différentes.

Telles sont les données apportées par Levaditi et A. Marie. Leurs conclusions sont à première vue séduisantes. Toutefois, il faut rester prudent sur ce sujet et ne pas oublier qu'il s'agit de recherches encore à leur début et comportant des réserves. Nous pouvons dire, cependant, que nous avons là, un ensemble de faits des plus intéressants.

Résolvent-ils — en les admettant — toute la question ? A quelle moment se ferait la différenciation ? Est-ce au début, ou au contraire, consécutivement au passage sur le névraxe. Quand on se reporte aux faits de Fournier et aux faits similaires, que je vous ai signalés, on est amené à admettre que le virus est inoculé avec ses qualités neurotropes. Mais, cela n'est qu'une présomption. Distinguons toujours le fait — qui est inattaquable — de l'interprétation qui peut varier.

Dernière question — thérapeutique. Quelles conséquences, au point de vue thérapeutique, découlent de ces considérations. Une première, d'abord. La syphilis cérébrale vraie, avec méningo-artérite spécifique, est très accessible au traitement. Charcot la guérissait par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium. Actuellement, nous la soignons avec succès par le cyanure de mercure, l'iodure et l'arsenic. A propos d'arsenic, il y a eu une évolution des idées sur ce sujet. Ehrlich avait posé comme contre-indication à l'emploi du 606 l'existence d'une syphilis nerveuse. A mesure que la médication arsenicale s'est répandue, une opinion différente s'est établie et actuellement, on a recours couramment aux arsénobenzols dans la syphilis nerveuse.

Pour le tabes et la paralysie générale, les résultats sont différents. Autant la cure spécifique a de prise sur la syphilis cérébrale, autant son action est douteuse dans le tabes et la paralysie générale. C'est là une question angoissante à laquelle se sont attachés tous les neurologistes et tous les syphiligraphes. Le but poursuivi n'a pas été atteint et ceux dont l'expérience est la plus grande ne sont pas favorables à la cure spécifique en pareils cas. Pour ma part, j'ai eu l'occasion de traiter nombre de syphilis nerveuses, de tabes surtout, et j'ai bien rarement obtenu quelque résultat. Quelques tabétiques se sont bien trouvés de l'hectine, quant à leur état général du moins, car ils n'ont pas guéri et les signes du tabès ne se sont pas modifiés chez eux. Pour ma part, je ne donne pas, dans la règle, de traitement spécifique aux vieux tabétiques, qui l'ont déjà essayé sans succès. Dans le tabes au début, le tabes incipiens, je crois que l'on doit en faire l'essai, sans trop s'illusionner, et pour mettre sa conscience à couvert.

Quant à la paralysie générale, on l'a attaquée par des traitements très intensifs et je ne sache pas qu'on l'ait modifiée jusqu'à présent d'une façon nette. Elle reste jusqu'à ce jour intangible. Pourrons-nous faire mieux dans la suite, arrêter ces affections à leur début. Ce n'est pas impossible. Il ne faut parler que de l'heure présente. En tout cas, je tenais à vous signaler les très intéressants travaux de Levaditi et Auguste Marie, qui ouvrent un champ d'études nouveau sur la syphilis nerveuse.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

OPHTALMOLOGIE PRATIQUE

L'ophtalmie purulente et les mécomptes de l'argyrol,

Par le docteur FRADKINE, de Paris.

Depuis les très belles publications du docteur DARIER (2), sur les sels organiques d'argent, l'Argyrol a conquis ses droits de cité dans l'arsenal thérapeutique des ophtalmologistes, et même des praticiens. Tous les médecins prescrivent le collyre à l'argyrol à 50 % ou 10 %, quand ils sont consultés pour une conjonctivite. Ce com-

(2) Voir ses « Leçons de thérapeutique oculaire 1909.

posé organique d'argent a été lancé par un chimiste américain, Barnes, en 1902, et il a acquis rapidement une réputation méritée auprès du corps médical.

Aussi, mon intention n'est-elle pas de jeter un discrédit sur cet antidote des conjonctivites. Je me propose seulement de mettre en garde les praticiens contre la confiance exagérée qu'ils seraient tentés de lui accorder.

***

Ayant eu l'occasion récemment de traiter deux cas de conjonctivite des nouveau-nés, où l'argyrol s'était montré impuissant à juguler l'infection, j'ai pensé qu'il est de mon devoir d'avertir mes confrères du danger qu'il peut y avoir quand on se refuse à revenir au traitement classique aussitôt que les nouveautés thérapeutiques paraissent faillir à leur tâche.

Voici les deux observations que je demande la permission de rapporter :

Il s'agit d'un nouveau-né, le petit G., qui m'a été amené au *cinquième* jour de sa vie et au *deuxième* de sa maladie. L'infection a donc débute au 3e jour, comme il est de règle.

A l'examen, j'ai constaté une grosse conjonctivite gonococcique des deux yeux, avec son cortège habituel de symptômes, que je rappelle en deux mots :

1° Violent œdème des paupières, particulièrement des paupières supérieures, qui sont rouges et légèrement durcies. L'enfant est incapable d'ouvrir les yeux, au grand affolement des parents. Et même, le médecin éprouve une certaine difficulté à soulever la paupière supérieure, manœuvre absolument indispensable pour surveiller la cornée et intervenir à temps, en cas de menace d'ulcération. Je fus obligé d'avoir recours aux petits écarteurs d'enfant, en les maniant avec beaucoup de douceur afin d'entr'ouvrir la fente palpébrale et de me rendre compte de l'état de la cornée.

2° La conjonctive palpébrale est fortement injectée, gonflée, turgescente, bosselée et inégale. Cela est dû à une infiltration cellulaire très prononcée, qu'on observe toujours dans la blennorrhée aiguë. Elle saigne au moindre contact. La prise de la paupière avec la cuillère de l'écarteur s'accompagne toujours d'un suintement sanguin. La conjonctive palpébrale, je viens de le dire, est injectée et friable. La conjonctive bulbaire, elle, est à peine rosée, pas du tout infiltrée.

Les auteurs ont beaucoup insisté, à juste titre, sur la *faible participation* de la conjonctive bulbaire à l'infection gonococcique des nouveau-nés. Le chémosis intense, qui enserre la cornée d'un véritable anneau inflammatoire, la menaçant, pour ainsi dire, d'un étranglement ischémique et toxinique, reste l'apanage de la conjonctivite gonococcique de l'adulte.

Les tout petits en sont généralement préservés. C'est ce qui explique la gravité moindre de l'infection chez ces derniers. Leur cornée transparente ne court pas autant de danger d'entrer en suppuration à son tour.

3° Une abondante sécrétion purulente qui déborde les paupières, coule sur les joues, descend le long du sillon naso-génien : pus jaunâtre, épais, filamenteux.

Après avoir enlevé, avec un tampon imbibé de permanganate de potasse, ce pus qui couvre les cils et les paupières, j'ai glissé un écarteur sous la paupière supérieure, tout en déprimant avec le pouce de la main gauche la paupière inférieure. Aussitôt un flot de pus surgit avec une certaine force de projection, heureusement contenu par un tampon préparé d'avance et collé contre la fente palpébrale. Cette précaution n'est pas inutile, car il existe toujours un danger d'infection possible par le pus projeté violemment. Nous connaissons des exemples où le médecin a perdu un œil de cette façon, tandis que son patient gardait le sien.

J'ai donc ouvert les paupières, détergé les culs-de-sac et lavé le globe oculaire, en laissant couler un peu de solution permanganatée tiède, d'un bock suspendu à faible hauteur. On peut d'ailleurs remplacer le bock par des tampons de coton imbibés de l'antiseptique et exprimés au-dessus et assez près de l'œil.

Le champ opératoire ainsi nettoyé, j'ai pu procéder à l'examen de la cornée, au moyen de l'éclairage oblique. Elle était intacte, de même que la conjonctive bulbaire, faiblement congestionnée, tout était localisé au niveau des culs-de-sac et de la conjonctive palpébrale.

Un frottis fait sur lame et examiné au violet de gentiane, une deuxième lame colorée au Gram m'ont montré une riche pullulation de gonocoques intra et extra-cellulaires. Le diagnostic clinique trouvait donc sa signature bactériologique sous le contrôle du microscope.

Traitement : Cautérisation au nitrate d'argent à 1/50e, au moyen d'un petit coton enroulé autour d'un stylet. La paupière supérieure a été luxée et rapprochée de la paupière inférieure ectropionnée. Après la cautérisation, j'ai laissé les deux paupières ainsi éversées sous l'influence du topique pendant une minute. Ensuite, j'ai lâché les paupières qui se sont refermées, et j'ai essuyé le précipité blanc caillebotté classique qui filtrait à travers la fente palpébrale.

Ne pouvant voir l'enfant qu'une fois par jour, et même peut-être une fois tous les deux jours (par suite de circonstances qu'il est inutile de préciser), je me trouvais obligé de confier, dans l'intervalle des visites, le traitement à la famille.

C'est ici que le problème se complique.

L'on sait que le nitrate d'argent n'est pas sans inconvénient pour la cornée, et bon nombre d'ulcères sont favorisés par ce caustique maladroitement manié. Aussi, je n'ai pas voulu risquer d'ennuis en abandonnant entre des mains inexpérimentées un médicament non exempt de danger.

Par quoi alors le remplacer ? Par l'argyrol, évidemment ! Il contient 30 % d'argent, et possède un pouvoir antiseptique considérable suivant l'expression de certains auteurs (1).

Je formule donc :

Argyrol	1 gr.
Eau distillée..............	10 g.

2 gouttes toutes les heures, après lavage préalable au permanganate à 1/4000. Contre le gonflement des paupières, je conseille des compresses humides chaudes en permanence.

Le traitement se poursuit de la sorte pendant 3 jours : cautérisations quotidiennes au nitrate d'argent à ma clinique, et argyrol fait à domicile.

Le 4e jour, devant la persistance de la suppuration et de quelques symptômes généraux, je fis au petit malade une injection sous-cutanée de sérum de Roux (10 c.c.) en vue d'exciter sa défense organique contre l'infection.

Le 5e jour, état stationnaire. Aucune modification, ni de la suppuration, ni de la réaction conjonctivale. Même la conjonctive bulbaire me paraît plus injectée, presque chémotique, menaçant l'épithélium cornéen. Force m'était donc de changer mon fusil d'épaule. Et, malgré mon appréhension de laisser entre des mains inexpertes le nitrate d'argent, je me suis vu contraint d'y avoir recours. J'ai donc prescrit un collyre au nitrate au 1/100o, en précisant à la grand'mère la manière de s'en servir, et en la prévenant du danger possible, si mes conseils n'étaient pas suivis strictement.

Le traitement se résumait finalement en :

1o Applications de compresses humides et chaudes sur les paupières en permanence, pour favoriser la résorption de l'œdème ;

2o Nitrate d'argent au 100o, matin et soir, en badigeonnages sur la conjonctive palpébrale, les paupières éversées et rapprochées ;

3o Argyrol au 10o en instillation toutes les deux heures. Bien entendu après lavage au permanganate au 4000e, avant chaque instillation et cautérisation.

A partir de ce moment, l'infection change de caractère. Le gonflement cède petit à petit. Les culs-de-sac se détergent, le pus devient plus liquide, plus séreux, moins jaune et moins abondant. L'enfant ouvre les yeux le 10e jour.

Il a été complètement guéri au 20e jour, sans aucune séquelle de cette terrible affection.

Je souligne en passant ce fait intéressant, que la conjonctivite gonococcique des nouveau-nés, quand elle est traitée et bien traitée, dès le début de l'infection, *guérit totalement* sans laisser de traces. Il n'en va pas de même de la blennorrhée oculaire de l'adulte.

L'on sait que, chez ce dernier, même après une issue heureuse, il persiste pendant *des mois* une rougeur, un épaississement du revêtement tarsien, qui paraît inégal, granuleux et velouté. A tel point que certains ophtalmologistes se sont basés justement sur cet aspect folliculaire ou granuleux de la conjonctive après une gonococcie pour attribuer au trachome (conjonctivite granuleuse) une étiologie blennorrhagique. D'autres, n'ayant pas interrogé avec suffisamment d'attention leur malade, ont po é le diagnostic du trachome uniquement à cause de cette hypertrophie fragmentée de la conjonctive tarsienne : diagnostic naturellement erroné, l'histoire clinique du malade le prouve. D'ailleurs, l'évolution ultérieure de ces granulations est beaucoup plus bénigne que l'évolution trachomateuse, puisqu'elles disparaissent au bout de quelques mois, sans aucun traitement, en ne laissant derrière elles que de fines cicatrices indélébiles. Ce qui n'est pas le cas du trachome (1).

Quoi qu'il en soit, chez mon petit malade, comme chez les nouveau-nés d'une manière générale, la guérison a été parfaite, *sans séquelles* et sans complications. Cette évolution caractéristique méritait, me semble-t-il, d'être soulignée.

***

L'observation de mon deuxième malade est presque calquée sur la précédente, avec cette particularité cependant, que primitivement, l'œil droit seul était touché, l'œil gauche indemne. L'examen du frottis démontra nettement une riche floraison de gonocoques.

Ne pouvant isoler l'œil sain sous un petitgrillage ou un verre de montre, comme j'ai l'habitude de le faire chez l'adulte j'espérais localiser l'infection à l'œil atteint par des compresses chaudes en permanence que j'ai prescrites.

Or, en plein traitement à l'argyrol au 10e, toutes les heures, l'œil gauche s'est pris à son tour au 3e jour.

Là aussi, je me suis trouvé bien de revenir à l'antique nitrate d'argent pour juguler l'infection et enregistrer une guérison complète, sans dommages et sans séquelles.

***

Ces deux observations me paraissent intéressantes à plus d'un point. Eu égard aux réflexions qu'elles suggèrent, je m'excuse d'y avoir insisté si longuement.

(1) Darier. — Leçons de thérapeutiques 1909 : « L'argyrol, dit-il ne forme pas de précipité avec le chlorure de sodium et ne coagule pas l'albumine, il pénètre profondément dans les replis et les cryptes. et même dans les couches profondes des muqueuses »,

(1) Nous y reviendrons un jour.

Tout d'abord, un mot du mécanisme infectant chez mes deux malades.

Le premier, accouché par le siège, est demeuré longtemps — me disait la mère — la tête au passage. La sage-femme aurait perdu la sienne, paraît-il.

L'interrogatoire de la parturiente m'a appris qu'elle souffrait de pertes blanc-jaunâtre, tachant la chemise. La miction était douloureuse. La gonococcie semblait donc évidente.

Le deuxième, en présentation occipito-céphalique, serait néanmoins resté au passage un certain temps, à cause d'un rétrécissement du bassin (?). La mère n'avouait pas de leuccorrhée.

Dans les deux cas, la sage-femme s'était bornée à exprimer une tranche de citron dans les culs-de-sac de ces nouveau-nés.

A ce propos, je me permets d'attirer l'attention des praticiens, une fois de plus, sur l'insuffisance de cette méthode de traitement, et de la nécessité qu'il y a de s'en tenir strictement au procédé de Crédé. Je fais allusion à l'instillation du nitrate au 50°, immédiatement après le premier bain, chez *tous* les nouveau-nés.

Il serait, je crois, d'une utilité publique indiscutable que les praticiens faisant des accouchements conseillent aux sages-femmes de leur entourage de compléter leur trousse avec un petit flacon de solution de nitrate d'argent, renouvelée de temps à autres. De cette façon, un grand nombre de nouveau-nés échapperaient à l'ophtalmie toujours menaçante, qui les guette au « passage » (1).

Voici donc déjà un premier enseignement tiré de mes observations.

Mais la plus importante constatation que je me hâte de mettre en évidence, c'est l'échec très net subi avec l'argyrol, bien que je l'aie utilisé à haute dose, me conformant en ceci aux conseils de DARIER et TERSON.

Il semble vraiment que le succès de l'argyrol dans certains cas de conjonctivite légère s'expliquerait plutôt par son action *mécanique* que par sa propriété *bactériotropique*. Les fréquentes instillations balayent les microbes pas très virulents, qui, sans cela, auraient tendance à stagner dans les culs-de-sac.

Un rôle analogue a été assigné, par des auteurs, au liquide DAKIN (méthode CARREL).

Je m'empresse d'ajouter, d'ailleurs, que c'est une fonction très honorable. Car, il y a peu de liquides qu'on puisse verser sans inconvénient sur une muqueuse aussi délicate que l'est la conjonctive.

(1) L'on connaît la statistique de *Cohn*, une des plus complètes. Dans 22 instituts d'aveugles en Allemagne, on comptait 30% des sujets qui avaient perdu la vue à la suite de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. Ceci, bien entendu, avant l'application de la méthode de *Credé*.

***

Quelques auteurs prétendent qu'en ajoutant quelques gouttes d'argyrol à une culture de pneumocoques, on ne réussit pas à troubler la pousse florissante de ces microbes. Avec le nitrate d'argent, on n'a pas de surprises semblables. L'on sait qu'une toute petite dose de ce sel, ajoutée à un milieu Rollin, arrête le développement des microbes.

L'observation clinique semble, en effet, appuyer ces expériences.

La seule critique qu'il est permis de formuler se résume en ceci :

a) La dose d'argyrol par cmc. de culture n'a pas été peut-être assez forte pour provoquer un effet stérilisant ;

b) L'argyrol dont on s'est servi n'est peut-être pas la bonne, la vraie préparation de Barnes.

Je me suis laissé dire, en effet, que le vittelinate d'argent mis en vente par quelques fabricants ne possède pas les mêmes qualités bactéricides que l'argyrol américain.

***

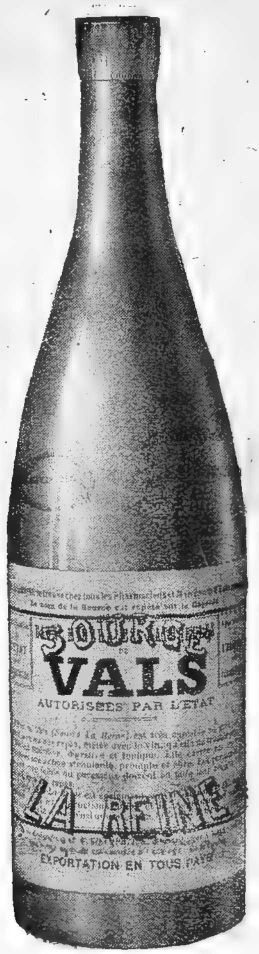
Pour en revenir à la pratique journalière, le praticien, se trouvant en face d'une conjonctive sérieuse, avec œdème des paupières et sécrétion abondante, se souviendra qu'il ne doit pas se contenter de l'argyrol, même à haute dose. Il s'astreindra à faire lui-même des cautérisations argentiques à 1 ou 2 %, suivant la virulence de l'infection. Et, si les conditions matérielles ne lui permettent pas de traiter son malade lui-même 2 fois par jour, il y aura lieu d'enseigner à l'entourage la manière de se servir de ce précieux médicament, prescrit en collyre au 1/100e.

De cette façon, on ne risquera pas de laisser se prolonger l'infection dans un organe où toute heure gagnée est autant de dixièmes de vision conservés au malade.

Bien entendu, les lavages à l'oxycyanure de mercure au 1/6000e, au permanganate de potassium au 1/4000e ; les instillations fréquentes d'argyrol au 20e ne doivent pas être négligées. Mais, il s'agit là plutôt de moyens adjuvants que du traitement de base, qui demeure acquis au nitrate d'argent préféré de nos classiques.

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année 1919 au trésorier Dr Gassot à Chevilly (Loiret).


SOURCE
VALS
AUTORISÉES PAR L'ÉTAT
LA REINE
EXPORTATION EN TOUS PAYS

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Réactions méningées dans l'encéphalite léthargique.

(MM. Pierre MARIE et MESTREZAT. — *Académie de médecine.*)

MM. Pierre Marie et Mestrezat présentent quelques remarques sur les réactions méningées dans l'encéphalite léthargique.

La notion primitive, celle donnée en 1918 par M. Netter, concernant l'état du liquide céphalo-rachidien dans l'encéphalite léthargique, était l'absence de réaction méningée chez les sujets atteints de cette maladie. Depuis lors, un certain nombre d'observateurs, dont MM. Achard et Widal, et M. Netter lui-même, sont venus citer des cas d'encéphalite léthargique dans lesquels ils ont constaté une réaction méningée, d'ailleurs fugace et peu durable.

M. Pierre Marie, tout en accordant à ces derniers faits un grand intérêt, pense qu'il serait fâcheux de voir sombrer le principe, si nécessaire à conserver, que l'encéphalite léthargique n'est pas une méningite. Pour sa part, chez six malades méthodiquement étudiés, il n'a trouvé qu'une lymphocytose et une hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien des plus modérées. Dans un septième cas même, où l'examen chimique du liquide céphalo-rachidien a été pratiqué par M. Mestrezat, l'analyse a révélé une composition très voisine de la composition normale.

Pour M. Pierre Marie, dès lors, en présence d'un malade dont le liquide céphalo-rachidien fournit une formule de grosse réaction méningée, il faut se tenir sur ses gardes et se méfier de l'erreur de diagnostic qui consiste à prendre une méningite vraie pour une encéphalite léthargique. L'absence de *criterium* de cette affection rend, en effet, son diagnostic parfois délicat.

La diversité clinique de l'encéphalite léthargique.

(M. CH. ACHARD. — *Académie de médecine.*)

Plus on étudie l'encéphalite léthargique, dit M. Achard, plus on s'aperçoit de la variabilité de ses aspects cliniques.

Le symptôme somnolence présente déjà des degrés et des modalités distinctes. Tel malade dort profondément et reste insensible aux excitations du dehors. Tel autre n'a qu'un sommeil léger, facilement interrompu par une interpellation à haute voix. Certains ont une somnolence discontinue. Quelques-uns, encore, sont plutôt dans une sorte d'étonnement que de sommeil vrai : cet état d'étonnement est comparable à l'état physiologique du dormeur qu'on réveille brusquement et qui reste quelques instants obnubilé. Mais, ce qui, chez le sujet sain, n'est que passager, devient ici plus ou moins durable.

La même diversité se retrouve pour les troubles moteurs. Les paralysies oculaires, auxquelles on attribua tout d'abord une si grande importance dans la triade symptomatique, peuvent faire défaut. Les membres sont parfois paralysés et aux paralysies peuvent s'ajouter ou se substituer des phénomènes spasmodiques.

Même inconstance pour les phénomènes généraux. Il est des cas avec température élevée, d'autres apyrétiques. M. Achard a vu, chez un de ses malades, la fièvre précéder d'assez longtemps la somnolence.

Ainsi, l'encéphalite léthargique apparaît comme une maladie polymorphe et acyclique. C'est sur l'ensemble symptomatique qu'il faut juger un cas donné et penser à l'encéphalite léthargique, quand on constate une association de phénomènes intellectuels moteurs, et généraux, qui ne rentrent pas dans les cadres de la pathologie classique.

L'encéphalite léthargique à Tanger.

(M. REMLINGER. — *Académie de médecine.*)

M. Remlinger rapporte deux observations d'encéphalite léthargique recueillies à Tanger, ce qui montre l'existence de la maladie au Maroc.

M. NETTER remarque que l'encéphalite léthargique sévit, actuellement, un peu partout. En Angleterre, la déclaration obligatoire de cette affection a été décrétée, pour une année, en décembre 1918, et cette obligation vient d'être renouvelée en décembre 1919.

M. Netter formule, comme conclusion, le vœu suivant, qui est adopté :

« L'Académie de médecine émet le vœu que les membres du corps médical portent à sa connaissance les cas d'encéphalite léthargique avérée ou vraisemblable qu'ils auront observés. Il serait désirable que la déclaration fût accompagnée d'indications précises, sur l'adresse des cas et aussi sur la date vraisemblable de leur début ».

Organisation antituberculeuse départementale.

(M. COUBARD. — *Académie de médecine.*)

M. Coubard présente un plan d'organisation antituberculeuse basée sur le Comité départemental, l'assurance contre la tuberculose, le dispensaire, le sanatorium d'hôpital et le sanatorium -colonie. L'assurance contre la tuberculose serait réservé aux classes moyennes, les gens aisés (susceptibles de se soigner avec leur propres ressources) et les indigents (secourus d'office) en seraient exclus.

Empyème chronique traité par l'opération de Delorme.

(M. PEUGNIEZ, de Cannes. — *Académie de médecine*).

M. Peugniez rapporte un cas d'empyème chronique traité avec succès par la décortication du poumon (opération de Delorme). L'opération a été suivie, le lendemain, d'un incident non encore signalé : une pa-

ralysie radiculaire du plexus brachial, qui a guéri assez rapidement.

Grippe et peste pulmonaire.

(M. Ch. Broquet. — *Académie de médecine.*)

Au cours de l'épidémie de grippe de l'hiver précédent, devant la gravité du mal et l'ignorance de sa cause, le mot de peste pulmonaire a été prononcé, et il semble même qu'on ait voulu tirer de là des indications thérapeutiques, dans l'emploi du sérum antipesteux.

M. Broquet, qui a observé en 1911, en Mandchourie et en Chine, la grande épidémie de peste pulmonaire, étudiée à la Conférence de Moukden, et qui a vu en France l'épidémie de grippe de 1918, a pu établir une comparaison entre les deux maladies, en s'appuyant sur l'observation de plusieurs centaines de malades et sur de nombreuses autopsies.

Pour M. Broquet, il n'est pas possible de confondre les formes graves de la grippe avec la peste pulmonaire. Le microbe de la peste, isolé, cultivé et étudié par Yersin, est parfaitement défini. On connaît ses moyens de diffusion par les rongeurs et leurs puces (peste bubonique), par l'homme et les gouttelettes salivaires qu'il projette en toussant (peste pulmonaire). En Mandchourie, chez tous les malades atteints de peste pulmonaire, il était possible d'isoler le bacille de Yersin, soit des crachats, soit du sang, et toujours, avec ce microbe, les expérimentateurs pouvaient reproduire la peste. Dans la grippe de 1918, on a seulement rencontré, dans les crachats et les poumons des malades, des bacilles de Pfeiffer associés à d'autres microbes, pneumocoques et streptocoques. Nicolle et Lebailly ont montré, en outre, dans l'expectoration, la présence d'un élément invisible, d'un virus filtrant, auquel le singe serait sensible. Pour eux, la grippe serait due à un binôme dont l'un des termes, le terme principal, serait cet agent filtrant, et l'autre terme, le terme secondaire, serait composé des autres microbes associés. En tout cas, le bacille pesteux n'a jamais été rencontré dans la grippe.

Ce ne sont pas les seules différences. Sur les 50.000 cas de peste pulmonaire survenus en Mandchourie, il n'y eut aucun cas de guérison. La majorité des malades mouraient en deux jours, selon un rythme à peu près uniforme. La grippe ne présente pas une semblable gravité. A côté de ses formes foudroyantes, qui tuaient d'ailleurs rarement en deux jours, elle a comporté des échelles diverses de gravité, allant jusqu'à la grippe bénigne.

Pour la peste pulmonaire, on sait que la contagion se fait d'homme à homme par les gouttelettes salivaires que le malade projette en toussant, le virus entrant par les voies respiratoires et par les conjonctives. Un bon masque, une blouse hermétique, des gants de caoutchouc et des bottes permettent d'approcher sans crainte d'un pestiféré. Pour la grippe, on a beaucoup moins de précisions. A côté des faits de contagion directe et rapide par les malades, il en est d'autres où l'infection expérimentale a été négative. Il est toutefois intéressant de prendre pour la grippe les mêmes mesures prophylactiques que pour la peste : isolement des malades, protection des visages, désinfection et aération des locaux, vaccination et sérothérapie contre les germes connus (Pfeiffer, pneumocoques, streptocoques).

Astragalectomie pour fracture de l'astragale. Résultat éloigné.

(M. Alphonse Huguier. — *Société des chirurgiens de Paris.*)

M. Huguier a revu en 1919 un malade qu'il avait opéré huit ans auparavant pour une fracture de l'astragale, par astragalectomie. Ce malade était depuis le début de la guerre dans le service armé. La marche était parfaite, malgré le léger raccourcissement.

Métrorrhagies d'origine syphilitique.

(M. E. Ozenne. — *Société des chirurgiens de Paris.*)

M. Ozenne relate l'observation d'une jeune fille de 15 ans, hérédo-syphilitique, atteinte de métrorrhagies rebelles, sans lésions apparentes des organes génitaux, métrorrhagies qui cédèrent au traitement spécifique. Le traitement fut continué, avec interruptions, pendant plusieurs mois.

Les métrorrhagies d'origine syphilitique, chez les héréditaires, ne semblent pas très fréquentes. On ne compte guère que 5 ou 6 cas de ce genre signalés dans la littérature médicale. Néanmoins, il est intéressant et utile de les connaître.

Fracture de Dupuytren vicieusement consolidée.

(M. P. Dionis du Séjour, de Clermont-Ferrand. — *Société de Chirurgie.*)

M. Dionis du Séjour a traité, à l'hôpital mixte de Clermont-Ferrand, un malade atteint de fracture de Dupuytren-type. Le membre, après radiographie, fut immobilisé dans un appareil plâtré que l'on enleva le 40e jour. La réduction parut à ce moment bonne, mais peu à peu le pied se remit en valgus. Une ostéotomie suivie de vissage amena cette fois la guérison avec bon résultat fonctionnel.

Cette observation montre, une fois de plus, dit l'auteur, combien la réduction des fractures du cou-de-pied par les procédés ordinaires et le maintien de cette réduction sont difficiles à obtenir. M. Dionis du Séjour, se demande s'il n'y aurait pas lieu d'envisager d'emblée leur traitement par la méthode sanglante.

Constitution d'un pouce avec le 1er métacarpien.

(M. Ombrédanne. — *Société de Chirurgie.*)

M. Ombrédanne montre une jeune fille chez laquelle il a pratiqué une constitution autoplastique d'un pouce prenant, au moyen du premier métacarpien. La malade se sert fort bien de ce nouveau pouce.

Peloton de fil électrique dans l'urèthre et la vessie.

(M. Rouvillois. — *Société de Chirurgie.*)

M. Rouvillois presente un peloton de fil électrique réalisant un nœud complet, qu'il a enlevé, par cystotomie, de la vessie d'un homme qui avait introduit le fil par l'urèthre. Le fil s'était noué dans la vessie en sens divers.

P. L.

Essai de chimiothérapie du morphinisme.

(MM. Brissemoret et Challamel. — *Société de thérapeutique.*)

Cette communication ne peut se résumer. Il faut lire intégralement ce travail, fruit d'une idée nouvelle, qui a permis aux auteurs d'employer un traitement raisonnable du morphinisme.

HYGIÈNE

Le transit et l'évacuation de l'intestin. Préceptes d'hygiène (1),

par le Dr H. Luys.

(*Suite et fin*).

Purgatifs.

Les purgatifs sont fort nombreux et Dujardin-Beaumetz les divise en quatre groupes :

Le premier comprend ceux qui augmentent les sécrétions de l'intestin sans en exagérer les contractions : sels de potasse, de soude et de magnésie (eaux minérales).

Le deuxième comprend les cholagogues : calomel, rhubarbe, podophylle, aloès, séné, jalap (eau-de-vie allemande).

Le troisième comprend les purgatifs qu'il appelle musculaires, c'est-à-dire ceux qui agissent en déterminant des contractions intestinales : teinture de Baumé, belladone.

Le quatrième enfin comprend ceux qui agissent par action mécanique, et le type en est l'huile de ricin, purgatif doux, non irritant et rendant de grands services. Chez l'enfant (2e enfance) on l'administre à la dose de 15 à 20 gr. et chez l'adulte de 30 à 60 gr. Sa saveur nauséeuse en rend parfois l'emploi difficile, surtout chez les enfants : aussi, pour en corriger le goût, peut-on le faire prendre dans la potion ci-dessous :

Huile de ricin	20 à 60 gr.
Sirop de gomme	} ââ 30 gr.
Sirop d'orgeat	
Eau de menthe	10 gr.
Eau dist. q. s. pour faire 150 centimètres c.	

à prendre en une fois (1).

La principale fonction des purgatifs consiste dans l'élimination au dehors des produits septiques contenus dans l'intestin où ils pourraient produire de véritables phénomènes d'intoxication.

Loin de constituer un « danger social », ils sont donc une excellente chose et n'offrent aucun inconvénient, à condition de n'en point abuser, bien entendu, selon la maxime célèbre « *uti non abuti* ».

« Regardons en arrière de nous : toutes nos grand'mères avaient cette habitude. Elles vivaient jusqu'à des 80 et 90 ans et avaient parfois commencé à prendre des pilules à 18 et 20 ans.

« Le vieux Dr Burgrave qui, lui, prenait du sel de Sedlitz, a duré jusqu'à 98 ans. Un laxatif quotidien n'a-t-il du reste pas d'autres avantages ? Pouvons-nous assurer qu'il n'agit pas par exemple en s'opposant à la fixation des greffes cancéreuses ? » (Ch. Fiessinger, *Vingt régimes alimentaires*, page 272).

Aussi, une « bonne purge » trois ou quatre fois par an, même quand on croit ne point en avoir besoin, ne peut-elle que contribuer au maintien d'une bonne santé.

Dans ce cas-là, il faut faire usage d'une purgation saline : sulfate de soude ou de magnésie (45 gr.) à prendre en deux verres, frais, ou bien eau de Montmirail (Vaucluse) à la dose de trois ou quatre verres, ou mieux encore eau de Carabana à la dose d'un verre à bourgogne.

Faire suivre d'un litre de bouillon de légumes, qu'on prendra par tasses chaudes de dix en dix minutes après, et pour peu qu'on ait commencé le matin à 5 h., on sera nettoyé, frais et dispos à midi avec la satisfaction du devoir accompli, et apte à vaquer à ses occupations. — Il est bon cependant de manger fort peu ce jour-là et de se contenter de poissons légers, mais bien frais, de jambon, d'épinards ou de salades cuites et de compotes, le tout arrosé de thé léger.

Lavements.

Le lavement, le vulgaire lavement, le « clystère » que M. Purgon prenait plaisir à composer lui-même, le « petit remède » de nos grand'mères, si pompeusement qualifié de « lavage de l'intestin » depuis plusieurs années n'est autre chose qu'une injection faite dans l'intestin par l'anus.

« On en fait remonter l'origine fort loin et si l'on en croit la fable, c'est à l'ibis ou à la cigogne qu'on devrait l'invention de ce procédé thérapeutique. Un de ces oiseaux, gêné par une constipation opiniâtre, aurait, dit-on, puisé dans

(1) Cf. *Concours Médical*, n° 8, p. 472.

(1) G. Lyon. — *Clin. thérapeutique*, p. 428.

son long bec une certaine quantité d'eau, et se la lançant dans l'anus, se serait ainsi débarrassé de son incommodité.

« Hippocrate, Galien, Celse, Oribase, adoptèrent sans hésitation cette origine ; ils prescrivaient souvent des lavements qu'ils administraient en se servant d'une vessie pleine d'eau adaptée à un tube de sureau, et par des pressions plus ou moins énergiques, ils faisaient pénétrer le liquide dans l'intestin.

« C'était la bourse à clystère qui fut si longtemps en usage.

« De nos jours, dans certains pays sauvages de la côte occidentale d'Afrique, on se sert d'un appareil plus primitif encore : c'est une corne de ruminant percée d'un trou qu'on introduit dans l'anus, et remplissant d'eau la cavité de la corne dont se sert comme d'un entonnoir, on la fait pénétrer dans le rectum en soufflant sur la grosse extrémité.

« La bourse à clystère s'est depuis lors bien perfectionnée.

« Déjà en 1496, la seringue classique, due à Guatinairia, était en usage, mais malgré tous les perfectionnements qui lui furent ajoutés et aboutirent à l'irrigateur du Dr Eguisier, elle succomba sous le classique bock à injections.

« Tous les médecins ont, depuis les temps les plus reculés, conseillé l'emploi des lavements et administré ce remède.

« Au moyen âge, ils furent très en vogue, et Guy de Chauliac ne sortait jamais sans sa bourse à clystère sous le bras. Mais l'époque à laquelle cette vogue atteignit son apogée fut le règne de Louis XIV, et on peut dire que le siècle du Grand Roi fut aussi celui du clystère.

« On ne peut se figurer jusqu'où va la folie du lavement à cette époque ; pour en avoir une idée, il faut parcourir les mémoires du temps, et on pourra y voir ce fait qui vous paraît aujourd'hui invraisemblable, que lors d'une reception royale, la Dauphine elle-même se fit subrepticement administrer un lavement par sa femme de chambre. D'ailleurs, les médecins du grand Roi ont noté avec soin tous les clystères administrés à leur auguste client, et le nombre en est considérable. Molière a donné une peinture fort exacte de cet entraînement dans son immortelle comédie du *Malade imaginaire*, et le compte de l'apothicaire Fleurant est d'une exactitude parfaite et conforme à ce qui était alors écrit dans les Traités de médecine » (1).

Peu à peu abandonné, le lavement a repris depuis une trentaine d'années dans l'hygiène familiale la place qu'il n'aurait jamais dû perdre, et comme son nom l'indique, il fait pour ainsi dire partie de la toilette quotidienne.

(1) DUJARDIN-BEAUMETZ. — *Clin. thérapeutique*, p. 701 et 39.

« C'est, dit le Pr Lasègue, une médication pour laquelle je ne puis me défendre d'une profonde admiration ; je veux plaider sa cause et la réhabiliter ; tant son malheur provient de ce qu'il est comme une chose dont on se cache, dont on rougit par une fausse pudeur stupide. Le lavement est un agent thérapeutique admirable parce qu'avec lui on peut mettre en œuvre les médications les plus nombreuses et les plus variées : suivant la quantité du liquide, sa qualité, son degré de propulsion, sa température, le lavement a les propriétés médicatrices les plus différentes.

« En faisant varier ses éléments, et en les combinant de diverses manières, on peut remplir les indications les plus dissemblables. Le lavement peut servir à l'absorption des aliments et des médicaments ; il peut servir à la dérivation, il peut être employé à l'expulsion des matières fécales accumulées, enfin, il est la médication topique par excellence de l'intestin, dont il peut devenir un puissant modificateur. C'est par ces deux dernières propriétés que le lavement nous apparaît comme le meilleur des traitements de la constipation » (1).

Contrairement à différents auteurs qui conseillent de le prendre soit dans la position accroupie, soit couché sur le côté droit, je suis d'avis que le lavement doit être pris dans la position genu-pectorale :

« Décrite par quelques auteurs sous le nom de « prière mahométane », elle consiste à placer la malade à genou sur son lit, puis on lui recommande de s'infléchir fortement en avant en cherchant à toucher le matelas avec ses seins »(2). Dans cette position déclive qui n'a rien de choquant, et qui même permet à un tiers d'administrer le lavement par dessous la chemise ou le peignoir, la masse intestinale reflue dans la cavité abdominale, et permet ainsi la pénétration plus facile et plus profonde du liquide injecté.

Le récipient dont on se sert est le bock placé de 0 m. 50 à 0 m. 75 au-dessus du patient, et comme canule, on doit en employer une en caoutchouc rouge, longue de quinze à vingt centimètres, mais assez grosse et surtout percée d'un canal le plus large possible de manière à pratiquer une irrigation abondante.

« Bien enduite de vaseline, elle est dirigée de haut en bas et d'arrière en avant suivant une ligne droite allant de l'anus à l'ombilic et il est utile de lui donner en même temps un léger mouvement de rotation pour favoriser son cheminement dans le rectum.

(1) LASÈGUE. — *Etudes médicales*, édition posthume, Paris 1884, page 399.

(2) LUTAUD. — *Manuel des maladies des femmes*, édition 1891, page 55.

Une fois introduite, on ne doit donner que lentement et progressivement passage au liquide. Si l'écoulement se fait mal, on déplacera la canule et on élèvera légèrement le bock afin d'augmenter la pression qui cependant doit toujours rester modérée. De la sorte, le lavement ne détermine aucune douleur, et ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'il peut occasionner de véritables crises d'entéralgie avec sueurs froides et troubles pouvant aller jusqu'à la syncope » (1).

La température du liquide n'est pas indifférente. Pour Dujardin-Beaumetz, elle doit être fraîche afin d'exciter par la réaction qu'elle produit la contraction des fibres de l'intestin ; à mon avis, elle doit osciller autour de 30° de façon à ne provoquer aucun saisissement désagréable et inutile puisque l'abondance du liquide doit suffire à diluer les matières fécales qui doivent être évacuées.

En dehors des lavements purgatifs, les substances médicamenteuses qu'on pourrait incorporer aux lavements n'ont qu'une influence accessoire et pourraient même être nuisibles en déterminant de la rectite. Il faut donc se borner à des lavements purement émollients, composés d'eau de guimauve ou de son à la dose d'un litre et à laquelle on peut ajouter de la glycérine ou surtout de l'huile comestible à la dose de trois à quatre cuillerées.

Une fois le lavement pris, il est bon de s'allonger sur le ventre et de tâcher de le garder une dizaine de minutes avant d'aller le rendre.

Comme les purgatifs, il ne faut cependant pas trop en prendre non plus, et dans les cas ordinaires, deux ou trois lavages par semaine pris dans les conditions indiquées plus haut doivent suffire amplement.

A TRAVERS LA PRESSE

Le chlorurimètre.

Suum cuique.

Nous avons publié, dans le n° 1 du *Concours Médical*, p. 31, une analyse d'un article descriptif d'un nouvel appareil, le *chlorurimètre*, dont nous attribuâmes la paternité à M. R. Douris.

Ce dernier nous écrit pour nous demander de faire connaître que le chlorurimètre est dû à sa collaboration avec M. le Dr Agasse-Lafont.

Dont acte.

Les corps étrangers de l'œil.

M. Vinsonneau est d'avis que le praticien non spécialisé peut tenter l'extraction des corps étrangers de l'œil (sous-palpébraux ou cornéens) quand ils sont superficiels et récents.

Les corps étrangers cornéens anciens ou profonds réclament l'intervention du spécialiste.

En cas de corps étranger sous-palpébral, on retourne la paupière supérieure, après instillation de quelques gouttes de solution de cocaïne et on trouve toujours le corps du délit sur la face interne, non loin du bord libre, dans le sillon parallèle à ce bord. L'ablation se pratique avec un coton, un stylet, une aiguille, un bistouri, sans difficulté.

Le corps étranger cornéen, reconnu par l'éclairage latéral, est enlevé de la même façon, en ayant soin de tenir l'instrument extracteur parallèlement à la surface cornéenne.

En dehors de ces cas limités, le praticien s'abstiendra, sous peine d'insuccès qui lui attireraient des reproches (*La Médecine*, janvier 1920).

Traitement des abcès de l'amygdale.

M. Bloch (*La Médecine*, janvier 1920) est partisan de l'intervention précoce (3e ou 4e jour).

On peut faire l'ouverture de l'abcès au bistouri dont la pointe est limitée par un enveloppement ouaté, ou au thermocautère ou galvanocautère.

Mais la méthode de choix est la discision pratiquée avec une pince hémostatique dont on introduit les mors dans la fossette sus-amygdalienne.

Arrivé à la profondeur voulue, on écarte les mors et cette manœuvre suffit le plus souvent à ouvrir l'abcès.

Si le pus n'est pas collecté au moment de l'intervention, la saignée locale n'en est pas moins utile en ce qu'elle calme la douleur, réduit le volume de l'abcès et en facilite ultérieurement l'évacuation.

Soins consécutifs ; succion de glace, alimentation liquide, applications cervicales humides.

Anaphylaxie alimentaire.

On connait l'anaphylaxie alimentaire par les œufs. M. Nathan, à la faveur d'une observation personnelle, émet l'opinion qu'il s'agit le plus souvent d'une insuffisance pancréatique.

Il recommande, dans ces cas, l'emploi de la pancréatine à la dose de 0,40 par jour.

Ce traitement sera continué pendant des mois et même des années. (*Bull. méd.*, 21 janvier 1920).

L'angine de poitrine.

M. Bénon a analysé très exactement la sucession de phénomènes physico-psychiques que présente un angineux au cours de sa crise. (*Presse médicale*, 21 janvier 1920).

(1) G. Lyon. — *Clinique thérapeutique*, p. 441.

Il en fait la critique et formule ainsi ses conclusions.

« L'accès d'angine de poitrine est constitué « par une crise de douleur physique cardiaque « sur laquelle se greffe une crise émotionnelle « anxieuse avec serrement épigastrique, qui en« gendrent l'une et l'autre un état d'asthénie « profonde généralement de courte durée ;

« La douleur physique de l'angine de poitrine « — douleur qui a ses caractères propres —, est « la manifestation essentielle du syndrome ; elle « est, du reste, le phénomène initial ; elle n'est « pas toujours le symptôme prépondérant ;

« L'angoisse, qui exprime le degré le plus élevé « de l'émotion anxiété, et qui se montre si accu« sée dans l'angine de poitrine, est un phéno« mène secondaire ; elle est due à la souffrance « physique de la région cardiaque. Par ses mani« festations, elle dramatise le tableau clinique, « mais elle n'en constitue pas le fondement ;

« La souffrance physique de l'angine de poi« trine peut être atténuée, sinon bénigne, et l'an« xiété considérable ; chez certains sujets, parti« culièrement émotifs, l'effroi que provoque l'ap« parition d'un petit accès est si accusé que le « phénomène primitif et essentiel sera méconnu « au cours de l'analyse psycho-physique ;

« L'asthénie qui suit la douleur physique et la « crise émotionnelle, doit être considérée comme « de l'asthénie normale ;

« Le syndrome angine de poitrine met bien en « relief l'intérêt clinique de l'étude des réactions « émotionnelles et asthéniques à la douleur phy« sique. Il y a là un chapitre de médecine géné« rale qui n'a pas encore sa place dans les trai« tés ».

Traitement de l'éclampsie.

En traitant l'albuminurie de la grossesse, on prévient dans une large mesure l'éclampsie (*Toulouse Méd.*, 15 janvier 1920). On ne supprime cependant pas complètement cette dangereuse manifestation de l'intoxication gravidique.

Le traitement doit supprimer ou diminuer la toxine éclamptique, et prévenir les accidents, d'une part, et, d'autre part, au besoin, arrêter la formation de nouvelles toxines par l'interruption de la grossesse.

On prescrira donc, préventivement, la diète hydrique absolue, les évacuations intestinales (huile de ricin, 60 gr. huile de croton, une goutte) les grandes entéroclyses. Si la tension artérielle est excessive, on pratiquera une saignée de 200 à 600 gr.

On y ajoutera le chloral ou le bromure de potassium en lavement, dans 150 gr. de lait. L'isolement est recommandable.

Les accès déclanchés, en exagèrera la médication précédente : diète absolue, exonération intestinale, saignée abondante (800 gr.), inhalations de chloroforme avec prudence.

En dernier ressort, évacuation de l'utérus. Si la femme est en travail, terminer rapidement l'accouchement par forceps ou version, ou césarienne vaginale.

Contre l'anurie persistante, après interruption ou terminaison de la grossesse, décapsulation du rein, méthode d'exception d'efficacité douteuse.

Le pansement gastrique à la gélose-gélatine.

Pour protéger la muqueuse gastrique sensibilisée ou même enflammée contre l'action irritante du suc gastrique, on emploie le pansement bismuthé.

Celui-ci peut être remplacé, selon M. Ramond (*Presse Méd.*, 10 janv. 1920) par la gélose-gélatine. La gélose pure convient aux dyspepsies hyperacides, à suc gastrique très actif, avec motricité exagérée. La *gélose-gélatine* est indiquée si l'on soupçonne des ulcérations et des hémorragies.

On peut employer ces produits sous forme de gelées. Pour préparer ces gelées, soit qu'il s'agisse de gélose pure, soit qu'il s'agisse de la gélose-gélatine, on fait fondre au bain-marie, dans un litre d'eau, pendant 20 ou 30 minutes, 5 gr. de gélose pulvérisée, ou bien 10 gr. de gélose et 40 gr. de gélatine. On ajoute, après tamisage, 200 gr. de sirop de menthe. Le refroidissement fait prendre la préparation en gelée, à conserver au frais.

Pour l'usage thérapeutique, on fait fondre une forte cuillerée de gelée dans une tasse d'eau, d'infusion ou d'Eau de Vichy chaude, qu'on prend tantôt en une fois le matin à jeun, tantôt trois fois par jour, au réveil et une demi-heure avant les repas.

Suivant les cas, on pourra ajouter aux 1200 gr. de gelée 20 à 50 gr. de bicarbonate de soude ou de craie préparée (hyperchlorhydrie) ; 200 gr. de carbonate de bismuth ou quantité variable de belladone, de laudanum, d'antipyrine, de bromure de sodium (dyspepsies douloureuses et spasmodiques.

Quand on ne peut employer la gelée, on prescrira des paquets ainsi formulés :

1) Gélose pulvérisée 0, 10
pour un paquet.

2) Gélose pulvérisée 0, 10
Gélatine pure finement concassée... 0, 40
pour un paquet.

3) Gélose pulvérisée 0, 10
Carbonate de bismuth .... 1 gr.
pour un paquet.

Jeter un de ces paquets dans une tasse d'eau bouillante aromatisée à la menthe ou à l'anis, On filtre sur un tamis à larges mailles. Sucrer et boire chaud comme précédemment.

Le traitement médical des hépatites amibinées.

M. Francon (*Bull. Méd.*, 10 janv. 1920) recommande l'émétine et le 914.

Les résultats de cette médication sont des plus encourageants. Elle s'est montrée efficace même quand l'hépatite était arrivée au stade de la suppuration et de la collection. L'auteur rappelle la physionomie clinique de l'hépatite aiguë : début brusque, généralement chez un dysentérique en état d'activité morbide ; douleur hépatique violente avec irradiation à l'épaule droite ; dyspnée ; augmentation de volume du foie ; fièvre à oscillations, sueurs et frissons, atteinte grave de l'état général, etc.

Sous réserve des indications en faveur d'une intervention d'urgence, commandée par l'état général, les modifications du foie, l'insuccès de la médication, celle-ci sera réglée ainsi :

L'émétine, seule, sera prescrite à raison d'une première série de sept injections, les 3 premières) de 8 - 12 cgr., les suivantes, de 4 - 6 cgr. Repos de 15 jours. Reprise d'une série de sept injections de 4-6 cgr.

Quand on associe l'émétine au 914, on procède ainsi : On pratique quatre injections intraveineuses de 914 (0, 30), à 4 jours d'intervalle. Pendant chacun des 3 jours intercalaires, injections d'émétine aux doses croissantes de 4, 6 et 8 cgr. On suspend alors l'émétine, en continuant le 914 tous les 4 jours, jusqu'à 10 injections. Mais, à partir de la 7e, on recommence l'émétine pendant les trois jours intercalaires, comme en débutant.

Il est indispensable d'employer des produits d'une pureté irréprochable, avec toutes les précautions d'usage.

Les malades doivent être attentivement surveillés. On se méfiera des fausses guérisons. En cas de rechute, on pourrait sans inconvénient recourir à la même médication.

Ictère franc et scarlatine.

M. P. Meurisse rapporte une observation de scarlatine chez un garçon de 14 ans, au début de laquelle s'est montré un syndrome d'ictère franc. Elle prend son intérêt dans la rareté de cette complication.

L'auteur incrimine l'action brutale sur le foie et le système biliaire (vésicule et canaux) du virus filtrant de la scarlatine.

Il en est résulté une angiocholite, ou peut-être une angiocholécystite primitive de la scarlatine. « Evoluant en même temps qu'une très « forte éruption, elle a eu ses caractères propres, » bien nettement différenciés, sans que sa durée « ait dépassé un septénaire ; elle s'est terminée « sans crise polyurique notable ni débâcle azo- « turique. Malgré la brutalité des symptômes « du début, le syndrome a conservé son carac- « tère d'ictère franc et bénin... » (*Paris Méd.*, 17 janv. 1920).

Les paralysies hystériques.

Il est de la première importance de différencier les paralysies hystériques des paralysies organiques. M. J. Froment (*Lyon Méd.*, 19 janv. 1920) après avoir fait une nouvelle critique de l'ancienne doctrine relative à l'hystérie et proclamé la faillite des stigmates et la valeur de la nouvelle conception (Babinski et Froment), « conception qui a fait ses preuves et que les « observations faites pendant la guerre ont « confirmée en tous points.. qui n'est plus dis- « cutée à l'heure actuelle par aucun des spé- « cialistes dont l'opinion fait autorité », fait remarquer que le diagnostic repose sur la constatation, ou l'absence des signes objectifs proprement dits, caractéristiques des affections organiques du système nerveux.

En faveur de l'hystérie, on notera la conservations des reflexes cutanés, l'absence d'exagération ou d'abolition des réflexes tendineux, l'absence d'exagération des réflexes de défense, l'absence de troubles des réactions électriques, l'absence d'amyotrophie élective localisée à tel territoire nerveux ou radiculaire.

« Dès que le diagnostic de paralysie hysté- « rique a été porté, il faut sans attendre et le « plus rapidement possible en obtenir la gué- « rison. » On utilisera la contre-suggestion à l'état de veille, le traitement brusqué qui devra provoquer un mouvement de surprise du membre présumé paralysé. On ne terminera la première séance qu'après avoir acquis un premier résultat qu'on exploitera dans les séances suivantes.

Cette méthode ne donne son plein effet que dans les troubles hystériques purs. Si ceux-ci sont associés à des lésions organiques, physiopathiques ou mentales, on n'obtient que des demi-succès, quand ce n'est pas un échec.

Rien de bien nouveau dans cette méthode de traitement. Il y a vingt ans que j'ai vu, à plusieurs reprises, Sollier, qui est un spécialiste dont l'opinion fait autorité, aborder pour la première fois des atasiques-abasiques qui n'avaient pas fait de mouvement spontané depuis des mois et des mois, et les mettre sur pied sans délai, obtenant d'elles, très rapidement, une ébauche de premiers pas, qui aboutissait en quelques jours à la reprise de la marche normale.

G. D.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

La médication iodo-mercurielle par le lipogyre.

De nombreux travaux, au cours de ces dernières années, ont attiré l'attention du monde médical sur un éther gras iodé, le diiodobrassidate d'éthyle ou lipoidine. Ribollet, en 1912, puis Leroy, Gerbay, Faivre, et plus récemment J. Laborderie, ont insisté sur les services que peut rendre ce composé iodo-organique, comme succédané des iodures alcalins, dans le traitement de la syphilis. Mieux toléré que les iodures il est aussi plus actif, parce qu'il se fixe davantage sur les tissus, particularité qui prend toute sa valeur à mesure que l'on s'éloigne du début de l'invasion tréponémique, alors que le spirochète tend à envahir les organes nobles, de même que chez les hérédos, dont le foie et la rate, très réfractaires à la fixation des iodiques salins, fourmillent de spirilles.

Toutefois, dans la plupart des cas, l'iode seul est insuffisant, et il convient de lui associer le mercure, pour réaliser ce traitement mixte qui fit la fortune du sirop de Gibert, en dépit de son intolérable saveur, de ses méfaits gastriques, et de son insuffisante teneur en iodure.

Le lipogyre (lipoïodine Hg), participe des avantages de la lipoïodine, et, de plus, par ses 6,30 p. cent d'Hg., il constitue en même temps un médicament mercuriel intensif. Des observations déjà nombreuses établissent sa bonne tolérance et sa remarquable activité à toutes les périodes de l'infection syphilitique, activité due en grande partie à sa nature *d'éther gras iodé mercuriel.*

On sait que les leucocytes, ces *honnêtes courtiers* (Gley), vecteurs des matériaux absorbés, se chargent d'autant mieux que les matières grasses sont éthérifiées (lipase de Hanriot, expériences de Arthus, Doyon et Morel) ; et A. Fournier, dans son ouvrage sur les *Matières Grasses du Sang*, a établi que les lipoïdes, une fois rempli leur rôle anti-hémolytique sont véhiculés jusqu'aux lieux d'utilisation pour être répartis dans tous les organes. Il se fait sans doute dans l'organisme des synthèses de lipoïdes à partir des éléments minéraux, mais ces synthèses lipoïdo-minérales sont, en fait, exceptionnelles.

Cette donnée de bio-chimie énergétique laisse entrevoir le mécanisme intime de l'action médicamenteuse d'un éther gras iodé mercuriel tel que le réalise le lipogyre. Sans vouloir affirmer qu'il introduit dans l'économie une synthèse lipoïdo-mercurielle toute faite, il est permis de dire que cette forme médicamenteuse est beaucoup plus physiologique et rationnelle que l'administration brutale de composés minéraux qui, pour parvenir jusqu'aux repaires où se retranchent les spirochètes à certaines phases de la syphilis, doivent être administrés à des doses qui ne deviennent réellement thérapeutiques que lorsqu'elles confinent à l'intoxication.

0 gr. 60 à 1 gr. 80 de lipogyre *pro die*, telle est la posologie de ce nouveau médicament ; elle correspond à 0 gr. 15 et 0 gr. 75 d'iode et 0 gr. 04 à 0 gr. 12 de Hg.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

Chez PLON-NOURRIT, Paris.

Dr G. TOP. — **Un groupe de 75** (1er oct. 1914-13 mai 1915). *Journal d'un médecin aide-major.*

C'est, dans une langue de lecture attrayante, mais sans aucune recherche ni prétention, le carnet de campagne d'un médecin de complément attaché à un groupe d'artillerie du 1er corps d'armée. L'auteur, au jour le jour, y relate les faits principaux dont il a été témoin ou auxquels il a été mêlé, pendant toute la période qu'il embrasse, en mettant en lumière l'évènement saillant de la journée, comique parfois, mais le plus souvent tragique et impressionnant.

Charleroi, la Retraite, la Marne, la Champagne, les Eparges, le Bois d'Ailly, toute cette première partie de la guerre racontée du point du vue circonscrit où a pu l'observer le médecin affecté à 3 batteries de 75 qui n'ont pour ainsi dire jamais cessé d'être engagées, nous est révélée telle que l'ont vécue des combattants de première ligne.

Ce livre est un document précieux à ajouter à tous ceux du même genre, qui nous initient à la réalité de la vie des tranchées. Il nous apprend en même temps comment les médecins de l'extrême front ont vécu cette vie-là. Et à ce titre, il nous a particulièrement intéressé, tandis qu'il augmentait encore notre admiration pour la façon toute simple dont fut généralement compris l'accomplissement du devoir, dans une sorte de débauche de courage et d'abnégation qui s'éleva si souvent aux confins de l'héroisme le plus pur.

G. D.

PARTIE PROFESSIONNELLE

DÉONTOLOGIE

Les remplacements médicaux par les étudiants étrangers.

A l'occasion de notre article sur l'exercice de la médecine en France par les médecins étrangers (*Concours*, 1920, p. 233), quelques-uns de nos lecteurs et amis nous ont signalé une contradiction entre la défense absolue, pour un diplômé d'Université, d'exercer la médecine en territoire français, alors qu'il semblerait qu'un étudiant, en vue du doctorat d'Université, dont la scolarité serait terminée, ou interne des hôpitaux, nommé au concours et ayant plus de seize inscriptions, pourrait remplacer un docteur.

« On arrive à ce résultat étrange, écrit le Dr « Levassort, secrétaire général de l'A. G., qu'un « interne de cette catégorie peut, à l'occasion, « faire un remplacement et qu'une fois docteur, « il ne le peut plus ».

La même opinion est exprimée dans les « Eléments de Jurisprudence médicale » de Perreau, où nous lisons, page 25 :

« Les étudiants étrangers, poursuivant leurs « études, en vue d'acquérir le diplôme médical « d'université, peuvent bénéficier de la faculté « d'exercer la médecine sous les conditions pré- « cédentes, comme les candidats postulant le « diplôme d'Etat. Et comme leur droit ne sau- « rait diminuer, avec l'achèvement de leurs étu- « des, on doit conclure que, devenus docteurs « d'Université, ils ont le droit d'exercer la méde- « cine en France, en temps d'épidémie, ou comme « remplaçants d'un médecin ».

Nous ne sommes pas de l'avis de l'éminent professeur Perreau : la demande d'autorisation, pour remplacer un médecin, doit être faite sur une feuille de papier timbré, adressée au préfet (au Préfet de la Seine, pour Paris). On doit y joindre une attestation du Doyen de la Faculté de médecine, constatant le nombre d'inscriptions prises et l'état de la scolarité de l'impétrant, plus, si ce dernier est interne des hôpitaux, nommé au concours, un certificat de la Commission administrative, ou de l'économe de l'hôpital.

Il s'en suit que l'attestation, délivrée par la Faculté de médecine, devra faire mention de la nature des inscriptions prises soit en vue du doctorat d'Etat, soit en vue de celui d'Université.

Rappelons alors les termes de l'article 15 du décret du 21 juillet 1897, instituant le diplôme d'Université et ceux du jugement du Tribunal correctionnel de Carcassonne, du 26 décembre 1905 : nous y voyons la preuve qu'il est formellement interdit à un diplômé d'Université, d'exercer la médecine, en territoire français. *A fortiori*, pareille défense doit-elle s'étendre à un étudiant, dont les études n'ont pas encore été consacrées par le diplôme de Doctorat d'Université.

C'est d'ailleurs la solution que donne la circulaire ministérielle du 15 novembre 1913 (*Concours médical*, 1913, p. 3126). Nous en détachons le passage suivant :

« La question s'est posée de savoir si un étu- « diant en médecine, ayant poursuivi ses études « en vue de l'obtention du diplôme d'univer- « sité et ayant terminé sa scolarité, pouvait « être autorisé à faire des remplacements.

« A cette question, il faut répondre sans hési- « tation par la négative : le même étudiant, lors- « qu'il sera ultérieurement muni du diplôme uni- « versitaire, qui est la consécration de ses étu- « des, n'aura point le droit d'exercer en France ; « il est manifeste que sa scolarité, terminée, mais « avant qu'il ait conquis ce diplôme, il n'est pas « apte à faire un remplacement.

« Vous aurez donc grand soin, lorsqu'à l'appui « d'une demande d'autorisation de remplace- « ment, un étudiant en médecine vous présen- « tera un certificat de scolarité, de vous rendre « compte s'il s'agit d'un certificat constituant « la préface, si je puis dire, du diplôme d'Etat, « seul valable au point de vue envisagé, ou, au « contraire du certificat préface du diplôme uni- « versitaire, auquel cas l'autorisation ne saurait « être accordée.

« La question a une grande importance prati- « que : les étudiants en médecine se sont plaints « qu'en plus d'une circonstance, des étudiants « étrangers ne remplissant pas les conditions re- « quises pour poursuivre l'obtention du diplôme « d'Etat, ne pouvant aspirer en conséquence au « droit d'exercer la médecine en France, ont fait « des remplacements médicaux, doublement ir- « réguliers, par conséquent, puisque d'une part, « ils les faisaient sans l'autorisation prescrite par « la loi et puisque, d'autre part, l'autorisation, « s'ils l'avaient demandée, n'aurait pu leur être « accordée

« Dans l'intérêt supérieur et de la santé pu- « blique, et, j'ose dire, du corps médical français, « il y a le plus haut intérêt à ce que vous teniez « la main, sur ces divers points, à une ferme appli- « cation de la loi ».

Un dernier point, pour finir, : nous conseillons à nos confrères, susceptibles de se faire remplacer, de bien observer les formes légales prescri-

tes pour ces remplacements. A eux de veiller à ce que l'autorisation préfectorale soit obtenue, pour les mettre à l'abri des responsabilités pénales et civiles pouvant résulter de l'emploi irrégulier d'un remplaçant non autorisé.

Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE DE L'ENSEIGNEMENT

De la formation scientifique et technique de l'étudiant en médecine.

Par le Dr DUPINET (de Paris).

« Quand une Société ne peut pas « enseigner, c'est que cette Société « ne peut pas s'enseigner ; c'est « qu'elle a honte, c'est qu'elle a « peur de s'enseigner elle-même : « pour toute l'humanité, enseigner « au fond, c'est s'enseigner ; une « Société qui ne s'enseigne pas, « c'est une Société qui ne s'aime « pas, qui ne s'estime pas, et tel « est précisément le cas de la Société moderne ».

« *Comment enseigner, quand tout le monde ment?*

Charles PÉGUY.

POURQUOI LA RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL S'IMPOSE-T-ELLE ?

La valeur d'un enseignement se juge à ses résultats. Si les médecins praticiens pensent aujourd'hui que l'enseignement médical ne répond pas aux besoins et aux exigences impérieuses de l'heure, c'est parce qu'ils estiment d'une façon générale que leur formation professionnelle n'est pas adéquate aux actes qu'on réclame d'eux, ni aux possibilités qu'ils portaient en eux et qu'ils n'ont pas pu traduire dans la réalité, faute de moyens indépendants de leur volonté.

Nous nous rappelons tous, le temps perdu et le temps mal employé à cause du manque d'organisation rationnelle des études médicales. Nous nous rappelons qu'au carrefour où se heurtaient des forces inégales, ceux qui étaient chargés de placer des consignes, d'établir des protections et des disciplines scolaires ont, au contraire de leur devoir, aidé les forts pour se désintéresser des faibles. Ils ont oublié leur rôle social, pour ne se soucier que de leur rôle corporatif, et de ce rôle lui-même ils n'ont compris qu'un seul élément, celui qui consistait à mettre en valeur l'ÉLITE qui devait les remplacer.

Et pourtant les maîtres de la médecine devraient savoir que les médecins sont faits pour les malades et non les malades pour les médecins, et que le groupe des médecins étant ce qu'il est, c'est un crime à l'égard des malades, que de ne pas tenter l'impossible pour permettre à tout étudiant en médecine, quel qu'il soit, de se développer au maximum.

L'instruction et l'éducation en exigeant de chacun le plus d'activité utile, doit établir l'équilibre entre les aspirations individuelles et les besoins de la communauté.

Un étudiant en médecine mène ses études jusqu'au bout, ou bien il s'arrête en route. Dans le premier cas, il faut que cet élève ait tous les moyens, absolument tous, indépendamment de sa fortune ou de ses relations, de ses dons naturels ou des sympathies qu'il inspire, pour travailler et acquérir dans le domaine de la science pure et sur le terrain technique, toutes les connaissances necessaires pour l'exercice de son art. Si cet étudiant n'offre pas des garanties suffisantes, il ne faut pas hésiter à l'empêcher de commencer ses études et à l'empêcher de les continuer s'il les a commencées.

Ce n'est pas sans étonnement que nous avons entendu trois professeurs de clinique chirurgicale de la Faculte de Médecine de Paris dire expressément dans leur leçon inaugurale, que seuls les chirurgiens des hôpitaux de Paris, étaient armés pour faire de la chirurgie en clientèle, et trouver cela naturel. Alors, on se demandait avec anxiété à quoi servait leur enseignement, si ce n'est à apprendre à la plupart de leurs élèves que, lorsqu'ils seraient embarrassés, ils n'auraient qu'à les faire appeler en consultation. La Clinique est pourtant le résumé de toute la médecine, et l'ultime terme de ce résumé, c'est la thérapeutique, et la chirurgie n'est qu'une branche de la thérapeutique. Pourquoi la chirurgie est-elle en dehors de l'enseignement médical ? Et pourquoi la réserver à des jeunes gens qui, souvent très bien doués pour le concours, ne sont pas également doués quant au tempérament ou quant à l'habileté manuelle ? Pourquoi donner une place si grande à une qualité qui a sa valeur, c'est entendu, mais qui n'est nullement la principale qualité pour mener à bien une intervention ?

L'épreuve du concours, tel qu'il existe, ne me semble avoir aucune valeur ni au point de vue de la sélection ni au point de vue de l'élimination ; enfin il est néfaste au point de vue social.

Il semblerait que ce qui a présidé jusqu'ici à l'enseignement médical ce n'est point le désir de généraliser au maximum l'application des connaissances scientifiques à la technique médicale et chirurgicale, mais la secrète intention de ne transmettre, et qu'on me pardonne cette expression, « le Capital de la thérapeutique médicale et chirurgicale », qu'à un nombre restreint de privilégiés. Là encore, ce qu'il y a d'humain en nous déborde nos acquisitions sociales et s'adapte admirablement à une tradition surannée. Il est urgent de renoncer à de telles erreurs, et de soumettre toutes nos actions à des formules qui s'accordent exactement à des faits nouveaux.

Toutefois, nous avouerons que certains esprits tourmentés par le désir d'amélioration, ont fait des tentatives d'enseignement complémentaire soit à la Faculté, soit dans les Hôpitaux. Malheureusement, cet enseignement complémentaire est insuffi-

sant pour former des spécialistes, parce que la culture générale de l'étudiant auquel il s'adresse ne lui permet pas de tirer un profit véritable d'un effort qui n'est pas la suite rationnelle d'efforts antérieurs.

L'enseignement médical est un enseignement à la fois théorique et pratique.

En France, l'enseignement se divise en trois catégories :

1° L'Enseignement primaire, qui est un enseignement essentiellement pratique.

2° L'Enseignement secondaire qui est un enseignement essentiellement théorique, ayant pour but l'instruction générale de l'élève lui permettant d'accéder à l'enseignement supérieur.

3° L'Enseignement supérieur à la fois pratique et théorique.

L'Enseignement médical est un enseignement supérieur, il participe donc de l'enseignement théorique et de l'enseignement pratique. Ce qui est théorique est l'enseignement scientifique. Ce qui est pratique, c'est l'enseignement de la technique.

En principe, l'enseignement scientifique se fait à la Faculté et dans les Laboratoires de la Faculté. L'Enseignement de l'Ecole pratique de la Faculté est lui aussi, malgré son nom, un enseignement scientifique en ce sens que les élèves apprennent à cette école des sciences descriptives ou des sciences discursives dans ce qu'elles ont d'absolu. Le résumé de ces sciences sont des lois, et les lois sont les rapports nécessaires qui découlent de la nature des choses.

A l'Hôpital, on apprend la méthode permettant la mise en œuvre de ces sciences pour faire œuvre pratique et utile, c'est-à-dire établir un diagnostic, poser un pronostic, instituer un traitement pour un malade déterminé.

Le P. C. N.

Nous laissons volontiers de côté l'année du P.C.N. qui ne nous paraît pas avoir donné des résultats pratiques durables. Son seul avantage, serait d'habituer le jeune étudiant à la technique du laboratoire, technique qui, à notre avis, devrait être esquissée au cours de l'enseignement secondaire. Aussi serait-ce sans regret que nous verrions supprimer purement et simplement un stage qui ne serait vraiment raisonnable que s'il se faisait à la Faculté des sciences et à la fin duquel la bifurcation serait possible. Non pas que nous pensions qu'il faille faire fi des sciences qui sont l'objet des études de l'élève du P.C.N., nous sommes au contraire convaincus de la nécessité de leur enseignement de plus en plus étendu et prolongé au cours des études médicales. Mais il nous semble qu'au sortir du Lycée, l'étudiant n'a pas le droit de perdre une année sans contact immédiat avec l'hôpital, le véritable centre de toutes les études médicales, puisque c'est là que se trouve la principale matière qui intéresse le futur médecin, et autour de laquelle doivent graviter tous ses efforts, toute son intelligence et tout son cœur.

L'hopital centre de l'enseignement médical.

Faut-il continuer à donner l'enseignement théorique à la Faculté et l'enseignement pratique dans les Hôpitaux ? Cette séparation est-elle justifiée, au point de vue des commodités, des résultats acquis, et au point de vue financier ?

Notre avis est très net : Nous estimons que l'Hôpital doit être le centre de toutes les études, toutes les fois que cela est possible, c'est-à-dire toutes les fois que cet hôpital possède un nombre de lits suffisant ou possède des services nettement spécialisés. En tout cas, nous désirons que tout hôpital où qu'il soit, devienne un centre d'enseignement toutes les fois que rien ne s'oppose à cette transformation, et qu'il y a utilité à la faire.

A l'hôpital l'étudiant trouve tous les matériaux rassemblés et par conséquent le personnel enseignant pourra très facilement établir une liaison rapide et féconde en résultats entre ces divers matériaux. Il y a d'abord des malades, puis des cadavres, des laboratoires, des amphithéâtres, des bibliothèques, et dans quelques-uns des musées.

Répartition des malades dans les hopitaux écoles.

Comment pourrions-nous envisager l'enseignement médical dans un tel hôpital ?

Tout d'abord, s'imposera la répartition dans une seule salle, des malades appartenant à la même catégorie. Et les catégories seront déterminées autant par le diagnostic que par la forme du traitement. De la sorte, l'étudiant apprendra sa pathologie et sa thérapeutique en même temps que sa clinique. Et la répétition de la vue et de l'étude d'un certain nombre de malades analogues en un temps et en un lieu limités, imprimera dans sa mémoire les souvenirs indispensables à l'examen des malades dont il s'occupera ultérieurement. Et comme l'apprentissage gagnera non seulement en profondeur mais en rapidité, il pourra s'étendre avec fruit à un plus grand nombre de malades et de maladies.

L'Amphithéatre.

A l'amphithéâtre, l'étudiant apprendra non seulement l'anatomie mais aussi l'anatomie pathologique, et cela d'une façon vivante, greffant autour d'un fait clinique un fait anatomique, un fait pathologique, un fait bactériologique ; et il sera plus à même de savoir comment et pourquoi si la fonction

créé et transforme l'organe, le trouble de la fonction détermine la lésion de l'organe.

LE LABORATOIRE CENTRAL.

Dans le laboratoire central et unique qui remplacera toute la poussière des laboratoires actuels, sorte de lieux de retraite pour les infirmiers fatigués, l'étudiant continuera son travail avec le plus vif intérêt, car ce sera d'un malade connu de lui qu'il examinera les coupes du foie ou du pancréas, qu'il fera une numération de globules sanguins, qu'il suivra l'évolution d'un bouillon de culture. Le laboratoire possèdera en outre l'outillage nécessaire aux expériences de physiologie, aux examens chimiques, au diagnostic et au traitement par les moyens électriques et mécanothérapiques. Son importance variera avec l'importance de l'hôpital et son matériel pourra être spécialisé, conformément aux catégories des malades de l'hôpital.

L'enseignement sera pratique et théorique à la fois, puisque l'étudiant agira d'une part, et que d'autre part on lui fera comprendre ce qu'il fait. De la sorte, il vérifiera constamment la loi par le fait et constamment il se servira de la loi pour expliquer le fait. Et quand la loi et le fait ne concorderont pas, il saura qu'il a le droit de substituer à cette loi, une loi plus générale. C'est automatiquement qu'il prendra une tournure d'esprit vraiment scientifique, parce qu'on aura mis pour lui la logique dans la combinaison et dans la succession des choses.

RAPPORT ENTRE LE MATÉRIEL ET L'ÉTUDIANT ÉTABLI PAR LE PERSONNEL ENSEIGNANT.

Tout cela c'est le matériel auquel nous aurons essayé de donner une vie, et une vie rationnelle autant que raisonnable. Il faut ensuite mettre en contact l'étudiant dès le début de sa carrière avec ce matériel. Or, ce contact ne peut pas être direct, il faut un intermédiaire, et cet intermédiaire c'est le personnel enseignant. Nous laisserons de côté le choix de ce personnel, puisque ce choix doit faire l'objet d'une étude de l'un d'entre nous. Nous dirons simplement, que ce personnel existe et qu'il est parfait puisqu'il aura été créé de toutes pièces, avec tous les attributs de la perfection.

UN STAGE COMME INFIRMIER.

Une question : Le jeune étudiant en médecine doit-il commencer ses études en médecine par l'apprentissage du métier d'infirmier ? Trouvera-t-il des avantages à exercer pendant trois et six mois cette profession ? Je ne discuterai pas l'argument grossier de certaines personnes, qui trouveraient déplacé pour un élève sortant du lycée le fait d'accomplir certains actes professionnels subalternes. Ce serait une injure gratuite au travail et à tout le corps des infirmiers, dont nous avons si souvent constaté le devouement et l'intelligence. Cet argument mis à part, il n'y a aucun motif, pour qu'un jeune homme désireux de faire de la médecine, commençât à mettre la main à la pâte, comme infirmier. En contact permanent avec les malades, il surprendra très vite des symptômes, que seule une coïncidence heureuse au cours de la visite du matin lui permet de vérifier. Et puis, il apprendrait rapidement la pratique de la petite chirurgie, des injections, la confection des plâtres, le cathétérisme, en somme, tous les menus soins d'urgence. Enfin dès le début de sa vie, il serait un professionnel rendant des services, il serait un rouage indispensable dans la vie de l'hôpital, et il en aurait conscience.

Il est inutile de dire que dans ces conditions l'étudiant serait logé à l'hôpital, ou dans une maison d'étudiants, près de l'hôpital.

L'INTERNAT OBLIGATOIRE POUR TOUS LES ÉLÈVES.

Après un stage d'infirmier de quelques mois l'étudiant en médecine deviendrait interne, mais il serait tout d'abord un interne faisant fonction d'externe, puis il prendrait pour trois ans la fonction d'interne. Enfin, il terminerait par l'externat, lui permettant de se perfectionner dans les branches où il désirerait acquérir une maîtrise. Il est bien entendu que l'internat étant devenu obligatoire, le concours actuel serait supprimé.

Surtout qu'on n'aille pas dire que la suppression du concours diminuerait la valeur des études et des connaissances médicales. Ce n'est pas la préparation du concours qui développe le savoir et la technique de l'étudiant, c'est la fonction qu'il exerce après le concours. Les étudiants d'élite seront toujours des étudiants d'élite. Ceux qui portent en eux des dons naturels et une grande capacité de travail, non seulement conserveront leurs qualités, mais ils les augmenteront, puisque leurs camarades moins bien doués, mais plus développés et plus instruits grâce à notre système, seront pour eux des sujets d'émulation constante. La différence actuelle entre l'étudiant qui a été interne et celui qui ne l'a pas été est déterminée par la possibilité que l'interne a eue d'apprendre avec facilité la technique nécessaire à un diagnostic et à un traitement, et l'impossiblité ou tout au moins la très grande difficulté dans laquelle s'est trouvé celui qui n'a pas été dans les mêmes conditions d'apprentissage. Dans le domaine de la science pure, les deux étudiants peuvent se développer également, mais seule la technique compte dans notre système économique, seule l'action est payée, et l'idée ne s'évalue jamais sous la forme d'un chiffre. Cela est d'ailleurs fort juste. Aussi devons-nous intervertir la formule qui domine aujourd'hui, et devons-nous exiger que tout étudiant ait le droit de se perfectionner indéfiniment dans toutes les techniques.

Il faut lui permettre d'avoir une utilité sociale maxima, de telle sorte qu'il n'y aura plus guère

de différence à établir entre les médecins, que par la valeur plus ou moins grande des dons naturels, de la force, de l'adresse, de l'intelligence, de la volonté, de la sensibilité, de l'imagination inventive et de l'extériorisation de toutes ses qualités. Si nous ne pouvons pas supprimer les iniquités qui sont inhérentes à la constitution humaine, nous devons faire l'effort méritoire, qui consiste à atténuer les iniquités qui sont inhérentes à l'organisation de l'enseignement. De la sorte, nous aurons tiré de chacun tout ce qu'il peut rendre et nous aurons satisfait aux aspirations légitimes des malades que nous avons à soigner.

N'y a-t-il pas d'ailleurs une certaine imprudence dans le fait de distribuer, comme cela se fait encore dans le pays, des médecins au gré de la libre concurrence ? Et n'est-il pas maladroit de laisser un jeune médecin exercer d'emblée dans une campagne, avec toute la responsabilité de sa jeune inexpérience, alors qu'il eût été si facile de développer cette même responsabilité dans un hôpital, au cours de ses études, sous le contrôle effectif et bienfaisant d'un Chef compétent et autorisé ?

En somme, en généralisant l'internat, nous augmentons globalement la valeur du corps médical tout entier, sa situation pécuniaire et sa situation morale.

(A suivre).

CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

La médecine militaire devant l'opinion.

« Les Croix de Bois » de Roland DORGELÈS, est l'un des livres de guerre les plus beaux que nous ayons lus.

Admirable et sincère peinture de la vie du front, ramenée aux proportions d'une escouade. Contraste d'une réalité saisissante, entre toute la tragique horreur de la tranchée, tout l'infernal tumulte du combat, d'une part, et d'autre part, la joie débordante des rescapés, quand ils se retrouvent au cantonnement de repos, joie de grands gosses qui éclate dans leurs propos, dans leurs gestes, dans leurs attitudes ; expression du plus grand bonheur que puisse éprouver une créature humaine, généralement fruste, à se retrouver vivante, après avoir coudoyé la mort d'aussi près.

Sulphart, Gilbert, Broucke, Berthier, ne sont pas des êtres de pure fiction, engendrés par l'imagination de l'auteur.

Nous les connaissons, nous les avons coudoyés. Ils nous ont tenu le langage imagé, d'une truculence plutôt osée, que nous retrouvons sur leurs lèvres, avec une fidélité pour ainsi dire sténographique.

Leur psychologie, si purement humaine, est prise sur le vif. Elle nous émeut profondément et fait sourdre à nos yeux des larmes où se mêle l'admiration que, dans l'ensemble, les poilus méritent, et les regrets que nous cause leur mort, parce qu'elle nous apprend, quand nous l'ignorons, comment sont morts nos vrais morts, à nous.

Une seule fois, au cours de ce livre, nous apparaît, en un court relief, la silhouette du médecin militaire.

Comment l'auteur l'a-t-il dessinée ? Evidemment, telle qu'elle lui est apparue : silhouette de guerrier fièrement campé sur son fougueux destrier de bataille.

Jugez-en donc, amis lecteurs. Elle est édifiante et savoureuse :

«.... : Des éclopés sortaient du rang et se déchaussaient, assis au pied du talus. Sur le bord de la route, Barbaroux, le major à quatre galons, donnait une consultation, maintenant des rênes et du genou son cheval qui piaffait. Devant lui, tout gauche, un homme se tenait au garde à vous.

— Tais-toi ! criait le major, les veines des tempes gonflées, tu marcheras comme les autres... Je suis commandant, tu entends, commandant ! Qu'est-ce que tu me dois ?

Le biffin, hébété, le regardait.

— Mais je ne sais pas... Je ne vous dois rien, M'sieur le Major...

— Tu me dois le respect, hurlait Barbaroux, sautant sur sa selle... Tiens-toi droit... Tends la main... Je t'ordonne de tendre la main. Naturellement, ta main tremble... On aime bien la bistrouille, hein ? Eh bien, fiche-moi le camp, les autres marchent, tu marcheras... Et que je ne te vois pas marcher derrière ou gare au tourniquet... » (p. 42).

« *Je ne suis pas médecin, c'est-à-dire accessible à la pitié...* JE SUIS COMMANDANT, ET JE FORCE AU BESOIN L'OBÉISSANCE... » — Toute la médecine militaire tiendrait-elle vraiment dans ce lapidaire raccourci ?

NOUVELLES

« L'opercule ».

— « Voilà votre nouveau poste, mon petit », me dit le médecin chef du G. B. D. en sautant allègrement de l'auto américaine qui nous avait amenés, lui et moi, le plus jeune de ses médecins auxiliaires.

Le médecin chef se retourna, inonda d'un jet puissant l'arbre le plus proche et sauta dans la « Ford » qui l'attendait pour refaire, en sens inverse, la route sinueuse, délicieuse, qui domine la vallée de la « Lauch ».

Il n'osa pas inspecter le poste de secours en construction et qui portait le nom de « Nénette ».

C'était là l'apanage du médecin divisionnaire X.., et son plus grand souci. C'était le poste de parade, celui que tous les généraux visiteraient, celui dont la photo illustrerait le « *Miroir* » et dont parleraient les journalistes.

C'était de lui que dépendait la 5e ficelle d'or du médecin principal de 2e classe X...

....

Avant la guerre, cette vallée de la Lauch attirait les visiteurs par son charme. A chaque tournant, c'etait une cascade qui grondait et les rares clairières où les sapins ne poussaient pas étaient recouvertes de coquelicots, de bleuets et de marguerites. Il y faisait frais, il y faisait bon. C'était là que Guillaume II venait chasser chaque année.

Depuis la guerre, ce coin délicieux était devenu un « secteur » qui attirait les visiteurs surtout par son calme. Jamais une marmite. Seuls, quelques coups de fusils annonçaient qu'un des « pépères » qui gardaient le secteur nettoyait son arme et profitait de l'occasion pour descendre un lièvre.

C'est dans ce lieu de plaisance que les médecins inspecteurs de la ne Armée venaient gagner la palme qui ornait leur croix de guerre.

....

Donc, par un matin parfumé de juillet, le médecin divisionnaire X... arriva, précédé de son chef, le médecin inspecteur Y...

Tous deux marchaient crânement. Ils avaient l'air martial. Leur allure, leurs yeux, disaient assez qu'ils n'avaient point peur.

Le poste de « Nénette » était terminé, prêt à recevoir 18 blessés. Toutes les toitures des baraques étaient sculptées, mais ce qui émerveilla le plus le médecin inspecteur, ce fut un jet d'eau somptueux qui en rafraîchissait l'entrée.

J'étais au garde à vous, immobile.

— Faites-moi visiter votre poste, » me dit le médecin inspecteur.

J'allais le faire, lorsque d'un geste rude, le médecin divisionnaire X... me fit passer le dernier. Lui-même voulait faire les honneurs de « son » poste. Ici, il avait fait aménager une fenêtre « tournée vers le sud », là, un trou à ordure « bien camouflé ».

A ces explications multiples, le médecin inspecteur répondait invariablement d'une voix grave et belle : « très bien, très bien, très... »

Il était content.

Le médecin divisionnaire rayonnait. Ils approchaient du clou : des feuillées avec opercules — « de véritables petits cabinets de lecture, Monsieur le Médecin Inspecteur, très hygiéniques, grâce à mon système d'opercule à manche. » Pour mieux en montrer le bon fonctionnement, il souleva lui-même un opercule.

En le reposant, oncques ne sait comment il s'y prit, mais, avec un bruit sec, l'opercule tomba dans la m...archandise.

De cramoisi qu'il était, le médecin divisionnaire devint pâle, puis vert, en mâchant furieusement son long porte cigarettes. Soudain, il fit un demi-tour et me cracha à la figure :

— Je reconnais là, Monsieur, votre marque de fabrique ! Vous n'êtes et ne serez jamais bon à rien, jamais, m'entendez-vous ! »

J'objectai — timidement — que je n'étais pas entrepreneur et ... J'eus mieux fait de me taire ; le médecin divisionnaire entra dans une rage folle. Il trépignait, agitait sa canne, bavait et hurlait hors de lui :

— Taisez-vous, Monsieur, taisez-vous ! »

.... Au garde à vous, je laissai passer l'orage. Après, avec mon mouchoir, j'essuyai les gouttes de l'averse qui couvraient ma figure et mon dolman. Et, parce qu'un opercule était tombé dans la m...archandise, je récoltai ce matin-là 4 jours d'arrêt.

Juillet 1916, Niederlauchen.
Claude Myal.

P. S. — Le médecin divisionnaire X... est aujourd'hui à son tour médecin inspecteur. Une fois de plus, ainsi que l'affirme le populaire, la m...archandise aura porté bonheur !

AUTOMOBILISME PRATIQUE

Les trois roues.

(*Suite*)

Nous avons indiqué, dans le précédent article, notre préférence pour la vraie trois roues en parallèle avec la combinaison moto-sidecar. Développons encore quelques réflexions sur ce sujet.

Au point de vue solidité, il est évident que des longerons classiques en V, bien entretoisés, présenteront autrement plus de rigidité qu'un assemblage très asymétrique de tubes divers brasés et coudés sans principes bien définis.

Il nous semble également que le prix de revient de tôles embouties, avec 4 ou 5 raccords, doit être inférieur à cet enchevêtrement de deux cadres aux multiples brasures. Inutile d'insister, nous sommes tous du même avis, croyons-nous.

Poursuivons nos comparaisons : sur une grosse moto, on est obligé de placer les cylindres l'un derrière l'autre, la position transversale — idéale — ne pouvant se soutenir que pour de petits cylindres, comme nous l'avons vu précédemment dans notre étude sur la motocyclette ; or, dans cette position transversale, le refroidissement est bien supérieur, avec une valeur égale pour les deux

cylindres, ce qui est très important pour le graissage et l'équivalence des explosions. Dans notre trois roues genre voiturette, rien ne nous empêchera d'adopter cette disposition, en plaçant le côté échappement face à la route en plein courant d'air. Nous pourrons même installer le moteur « up to date » de bonne cylindrée, nous voulons parler du « flat-twin » décrit, de plus en plus à la mode. Sur beaucoup de modèles anglais, il a fait son apparition, lancé par des firmes très réputées, et d'après ce que nous savons d'un essai sur route, nous croyons à un gros progrès ; pensez donc, plus de vibrations, on peut emballer en petite vitesse sans rien fatiguer et sans chauffer, puisqu'un moteur ne chauffe qu'en peinant au ralenti, ou à un régime un peu bas.

Notons cependant que l'équilibrage des moteurs en V aigu ou à 90° a bénéficié de gros perfectionnements et que pratiquement, on peut s'en contenter.

Comment allons-nous disposer nos trois roues ?

Ne croyez pas, en effet, que tous les constructeurs soient d'accord pour mettre une roue motrice à l'arrière et deux roues directrices à l'avant : nous trouvons toutes les combinaisons, ce qui est du reste un peu effarant : roue avant directrice seule, ou directrice et motrice, ou motrice seule ; roue arrière simple ou jumelée. Il s'en crée chaque jour...

Les partisans de la roue avant disent : pour supporter deux passagers, à l'arrière, il n'y a pas trop de deux roues, bien campées à un écartement convenable ; on empêche ainsi l'inclinaison latérale de la roue unique, surtout quand il n'y a qu'une place occupée. Avec une bonne direction, pas trop libre, on évite les fâcheuses embardées coutumières aux anciens tricycles et tout est pour le mieux. Il y a bien la question du différentiel dont certains ne veulent pas se séparer ; à notre avis, sur des véhicules légers, ce n'est pas une objection sérieuse, comme nous le verrons plus tard ; du reste, on la tourne en rendant la roue avant motrice ce qui est tout avantage puisqu'il vaut mieux tirer que pousser — expérience de la brouette —.

En fait, cette solution existe pratiquement et donne de bons résultats, tout au moins avec un moteur assez faible qui se contente de l'adhérence médiocre de cette roue avant ; avec 4 ou 5 H P, on aura un maximum de 35 environ et on ira toujours le double plus vite que le meilleur cheval ; c'est déjà un résultat. Cependant tout n'est pas parfait, car si la simplicité et le bas prix de revient sont atteints, l'esthétique y perd beaucoup, de même que la protection des organes.

Il est en effet difficile, dans le cas de roue avant directrice et motrice, d'assurer la transmission autrement qu'en montant le groupe moteur sur la fourche avant, de façon à ce qu'il tourne avec elle ; tout cela nous conduit à un grand encombrement en hauteur, et installer un capot sur ce groupe n'est pas toujours commode ni même bien élégant. Or le Français a un goût inné du beau ; ce sera donc un défaut sérieux. Nous pensons cependant qu'on pourra l'aplanir, des solutions très acceptables se faisant jour en Angleterre ; ce que nos voisins font, nous pouvons l'égaler certes et même le surpasser. Encourageons donc les efforts des chercheurs modestes qui peuvent nous doter de l'instrument économique — mais pas ridicule — qui nous est nécessaire.

Au dessus de 4 ou 5 H P, il vaut mieux faire porter l'effort sur une roue arrière à plus grande adhérence, le poids des voyageurs devenant alors un précieux auxiliaire. C'est vers ce type que s'orientent la plupart des constructeurs, car on trouve d'une façon générale qu'un litre de cylindrée n'est pas de trop pour circuler agréablement, le 30 ou 35 à l'heure maximum devenant vite monotone, car, enfin, il faut bien admettre qu'il nous sera permis de temps en temps une petite échappée un beau dimanche de printemps ou d'été. Avec 4 ou 5 HP, on ne pourra pas bien varier ses plaisirs, surtout en régions montagneuses — les plus intéressantes —.

La difficulté est de maintenir d'aplomb cette roue arrière.

Comme pour assurer une bonne suspension, indispensable, les ressorts doivent être très longs et très souples, on ne peut guère compter sur eux comme rigidité latérale, mais rien n'empêche de les doubler par une fourche oscillante aussi robuste que l'on voudra, même en tôle emboutie, avec embase très large qui ne prendra pas facilement du jeu ; nous en avons vu un bel exemple au salon. Donc là encore, la critique est désarmée. Autrefois, ce point était faiblard et rien n'était plus désagréable que de voir cette roue arrière tendrement penchée d'un côté ou de l'autre. Sur notre modèle 1913, où ce défaut était légèrement apparent après 10.000 kilomètres — en changeant une bague, tout serait rentré dans l'ordre — nous avions pris l'habitude, en solo, de nous placer presque centralement, les commandes étant toujours à bonne distance ; de cette façon, plus de porte à faux, même avec une fourche arrière médiocre. Sur les types récents, il n'y a même plus besoin de prendre ces précautions.

Avec une voie large à l'avant, ce porte à faux est du reste très réduit et insuffisant pour influencer des longerons bien profilés ; et combien de porte à faux aussi importants — et inévitables — entrent dans la construction d'un châssis !

Par cette disposition, nous pourrons avoir un avant, avec capot protecteur, en tout point comparable avec celui d'une voiture classique ; quant à l'arrière, nous n'en aurons que plus de facilité pour lui donner une allure effilée très efficace contre les remous de poussière, et très avantageuse pour le rendement.

Un point toujours délicat : celui de la transmission et du changement de vitesse. Tout d'abord nous écarterons la friction malgré ses qualités de simplicité et de faible prix de revient.

De l'interrogatoire des possesseurs d'un pareil système, nous avons appris — ce dont nous nous doutions un peu — que l'entretien en est assez minutieux et qu'il ne faut pas démarrer n'importe où et n'importe comment si on ne veut pas grifler ses plateaux. Comme le poids de notre tricar ne dépassera pas 300 kilos et que nous aurons un moteur de 1.000 centicubes, nous pourrons à la rigueur nous contenter d'une boite de vitesses à engrenages à deux combinaisons, en somme peu coûteuse, avec embrayage à cône ou plateau Ferodo, mais nous savons qu'on a pu arriver pour le prix de 5 à 6.000 à trois vitesses et marche arrière, ce qui est évidemment préférable.

Comme transmission finale, les pignons d'angle seront très pratiques et propres malgré le petit inconvénient d'un léger angle obligatoire, l'axe moteur étant central et les pignons de la roue arrière se trouvant forcément un peu de côté.

Nous trouvons également beaucoup d'adeptes de la chaîne, soit à l'air libre, soit sous carter. Ici, nous n'avons plus le même inconvénient que pour la moto ; d'abord elle est relativement bien plus robuste ; puis, une rupture bloquant même la roue arrière par coïncement dans ce carter — éventualité bien improbable — ne mettrait aucunement la vie des voyageurs en danger ; l'arrière déraperait un peu de côté, tout au plus, ce qui est inoffensif.

(*A suivre*).

Dr DE VAUBERCEY.
Miribel (Ain).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **L'hôpital aux nécessiteux.** — Ce ne sont pas seulement les maternités qui sont pleines, au point de refuser toute nouvelle admission. La plupart des services des hôpitaux de Paris sont à ce point encombrés qu'il leur est désormais impossible d'abriter tous ceux qui viennent y réclamer des soins urgents.

Pourquoi ?

Avant les hostilités, on affichait dans la plupart des classes de la société parisienne un profond dédain pour l'hôpital, appelé plus communément l'« hospice ».

Ce n'était qu'un préjugé ; la guerre vint hâter sa fin.

La mobilisation d'un grand nombre de médecins obligea beaucoup de personnes à aller « consulter » à l'hôpital. Ce fut pour elles l'occasion de constater que l'hôpital répondait, au point de vue compétence, soins et hygiène, à tout ce qu'on était en droit d'espérer. »

Les « bourgeois » eux-mêmes furent appelés à s'en rendre compte.

Ainsi presque toutes les classes de la société parisienne prirent-elles contact avec les services de consultation ou de chirurgie. Elles en retinrent cet utile enseignement : qu'à l'hôpital on est mieux soigné que partout ailleurs, et que ces soins ne vous coûtent pas un centime.

Par la suite — c'est-à-dire dès la signature de l'armistice — l'hôpital conserva son prestige. On vit affluer à ses portes tous les anciens blessés militaires sans distinction d'origine. Ils avaient connu l'hôpital, au moment de leurs blessures ; ils revenaient à l'hôpital.

Mme Bourdin, promue soudain au rang de bourgeoise, ne renia pas ses préférences d'avant-guerre. Elle qui payait une pêche 10 francs pièce dans un restaurant du Bois n'aurait jamais pu se résoudre à payer le même prix à un médecin. Et quand on lui parlait d'opérations, elle ne pouvait admettre qu'une cicatrice sur le ventre pût valoir cinq mille francs. Aussi préférait-elle ne rien payer du tout, et on la revit, en dépit de ses bagues et de ses fourrures, faire la queue devant les services de consultation.

Cette pratique se généralisa. Bientôt on ne vit plus dans les salles des hôpitaux que des dames élégantes. On se serait cru dans une maison de santé...

Conséquence : Faute de place, les femmes nécessiteuses ne furent plus admises à l'hôpital. Elles finirent par se persuader que les bâtiments de l'Assistance avaient été spécialement construits pour les gens riches.

Devant ce scandale, des médecins des hôpitaux s'émurent. Ils s'adressèrent à M. Mesureur pour le prier de mettre fin à cet abus.

« Nous voulons bien, lui dirent-ils en substance, soigner et opérer gratis, dans nos services, les pauvres de Paris... Quant à tous ceux qui peuvent payer, ils n'ont qu'à venir nous voir à notre domicile. »

Nous voulons espérer que le directeur de l'Assistance publique aura désormais à cœur de réserver ses hospices à ceux qui en ont véritablement besoin.

L'hôpital a été fait pour les nécessiteux. Qu'on le leur réserve !

René d'IXELLES.

(*Bonsoir*, 18 févr. 1920.)

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMES DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Notes d'ordonnances. — Notes d'ordonnances portant comme en-tête des instructions aux blessés du travail.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures). — Au recto de ces mémoires on trouvera des colonnes dans lesquelles on pourra porter le relevé des opérations et le montant des honoraires; au verso, on trouve le réquisitoire et l'exécutoire à faire signer par les autorités compétentes qui ordonnanceront ce mémoire.

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Notes d'honoraires ordinaires

Notes d'honoraires d'un modèle spécial établies selon les indications du tarif Jeanne.

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50	4 fr. »»
Le 100	6 fr. »»
Les 500	28 fr. »»
Les 1000 ...	50 fr. »»

Affiches. — Affiches indiquant sous forme d'avis les droits des blessés et les pénalités encourues par ceux qui entravent le libre choix du médecin. Prix franco : les 50, 7 fr., le cent, 12 fr.

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, *132, faubourg St-Denis, Paris.*

En somme, si les assureurs comprenaient bien leurs véritables intérêts, ils devraient payer largement nos honoraires pour que nous puissions soigner les blessés le mieux possible et les guérir le plus rapidement qu'il se peut. Mais, il faudrait que soit établi un contrôle rigoureux, empêchant tout abus.

Je ne suis pas médecin marron : on peut donc me contrôler tant que l'on voudra et voir si je n'abuse pas des visites et pansements. Beaucoup de conflits regrettables seraient ainsi évités.

En tous cas, rien ne vous oblige à rester en relation avec les assurances : vous ne connaissez que le patron aux termes de la loi et ne devez connaître que lui.

Dr P. B.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

De quelques prescriptions usuelles en médecine infantile (1).

A. Ictère simple.

1) Garder l'enfant au lit.

2) Le nourrir pendant une semaine avec du lait, à l'exclusion de tout autre aliment.

(1) Annexe Granger (Hôpital Saint-Louis) service de M. le Dr Jules Renault.

3) Les jours suivants, jusqu'à disparition de la jaunisse, le nourrir avec du lait, des bouillies, des soupes maigres, des purées de légumes, des pâtes, des fruits cuits.

4) Tous les 3 jours, le matin à jeun, donner une cuillerée à café d'huile de ricin.

5) A midi et le soir, à l'heure des repas, donner dans 1/2 verre d'eau sucrée un paquet de :

Salicylate de soude...... 0, 50 cgr.

A la belle saison, si les enfants ont présenté des ictères à répétition, un séjour à Vichy, à Capvern, leur est conseillé. Inutile de souligner que la cure hydrominérale, chez l'enfant, doit être très surveillée.

B. L'impétigo.

1) Faire tomber les croûtes avec un cataplasme de fécule ou des compresses d'eau bouillie que l'on renouvellera toutes les 3 heures.

2) Quand les croûtes seront tombées, mettre la pommade suivante matin et soir :

Vaseline	20 gr.
Oxyde de zinc	10 gr.
Talc pulvérisé	10 gr.
Dermatol	5 gr.

Si les croûtes se reforment, les faire tomber comme la première fois avant de mettre à nouveau la pommade.

3) Au commencement du déjeuner et du dîner, donner une cuillerée à café ou à potage, suivant l'âge, de :

Sirop d'Iodure de fer .... 300 gr.

Dans notre pratique, nous alternons, de dix en dix jours, le sirop d'iodure de fer avec :

Sirop iodotannique .... }
Sirop de raifort iodé ...... } ââ 75 cc.
Sirop de salsepareille ..... }
Sirop ec. or. amères .... }

à prendre aux mêmes doses.

4) Les eaux arsenicales (*La Bourboule*) ; chlorurées sodiques (*Salies-de-Béarn, Salies-du-Salat,* etc.) ; sulfurées sodiques (*Barèges, Luchon*) ; chlorurées sulfurées (*Uriage*) seront utilisées avec avantage.

Dr A. MOLINÉRY.

JURISPRUDENCE

I

CONSEIL D'ÉTAT

Révocation de médecin d'hôpital.

Séance du 18 *janvier* 1918.

Le Conseil d'Etat statuant au contentieux.

Vu la requête, *ensemble le mémoire ampliatif pré*sentés pour le Dr C., ex-médecin chef du Sanatorium de la Ville de Paris, à H., tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler, pour excès de pouvoir, une décision du 18 juin 1915, par laquelle le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, l'a révoqué de ses fonctions ;

Sur les conclusions à fin d'annulation de la décision du Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique du 18 juin 1915 :

Considérant, d'une part, que la décision aux termes de laquelle le requérant est révoqué de ses fonctions de médecin en chef du Sanatorium de la Ville de Paris à H., est expressément motivée par les fautes que le sieur C. aurait commises dans l'exercice de ses attributions de maire de ladite ville, et sur le fait qu'il a été révoqué précédemment de ses fonctions municipales par un décret qui a, d'ailleurs, été annulé pour excès de pouvoir, par une décision du Conseil d'Etat en date du 14 janvier 1916 ; qu'il résulte de ce qui précède qu'en l'absence de toute faute professionnelle relevée contre le médecin-chef du sanatorium, la mesure disciplinaire prise contre lui est entachée de détournement de pouvoir ;

Considérant, d'autre part, que l'article 14 de la loi du 7 août 1851, sur les hospices et hôpitaux dispose que « la Commission administrative » dont, à Paris, les attributions sont exercées par le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, « nomme les médecins et chirurgiens, mais ne peut *les révoquer qu'avec l'approbation du Préfet* » ; qu'il

résulte de l'instruction que la décision attaquée portant révocation dudit C. de ses fonctions de médecin du Sanatorium d'H., n'a pas été prise, ainsi que l'exige le texte précité, avec l'approbation du Préfet, qu'à raison du double excès de pouvoir ci-dessus spécifié, et sans qu'il soit besoin de statuer sur les autres moyens du pourvoi, le sieur C. est fondé à demander l'annulation de la décision attaquée.

Décide :

La décision susvisée du Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, en date du 18 juin 1915, est annulée.

Note.

L'arrêt ci-dessus est à retenir, sur le point particulier de la révocation d'un médecin d'hôpital. Cette destitution ne peut être prononcée qu'après approbation du Préfet.

Rappelons la circulaire ministérielle du 3 décembre 1907 (*Concours médical*, 1908, p. 110), par laquelle M. Clémenceau, président du Conseil, Ministre de l'Intérieur, décide « que désormais, avant d'approuver et de rendre ainsi définitives ces révocations », les préfets sont tenus de soumettre le dossier de l'affaire au ministre de l'Intérieur.

Il ne saurait être pris trop de précautions contre les rancunes locales ou électorales, dont les médecins d'hôpitaux peuvent être les victimes jusqu'au jour très proche où les Commissions administratives des hôpitaux consentiront à faire, avec le corps médical local, ou avec le syndicat, un contrat collectif de travail, par lequel les praticiens s'engageront à assurer le service médical de l'établissement, en donnant toutes garanties nécessaires. Nous avons déjà fourni à un syndicat un projet de contrat de ce genre.

Dr Paul Boudin.

II

Accidents du travail. Défaut de contrôle par le médecin du patron.

TRIBUNAL DE PAIX DE PONS

28 *mars* 1919.

Attendu que par sa citation le Dr T., réclame à J., la somme de 1.069,80 pour soins médicaux donnés à C., son ouvrier à la suite d'un accident du travail qui lui est survenu ; ensemble, les intérêts de droit et les dépens.

Attendu que J., a tout d'abord offert au demandeur une comme de 700 francs à titre de forfait ; que cette offre a été refusée par le Dr T.

Qu'ensuite le dit J. demande dans ses conclusions à ce qu'il soit ordonné une expertise par un

seul expert, homme de l'art, qui, après serment prêté, examinera le compte fourni par le Dr T., en fera l'application à la nature de la blessure reçue par la victime de l'accident, dira si le nombre des visites et des pansements accusés ne dépasse pas celui qui aurait dû être normalement fait pour une blessure de cette nature et si ce nombre n'est pas exagéré ; fixera le nombre et la valeur des dites visites et pansements et dira quelle somme doit être équitablement et justement payée ;

Attendu que le Dr T. a refusé d'accepter l'expertise proposée par les motifs qu'il juge cette expertise absolument impossible aujourd'hui, alors surtout qu'il était loisible au défendeur de faire visiter le blessé en cours de traitement ;

Attendu que l'accident arrivé à C. s'est produit le 3 février 1914, que le Dr T. lui a donné les soins nécessaires jusqu'au 16 juillet 1914, que, pendant ce laps de temps, le défendeur ne s'est pas préoccupé de faire contrôler les visites et traitements faits par le Dr T ; que, cependant, c'était son droit absolu et qu'il est aujourd'hui mal venu à critiquer le nombre des visites faites, alors surtout qu'il n'a réclamé à ce sujet que sur la demande de paiement de la note du Dr T. après la guérison de la victime et la blessure consolidée ;

Attendu qu'il apparaît bien que le demandeur a scrupuleusement appliqué dans sa demande le tarif établi par l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905 pour les visites et soins réclamés, ainsi que nous avons pu nous en assurer ;

Attendu, en ce qui concerne la demande d'expertise par le sieur J., que cette demande est tardive et qu'elle ne saurait se justifier par des raisons moins que concluantes telles que celles invoquées par le défendeur qui incontestablement, aurait dû, en temps utile, comme cela était son droit absolu, faire contrôler les traitements administrés par le Dr T. ;

Qu'aujourd'hui les bases de cette expertise manquent et qu'il n'y a pas lieu d'y avoir recours ;

Attendu qu'il est de jurisprudence que toutes les fois que des soins et traitements fournis par un médecin en matière d'accident du travail n'ont pas été contradictoirement contrôlés par le médecin du patron, ces soins et traitements sont dus à ce médecin ;

Attendu par suite que la demande du Dr T. est justifiée, et qu'il y a lieu de l'accueillir ;

Attendu que la partie qui succombe doit supporter les dépens.

Par ces motifs....... condamnons J. à payer au Dr T., la somme de 1.069,80, pour soins médicaux donnés à son ouvrier, le condamnons, en outre, aux intérêts de droit et aux dépens.

L'adversaire ayant interjeté appel de ce jugement, le « Sou Médical » a donné l'appui pécuniaire au Dr T., son adhérent, pour défendre à cet appel, sur lequel est intervenu le jugement ci-après :

Attendu que l'appelant ne discute pas la matéria-

lité des visites et pansements ; qu'il se borne à en contester l'utilité et conclut à une expertise pour vérifier le compte produit ;

Attendu que C., ouvrier au service de J., a été victime, le 3 février 1914, de plusieurs lésions à la main gauche, suivies d'un phlegmon diffus du membre supérieur gauche ;

Que l'intimé lui a donné ses soins du 3 février au 16 juillet 1914, soit pendant 163 jours, et qu'il réclame pour 229 visites et 221 pansements au tarif de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905, la somme de 1.069 fr. 80 ;

Attendu qu'au cours du traitement, le patron n'a pas exercé le droit de contrôle que lui réserve la loi du 31 mars 1905, article 4 ;

Que le rapporteur de la loi au Sénat s'expliquant sur cet article a déclaré : « Ce que nous avons voulu surtout, c'est que le chef d'entreprise pût pendant la maladie de l'accidenté du travail, se rendre compte de son état de santé » ; et que la circulaire du ministre du commerce du 3 mai 1905 a précisé que le médecin désigné par le patron ne peut pas s'immiscer dans les soins donnés à l'ouvrier par le médecin traitant ;

Attendu qu'en admettant que le patron qui n'a pas exercé son droit de contrôle soit recevable à contester les honoraires réclamés par le médecin traitant, encore faut-il que cette contestation apparaisse avec un caractère sérieux et que les mesures de vérification soient possibles ;

Attendu qu'il résulte des explications fournies au Tribunal que la blessure de l'ouvrier a été des plus graves et a inspiré les plus sérieuses inquiétudes ; qu'elle a nécessité plusieurs interventions chirurgicales ; que, devant la menace d'un phlegmon diffus, il a été nécessaire de procéder plusieurs fois à des lavages, à la pose de drains et à des pansements antiseptiques complets qui ont amené la consolidation de la blessure le 13 juillet 1914 et sauvé le blessé ;

Attendu que ces constatations suffisent à justifier le nombre des visites et des pansements qui paraît, en effet, au premier abord, excessif ;

Que l'expertise sollicitée est inutile, qu'elle serait en tous les cas inopérante à raison des faits et circonstances de la cause ;

Qu'il y a donc lieu de confirmer le jugement attaqué ;

Par ces motifs,

Reçoit en la forme l'appel interjeté du jugement de M. le Juge de Paix de Pons, du 28 mars 1919 ;

Au fond, adoptant les motifs du premier juge en tant qu'ils ne sont pas contraires à ceux du présent jugement ;

Confirme le jugement attaqué qui sortira son plein et entier effet ;

Prononce la confiscation de l'amende consignée.

Condamne J., en tous les dépens tant de première instance que d'appel,

Rejette, en tant que de besoin, toutes autres conclusions des parties.

Note. — De nombreux jugements ont déjà admis que le patron ne pouvait prétendre qu'un médecin avait fait abus de visites et d'interventions, lorsque lui-même avait omis de faire procéder au contrôle que la loi prévoit dans son article 4 § 5.

Voir notamment : Trib. de paix du canton sud de St-Etienne, 1er octobre 1907 (*Conc. méd.*, 1908, p. 10). — Trib. Civil d'Aix, 29 octobre 1908 (*Conc. méd.*, 1909, p. 55). — Trib. de paix de Mézières, 11 décembre 1908 (*Conc. méd.*, 1909, p. 159). — Trib. de paix du XXe arrond. deParis, 20 octobre 1908 (*Conc. méd.*, 1909, p. 141). — Trib. de paix de Noyon (*Conc. méd.*, 1910, p. 619) — Trib. de paix du 1er canton de Rouen (*Conc. méd.*, 1911, p. 584). — Trib. de paix du IVe arr. de Lille, 1er février 1911 (*Conc. méd.*, 1911, p. 979). — Trib. de paix de Chateaubriant, 14 février 1912 (*Conc. méd.*, 1912, p. 214).

J. D.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

657. — M. ENGERAND, député, demande à M. LE MINISTRE DE L'HYGIÈNE de faire connaître le nombre d'enfants qu'ont ou ont eus les membres du Conseil supérieur de la natalité. (*Question du* 30 *janvier* 1920).

Réponse. — Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales ne s'est inspiré, dans la désignation des membres du conseil supérieur de la natalité, que de leur compétence attestée par leurs études et leurs travaux antérieurs. Il s'est soigneusement tenu en dehors de toute question personnelle ou de parti et n'est pas, par suite, en mesure de répondre avec précision à la question de M. Engerand. Il peut toutefois assurer M. Engerand que, s'il se trouvait dans l'ensemble de la population française une proportion aussi remarquable d'enfants que dans les familles des membres du Conseil supérieur de la natalité, la redoutable question de la dépopulation n'existerait pas pour notre pays. (*J. O.*, 14 février 1920.)


Le VIN GIRARD
IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ
SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE
est le véritable
SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME
chez les Enfants et les Adultes
Le VIN GIRARD, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le VIN GIRARD est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.
Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.
LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE
ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES
TUBERCULOSE
UN VERRE A MADÈRE
AVANT LE REPAS
VIN GIRARD
48 Rue d'Alésia PARIS
VIN GIRARD
Succédané de l'Huile de foie de Morue
A. GIRARD
48, Rue d'Alésia, PARIS
VIN GIRARD
48, Rue d'Alésia, PARIS

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 10 — DIMANCHE 7 MARS 1920

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT, DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE, SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

AVIS

TARIF DUBIEF

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs le TARIF DUBIEF avec son Répertoire alphabétique. Prix franco : 1 fr.

TARIF

général minimum raisonné des honoraires médicaux.

(*Ancien tarif Jeanne*).

Établi par une Commission spéciale nommée par le *Concours médical* et comprenant des chirurgiens et des spécialistes. *Volume de 208 pages relié.*

PRIX : 3 francs.

Adresser les commandes, accompagnées du montant en un mandat, à M. C. BOULANGER administrateur du Concours médical, *132, faubourg Saint-Denis, Paris.*

DON

Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr CRESPIN, de Blanc-Mesnil (S.-et-O.), la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

AVIS

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 en timbres pour frais de réimpression de bande.

LE CONCOURS MÉDICAL

QUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

(Voir numéros précédents).

DEMANDES et OFFRES

Toute demande de renseignements doit être accompagnée d'un timbre pour la réponse.

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

N° 101. — Poste campagne riche, confins Anjou, Poitou et Touraine. Conditions : reprise du bail (mille francs) et indemnité (quinze cents).

N° 102. — Médecin de Bourgogne, reçoit en famille, enfants et adolescents non contagieux, ayant besoin d'un séjour à la campagne. Prix complet : dix francs par jour.

N° 103. — Docteur marié, 21 ans d'exercice, logé dans grande maison bien aérée, grand jardin, dans petit port normand, prendrait pensionnaires malades ou non.

N° 104. — Clinique ophtalmologique à Paris à céder gratuitement à jeune docteur célibataire, de préférence connaiss. oto-rhino. Ecrire docteur, 12, rue des Closiaux, Clamart (Seine).

N° 105. — Serais très reconnaissant aux confrères qui m'indiqueraient une ville d'au moins vingt mille habitants, pour créer un poste d'ophtalmo-oto-rhino, ou vacance en grande ville. Ecr. docteur, 25, Bd. Port-Royal, Paris XIII°.

N° 106. — On demande un pied porte-ampoule grand modèle : modèle Gaiffe sans accessoires ou modèle Drault avec accessoires. Diaphragme iris, centreur, localisateur, le tout en bon état. S'adresser docteur Gugelot, Valenciennes, Nord.

N° 107. — Grande banlieue de Paris. Excellent poste dans chef-lieu de canton, rapport actuel 30.000 fr. Ce chiffre peut être augmenté facilement ; indemnité avantageuse, on cèderait auto, clientèle payant bien. S'ad. Breitel et Goret. 1, rue Dante, Paris.

N° 108. — A céder dans l'Orne, poste campagne, faisant pharmacie. Rapport avant-guerre 15.000 fr., pouvant être doublé actuellement. Loyer 400 fr. Indemnité à débattre. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 109. — Occasion exceptionnelle : à céder pour cause de déménagement, appareil à respiration passive très perfectionné, pour 300 fr. Photo sur demande.

N° 110. — Docteur de Genève, chef de clinique dermatologique et voies urinaires pendant 15 ans, au courant des travaux de laboratoire, connaissant tous les nouveaux procédés concernant ces branches, voudrait assister un spécialiste, ou travailler dans son laboratoire. Références médicales à Paris sérieuses. Peu exigeant. Polyglotte (anglais, allemand italien, roumain, grec, turc).

CORRESPONDANCE

Droit de priorité pour l'achat des voitures des stocks.

Je serais heureux d'obtenir de vous quelques renseignements au sujet des droits de priorité pour achat de voitures automobiles à la liquidation des stocks.

Quelles sont les pièces à fournir en cas d'achat ? Je dois faire une déclaratlon m'engageant à conserver la voiture pendant un an. Mais, si cette voiture ne me convient pas ; si elle est incapable de faire mon service, suis-je tout de même dans l'obligation de la conserver ?

Si je veux la vendre, que dois-je faire ? Cette voiture soit inutilisée dans ma remise, ou vendue, ai-je le droit de soumissionner pour une deuxième voiture et d'user à nouveau du droit de priorité ?

Ai-je le droit d'acheter deux voitures à la même soumission ou une voiture et une moto. Pour mon service, il me faut deux voitures.

Une personne non vétérinaire diplômé, mais munie d'une licence et faisant fonction de vétérinaire dans un pays dépourvu, peut-elle avoir le même droit de priorité ?

Réponse

Aux termes du Règlement pour la vente des véhicules automobiles provenant des stocks américains, les médecins et vétérinaires, pour lesquels il est ouvert un droit de priorité, doivent produire une justification de leur profession établie par le maire de la localité dans laquelle ils résident, ainsi qu'un engagement d'employer les véhicules à l'exercice de leur profession et de ne pas les aliéner avant un an au minimum.

Le règlement est muet sur les sanctions qui pourraient intervenir dans le cas où l'adjudicataire ne tiendrait pas ces derniers engagements.

A notre avis, le médecin qui ne peut se servir de la voiture qu'il a achetée pour le service de sa clientèle devrait faire des démarches auprès de l'administration pour être autorisé à la vendre et à en acheter une autre.

Pour pouvoir acheter deux voitures ou une voiture et une moto, il faudrait également, croyons-nous, une autorisation spéciale de l'administration.

Comme il est admis que l'art vétérinaire peut être exercé dans certaines limites par des personnes non munies du diplôme de vétérinaire, ces personnes doivent, à notre avis, bénéficier du droit de priorité accordé aux vétérinaires, sans aucune autre indication de qualité.

Impôts sur le revenu.

Pouvez-vous me donner le renseignement suivant :

1° En 1917 et 1918, mes revenus ont été inférieurs (marié, 2 jeunes enfants) à 3.000 + 2.000 + 1.000 + 1.000, soit 7.000, minimum imposable. Dois-je souscrire une déclaration pour l'impôt sur le revenu de 1918 et 1919 ?

2° Dans mes revenus, j'ai eu comme solde militaire, étant mobilisé en 1917, 3.978 frs et en 1918 5.298 frs. Dois-je payer l'impôt cédulaire au titre de traitements publics, mon revenu total étant inférieur à 7.000 et n'étant pas imposable au titre de l'impôt sur le revenu ?

Réponse.

1° Le contribuable dont le revenu n'est pas imposable peut souscrire une déclaration négative. Mais il n'y est pas contraint.

Mais si, pour 1919, vos revenus ont dépassé les diverses exonérations auxquelles votre situation de famille vous donne droit, vous devrez pour éviter la majoration d'impôt de 10 %, faire votre déclaration de revenu avant le 1er avril.

2° L'impôt cédulaire sur les traitements publics et privés, et notamment sur la solde militaire, est dû alors qu'ils dépassent 2,500 fr. si le contribuable est domicilié, comme c'est votre cas, dans une commune de plus de 10.000 habitants, sans autre déduction.

En outre, la fraction du revenu imposable comprise entre le minimum exonéré et 5,000 fr. est comptée seulement pour moitié.

Peu importe que le contribuable soit ou non, par ailleurs, imposable au titre de l'impôt général sur le revenu. Les deux impôts sont distincts.

Réduction de loyers.

En juillet 1912, j'ai loué une maison pour exercice de ma profession : 500 fr. par an.

J'ai été mobilisé le 2 août 1914 et démobilisé en 1919.

Mon propriétaire, en mon absence (j'étais au front) et à mon insu, s'est adressé à ma famille qui, pour lui être agréable et sans me mettre au courant, a réglé d'avance mon loyer jusqu'en juillet 1918 inclusivement. Le propriétaire, pour rentrer dans son loyer, a consenti 100 fr. par an de diminution, soit 400 fr. au lieu de 500.

Actuellement, il me réclame mon loyer 1918-19.

Et j'ai été démobilisé en juin 1919. J'ai été toujours mobilisé et n'ai pu exercer pendant 5 ans.

Etait-il en droit de me réclamer mon loyer ?

N'a-t-il pas abusé de ma famille en lui faisant payer 4 termes d'avance, quoique lui consentant 100 fr. de diminution ?

Ne suis-je pas en droit de lui refuser 1918-19, puisque démobilisé en juin 1919 ?

Réponse

Aux termes de l'article 14 de la Loi du 9 mars 1918 sur les loyers, il peut être accordé, pour la durée de la guerre et les six mois qui suivront la cessation des hostilités, des réductions de prix pouvant aller jusqu'à l'exonération totale, au locataire qui aura été privé par suite de la guerre, soit des avantages d'utilité ou d'usage de la chose louée, soit d'une notable partie des ressources sur lesquelles il pouvait compter pour faire face au paiement du loyer,

Le locataire qui a été mobilisé est dispensé de justifier de cette situation.

Il appartient à la Commission arbitrale des loyers de se prononcer, en cas de difficultés entre les parties, sur les exonérations. Si donc vous refusez au propriétaire de lui payer le loyer de 1918-1919, il devra vous citer devant la commission arbitrale, à moins que vous ne préfériez le devancer et l'y citer vous-même ainsi que la loi vous en donne le droit.

Les loyers payés par votre famille depuis le 1er août 1914 seront imputés, si une réduction vous est accordée, sur les termes demeurés impayés.

Secret professionnel et accident du travail.

La Cie d'assurances La P. me demande de lui établir un rapport descriptif sur l'état actuel d'un accidenté du travail soigné par moi et guéri à l'heure actuelle, et elle ajoute : « Nous serions désireux notamment de savoir à quel taux vous évaluez la réduction de capacité ouvrière subie par le blessé. »

Je vous serais reconnaissant de me faire savoir si la Société a qualité pour me demander de tels renseignements (je n'ai aucun lien avec cette Société pas plus qu'avec toute autre). Il me semble que je n'ai pas à renseigner la Cie sur l'incapacité subie. Ce sont les tribunaux compétents qui statuent sur rapport des experts commis régulièrement à cet effet.

Réponse.

Vous êtes tenu par le secret professionnel et devez de toute évidence refuser à la Cie d'assurances le rapport qu'elle vous demande sur le quantum d'invalidité de votre client.

Ce ne serait qu'à celui-ci que vous auriez le droit de remettre, s'il vous le demandait, un certificat portant une évaluation de son incapacité permanente. Et encore est-il préférable, suivant l'avis de beaucoup de personnes compétentes, d'indiquer seulement dans le certificat la nature de l'incapacité en la décrivant d'une

façon aussi précise que possible, mais sans mentionner le pourcentage d'incapacité évalué par le médecin traitant, dont la compétence pour faire cette évaluation peut ne pas être entièrement suffisante.

Il vaut mieux généralement remettre au blessé, en même temps que le certificat, mais séparément, une note non signée, indiquant que l'incapacité peut être évaluée entre x et y %.

Taux de la cotisation syndicale.

Après avoir contribué à fonder le Syndicat des Médecins de Colonisation d'Algérie, qui est en pleine réussite, je m'occupe de fonder le Syndicat des Médecins de l'arrondissement de S., qui doit comprendre des médecins libres et des médecins de colonisation. Je suis bien inexpérimenté et je me permettrai d'avoir souvent recours à vos lumières. Vous me pardonnerez les questions, quelquefois naïves et dues à mon ignorance relative, que j'aurai à vous poser...

Si l'accord se fait, nous pourrions être une vingtaine au Syndicat de S. Quelle cotisation conseillez-vous ? Le Syndicat devra-t-il s'affilier au « Sou » *en bloc* (et combien à payer ?) ou chaque membre *en particulier* ? Que faudra-t-il payer à l'Union des Syndicats ? — Je parle ainsi, comme si le Syndicat de S. était fait !.. mais j'ai la foi robuste et je compte aboutir !

Les Compagnies d'assurances-accidents nous rognent les notes d'honoraires. Mais, comme je fais partie du « Sou », je vais les menacer sérieusement et vous écrirai s'il le faut. En ce qui me concerne, je n'ai aucun contrat avec aucune Cie. Pouvons-nous nous faire payer en Algérie d'après le Tarif Dubief ? Le Syndicat de Constantine a décidé de demander 10 fr. pour le rapport initial de constatation et 10 fr. pour le certificat de guérison. Mais les Cies refusent de payer ainsi. Comment faire alors ? Quel Tarif pharmaceutique appliquer par les propharmaciens pour les médicaments et objets de pansements fournis aux sinistrés ? Si une Cie me *rogne* trop, puis-je exiger du patron du sinistré le paiement intégral ? Et s'il refuse de payer ?

Dans un Syndicat, combien donne-t-on d'honoraires à l'avocat-conseil ? A S., un avocat, fils de confrère décédé, pourrait faire notre affaire. Comment lui faire la proposition, surtout en ce qui touche les honoraires ? Devons-nous l'inviter gratuitement à nos banquets ? Il me semble que oui.

Dr M.

Réponse

Tout d'abord, soyez assuré que je me mets à votre entière disposition, pour vous aider de mon mieux, en toutes circonstances. Donc, ne

(*Voir la suite page XXIX*-633).

PROPOS DU JOUR

Les infirmières des postes de secours dans les régions libérées

Un de nos bons amis du département de l'Aisne nous communique l'arrêté ci-dessous du préfet de ce département. Notre ami, qui fut une victime de la guerre, qui souffre encore des difficultés sans nombre auxquelles se heurte le médecin praticien dans les régions libérées, envisage sans enthousiasme l'innovation des postes de secours avec infirmières. Il estime qu'avec les nombreux hôpitaux de 100 à 150 lits qu'on a organisés dans les principaux centres, les médecins praticiens, presque tous revenus à leur poste dans sa région, peuvent faire face aux cas d'urgence. Il se plaint de la modicité de l'indemnité accordée aux médecins et pense que l'on aurait mieux fait d'élever leur subvention que de consacrer une somme assez importante à des infirmières qui, il le craint vivement, seront plus gênantes qu'utiles.

Nous ne partageons pas les craintes de notre ami, nous l'avouerons en toute sincérité. Certes, nous trouvons que l'indemnité accordée aux médecins des régions libérées est bien mesquine et, ce qui est plus grave, parfois bien arbitrairement accordée. Mais ceci est une autre question et nous voulons aujourd'hui nous borner à n'envisager que celle des postes de secours, pourvus d'infirmières, nouvellement organisés dans le département de l'Aisne.

Voici d'abord le texte de l'arrêté de M. le préfet de l'Aisne qui mérite d'être reproduit in-extenso :

PRÉFECTURE DE L'AISNE.

Direction départementale d'Hygiène.

Arrêté portant règlement pour Mesdames les Infirmières des Postes de secours.

Le Préfet de l'Aisne, Officier de la Légion d'Honneur,

Vu les instructions de M. le Ministre du Blocus et des Régions Libérées et notamment la circulaire du 30 *novembre* 1918,

Vu les dépêches de M. le Ministre des Régions Libérées des 12 *juin et* 7 *août* 1919,

Vu le décret du 6 *août* 1919 *portant réorganisation des services de reconstitution dans les départements atteints par les évènements de guerre,*

Vu le crédit inscrit au chapitre 9 *du Budget du Ministère des Régions Libérées,*

Vu le règlement sur les Infirmières déléguées par le Ministre des Régions Libérées,

Vu l'arrêté préfectoral du 24 *septembre* 1919,

Vu l'arrêté préfectoral du 19 *octobre* 1917 *portant organisation de la Direction départementale d'Hygiène,*

ARTICLE PREMIER. — Les postes de secours créés dans le département de l'Aisne sont destinés à assurer : 1° l'éducation hygiénique des populations ; 2° à appliquer les mesures prophylactiques en cas de maladies contagieuses ; 3° le premier secours aux blessés ; 4° l'aide au médecin praticien.

ARTICLE 2. — Ces postes de secours sont desservis par un nombre variable d'infirmières, nommées par le Ministre des Régions Libérées, sur présentation par le Préfet. Ces infirmières auront la charge du fonctionnement et de l'entretien du poste de secours. Elles sont responsables du matériel.

ARTICLE 3. — Les infirmières des postes de secours sont placées sous l'autorité du Préfet, qui exerce le contrôle par l'intermédiaire de M. le Directeur Départemental d'Hygiène et de Mme l'Inspectrice déléguée du Ministère des Régions Libérées, à la Préfecture.

ARTICLE 4. — Les infirmières s'occupent de toutes les questions d'hygiène concernant l'habitation et renseignent le Préfet (Direction départementale d'Hygiène), sur l'état de salubrité des communes. Elles surveillent notamment l'alimentation en eau potable et signalent à la municipalité et au Préfet toutes les causes de contamination de l'eau qu'elles découvrent. En cas de maladies contagieuses, elles font observer dans les familles et au dehors les mesures de prophylaxie propres à chacune des infections. Si les intéressés n'ont pas appelé le medecin, elles engagent le plus vivement possible les familles à aller chercher celui-ci et, au cas de refus, rendent compte au Maire qui le fera appeler. Elles coopèrent au service de désinfection.

ARTICLE 5. — Elles assurent le premier secours et le premier pansement aux blessés de toutes catégories, mais il leur est interdit d'entreprendre quelque traitement que ce soit. Même si la blessure est légère, vu le danger de septicémie et de tétanos, elles envoient le blessé au médecin.

Il leur est interdit également de donner quelque consultation que ce soit ni à un enfant, ni à une femme, ni à un homme. Si une consultation leur

est demandée, même au poste de secours, elles ont le devoir de la refuser.

Elles ne doivent en aucun cas empiéter sur le rôle du médecin ni favoriser d'une manière quelconque l'exercice illégal de la médecine. En particulier, en ce qui concerne les accidents du travail, elles doivent toujours se souvenir que le médecin est seul responsable du traitement, des suites de l'accident. Une fois le premier secours donné, elles ne doivent ni traiter ni hospitaliser le blessé. Leur rôle se borne à faire venir le médecin le plus vite possible et à évacuer le blessé suivant ses instructions.

ARTICLE 6. — Les infirmières des postes de secours sont mises à la disposition de MM. les Médecins sans que ceux-ci leur doivent une rémunération. Tout Médecin peut demander le concours des infirmières du poste de secours soit pour poser un plâtre, soit pour toute intervention où il a besoin d'un aide. Les infirmières tiendront un registre de ces demandes d'interventions en spécifiant le jour, l'heure, la nature de l'intervention ainsi que le nom et l'adresse du médecin qui aura requis l'aide de l'infirmière. Si un médecin désire envoyer une infirmière chez un malade pour une pose de ventouses, par exemple, ou pour tous autres soins thérapeutiques, il doit donner alors une ordonnance sur laquelle il indique d'une manière précise le travail à exécuter par l'infirmière ainsi que le nom et l'adresse du malade, il indique également s'il désire que l'infirmière se rende une seule fois ou plusieurs chez le malade. Faute de cette ordonnance, qui sera conservée par l'infirmière dans un classeur spécial, l'infirmière n'est pas autorisée à se rendre chez le malade.

ARTICLE 7. — Toute contravention au présent règlement expose l'infirmière, pour la première fois, à un blâme du Préfet, pour la deuxième fois au déplacement d'office dans le département, pour la troisième fois sa révocation est demandée au Ministre.

En cas de contestation entre MM. les Médecins et les Infirmières des postes de secours, ou en cas de conflit avec les municipalités, le Préfet prescrit une enquête qui est faite soit par Mme l'Inspectrice déléguée, soit par M. le Directeur départemental d'hygiène.

Le Préfet de l'Aisne,

Signé : LUCIEN SAINT.

Nous nous sommes récemment, ici même, trop vivement scandalisés du préfet qui aurait répondu à un membre de l'Académie de médecine que les questions d'hygiène ne l'intéressaient pas ; nous avons relevé avec trop de tristesse et d'amertume les négligences de l'Administration au point de vue sanitaire dans nos départements du Nord, pour ne pas approuver hautement une tentative qui, à notre avis, rendra les plus grands services aux populations et à nos confrères, si ces derniers veulent bien en user et savent bien s'en servir.

Nous sommes persuadés que notre excellent correspondant et ami, après quelque réflexion, partagera notre opinion et verra se dissiper ses appréhensions pessimistes.

Le texte de l'arrêté préfectoral est inattaquable en tous points. Ce qu'il faut, c'est qu'il soit intégralement exécuté et c'est au Syndicat médical que doit revenir la charge de surveiller, de contrôler son application.

De quel précieux concours peut être pour un médecin une infirmière instruite, discrète et prudente, pourvue d'un poste de secours avec un matériel suffisant à sa disposition ? Quelle garantie pour la surveillance des malades, pour l'application d'un traitement ?

Nous avons, depuis bien des années, l'avantage de pouvoir, dans notre quartier, faire appel pour nos malades aux infirmières-visiteuses de la rue Amyot et nous ne saurions trop reconnaître les services qu'elles nous ont rendus. Quand, dans une famille indigente, nécessiteuse ou simplement peu fortunée, nous nous trouvons, même à Paris, en présence d'un malade gravement atteint, comment pourrions-nous utilement le soigner, si nous n'étions pas secondés par une personne intelligente et instruite ? Sur une simple demande de notre part, une infirmière-visiteuse est envoyée chez nos malades par l'œuvre de la rue Amyot ; elle prend la température du malade, donne des conseils pour bien disposer le lit, improviser des crachoirs, organiser le milieu le plus souvent exigu et encombré ; elle s'efforce en un mot à pallier aux inconvénients du taudis.

Est-ce un enfant ? Elle apprend à la mère à appliquer convenablement les compresses humides autour du thorax ou à donner les bains que nous avons prescrits ; elle pose les ventouses, fait les injections d'huile camphrée, nous prévient des incidents qui peuvent nécessiter une visite nouvelle de notre part. Depuis plus de 15 ans que nous faisons régulièrement appel aux infirmières-visiteuses, jamais nous n'avons eu l'occasion de regretter leur intervention, jamais nous n'avons eu le plus petit reproche à faire à leur correction toujours parfaite, à leur délicatesse toujours en éveil, à leur dévouement toujours inlassable. Ces jeunes filles ont rendu pendant la guerre d'inappréciables services à tous nos malades et particulièrement à ceux qui relèvent de l'Assistance médicale à domicile.

En le proclamant hautement ici, nous ne fai-

sons que dire la vérité et remplir un devoir de justice et de reconnaissance.

Aussi, forts de notre expérience personnelle déjà longue, nous serions heureux de voir l'œuvre salutaire des infirmières visiteuses se généraliser et nous pensons qu'à la campagne, elles peuvent rendre encore plus de services que dans les milieux urbains.

Certes nous n'oserions prétendre que nous n'avons pas été, à ce sujet, singulièrement favorisés ; on nous objectera que l'école de la rue Amyot a été toujours une pépinière d'infirmières d'élite que l'on ne pourra rencontrer partout. C'est possible, mais c'est aux médecins praticiens de se préoccuper du dressage de leurs infirmières, c'est au syndicat médical de prendre l'initiative de parfaire leur éducation et de contrôler leur valeur professionnelle et morale.

L'article 7 de l'arrêté de M. le préfet de l'Aisne prévoit des sanctions très sévères contre les infirmières qui ne rempliraient pas leur devoir et ne respecteraient pas les instructions très précises et très judicieuses des articles précédents.

Ce sera au Syndicat médical de veiller à son application.

Nous qui, après une trentaine d'années de pratique médicale collaborons depuis plus de vingt-cinq ans à l'éducation des infirmières comme professeur de pansements et de petite chirurgie à l'Ecole de l'hôpital de la Pitié, nous croyons avoir quelque expérience à ce sujet, et nous donnerons un conseil à nos confrères de l'Aisne, conseil qui, s'il était suivi, ne manquerait pas de donner les meilleurs résultats. Persuadés que les Françaises sont plus sensibles aux récompenses qu'aux moyens de coercition, nous amasserions par une cotisation personnelle et par des dons que nous exigerions de nos clients fortunés pour services exceptionnels rendus, une somme d'argent suffisante qui constituerait le fonds des infirmières des postes de secours. Ce fonds serait mis à la disposition du Syndicat médical qui, chaque année, décernerait solennellement un ou plusieurs prix de 300 fr. à 500 francs à l'infirmière ou aux infirmières qui auraient le mieux secondé les médecins praticiens et auraient joint au dévouement et au zèle le plus de tact et de discrétion. En outre, le Syndicat médical délivrerait aux infirmières qui quitteraient le département, après avoir, pendant une ou plusieurs années, rempli très correctement leurs fonctions, un certificat les recommandant au corps médical.

Avec l'intervention sérieuse des syndicats médicaux, nous sommes persuadés que la généralisation des infirmières des postes de secours serait un grand progrès en hygiène sociale en France et y faciliterait singulièrement l'exercice de la médecine. Du reste, cette institution a déjà fait ses preuves dans d'autres pays.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

UNIVERSITÉ DE PARIS

Hôtel-Dieu : M. le Professeur Hartmann.

La chirurgie gastro-intestinale.

Je désire vous donner aujourd'hui quelques notions sommaires sur les opérations qui se pratiquent sur le tube digestif. Nous faisons devant vous beaucoup de ces opérations et il est nécessaire que vous en ayez tout au moins une idée générale.

Un des gros points de la chirurgie gastro-intestinale est la question des anastomoses, anastomoses à établir entre les différentes parties du tractus digestif. Il existe trois modes d'anastomoses applicables aux organes creux en général et au tube gastro-intestinal en particulier. Considérons par exemple deux anses intestinales. On peut les réunir d'abord latéralement (anastomose latérale) ; on peut les réunir aussi en faisant une anastomose latérale sur une anse et terminale sur l'autre (anastomose termino-latérale), ou en les unissant bout à bout (anastomose termino-terminale).

Ces trois modes d'anastomoses s'appliquent à tous les organes creux, quels qu'ils soient, estomac, intestin, etc. Une des particularités les plus importantes de leur technique, pour le tube digestif principalement, est la nécessité d'éviter

l'infection de la cavité péritonéale. Vous savez combien cette infection était fréquente autrefois. Elle peut venir de l'extérieur et, à ce point de vue, il n'y a rien ici de particulier ; on a simplement à prendre toutes les précautions d'usage en matière d'asepsie. Mais, le fait spécial à la chirurgie gastro-intestinale, c'est que, au cours de l'intervention, nous sommes amenés à ouvrir l'estomac ou l'intestin, organes contenant des agents infectieux.

En dehors, donc, de l'infection extérieure, il existe, chez les opérés du tube digestif, une autre source d'infection, une contamination possible du péritoine par le contenu septique des organes digestifs. Cette contamination peut se produire non seulement au cours de l'opération, mais encore secondairement, dans les jours qui suivent, par suite d'une insuffisance du mode de réunion. Aussi convient-il d'envisager les moyens d'éviter la contamination du péritoine au cours de l'opération et les moyens d'assurer une réunion convenable de l'estomac ou de l'intestin.

Pendant l'opération, on peut employer deux ordres de procédés : ou pincer avec la pince à mors élastiques, préconisée par Doyen, qui comprime l'intestin et l'estomac sans les contusionner ni les écraser, ou s'adresser à la méthode habituelle de limitation du champ opératoire par les compresses stériles, celles-ci absorbant les liquides qui auraient tendance à fuser de ce champ.

Après l'opération, l'avenir dépend du mode de réunion adopté. Si la réunion est parfaite, aucun accident n'est à craindre. Pour arriver à ce résultat, on a préconisé des plaques, des boutons spéciaux, et surtout des points de suture appropriés.

Une première donnée très importante est la nécessité, quand on suture, d'avoir des plans de fil ne perforant pas la totalité des parois : les microbes pourraient, en effet, filtrer le long des fils. Donc, employer un plan de suture non perforant. Mais, un plan de suture non perforant, seul, ne donnerait pas une réunion solide. D'où les modalités adoptées par les chirurgiens. Beaucoup font 3 plans et suturent séparément la muqueuse, la musculeuse et la séreuse. Je crois cette façon de faire mauvaise et, depuis 18 ans, j'ai toujours recours à la même technique, dont je me suis bien trouvé et qui s'applique à tous les organes creux, à l'œsophage, à l'estomac, à la vessie, etc. Je procède en 2 plans : un premier plan de suture, qui est total, traverse toutes les tuniques et les perfore de part en part. Par ce premier plan, le canal digestif est fermé et j'ai réalisé une occlusion. Mais, il y a des fils perforants et je vous ai dit que le contenu septique du tube digestif pouvait filtrer le long de ces fils. Pour y parer, j'isole ce plan de suture de la cavité péritonéale par un deuxième plan qui charge seulement la musculeuse et la séreuse.

Je ne fais pas ces deux sutures en points séparés mais en surjets. Lorsque, en 1892, j'ai publié ma technique, les chirurgiens pratiquaient tous la suture en points séparés. Elle a des inconvénients. Lorsque le malade, après l'opération, fait des efforts de vomissements, il tend son estomac et tire sur les fils. Au cas de suture en points séparés, cette tension écarte les fils et peut provoquer la désunion. Dans la suture en surjet, au contraire, la tension a pour effet de resserrer le fil. La suture en surjet est aussi occlusive des vaisseaux et c'est un autre de ses avantages.

Telles sont les considérations générales que je désirais vous exposer sur les anastomoses, en chirurgie gastro-intestinale. J'arrive à l'application même de ces sutures dans l'opération type sur les voies digestives : la gastro-entérostomie.

La gastro-entérostomie a été pratiquée pour la première fois par Wolfler, dans des conditions assez particulières. Ce chirurgien ouvrait un ventre pour enlever un cancer du pylore. Une fois le ventre ouvert, il s'aperçut que la tumeur était inopérable. Il s'apprêtait à le refermer quand un assistant émit l'idée que si l'on anastomosait l'estomac avec l'intestin, le contenu gastrique pourrait passer dans l'intestin sans être arrêté au pylore. Ainsi fut faite la première gastro-entérostomie. Elle fut pratiquée sur la paroi antérieure de l'estomac.

Cette gastro-entérostomie antérieure n'était pas bien réglée. L'anse grêle prise pour l'anastomose provenait de niveaux différents. Lorsque cette anse était assez élevée, tout allait bien. Si, au contraire, elle était bas située, l'absorption par l'intestin grêle se trouvait en grande partie supprimée et perdue et l'on voyait le malade maigrir, puisqu'il n'absorbait presque rien. Il faut aussi que l'anastomose soit faite de façon à ce que le liquide gastrique passe bien dans le bout inférieur et non dans le bout supérieur de l'intestin, sinon ce liquide remontera pour venir refluer dans l'estomac, selon un véritable cercle vicieux. Un autre accident à éviter également est la coudure de l'intestin au niveau de l'anastomose.

Aujourd'hui, d'ailleurs, on a abandonné la gastro-entérostomie antérieure pour lui substituer la gastro-entérostomie postérieure, l'anastomose de l'intestin grêle avec la face postérieure de l'estomac. On relève l'estomac, le côlon transverse, on fait un trou dans le méso-côlon transverse et l'on va à la recherche de la face postérieure de l'estomac. Il est une précaution à prendre. On a vu des malades succomber à l'occlusion intestinale, l'estomac attirant l'intestin dans l'orifice du méso-côlon. Pour prévenir cet accident, on a l'habitude de fixer l'estomac au pourtour de l'orifice.

Actuellement, la technique de la gastro-enté-


OVULES "ROCHE"
au
THIGÉNOL
dosés à 30%
Thigénol
"Roche"

rostomie est bien réglée. Je ne dirai pas que nous sommes arrivés à une technique définitive — on ne peut jamais parler ainsi en chirurgie — mais enfin, nous avons à notre disposition des procédés permettant que tout se passe bien.

Une petite précaution avant de prendre le bistouri. On surélèvera légèrement le bassin, ce qui permet un jour meilleur et place les compresses en un point déclive. Alors, vous incisez, vous limitez le champ opératoire et, le côlon étant relevé, vous voyez la face postérieure du méso-côlon sur laquelle vous pratiquez une boutonnière. Vous y fixez l'estomac, vous prenez une anse intestinale convenablement choisie, vous l'amenez au contact de la face postérieure de l'estomac et vous pratiquez l'anastomose. Il ne reste plus qu'à reposer les organes dans l'abdomen et à refermer celui-ci.

La gastro-entérostomie postérieure est une opération qui donne en général des résultats excellents. Vous pouvez avoir, cependant, des incidents ou des accidents. Quelquefois, le lendemain ou le surlendemain, apparaissent des malaises avec une langue un peu sèche. Cela tient à une putréfaction du sang dans l'estomac. Il faut faire un lavage de la poche gastrique. Mais, allez-vous dire : c'est dangereux de laver un estomac qui vient ainsi d'être opéré ? Non. Ou la suture est bonne ou elle est mauvaise. Si elle est mauvaise, le malade est perdu, avec ou sans lavage. Si elle est bonne, le lavage n'a pas d'inconvénient.

Chez d'autres opérés se montrent des vomissements. L'estomac, atonisé, se distend. Là encore, il faut faire des lavages. Je lave et je gave. Cela paraît irrationnel, mais cela réussit. Voici un malade qui ne tolère rien. Vous lavez l'estomac, vous y versez 200 grammes de lait et tout s'arrange. Si nécessaire, vous recommencez le lendemain. Vous réveillez ainsi la tonicité gastrique.

J'ai recours encore au lavage dans un troisième cas : dans la diarrhée. Il arrive que ces opérés ont de la diarrhée. Cela se voyait plus autrefois et un assez grand nombre d'opérés y succombaient. Les causes en sont diverses. D'abord, les purgations qu'on avait l'habitude de donner avant l'opération. Chez ces sujets ayant de la stase gastrique, il arrivait que la purgation gardée par l'estomac s'évacuait dans l'intestin une fois la bouche gastro-intestinale créée et provoquait une diarrhée quelquefois persistante. Actuellement, je ne donne jamais de purgatifs à ces malades avant l'opération. Je me contente d'un lavement l'avant-veille et d'un grand lavement la veille. A cette première cause de diarrhée (qui n'est peut-être pas la plus importante), s'en ajoutent d'autres. Voici un sujet atteint d'une sténose pylorique. Depuis longtemps, il n'arrive dans son intestin qu'une quantité minime de liquide gastrique. D'un coup, après la gastro-entérostomie, ce liquide pénètre en quantité notable dans l'intestin ; ce dernier prend de la diarrhée. Dans ces cas de diarrhée, je lave l'estomac et je donne du laudanum.

Voilà une première catégorie d'accidents, observés surtout au début de ces opérations, et qui sont maintenant plus rares. Il en est une autre, les parotidites et les congestions pulmonaires. Elles relèvent habituellement de la même cause : le défaut de propreté de la bouche. Vous allez dire que la bouche de ces malades était, avant l'opération, dans le même état qu'après et qu'ils n'avaient pas de parotide. Du fait de l'opération, les patients restent assez longtemps sans mastiquer, sans exciter la sécrétion salivaire et sans avoir par conséquent la chasse salivaire qui en résulte. Il est donc très important de tenir la bouche de ces sujets en état de propreté aussi parfaite que possible.

Pour la congestion pulmonaire, la septicité buccale entre aussi en cause. On a bien incriminé l'anesthésie, mais elle ne joue qu'un petit rôle, surtout pour le chloroforme. J'ai eu l'occasion de pratiquer des gastro-entérostomies à l'anesthésie locale et j'ai vu qu'on ne se mettait pas plus ainsi à l'abri des congestions pulmonaires qu'avec l'anesthésie générale. Mickulicz a fait la même observation. Beaucoup de ces malades ont, au 8e ou 10e jour, des petits abcès de la paroi abdominale et je crois que la concomitance de ces abcès et de la congestion pulmonaire est plus qu'une coïncidence.

Actuellement, en définitive, la gastro-entérostomie doit donc être considérée comme une opération simple.

(*Leçon recueillie par le Dr* P. Lacroix.)

CLINIQUE INFANTILE

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur Bézy.

Séméiologie du larynx chez l'enfant.

Messieurs,

La séméiologie du larynx chez l'enfant mérite une place importante dans l'ensemble des connaissances qui vous seront utiles et nécessaires dans votre pratique médicale. Les troubles laryngés sont, en effet, relativement très fréquents chez l'enfant et, le plus souvent, de par leur évolution et la soudaineté de leur éclosion, ils empruntent un caractère d'urgence thérapeutique qu'il faut que vous connaissiez bien

pour ne pas être surpris et pour que vous puissiez ête bien armés pour lutter contre eux.

Ne croyez pas, Messieurs, que je veuille ici empiéter outre mesure sur le domaine du spécialiste : j'estime, en effet, que dans la plupart des cas, le diagnostic qui, vous le savez, doit toujours être pour vous la première des préoccupations auprès du lit du malade, ne relève pas tant, en matière de séméiologie infantile, d'une exploration intralaryngée ou d'un examen laryngoscopique, que de l'observation attentive des troubles fonctionnels. Vous devez savoir un apprécier la valeur, et en tirer les principales indications thérapeutiques.

Je dois vous rappeler d'abord que la symptomatologie particulière aux affections laryngées de l'enfant est assez en rapport avec les particularités anatomiques propres au larynx.

Jusqu'à l'âge de la puberté, le larynx garde à peu près ses caractères infantiles. Vous savez, en effet, que c'est à cette époque que survient la mue et qu'il existe une période où la voix est dissonnante, désagréable, presque en fausset. A l'extérieur, dans le bas-âge, aucune crête saillante ne peut être perçue, le cartilage thyroïde est petit, circulaire.

Au point de vue de la structure intérieure, vous vous souvenez que l'orifice supérieur du larynx est délimité en avant par l'épiglotte, et en arrière, par les replis aryténo-épiglottiques. L'épiglotte, chez l'enfant, est relativement longue et, de plus, au lieu d'être presque verticale, comme chez l'adulte, elle est couchée souvent horizontalement sur l'orifice du larynx, revêtant assez fréquemment le type de la trompe d'éléphant, comme l'a écrit Isambert. Vous devez comprendre combien cette particularité peut être une source de mécomptes dans l'examen laryngoscopique de l'enfant, l'orifice glottique étant en grande partie recouvert par cet organe. Vous devez aussi comprendre combien dans certains cas, le premier temps du tubage peut être rendu difficile par cette particularité. Je vous signalerai, d'ailleurs, le cas du petit garçon de quatre ans que nous avons en ce moment en traitement aux contagieux. Atteint de laryngite diphtérique fort grave, on dut essayer de pratiquer d'urgence le tubage. Cinq essais, tentés cependant par des mains très expertes, restèrent infructueux ; un accès syncopal dut faire effectuer la trachéotomie dont les suites furent d'ailleurs normales. Dans ce cas, l'épiglotte particulièrement encombrante ne pouvait être maintenue en bonne position.

Plusieurs modèles d'abaisse-langue ont été proposés pour remédier à ces conformations d'épiglotte, en permettant de retracter aussi parfaitement que possible cet organe ; un des plus pratiques est certainement l'abaisse-langue du D[r] Exat que vous avez pu voir dans nos vitrines.

Les replis arythéno-épiglottiques sont constitués par deux replis membraneux qui partent de chaque côté des bords de l'épiglotte pour se réunir, en arrière, sur la ligne médiane ; à ce niveau, ils renferment dans leur épaisseur de petits cartilages qui sont les cartilages aryténoïdes. Epiglotte et replis aryténo-épiglottiques constituent la partie supérieure du larynx. Chez l'adulte, cette région, de par sa constitution anatomique, est souvent atteinte par l'œdème ; il en est plus rarement ainsi chez l'enfant.

Immédiatement au-dessous de ce premier étage, vous savez encore qu'on trouve la *glotte*, sorte d'espace triangulaire délimité par les cordes vocales inférieures. Cette partie du larynx, fort peu développée chez l'enfant, reste cependant relativement extensible. Tout au contraire, la région sous-glottique correspondant surtout au cricoïde est une partie assez *inextensible*. Je me hâte de vous dire que c'est dans cette région que se concentre presque tout l'intérêt pathologique dans le jeune âge. Au devant de l'anneau cricoïdien, sous la muqueuse, il existe un tissu conjonctif relativement lâche, assez riche en vaisseaux sanguins et lymphatiques. Ce tissu s'enflamme et s'infiltre avec assez de facilité, provoquant ainsi une gêne mécanique relativement marquée en rétrécissant la cavité laryngée. Vous devez vous souvenir aussi que la muqueuse de cette même région jouit d'une sensibilité réflexe très vive et qu'elle peut être ainsi le point de départ de réaction spasmodique souvent très marquée. Il vous est permis ainsi de comprendre la nature des caractères pathologiques des laryngites de l'enfance, qui peuvent se schématiser par les deux expressions cliniques de spasme glottique et de sténose sous-glottique. Les accidents respiratoires réflexes seront toujours prédominants, les altérations de la voix tiendront au contraire une place minime. En rapport avec la facilité du spasme, vous devez vous souvenir qu'un seul muscle du larynx est réellement dilatateur : c'est le muscle crico-aryténoïdien postérieur : tous les autres muscles sont constricteurs.

Je ne veux pas insister sur les modes d'exploration physique du larynx. Je vous dirai seulement que les modes d'exploration intra-laryngée doivent être appliqués avec une grande discrétion et une grande prudence chez les enfants atteints surtout de processus laryngés infectieux : ils ne doivent être indiqués que par la nécessité de l'édification d'un diagnostic, ces explorations pouvant provoquer parfois des syncopes mortelles. Je veux simplement vous signaler l'importance du signe sur lequel Variot a justement insisté, s'appuyant sur l'impossibilité ou du moins la difficulté de l'examen

laryncoscopique chez les enfants diphtériques. Il a mis en relief la valeur séméiologique de la présence de fausses membranes sur l'extrémité libre et sur les bords de l'épiglotte, constatée rapidement à la suite d'une pression assez forte sur la base de la langue, à l'aide de l'abaisse-langue. Cette pression provoquant la contraction réflexe des constricteurs du pharynx, entraîne le soulèvement en masse du larynx et permet de découvrir l'épiglotte (signe de l'épiglotte).

Puisque le spasme et la sténose sont les syndromes principaux de la séméiologie du larynx, vous ne serez pas étonnés si je veux surtout vous entrerenir du trouble fonctionnel laryngé qui les traduit, et que l'on peut désigner sous l'expression dyspnée laryngée, ou encore de respiration sténotique, appelée parfois assez improprement d'ailleurs croupale. Cette dyspnée est caractérisée par trois ordres de faits que vous devez bien connaître. En premier lieu, c'est l'existence d'une respiration bruyante, plus souvent inspiratoire qu'expiratoire, définie en somme par une sorte de bruit sténotique produit par l'air qui vibre en traversant la partie rétrécie. En second lieu, c'est l'apparition des différentes modifications dynamiques du thorax qui constituent *le tirage*. Vous savez que ce dernier est caractérisé cliniquement par deux signes : d'abord la dépression inspiratoire de la région épigastrique (tirage inférieur) : ensuite la dépression du creux sus-sternal (tirage supérieur).

Autrefois, on se faisait une idée assez simple de la physio-pathologie de ces phénomènes. On pensait que l'air pénétrant difficilement dans le poumon, il se faisait un vide relatif dans la cage thoracique, au moment de la dilatation de la poitrine, par l'effort des muscles inspirateurs. Ainsi pouvaient s'expliquer, à la base et au sommet du thorax, les dépressions en relation directe avec l'effet de la pression atmosphérique. A l'heure actuelle, et Cadet de Gassicourt a eu le mérite, il y a déjà longtemps, d'en amorcer la compréhension moderne, on reconnait que d'autres facteurs que le vide interviennent dans la production du tirage. Le tirage est en rapport physiologique avec le spasme musculaire traduisant les efforts considérables des muscles inspirateurs qui luttent de façon reflexe contre la sténose laryngée. Et ce qui prouve bien la réalité de l'acte réflexe nerveux, c'est la constatation de ce que l'on peut observer au moment du tubage d'un enfant atteint de laryngite diphtérique, par exemple. On ne peut s'empêcher de constater que le tirage persiste quelque temps encore après l'introduction du tube. Si les phénomènes objectifs étaient la conséquence du vide intra-thoracique, ils devraient disparaître instantanément après le rétablissement de la perméabilité du conduit. Il n'en est rien. Il faut bien reconnaître que le tirage est dû à la continuation des contractures spasmodiques des muscles inspirateurs, et en particulier du diaphragme. Il y a là un vrai réflexe, et comme dans tous les réflexes, il y a une voie centripète, un centre et une voie centrifuge. La voie centripète est représentée par le récurrent, le pneumogastrique, la branche interne du spinal, le centre étant constitué par les noyaux bulbaires ; la voie centrifuge, par le phrénique qui va actionner le diaphragme et aussi, la branche externe du spinal qui va activer le sterno-cléido-mastoïdien. Le point de départ du réflexe, vous le comprenez, c'est l'appel d'alarme du larynx, c'est l'asphyxie. Un troisième élément caractéristique de la dyspnée laryngée est l'accès de suffocation paroxystique, le spasme glottique lui-même. Ce spasme a évidemment une grande influence sur l'aggravation de la dyspnée, et il peut souvent provoquer la mort rapide ou subite. Il faut bien d'ailleurs savoir que si le spasme accompagne le plus souvent les infections laryngées ou les lésions locales du larynx, on peut aussi le rencontrer en dehors des maladies proprement dites du larynx, soit comme un accident d'origine purement nerveuse : c'est le spasme idiopathique de la glotte ; soit encore comme une manifestation d'irritation à distance des nerfs du larynx, par une adénopathie trachébronchique, une tumeur du médiastin ou encore un thymus hypertrophié. Et vous pouvez comprendre combien la pathologie du larynx reste en somme assez complexe, puisque le point de départ des troubles fonctionnels laryngés peut se trouver loin de cet organe. Bien souvent le diagnosfic ne pourra se faire que difficilement, après un examen soigneux du petit malade. Je viens de vous parler du spasme iodopathique de la glotte : je ne puis ici que vous rappeler, sans insister, que l'on doit généralement le considérer comme le phénomène partiel d'une tétanie plus ou moins manifeste ou plus ou moins latente. Vous vous rappellerez que vous devez songer, en matière de thérapeutique, au rôle possible endocrinien des glandes parathyroïdes.

Leçon recueillie par le Dr Pierre AUBAN.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

L'hyperfonctionnement rénal dans les états fébriles.

(MM. G. ETIENNE, de Nancy, et DRUESNE. — *Académie de médecine.*)

Dans la fièvre, tant que les résistances organiques ne sont pas profondément troublées, tant que le rein n'est pas lésé par les toxines ou la congestion, il existe un hyperfonctionnement rénal déterminé par l'état fébrile. MM. Etienne et Druesne ont mis en évidence cet hyperfonctionnement (qui peut être considérable) par l'étude systématique de la constante uréo-sécrétoire chez 43 fébricitants atteints d'infections diverses : pneumonie, grippe, fièvre typhoïde, érysipèle, etc.

Sur la diphtérino-réaction (réaction de Schick).

(M. Jules RENAULT. — *Académie de médecine.*)

L'intra-dermo-réaction à la toxine diphtérique, imaginée en 1913 par Schick, de Vienne, consiste dans l'inoculation intra-dermique de 0 cent. c. 1 à 0 cent. c. 2 d'une dilution de toxine diphtérique telle que la quantité injectée corresponde au 1/50 de la dose minima mortelle pour le cabaye de 250 grammes.

Si, autour de la piqûre, on voit se produire une rougeur qui apparaît au bout de 18-24 heures et dure quelques jours, la réaction est dite positive. Sinon, elle est dite négative. La réaction positive indique que le sujet est réceptif à la diphtérie, la réaction négative qu'il est réfractaire.

Au cours d'une épidémie récente de diphtérie, M. Jules Renault et son chef de laboratoire, M. Pierre-Paul Lévy ont fait une serie de recherches sur cette réaction. Ils concluent de leur travail que la diphtérino-réaction de Schick offre une réelle importance pour l'épidémiologie et la prophylaxie de la diphtérie. Les sujets à réaction négative ne contractent pas la maladie. Les sujets à réaction positive sont seuls aptes à prendre la diphtérie.

La réaction de Schick permet donc de limiter l'injection préventive de sérum aux seuls sujets réceptifs, à condition que l'épidémie ne soit pas trop rapide et laisse le temps de rechercher l'état de réceptivité.

Epilepsie et glandes endocrines.

(M. Léopold LÉVI. — *Société de médecine de Paris.*)

M. Léopold Lévi, comme M. Hartenberg, pense que l'épilepsie, en général, n'obéit pas à l'hérédité similaire. Sur un terrain préparé, dit-il, les toxi-infections de l'enfance déterminent des lésions cortico-méningées qui deviennent le substratum anatomique de l'épilepsie. Mais, pour que les crises éclatent, il faut l'intervention d'auto-intoxications, de troubles divers dont l'origine se trouve parfois dans l'appareil endocrinien.

Souvent, en pareil cas, plusieurs glandes endocrines sont altérées, et dans des sens quelquefois opposés.

Présentation d'appareils allemands de prothèse.

(M. C. RŒDERER. — *Société de médecine de Paris.*)

M. Rœderer présente une série d'appareils allemands de prothèse qu'il a eu l'occasion de recueillir dans les centres spéciaux d'Alsace-Lorraine. Ces appareils ont pour caractéristiques générales la lourdeur, la complexité et la minutie. L'appareillage français est plus léger, plus alerte, plus simple et plus précis. Il est aussi moins automatique et demande plus à l'intelligence et à l'adresse du mutilé.

Résultats du forage de la prostate.

(M. Georges LUYS. — *Société de médecine de Paris.*)

L'auteur emploie, depuis 6 années déjà, sa méthode spéciale de forage dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate. Actuellement, il a traité par ce procédé 56 malades, sans décès opératoire, avec 48 résultats excellents.

M. P. GUILLON demande à M. Luys ce qu'il pense de la tunnellisation de la prostate suivant la technique de Bottini.

M. Luys répond que l'objection faite à cette méthode est qu'elle est aveugle et susceptible d'accidents de perforation. La différence avec le forage est que celui-ci s'effectue sous le contrôle de la vue.

Injections intra-veineuses d'adrénaline dans le traitement des hémorrhagies.

(M. E. BARDIER. — *Société de Biologie.*)

D'une étude expérimentale sur le chien, et de deux observations cliniques chez l'homme, M. Bardier conclut que — expérimentalement et cliniquement — les injections intra-veineuses d'adrénaline jusqu'à la dose de 0 mmgr. 030 p. kg. répondent à la nécessité d'une thérapeutique d'extrême urgence en présence d'une hémorrhagie grave. Les effets cardio-vasculaires immédiats qui en résultent augmentent considérablement les chances de survie, quand on pratique ensuite le plus tôt possible des injections de sérum artificiel, ou la transfusion. Une plus ample expérimentation serait nécessaire pour fixer la question.

Action du microbe bactériophage.

(M. D'HÉRELLE. — *Société de Biologie*).

Lorsqu'on s'adresse à des souches très actives du microbe bactériophage la lyse des bacilles contenus dans une culture est complète et la culture s'éclaircit. Lorsque l'on a affaire à des souches moins virulentes

du microbe bactériophage, les bacilles résistent et leur destruction est moins totale. Ils sont même parfois susceptibles d'acquérir une résistance qui constitue une véritable immunité.

Les injections intra-musculaires de sérum anti-diphtérique.

(M. Weill-Hallé. — *Société médicale des hôpitaux.*)

S'appuyant sur les indications déjà anciennes de Cruveilhier touchant la supériorité d'action des injections intra-veineuses pour la sérothérapie anti-diphtérique, sur les recherches plus récentes de divers auteurs anglais, américains ou allemands en matière d'injections intra-veineuses ou intra-musculaires, M. Weill-Hallé a adopté, dans son service des diphtériques de l'hôpital des Enfants-Malades, la voie intra-musculaire comme voie usuelle d'injection du sérum anti-toxique.

L'injection intra-musculaire, plus simple que l'injection intra-veineuse, est plus active que l'injection sous-cutanée. Les recherches expérimentales les plus récentes sur la concentration du sang en sérum anti-toxique montrent, en effet, que, par voie intra-musculaire, la concentration maxima est obtenue en 24 à 48 heures, alors qu'elle l'est seulement au bout de 2 ou 3 jours par voie sous-cutanée.

Dans la plupart des cas, l'auteur adopte la méthode de l'injection unique et massive, par voie intra-musculaire. Il injecte 1 à 2 cent. c. environ de sérum de l'Institut Pasteur par kilo de poids.

M. Netter fait également ressortir la supériorité des injections intra-musculaires de sérum. Elles permettent d'obtenir rapidement une concentration élevée des anti-toxines. La masse sacro-lombaire lui paraît être la région de choix pour ces injections.

M. Weill-Hallé injecte le sérum dans les muscles de la région fessière.

Cancer de la verge et cancer utérin.

(M. Girou, d'Aurillac. — *Société de Chirurgie.*)

M. Mauclaire présente un rapport sur un travail de M. Girou intitulé : coexistence d'un cancer de la verge chez le mari et d'un cancer utérin chez la femme ; le cancer est-il contagieux ?

M. Mauclaire rappelle que la question de la contagiosité du cancer a été discutée à de nombreuses reprises par les chirurgiens. Les cas de cancer à deux signalés dans la littérature médicale sont assez nombreux, mais ils sont tout à fait insuffisants pour entraîner la conviction. On peut admettre la possibilité de la contagion par contact direct, mais cela reste une simple hypothèse.

M. Delbet apporte une donnée précise sur un cas connu considéré par certains comme un exemple de contagion, le cas du prof. Poirier. Un jour, le prof. Poirier montra à M. Pierre Delbet son doigt en lui disant : « Je me suis piqué en opérant un cancer de la langue et j'ai un cancer au doigt ». Examen fait, la tumeur digitale de Poirier se montra être une tuberculose verruqueuse et le malade opéré était atteint de tuberculose de la langue, ce que confirma une étude histologique de la pièce pratiquée par Cornil.

M. Potherat pense qu'il faut attendre des faits plus démonstratifs que le cas de M. Girou pour se faire une opinion. Le cancer de la verge est des plus rares alors que le cancer utérin est très fréquent. Si le cancer de l'utérus était vraiment contagieux il n'en serait sans doute pas ainsi.

Sur le traitement de l'anthrax par les bouillons de Delbet.

(MM. Hartmann, Michon, Tuffier. — *Société de Chirurgie.*)

M. Hartmann a pu constater dans une expérience personnelle, les bons effets des bouillons de Delbet. Toutefois, pour ce qui concerne la cure chirurgicale de l'anthrax, il n'accepte pas l'opinion qu'elle n'amène pas une sédation rapide de la douleur. Pour bien traiter l'anthrax, il faut faire un débridement crucial et exciser *toute la masse* des tissus mortifiés. Lorsqu'on opère ainsi, les douleurs cessent immédiatement.

M. Michon a traité, à Beaujon, un certain nombre d'anthrax et de furoncles par les auto-vaccins. Il a été frappé des avantages de cette méthode. Les résultats obtenus par le simple vaccin anti-staphylococcique le sont à peu de frais, sans les réactions observées par M. Robineau avec le vaccin de Delbet.

M. Tuffier ajoute que s'il est logique d'utiliser la méthode de Delbet dans les maladies pour lesquelles il n'existe pas encore de thérapeutique spécifique (lymphangites, adénites), cela paraît plus discutable quand il s'agit d'anthrax ou de furonculose où l'on dispose d'un vaccin spécifique.

M. Pierre Delbet indique quelle a été son idée première dans la préparation de ses bouillons : associer le vaccin pastorien (cultures vieillies) au vaccin chauffé (stérilisé).

P. L.

A TRAVERS LA PRESSE

I

Presse française.

Les pansements formolés.

M. Poirson (*Journ. des Prat.*, 17 janv. 1920) se déclare partisan convaincu du formol, dans le traitement des plaies. Il les arrose largement avec de l'alcool palladiné fort ou faible et en obtient rapidement la cicatrisation. La palladine a le formol pour agent chimique principal.

C'est un procédé d'emploi facile, qui mérite d'être connu, quand on sait que la cicatrisation est souvent fonction de la variété des pansements.

Traitement des rétrécissements de l'urètre.

Les rétrécissements serrés de l'urètre avec rétention ne sont justiciables de l'urétrotomie externe que dans le cas, très rare, où ils sont absolument infranchissables.

L'urétrotomie interne est préconisée contre les rétrécissements serrés franchissables.

Ce procédé, au dire de M. Mock (*Journ. des Prat.*, 24 janv. 1920), n'est pas sans inconvénients. Le principal est la nécessité de l'accompagner de séances répétées de dilatations, sans parler de l'éventualité de la reproduction d'un rétrécissement dur et ligneux.

L'électrolyse linéaire est aveugle et peut être également suivie de récidive de la sténose par rétraction cicatricielle scléreuse intense. Pratiquée sur béniqué, l'électrolyse cependant répartit également l'action chimique du courant sur toute la surface de la muqueuse urétrale.

L'auteur estime que les méthodes de dilatation demeurent les méthodes d'élection, sauf au cas de rétention fébrile complète, ou avec infection grave des voies urinaires supérieures, de fistules périnéales, de récidive de rétrécissement, quand la sonde à demeure ne ramollit pas suffisamment la muqueuse.

Deux éventualités sont à considérer ; l'urètre est perméable à l'explorateur n° 6. On dilate progressivement au moyen de bougies, puis de béniqués. Le rétrécissement n'est pas perméable : on passe une bougie filiforme, qu'il est avantageux de laisser douze heures en place. En quelques circonstances, ce délai pourra être porté à 24 et même 48 heures. Après quatre séances de sonde à demeure, le canal est suffisamment assoupli pour laisser passer les bougies dilatatrices. L'usage des béniqués doit être fait le plus tôt possible. Une fois sur deux, il sera avantageux d'ajouter l'action de l'électrolyse à celle du béniqué. La dose électrique ne doit pas dépasser 12 milliampères : 5 à 10 suffisent généralement.

On poussera autant que possible la dilatation jusqu'au béniqué n° 60.

Pour réussir à faire passer les bougies filiformes, certains artifices sont parfois indispensables. Il faut avoir des bougies de diverses variétés, surtout des tortillées, ou encore des bougies en faisceau, dont l'une finit presque toujours par s'engager dans la lumière du rétrécissement.

La cortico-pleurite récidivante.

C'est le mérite de MM. André Dufourt et Ségard d'avoir isolé cette forme (*Revue de Médecine*, déc. 1919) et d'en avoir reconnu la nature tuberculeuse. Les deux grands symptômes : essouflements et point de côté, celui-ci affectant le type de névralgie contuse ou de piqûres d'aiguille, peuvent s'accompagner de palpitations, d'asthénie, de troubles digestifs, de transpirations, et d'un petit fébricule journalier qui n'atteint pas 38°. Avec cela : hemmage ou raclage laryngé qui aboutit au rejet d'un peu d'expectoration gommeuse, sans bacilles de Koch. Les signes physiques très menus ne répondent pas à l'intensité des douleurs et de la dyspnée. Le long du sternum, l'oreille ne perçoit que des petits foyers de bruissements secs, fins comme un froissement de soie. Ces crépitations sont tantôt isolées, à la fin de quelques grandes inspirations, tantôt plus serrées, couvrant moitié ou totalité de l'inspiration. Le long du sinus costodiaphragmatique, elles glissent en arrière vers la base. Si elles remontent vers la ligne axillaire, en revanche on ne les entend jamais à l'extrême sommet.

Dufourt et Ségard ont bien noté les déplacements constants de ces foyers, leur mobilité à type serpigineux, leurs déplacements en bascule, leurs tendances aux récidives. Ainsi, l'allure habituellement chronique de ces cortico-pleurites est semée de périodes de silences et d'exacerbation ; elles évoluent sur un terrain résistant qui s'immunise peu à peu. Les lésions, bien que relevant d'une tuberculose bénigne, ne sont pas des lésions tuberculeuses typiques, mais probablement des tubercules très disséminés ou un semis discret de granulations autour desquelles se déchaînent et se réitèrent des poussées congestives dues à la sécrétion des toxines bacillaires, avec un caractère de brusquerie et de mobilité qui fait penser à l'anaphylaxie. Collin avait décrit ces congestions comme « arthritiques » ; en réalité, Dufourt et Ségard montrent qu'elles sont tuberculeuses sur terrain arthritique et qu'elles gardent un pronostic relativement bénin.

Suspension de la marche et de la vie active pendant les poussées aiguës ; alimentation substantielle, mais non excessive ; ventouses répétées sur les points de côté ; belladone, valériane, teinture de digitale contre les palpitations ; surtout pas de climats d'altitude ni exposés au vent ; telles sont les directives thérapeutiques. Au temps de Collin, on envoyait les congestions « arthritiques » à St-Honoré : une cure faiblement arsenico-sulfureuse doucement conduite agit très utilement sur les cortico-pleurites, loin de la phase aiguë, en asséchant les sécrétions alvéolaires traînantes et en influençant favorablement l'état général.

La vaccination antifuronculeuse.

Est-il affection plus déprimante pour le malade et plus décourageante pour le médecin


COLLOSOL
COLLOSOL
COLLOSOL
COLLOSOL

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Notes d'ordonnances. — Notes d'ordonnances portant comme en-tête des instructions aux blessés du travail.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures). — Au recto de ces mémoires on trouvera des colonnes dans lesquelles on pourra porter le relevé des opérations et le montant des honoraires ; au verso, on trouve le réquisitoire et l'exécutoire à faire signer par les autorités compétentes qui ordonnanceront ce mémoire.

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Notes d'honoraires ordinaires

Notes d'honoraires d'un modèle spécial établies selon les indications du tarif Jeanne.

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50..... 4 fr. »»
Le 100..... 6 fr. »»
Les 500..... 28 fr. »»
Les 1000... 50 fr. »»

Affiches. — Affiches indiquant sous forme d'avis les droits des blessés et les pénalités encourues par ceux qui entravent le libre choix du médecin. Prix franco : les 50, 7 fr., le cent, 12 fr.

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du **Concours médical**, *132, faubourg St-Denis Paris.*

que la furonculose, avec ses poussées interminables, ses récidives fréquentes, avec ses manifestations douloureuses et ses dangers d'infection?

Les progrès de la vaccinothérapie ont rendu classique, au dire de M. Mauté (*Presse Méd.*, 24 janv. 1920) la méthode de la vaccination contre cette affection.

L'auteur se déclare partisan, entre plusieurs préparations vaccinales, du vaccin phéniqué à 0,5 % sans chauffage.

Il trouve par ailleurs des indications spéciales aux auto-vaccins et aux stock-vaccins. Ceux-ci conviendraient à la phase curative de la furonculose, les premiers à la phase préventive de la récidive.

Il faut remarquer que le staphylocoque a une tendance marquée à s'individualiser, en produisant des lésions très diverses, et en affectionnant tel tissu et telle région plutôt que tels autres. Il y a par exemple un staphylocoque de l'ostéomyélite, qui ne reproduit que l'infection osseuse, un autre dont sont seules tributaires les arthrites, etc. Aussi, emploie-t-il ce qu'il appelle des « stocks-vaccins spécialisés ». Chacun de ces stock-vaccins contient un certain nombre de souches provenant de lésions différentes, mais de même type clinique (anthrax, furonculose de l'œil, folliculites du nez, abcès tubéreux).

La vaccination curative se pratique sous la forme d'une première injection intraveineuse de stock-vaccin de 10 millions de germes. La deuxième, le jour suivant, de 15 millions, la suivante le surlendemain, de 20 millions. Deux jours plus tard, nouvelle injection intra-veineuse de 20 millions. Suspension du traitement curatif, pour commencer trois jours plus tard le traitement préventif.

L'injection sous-cutanée a une action moins rapide et moins intense. Elle se répète à deux jours d'intervalle, aux doses de 250 millions de germes la première fois et de 500 millions la seconde.

La vaccination préventive emploie un autovaccin contenant 500 millions de germes par cmc. Elle comporte six injections à intervalles de plus en plus espacés (de trois à sept jours), à doses croissantes de 1/2 cmc. à 2 cmc.

En même temps que la vaccinothérapie, dirigée contre la furonculose, se pose la question du traitement de l'état général.

La furonculose, en effet, paraît souvent conditionnée par des causes favorisantes dues à des vices de la nutrition, à des troubles digestifs. Le régime végétarien suivi par un grand nombre de malades paraît avoir été sans efficacité réelle. Par contre, la suppression du pain, des féculents et du chocolat semble plus avantageuse. On y ajoutera utilement de petites doses d'acide chlorhydrique et de poudre de charbon.

Comme releveur de l'état général, l'arsenic n'est pas à recommander : il jouerait un rôle favorisant vis-à-vis du staphylocoque.

Localement, il recommande l'ouataplasme au début, jusqu'à ce que le furoncle se vide, puis la simple compresse aseptique. On poudrera la peau du voisinage avec le mélange adhésif carbonate de chaux : 100 p., sulfate de cuivre : 4 à 6 p.

Pas d'autre intervention sanglante, sauf indications spéciales, que la ponction du furoncle à la pointe fine du glavano-cautère.

Le vaccin arrête l'extension des anthrax diffus plus rapidement que l'opération chirurgicale.

La mort subite dans les fractures du membre inférieur.

M. R. Villar (*Journ. de Méd. de Bordeaux*) rapporte trois observations de mort subite survenue chez des blessés atteints de fracture du membre inférieur.

Il s'agissait d'hommes particulièrement robustes et ne présentant aucune tare organique ou constitutionnelle. Ils ont présenté, à la suite de quelques mouvements, un malaise soudain qui s'est terminé par la mort dans un laps de temps variant de 5 à 15 minutes.

L'auteur rejette l'hypothèse de l'embolie graisseuse pour se rallier à celle de l'embolie succédant à une thrombose intéressant les veinules profondes.

Il termine par les intéressantes conclusions suivantes :

1° Nécessité d'examiner minutieusement les fracturés du membre inférieur et de les suivre longtemps après la formation du cal.

2° Se méfier de l'œdème ne cédant pas à la thérapeutique habituelle, car c'est un indice de thrombose veineuse. Alors même que cet œdème n'existe pas, penser à la fréquence des thromboses des veinules et à la migration possible du caillot.

3° Eviter de se rendre coupable de l'embolie par des manœuvres intempestives : brutalité dans les examens, emploi des méthodes de force dans les réductions, abus de massages, utilisation irraisonnée des appareils dits ambulatoires.

4° Prudence dans la rédaction des certificats de consolidation. Toujours faire des réserves.

Ces conseils judicieux sont recommandés à l'attention des praticiens. Plus que jamais, leur responsabilité est mise en cause devant les Tribunaux, à propos de leurs actes thérapeutiques, quand ils sont suivis d'un incident ou d'un accident.

Il faut donc qu'ils aient présentes à l'esprit ces complications redoutables que rien ne fait prévoir, et qui pourraient leur être reprochées, s'ils ne prenaient la précaution d'y penser

toujours, d'en prévenir l'entourage des blessés, et de s'abstenir de tout geste susceptible d'être invoqué comme la cause probable de l'accident (1).

Traitement de la grippe.

M. O. Fiessinger (*Journ. des Prat.*, 31 janv. 1920) expose sa pratique personnelle dans le traitement de la grippe. Il recommande chez les enfants, dès que la température atteint ou dépasse 39°, le grand bain à 37° pendant dix minutes, répété toutes les trois heures, tant que la défervescence n'est pas obtenue. Il remplace les bains, chez l'adulte, par le maillot humide enveloppant le thorax dans une serviette imbibée d'eau à 25-28°, toutes les trois heures, toutes les fois que le thermomètre marque 39° et plus.

Diète liquide pendant la période fébrile ; lait coupé et bouillon de légumes, infusions de tilleul. Augmenter les liquides parallèlement à la température pour favoriser la diurèse. Revenir peu à peu à l'alimentation dès la chute thermique.

Gargarismes fréquents avec la solution de Robin :

Naphtol-β	0,25
Perborate de soude	15 gr.
Eau dist. de menthe	200 gr.

Quelques cuillerées de cognac combattront la faiblesse.

Comme traitement médicamenteux, l'auteur ne prescrit que 0,20 de quinine deux fois par jour et la potion à l'extrait de quinquina (4 gr.).

L'adrénaline (X gouttes trois fois par jour de la solution au 1.000e), les injections d'huile camphrée ou éthéro-camphrée lutteront contre la défaillance cardiaque. Les ferments métalliques en injections intra-musculaires (10 cmc. un ou deux jours de suite) compléteront cette médication.

Les complications pulmonaires sont justiciables des émissions sanguines locales (6 à 8 ventouses scarifiées) mais non de la saignée générale, sauf en cas d'œdème aigu du poumon.

Si le cœur fléchit, devient irrégulier, on appliquera avantageusement une vessie de glace sur la région précordiale, et on administrera la digitaline (V gouttes, 8 à 10 jours), l'adrénaline, l'huile camphrée ; on essayera quelques exercices respiratoires.

Les complications rénales au cours de la grippe demandent le régime hydrique, puis hydrolacté, ainsi que l'application de ventouses scarifiées sur les reins. L'albuminurie de la convalescence sera combattue par le repos et le régime lacté ou lacto-végérarien.

G. D.

(1) Sans préjudice de la sage prévoyance qui les aura déterminés à adhérer aux Ligues de défense professionnelle qui, comme le « Sou Médical », les garantissent contre de pareils risques.

II

Presse anglaise

Le goitre et les maladies mentales.

Dans le *Journal of mental science* (oct. 1919), M. Philips étudie les rapports du goitre et des maladies mentales. Les psychopathies, dans les pays à goitre, sont beaucoup plus communes chez les sujets atteints d'hypertrophie du corps thyroïde que chez les autres. L'auteur, d'autre part, a trouvé 24 fois des lésions thyroïdiennes en examinant les pensionnaires, au nombre de 200, d'un asile d'aliénés. Il a constaté des signes d'hyperthyroïdisme chez les inidvidus atteints de troubles mentaux d'ordre émotionnel alors que l'hyperthyroïdisme coïncidait plutôt avec les états apathiques.

Sur le diagnostic précoce de la tuberculose.

M. Thomas Beattie (*British med. Journ.*, 24 janv. 1920) présente quelques remarques sur le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire: Les antécédents (pleurésie, hémoptysie) et les symptômes subjectifs (anémie, fatigue générale, dyspepsie, amaigrissement), ont une grande importance. Les signes d'auscultation considérés comme signes précoces sont beaucoup moins caractéristiques. Le défaut d'expansion pulmonaire peut tenir simplement à une incurvation de la colonne vertébrale, à un thorax asymétrique. La respiration saccadée est un phénomène souvent lié aux battements du cœur. L'expiration prolongée appartient à l'emphysème. Il faut arriver à la submatité associée à un affaiblissement des sons respiratoires et à une zone localisée de petits râles crépitants (parfois perçus seulement après un effort de toux) pour avoir des signes vraiment précis. On ne se contentera pas, à ce point de vue, d'examiner les sommets. Il faut aussi explorer les bords des poumons, le sommet des lobes inférieurs et les bases. La radioscopie rendra de grands services, plus probablement que l'analyse des crachats dont la valeur, très grande dans l'examen positif, est nulle au cas négatif. M. Beattie n'a plus recours aux épreuves tuberculiniques de von Pirquet, de Morro ou de Calmette, car elles ne permettent pas de différencier un foyer tuberculeux éteint d'un foyer en activité. Il préfère employer l'injection hypodermique de tuberculine Koch T. A. à 1/1.000.

Les calculs latents du rein.

S'appuyant sur les résultats de 4.000 autopsies faites à l'Hôpital général de Massachusetts, M. L. Young (*Boston med. and surgical Journ.*) montre que la calculose latente du rein est assez commune. L'auteur l'a trouvée en effet 34 fois. Le qualificatif de « latent » n'est pas, il est vrai, absolument exact. Il s'agit bien de malades chez lesquels les calculs n'avaient pas été diagnostiqués, mais qui néanmoins offraient certains signes urinaires, des traces d'albumine et quelques cellules de pus dans les urines. Les reins, d'ailleurs, étaient en général anatomiquement lésés et plus ou moins atteints. M. L. Young conclut que les calculs des reins, même ceux à symptomatologie très réduite, offrent toujours des inconvénients et qu'il y a, au moins en principe, toujours avantage à les enlever.

Mort par choc anaphylactique.

M. H. Broughton (*Journ. of Americ. med. Assoc.*) relate l'observation d'un malade de 29 ans, sujet depuis dix ans à des crises d'asthme lorsqu'il se trouvait au voisinage des chevaux. Désireux de se désensibiliser, il prit (par une voie d'absorption que l'auteur ne précise pas) une dose infime (de quelques gouttes) de sérum de cheval. Deux minutes plus tard, une crise d'asthme se produisit, et 45 minutes après, le patient succombait. L'autopsie montra les lésions de l'anaphylaxie expérimentale : énorme infiltration pulmonaire, hyperémie passive des organes abdominaux, hémorrhagies sous-séreuses, etc.

La vaccination anti-grippale dans l'armée anglaise.

On sait que, pendant l'épidémie de grippe de 1918-1919, une commission d'études fut nommée par le Ministre de la Santé publique, en Angleterre, commission qui recommanda l'usage prophylactique d'un vaccin trivalent composé de bacilles de Pfeiffer, pneumocoques, streptocoques. Ce vaccin fut, d'ailleurs, renforcé dans la suite.

M. William B. Leishman publie aujourd'hui (*British med. Journ.*, 14 fév. 1920) un exposé des résultats obtenus par la vaccination anti-grippale dans l'armée anglaise métropolitaine, au cours de l'épidémie de 1918-19. Ces résultats paraissent des plus encourageants. C'est ainsi que, sur 15.624 soldats vaccinés, 14 pour 1.000 contractèrent la grippe, avec 1,6 pour 1.000 de complications pulmonaires, et 0,12 pour 1.000 de mortalité. Sur 43.520 non vaccinés, 47 pour 1.000 eurent la grippe, avec 13,3 pour 1.000 de complications pulmonaires et une mortalité de 2,25 pour 1.000. Plusieurs fois, d'ailleurs, l'épidémie cessa consécutivement aux vaccinations.

La vaccination contre l'influenza.

Dans le *Medical Record*, M. Stewart signale également les bons résultats de la vaccination anti-grippale. Il existe un groupe de microbes (bacilles de Pfeiffer, pneumocoques, streptocoques, staphylocoques, micrococcus catarrhalis) qui interviennent dans la grippe et dans d'autres maladies des voies respiratoires, le coryza, la broncho-pneumonie, la pneumonie. Un vaccin mixte multivalent formé avec ces différents microbes associés est préférable au vaccin comprenant seulement des bacilles de Pfeiffer et des penumocoques. Les résultats obtenus par cette vaccination pendant la dernière épidémie de grippe, dans l'armée, la marine, et dans la pratique civile ont montré sa valeur préventive et curative même.

Intoxication par les gaz de guerre.

La *Royal Society of Medicine*, de Londres, a discuté à nouveau dans sa séance du 9 fév. 1920, la question des intoxications par les gaz de guerre.

M. Herringham relate qu'il se trouva pour la première fois en présence de « gazés » de guerre, en avril 1915. Attaché à cette date à une ambulance canadienne du front français, il rencontra un jour trois Algériens qui lui déclarèrent avoir vu les Allemands, dans la tranchée opposée, sortir des tubes d'où s'échappaient des nuages de fumée asphyxiante lancée vers les lignes françaises. H. Herringham ajoute que les Allemands avaient étudié les gaz de guerre avant 1914. A sa connaissance, un chimiste anglais qui visitait souvent l'Allemagne avant la guerre, raconta qu'en 1909, il se promenait dans la campagne quand il aperçut des soldats allemands entourant un petit troupeau de moutons dont quelques-uns étaient étendus, apparemment morts. Ce chimiste put déceler en même temps une étrange odeur, mais on ne lui permit pas de s'avancer plus loin. Il était, de toute évidence, tombé sur un champ d'expériences pour gaz de guerre.

Les gaz asphyxiants traduisent leur action par trois lésions principales décelées à l'autopsie : de la laryngite, un œdème intense des poumons et de l'emphysème. L'impossibilité pour ces poumons œdématiés d'assurer l'oxygénation du sang explique la majorité des symptômes.

Le gaz moutarde agit différemment : il enflamme les yeux (sans y créer, en général du moins, de grands dégâts permanents), il irrite les voies aériennes et la peau. Son danger principal est la bronchopneumonie.

M. C. G. Douglas précise les différences de gravité entre les deux variétés de gaz de guerre. Dans le cas de gaz asphyxiants, le plus difficile est de soutenir le patient pendant les 24 pre-

mières heures. Dans le cas de gaz moutarde, la mortalité est comparativement beaucoup plus faible ; la mort, moins fréquente, est aussi plus tardive.

M. J. A. Ryle parle de séquelles des gaz. Il les divise en 3 groupes : 1° séquelles importantes (bronchite chronique, réveil de tuberculose, bronchectasies) ; elles sont rares ; 2° séquelles comprenant certaines lésions structurales nettes mais difficiles à apprécier ; 3° séquelles fonctionnelles, comportant souvent des vomissements, faisant penser à la gastrite chronique. Quelquefois, ces vomissements guérissent par psychothérapie.

PHTISIOTHÉRAPIE

Quelques cas de tuberculose pulmonaire traités par la méthode Mélamet,

(Solution de manganate calcico-potassique)

par le Dr Aillaud (d'Alais)

Ancien médecin-chef
de l'Hôpital complémentaire n° 64 (Sainte-Garde).

Le 14 juin 1919, paraissait dans *Paris Médical*, un article du Dr S. Mélamet sur un nouveau mode de traitement de la tuberculose pulmonaire par un mélange de manganate calcico-potassique.

J'ai employé le produit du Dr Mélamet, qu'il appelle « Bactioxyne », de préférence sous la forme intraveineuse ; j'ai dû parfois recourir, pour des raisons diverses, à la voie rectale : sous l'une ou l'autre forme, le produit m'a paru très actif et véritablement *spécifique*. Voici du reste mes observations :

Observation n° 1.

Mademoiselle F., 30 ans. Rien à signaler dans les antécédents. Elle toussait depuis septembre 1918 à la suite de la grippe.

Hémoptysie le 1er août 1919. Je suis appelé le 14 : je constate, à droite et en arrière, du ramollissement (râles humides) du 1/3 supérieur, de l'infiltration du 1/3 moyen ; en avant, une petite cavité et du ramollissement ; à gauche, au sommet, respiration rude et soufflante.

Expectoration assez abondante et verdâtre.

Fièvre : 38°5 à 39° (axillaire), état général médiocre, sueurs nocturnes abondantes, pas de menstruation, douleur sous-scapulaire, urines chargées de phosphates, dyspnée.

Première série de piqûres (huit), du 24 août au 6 septembre.

Deuxième série du 11 *septembre au* 8 *octobre*. — La température est descendue à 38° en moyenne. Les sueurs nocturnes, d'abord abondantes, ont disparu au début d'octobre. La douleur sous-scapulaire n'existe plus. Les urines sont plus claires. Expectoration non modifiée.

A l'auscultation, je constate, le 8 octobre, (après 20 injections), *à gauche : beaucoup moins de rudesse ; à droite, au sommet, plus de râles humides mais de gros, très gros craquements secs, dans la zone antérieurement ramollie. Dans le 1/3 moyen, les zones obscures ont disparu, la respiration s'entend à peu près normalement.*

Repos du 8 au 26 octobre. L'amélioration s'accentue, surtout dans l'état général. Le thermomètre tombe à 37° (axillaire) le soir ; les forces reviennent ; la malade fait quelques promenades sans fatigue ; l'appétit est bon et la malade engraisse.

Reprise des piqûres le 26 octobre. — Le thermomètre se relève un peu ; les crachats pâlissent, deviennent presque blancs ; la malade est réglée normalement deux fois, le 29 octobre et le 19 novembre, au cours de cette série qui finit le 30 novembre.

Je la réausculte alors : *les gros craquements secs ont disparu à leur tour. Il y a maintenant, au sommet, seulement des zones obscures, mais il ne subsiste aucun bruit surajouté. Du reste, la malade ne tousse presque plus et crache peu ; deux ou trois crachats jaunâtres le matin.*

Repos du 1er décembre au 21 décembre.

La famille, devant le résultat obtenu à ce jour, commence une nouvelle série intra-musculaire, celle-ci, et en dehors de moi, sa résidence étant très éloignée de la mienne. Je n'ai plus revu ma cliente, mais je sais qu'elle est en bon état. Le thermomètre est encore un peu élevé, ce qui s'explique aisément par la pratique d'injections intramusculaires, mais les parents m'écrivent que l'état général est satisfaisant, la toux presque nulle, et la menstruation régulière (elle avait disparu depuis plusieurs mois avant l'emploi de la bactioxyne).

Observation n° 2.

Mademoiselle C..., 14 ans. Début en septembre 1918, par grippe. Soignée par plusieurs confrères ; elle a été envoyée à la montagne pendant l'été 1919, et a repris un peu ; rentrée chez elle, elle maigrit, crache et tousse beaucoup.

Appelé le 16 décembre 1919, je constate : du ramollissement peu étendu à droite, 1/3 supérieur ; une cavité et du ramollissement à gauche, 1/3 supérieur.

Ne pouvant pratiquer des injections intra-veineuses chez cette malade, je lui fais faire des instillations rectales. Après la deuxième série d'instillations, je constate :

A droite, cicatrisation à peu près complète des lésions : il subsiste seulement quelques râles à la toux.

A gauche, pas de grosses modifications, il est vrai que les lésions sont énormes.

L'état général est meilleur : il y a augmentation de poids (2 kilogs) et les sueurs ont disparu.

Observation n° 3.

M. M..., 31 ans, a eu de nombreuses hémoptysies de 1915 à ce jour. Localement, je constate du ramollissement du 1/3 supérieur gauche (râles-

humides). Toux quinteuse le jour et la nuit, incessante. Etat général bon. Nombreux bacilles dans les crachats.

Le 8 janvier, la première série de piqûres est finie. *Résultat de l'examen des crachats : très rares bacilles.* La toux est moins quinteuse, l'expectoration plus facile. (Le malade n'a pas continué son traitement.).

Observation n° 4.

Mademoiselle P..., 29 ans. Comme antécédents, une tumeur blanche du genou, guérie par ankylose.

Hémoptysies fréquentes. État général assez bon. A l'auscultaton, ramollissement des deux sommets.

Après deux séries, les lésions sont revenues en arrière : il n'y a plus de râles ; il ne reste que de l'obscurité en général, et par place, au contraire, des zones à respiration forte et rude.

Observation n° 5.

M. G..., 28 ans, s'est bien porté jusqu'au moment de l'épidémie de grippe de 1918. Depuis, il tousse et crache un peu, mais se plaint surtout de faiblesse générale, de fatigue au moindre effort, de points douloureux nombreux sur le thorax, les uns fixes, d'autres constitués par des douleurs vives et passagères.

Enfin, il accuse sur la région lombaire une sentation de lourdeur, et de douleur véritable à l'effort. Ses urines contiennent des phosphates.

A l'examen, il n'y a pas de lésions classiques, mais quelques zones d'obscurité respiratoire, çà et là dans les deux poumons, surtout le droit, avec submatité. Il y a, en somme,un peu d'infiltration, beaucoup de pleurite. La maladie semble évoluer très lentement, suivant le mode fibreux.

Ajoutons un état d'anémie avec décoloration des téguments de la face et des muqueuses labiale et conjonctivale.

Après deux séries de piqûres, il y a eu une grosse amélioration. Le malade ne crache presque plus. Les points douloureux sont beaucoup moins sensibles. Les douleurs passagères ont disparu, les urines sont claires, sans dépôt. Les téguments et muqueuses sont plus colorés ; le malade se sent plus fort : *il a grossi de trois kilogs.*

A l'auscultation, la respiration s'entend bien dans toute l'étendue des deux poumons. Le malade a repris ses occupations, assez pénibles, sans trop de fatigue.

Observation n° 6.

M. R..., 55 ans, est un tousseur et cracheur de vieille date. Depluis plusieurs années, il tousse incessamment et a une expectoration purulente très abondante.

Dyspnée d'effort. Amaigrissement.

A l'auscultation, inspiration et expiration fortes, rudes même, aux deux sommets. A gauche, foyer soufflant sans râles dans l'aisselle ; à droite, obscurité de la base. En somme, évolution fibro-caséeuse.

Après une série de piqûres, le malade va beaucoup mieux. Il ne tousse plus du tout la nuit, tousse et crache peu le jour, et ses crachats sont plus aérés et moins colorés. La dyspnée est moindre. L'état général est satisfaisant. *Le poids a augmenté de 4 kilogs.* Le teint plombé de la face a disparu, remplacé par une coloration normale.

Localement, l'amélioration n'est pas moindre. La respiration est moins rude aux sommets, et sous l'aisselle gauche, LE FOYER SOUFFLANT A DISPARU. *De même, la base droite est plus perméable à la respiration.*

***

Je dois noter d'abord que mes observations ne sont pas complètes : une seule de mes malades est arrivée à la fin de sa troisième série de piqûres Mais ces résultats obtenus à ce jour me poussent à une communication précoce qui incitera sans doute maint confrère hésitant à faire, comme moi, l'essai loyal et désintéressé de la solution de manganate calcico-potassique du Dr Mélamet.

Les modifications que j'ai constatées portent sur :

1° Avant tout, les *symptômes physiques.* C'est là, à mon avis, le point le plus important. Lorsque, au début d'un traitement, on constate à l'auscultation des râles sous-crépitants, et qu'au bout d'un mois et demi, ces râles ont disparu, remplacés par une respiration forte, mais sans bruits surajoutés, on peut conclure à une cicatrisation des lésions. Or, sur mes six malades quatre, atteints au 2e degré, avaient des sous-crépitants et ne les avait plus après avoir suivi le traitement.

2° *Diminution de la toux et de l'expectoration* : Les malades toussent de moins en moins ; ils crachent surtout de moins en moins, et les crachats, d'abord verdâtres, deviennent promptement mucopurulents, puis muqueux. La malade de l'observation n° 1 ne crache plus.

3° *Hémoptysies* : La malade de l'observation n° 1 était en pleine hémoptysie lorsque j'ai commencé le traitement. Celle-ci n'a pas été aggravée ; actuellement, après sept mois, il ne s'est plus produit de crachement de sang. Il ne s'est pas produit de nouvelle hémoptysie chez aucun de mes malades dont plusieurs avaient souvent craché du sang antérieurement (observations n° 5 et 6).

4° *Bacilles dans les crachats* : Je fais ici une étude purement clinique, et n'ai guère pu faire pratiquer d'examens de crachats. Cependant, dans uu cas, j'ai pu avoir recours à la bactériologie : le malade n° 3 (Cf plus haut les résultats).

5° *Les sueurs nocturnes* : elles sont disparu d'une façon constante : on sait combien ce symptôme est pénible et difficile à combattre : avec le manganate calcico-potassique, elles disparaissent au bout d'un mois et demi.

6° *Les urines* : Chez le tuberculeux, elles sont souvent modifiées, troubles, avec un dépôt de phosphate et de chaux. La méthode de Ferrier est basée sur la constatation de ce symptôme, comme on sait. Au bout de la première série, les urines sont, en général, redevenues claires, limpides, et sans dépôt, d'où cette conclusion : *le manganate calcico-potassique est un recalcifiant.*

7° *La fièvre* : Dans le seul cas où la température a été prise régulièrement, la température à oscillations 37° 8 - 39° (axillaire) est tombée, après la première série, à 37° - 38°. Pendant la période de repos, à 36° 5 - 37° 5 pour se relever vers 38° au cours des autres séries.

Il me paraît y avoir baisse pendant les périodes de repos, reprise pendant les piqûres, mais jamais au-dessus de 38°. Il s'agirait donc d'une fièvre de défense, de réaction et non d'une fièvre hectique.

8° *Phénomènes généraux* ou de moindre importance : Le *poids* augmente en général, plus pendant les périodes de repos, du reste, que pendant le traitement actif. Il en va de même de l'*appétit*.

La dyspnée diminue également d'une façon progressive.

Du côté du cœur et des vaisseaux, je n'ai pas mesuré de tension, mais la fréquence du pouls diminue aussi dans les cas où ce symptôme existe.

Enfin, chez la femme, *la menstruation*, souvent troublée, se régularise et les pertes deviennent plus abondantes et plus colorées.

* * *

Tels sont les résultats que j'ai constatés au cours d'une étude purement clinique.

Je ne me dissimule pas que cette étude est incomplète parce que :

1° je n'ai pas attendu assez longtemps pour publier mon travail. Mais les résultats actuels sont suffisants pour mériter une étude. Mon opinion sur le manganate calcico-potassique est faite, et je veux permettre à d'autres de s'en faire une. Pour moi, je considère qu'une de mes malades, au moins, serait morte (Obs. 1) sans l'emploi de la méthode Mélamet, et la tuberculose pulmonaire tue assez de Français pour qu'on se hâte d'exposer les résultats obtenus.

2° Je n'ai pas fait d'examen de laboratoire. A cela, je puis répondre d'abord que je ne l'ai pas pu, que beaucoup de confrères sont dans mon cas ; que, du reste, quand, à l'auscultation d'un malade on constate les modifications que j'ai constatées, on est bien en droit de crier son optimisme et sa confiance.

En résumé, le manganate calcico-potassique donne, à mon avis, des résultats constants, des améliorations constantes. Il est trop tôt pour parler de guérison complète et définitive ; il est trop tôt pour savoir s'il suffit des trois séries indiquées par Mélamet, ou si, comme j'ai tendance à le croire, il peut être utile d'en faire plus ; trop tôt pour savoir aussi s'il ne faudra pas, comme pour la syphilis avec le novarsénobenzol, pratiquer une cure annuelle. Un point me paraît cependant établi : ***le manganate calcico-potassique modifie heureusement les lésions de tuberculose pulmonaire, le manganate calcico-potassique transforme des lésions du deuxième degré en lésions du premier degré ; la tuberculose pulmonaire ouverte en tuberculose fermée.***

Le manganate calcico-potassique me paraît donc agir à la façon d'un véritable spécifique de cette redoutable maladie.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres et Publications.

Dr R. MOLINÉRY. — **Transformation possible et nécessaire des stations hydro-minérales et climatériques françaises** (1).

Dans cette monographie qui emprunte toute sa valeur à l'indiscutable compétence de l'auteur, médecin consultant à Barèges, Molinéry examine successivement l'action de l'Etat en faveur des stations thermales ; l'Etat et les amitiés franco-étrangères ; l'action du corps médical ; l'action des particuliers, etc.

Il indique les directives qui lui paraissent les meilleures pour développer et mettre en pleine prospérité les incommensurables richesses thermales de la France.

Il cite le mot de Meillère, sur « le peu d'harmonie qui existe souvent entre les Municipalités, à existence précaire, les directions thermales et les médecins consultants des Eaux. »

La plus grande partie du mal vient en effet de ce désaccord.

Les organismes principaux qui fonctionnent dans une Ville d'Eaux et sont intéressés à ses succès sont : l'Etablissement thermal, propriétaire ou concessionnaire des Sources qu'il exploite, les Médecins consultants, la Municipalité, les Hôteliers, les Commerçants.

Le jour où ces cinq catégories d'intéressés s'entendront entre elles, et marcheront, si j'ose dire, la main dans la main, au lieu de se faire la guerre, il n'est pas d'ambitions auxquelles ces villes d'eaux ne pourront prétendre.

Toutefois, la raison d'exister de ces villes

(1) *Médecine internationale*, janvier 1920.

d'eaux, ce sont les sources qui y jaillissent et, par voie de conséquence, l'administration thermale (Etat, particuliers, compagnies fermières, Sociétés propriétaires) qui les exploitent industriellement.

Sans sources aménagées et utilisables au moyen d'un outillage qui permet l'emploi thérapeutique des eaux minérales, sur place aussi bien que par l'exportation en bouteilles, aux quatre coins du monde, plus de médecins, plus d'hôteliers, plus de commerçants...

Il faut donc, de toute nécessité, aider, conseiller, soutenir cette administration thermale, au lieu de la traiter au besoin comme « le pelé, le galeux, d'où nous viennent tous les maux » ainsi que cela se passe trop souvent. Sans doute méritera-t-elle parfois des critiques ; sans doute, ne sera-t-elle pas toujours exempte de reproches. Ce n'est pas en l'empêchant de vivre qu'elle pourra se perfectionner.

Une collaboration étroite et sympathique entre les différents groupements stationnaux, avec l'appui bienveillant de l'Etat, est indispensable.

C'est elle qui mettra les villes d'eaux françaises à la place mondiale qu'elles ont le droit de revendiquer àt d'occuper.

Ligue civique, 101, boulevard Raspail, Paris. Le no 22 publie un intéressant rapport sur l'Hygiène publique, l'Habitation et l'Assurance-maladie.

Chez J. B. BAILLIERE et fils, éditeurs, à Paris.

Drs Maublanc et Ratié. — **Guide pratique pour l'examen médical des Aviateurs et des candidats à l'Aviation.** (Un volume, 150 pages. 3 fr. net).

Le docteur Maublanc et le docteur Ratié ont eu depuis le commmencement de la guerre, l'occasion d'étudier en nombre considérable les candidats à l'aviation, les élèves pilotes et les moniteurs. Leur situation de médecins du Groupe des Divisions d'Entraînement est en effet unique à ce point de vue. On peut voir, par l'ampleur de leur travail actuel, l'expérience approfondie qu'ils ont acquise. Ils ont eu l'occasion d'examiner des sujets de toute espèce, depuis le simple simulateur jusqu'au pilote exercé, et qui ne veut pas renoncer à sa carrière glorieuse, malgré une insuffisance physique causée par l'épuisement et les blessures.

Cet ouvrage rendra de grands services au praticien qui sera désigné comme médecin d'aviation sans aucune préparation préalable et qui jusque-là, comme nous le disions plus haut, a tout ignoré de l'aviation et des aviateurs.

Après quelques mots de la constitution, des antécédents héréditaires, collatéraux et personnels, les auteurs exposent aussi brièvement que possible les méthodes d'examen clinique.

I. — Examen du cœur et du système circulatoire.

II. — Examen des organes de la respiration.

III. — Examen des organes abdominaux.

IV. — Examen du système nerveux.

V. — Examen de la vision.

VI. — Examen de l'audition et de l'appareil d'équilibration. Vertige auriculaire. De quelques autres vertiges.

VII. — La méthode d'inscription des temps de réactions aux impressions sensorielles. Description des appareils. Résultats cliniques.

VIII. — La méthode d'inscription des temps de réactions aux variations d'équilibre. Description des appareils. Résultats cliniques.

IX. — Conclusions.

Chez PHYSIS, 35, rue de la Victoire, Paris.

René Beaumesnil. — **Lolotte du Quartier latin.** *Scènes de la vie médicale.*

« Lolotte du Quartier latin » a obtenu auprès du corps médical le plus grand succès, lors de sa parution en feuilleton. C'est pour répondre au désir exprimé par de nombreux médecins que ce roman a été édité en volume, qui comprend, en outre, deux autres nouvelles du même auteur : « L'Aventure du Docteur Pampelonne » et « L'Accident opératoire ».

Outre l'intérêt dramatique qu'elles présentent et qui rend leur lecture des plus attachantes, ces histoires comportent une étude malicieuse et précise de « l'état d'âme » du client vis-à-vis du médecin ; elles exposent aussi, sans les noircir à l'extrême, toutes les vicissitudes et les dangers de la pratique médicale. C'est parce que beaucoup de médecins ont trouvé là quelques-unes des difficultés et quelques-unes des ingratitudes dont ils eurent à souffrir que ces romans ont valu à René Beaumesnil leurs chaleureuses félicitations et précieux encouragements.

Dr A. Lesage. — **La méningite tuberculeuse de l'enfant.** (Un volume de 194 pages. 5 fr. net).

Cet ouvrage est une monographie d'ensemble sur la *Méningite tuberculeuse de l'Enfant* et complète la série de monographies que le docteur Lesage a consacrées aux diverses maladies infantiles.

On trouvera dans ce petit volume une étude systématique et complète de teus les points qui peuvent intéresser le clinicien ou l'étudiant : Séméiologie. — Formes cliniques. — Diagnostic. — Pronostic. — Traitement.

Revue des Thèses

Thèses de Montpellier.

Dr Robert Deleuil. — **De la cure opératoire des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale extra-péritonéale.** — Tandis que le procédé transpéritonéal vésical de Legueu rallie tous les suffrages pour la cure des fistules d'origine opératoire, les fistules obstétricales, difficiles à abaisser à la vulve, relèvent de la voie haute extra-péritonéale, surtout alors qu'il est indiqué de mettre au repos une vessie infectée. Un large accès dans la vessie par l'écartement de Legueu permet, en ménageant l'uretère, de dédoubler aisément la paroi vésico-vaginale.

Dr Louis Jouvin. — **La procidence du cordon à la Maternité de Rennes.** — Exposé et commentaires de 24 observations recueillies en 8 ans à la Maternité de Rennes.

Dr Georges Hureau. — **Contribution à l'étude des fistules utéro-pariétales consécutives à l'opération césarienne conservatrice.** — Simple chapitre de l'histoire des abcès pariétaux dus à l'infection des fils, ce travail conclut à la cure opératoire du trajet fistuleux.

Thèses de Lyon.

Dr Jacques Baudet. — **De l'ongle incarné chez les blessés immobilisés au lit, à la suite de traumatismes graves du membre inférieur.**

Travail intéressant, contenant des observations admirablement détaillées, et dont voici les conclusions :

« Chez certains blessés de guerre gardant le lit depuis plusieurs mois, à la suite de traumatismes graves au membre inférieur, on a été amené à constater :

1° La présence d'ongle incarné du gros orteil, se manifestant *au cours du traitement*, les autres orteils restant indemnes.

2° Cet ongle incarné se produit le malade restant couché, malgré une immobilisation absolue, indépendammeut de toute action mécanique.

3° Cette ulcération porte toujours sur *le bord interne* contrairement à ce que l'on a dit jusqu'à ce jour.

4° Cette ulcération guérit spontanément à mesure que les lésions du membre s'améliorent.

5° La pathogénie de cette lésion est entourée d'obscurité : il s'agit vraisemblablement d'un *trouble trophique* lié à un défaut de nutrition des tissus, puisque, avec l'amélioration du membre traumatisé, l'infection rétrocède.

6° La prophylaxie est à la base du traitement de ce trouble trophique et se résume en une propreté minutieuse et une hygiène absolue de l'ongle.

Si les lésions évoluent, il faut avoir recours au traitement chirurgical ordinaire de l'ongle incarné.

Dr Gabriel Roy. — **De la putréfaction fœtale in utero, avec physométrie ; son traitement.**

Dans cet intéressant travail G. Roy montre que la physométrie est une complication très rare, mais fort redoutable de l'accouchement. Elle est consécutive habituellement à la mort du fœtus retenu par un obstacle à l'intérieur de la cavité utérine et ayant subi le phénomène de la putréfaction.

Pour lui, la méthode de choix pour les cas de physométrie consiste dans l'ablation totale de l'utérus, sans ouverture préalable.

En effet, cette opération permet de supprimer toute cause d'infection secondaire du péritoine et d'assurer un drainage parfait par en haut et par en bas.

Thèse de Bordeaux.

Dr C. Durieux. — **Etude thérapeutique du glucoside de la salicaire.**

Ce travail inaugural peut se résumer dans les propositions suivantes :

Les effets de la Salicaire ont été améliorés par la découverte du principe actif de la salicaire (glucoside), et par la concentration sensiblement augmentée de ce principe par rapport à celle des autres éléments de la plante (tannins, fer) ;

Les résultats rapides et satisfaisants obtenus par l'emploi de ce médicament ont été notés dans la plupart des affections intestinales aiguës ou chroniques :

a) Action astringente : les selles reprennent rapidement leur aspect normal ;

b) Action hémostatique : en 24 ou 48 heures, le sang disparaît ordinairement des selles ;

c) Action sédative : cessation des phénomènes douloureux ; soulagement presque immédiat du malade ;

d) Rapide disparition des bacilles pathogènes. Ce médicament ne paraît avoir aucune contre-indication ; il s'administre en effet très facilement par la voie digestive, en solution ou en comprimés, dont le goût n'est pas désagréable ; il paraît surtout indiqué chez les malades qui se refusent aux injections de sérum, lesquelles ne vont pas sans quelques inconvénients (éruptions urticées, arthralgies et myalgies sériques, etc.).

G. S.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

La revision du Tarif Dubief. Cohésion et discipline nécessaires du corps médical organisé.

Plusieurs correspondants nous écrivent pour nous exprimer leur étonnement de ne rien lire, dans le *Concours médical*, relativement à la révision du Tarif Dubief.

L'un d'eux nous informe même qu'il aurait entendu dire qu'il serait question d'une rémunération de la médecine des accidents du travail, non plus en prenant pour base d'appréciation l'acte médical, mais la journée d'incapacité du blessé.

Nous sommes en mesure de rassurer les uns et les autres.

L'Union des Syndicats s'occupe très activement de cette révision. Un projet vient d'être établi. Ce projet est, à cette heure, soumis à l'appréciation des Syndicats médicaux affiliés à l'Union.

Ce que nous en savons et ce que nous en pouvons dire, c'est qu'il apporte de sérieuses modifications dans les tarifications actuelles.

Les différents articles en sont rédigés dans un sens qui supprime pour ainsi dire le jeu du cumul et fait disparaître, par conséquent, l'une des principales causes des contestations que soulèvent, à chaque instant et en toute occasion, les employeurs et les Compagnies d'assurances qu'ils se subrogent le plus souvent.

D'autre part, les honoraires correspondant à l'acte médical le plus élémentaire, la visite, aussi bien qu'aux différentes interventions que le praticien peut être appelé à pratiquer, des plus simples aux plus compliquées, ont été calculés en tenant compte d'un côté des conditions de la vie économique et de l'autre, de leur importance, de leur complexité, et de la mesure dans laquelle ils engagent la responsabilité du médecin, si facilement mise en cause maintenant par une certaine clientèle.

Le plus large esprit d'équité et de loyauté a présidé à ces calculs.

Ainsi révisé, le Tarif Dubief constituera un progrès incontestable sur les errements actuels.

Il donnera satisfaction non seulement au corps médical, mais encore aux patrons et aux compagnies d'assurances, si celles-ci sont réellement désireuses d'en arriver à un accord susceptible de faire disparaître le plus grand nombre des conflits dont les tribunaux ont été saisis depuis quinze ans.

Au surplus, un système de contrôle impartial, permanent et efficace, pratiquement conçu, préviendra et réprimera les abus, de quelque côté qu'ils se produisent.

Nous engageons donc très vivement nos confrères, dans leurs syndicats respectifs, à examiner avec beaucoup de soin le projet qui est soumis à leurs délibérations et à produire leurs observations dans le plus bref délai possible.

***

Par ailleurs, si nous sommes bien informés, il ne serait pas impossible que les conversations reprennent entre le Gouvernement et l'Union des syndicats, dans le but et avec l'intention de réaliser enfin l'entente prévue à l'article 64 de la loi sur les pensions, afin d'établir le Tarif des honoraires médicaux pour les soins donnés aux invalides de la guerre.

***

Ces questions de Tarifs sont de celles qui intéressent au plus haut degré le praticien des villes et des campagnes.

Il est de la plus grande importance pour lui qu'elles soient résolues le plus rapidement possible avec le double souci d'assurer aux bénéficiaires des lois qui prévoient ces tarifs, les soins les meilleurs, et de respecter la dignité et l'indépendance du médecin. Celui-ci ne marchandera ni son temps ni sa peine. Mais il a droit à la légitime rémunération de son travail, et non aux salaires de famine dont le passé trop souvent le gratifia.

Il dépend, dans une très large mesure, du corps médical que les solutions attendues aboutissent favorablement à ses intérêts, sans d'ailleurs que les intérêts connexes soient lésés.

Le Corps médical n'est pas organisé parce que la plus grande partie de ses membres font partie d'un Syndicat.

Il faut encore et surtout qu'entre ceux-ci règne une véritable et active cohésion et une discipline rigoureuse.

Les délibérations devront réunir, sinon tous les adhérents du Syndicat, tout au moins la grande majorité de ceux-ci. Les décisions devront être mûrement réfléchies, et non prises à la légère. Mais à partir du moment où elles auront été adoptées, chacun des Syndiqués aura

le devoir impérieux de s'efforcer de les faire triompher, dussent même ses intérêts particuliers en être quelque peu atteints. Ceux-ci n'auront qu'à gagner finalement aux mesures d'ordre générale qui seront prises.

L'heure est grave pour le corps médical. Il est menacé par des collectivités qui, elles, s'organisent, et qui lui imposeront leur volonté, s'il n'est pas lui-même une force capable de leur tenir tête.

Cette force, c'est dans une union réelle et agissante qu'il la puisera.

Divisé, désuni, indiscipliné, le moindre de ses efforts est voué d'avance à la stérilité.

Organisé, cohérent, discipliné, il triomphera des difficultés de la crise qu'il traverse, et il pourra dès lors accomplir la noble mission que lui imposent sa place et son rôle dans la société moderne, avec la dignité, l'honorabilité et l'indépendance auxquelles il a droit.

G. DUCHESNE.

II

La *Commission mixte d'arbitrage* entre le Syndicat des Médecins de la Seine et le Consortium des Compagnies d'assurances pour le règlement des honoraires médicaux vient d'être reconstituée.

Les membres du Syndicat des Médecins de la Seine qui ont des notes litigieuses à régler, sont priés de les adresser au Secrétariat du Syndicat, 28, rue Serpente.

III

Comité Laënnec pour la commémoration du Centenaire de l'Auscultation.

Compte-rendu de la séance du 10 *janvier* 1920.

Le Comité Laënnec, qui se propose de commémorer le centenaire de la découverte de l'auscultation, a tenu sa première réunion le samedi 10 janvier 1920, à 3 heures, au Foyer des Professeurs de la Faculté de Médecine.

Le professeur Letulle, en l'absence du Doyen empêché, a pris la présidence. Il a rappelé les cérémonies qui avaient déjà eu lieu à Quimper au mois d'août dernier. Mais la Faculté de Médecine de Paris a estimé que Laënnec était une gloire médicale trop haute et qu'une commémoration locale n'était pas suffisante pour la célébrer dignement. Laënnec n'a pas été seulement l'inventeur de l'auscultation, ce qui aurait déjà suffi à l'immortaliser ; il a été le créateur de la médecine scientifique moderne.

A ce titre, il a droit aux hommages, non seulement des médecins français, mais aussi des médecins du monde entier. Par ses études particulières sur la tuberculose, dont il a créé le nom et dont il a précisé les caractères d'une façon géniale, il a été un véritable bienfaiteur de l'humanité. Il n'est que juste d'associer le grand public aux témoignages de reconnaissance qui lui sont dus. Un comité provisoire d'initiative s'est réuni pour étudier ce qu'il serait possible de faire et pour grouper des adhérents, de façon à constituer le Comité définitif qui se réunissait en ce jour.

Le Dr P. Gallois, secrétaire général, expose les travaux préliminaires de ce Comité d'initiative. Parmi les adhésions obtenues, il cite le Président de la République, le Dr Clemenceau, le recteur, le directeur de l'Enseignement supérieur, le Préfet de la Seine, le directeur de l'Assistance Publique. Une adhésion nous a particulièrement touchés, c'est celle du Dr Pfleger, député du Haut-Rhin, qui a tenu à associer ainsi l'Alsace à la célébration d'une gloire française.

Parmi les projets de commémoration que le Comité provisoire a étudiés, il a retenu les suivants qu'il propose comme thème de discussion au Comité définitif :

1° Frappe d'une médaille qui serait remise aux souscripteurs au cours d'une séance solennelle ; 2° érection d'une statue à Paris ; 3° création de dispensaires ; 4° création d'un sanatorium ; 5° création d'un Institut Laënnec pour l'étude et le traitement de la tuberculose.

A ces projets, M. Robert Laënnec, petit-neveu de l'inventeur de l'auscultation, ajoute une proposition, celle de la création de bourses en faveur d'étudiants pauvres. Il fait valoir que Laënnec n'avait pas de fortune et qu'une semblable bourse lui aurait été fort utile.

La discussion s'engage sur ces différents projets.

M. Vaquez estime qu'il y aurait peut-être lieu de surseoir à toutes résolutions jusqu'à ce que l'on sache exactement quelles sont les ressources dont on peut disposer.

M. Levassort pense, au contraire, qu'il serait préférable d'arriver déjà devant le public avec un projet ferme. Pour lui, il faudrait avoir des visées hautes et l'idée de la fondation d'un Institut lui paraît être celle à envisager.

M. Mesureur, directeur de l'Assistance Publique, informe la Commission que son Administration doit prochainement entreprendre la construction aux Mureaux d'un grand sanatorium de 1.000 lits environ pour l'hospitalisation des tuberculeux. Ce sanatorium pourrait être placé sous l'invocation de Laënnec. Parmi les diverses propositions faites par le Comité d'études, celle d'un monument lui semble être à retenir. Tous les médecins connaissent Laënnec, mais le public l'ignore encore et ce serait un excellent moyen de répandre son nom.

M. Gloy rejette le projet de médaille et se rattache à celui de la fondation d'un Institut que l'on pourrait adjoindre au sanatorium dont a parlé M. Mesureur.

M. Martin est également de cet avis. Mais, pour lui, il vaudrait mieux que l'Institut soit absolument indépendant de l'Assistance publique, comme l'Institut Pasteur.

M. Vaquez estime qu'il serait toujours temps, si cela est possible, et si les moyens le permettent, de créer un Institut indépendant. Mais, jusque-là, il ne voit pas d'inconvénient à présenter simultanément à l'attention du public le futur sanatorium des Mureaux, création de l'Assistance publique, et l'Institut Laënnec pour l'étude de la tuberculose, fondé par les soins du Comité Laënnec.

Le Comité adopte le projet de l'Institut et remet à la Commission de propagande le soin d'étudier les voies et moyens pour sa réalisation.

Au cours de la séance, le Dr Séailles présente un des premiers modèles du stéthoscope de Laënnec, dont il fait don au Musée historique de la Faculté.

IV

« Diafoirus assassin ».

Tel est le titre d'un article que je découpe, pour nos confrères du *Concours*, dans « *Le Carnet de la Semaine* », du 9 février, page 6, et où deux médecins sont célébrés, encensés, élevés sur le pavois, avec un luxe d'expressions qui doit, ce me semble, les rendre confus de tant d'honneur, à côté de tant d'indignité épandue à profusion sur d'autres...... Voyez plutôt, confrères, et dégustez en gourmets :

Diafoirus assassin.

Voici de nouveau les peuples prosternés sous le nuage sombre de l'épidémie. Les noms changent : ce qui était hier la grippe espagnole devient aujourd'hui l'encéphalite léthargique. Les hommes restent béants devant ces coups multiples qui frappent tantôt la poitrine et tantôt le cerveau. La science officielle, qui s'est déclarée impuissante parce qu'elle avait été imprévoyante, s'enferme obstinément dans ses conclusions premières et demande aux gens de mourir congrûment, mais selon les formes académiques. Et voici qu'un homme, que les distinctions et les chamarrures n'ornent point assez pour que sa parole soit entendue, apporte un remède. Il l'a stoïquement expérimenté sur soi-même. Il a sauvé des mourants. Si l'on veut bien considérer comme sérieuse cette boutade qui dit que : « Tout ce qu'on a pu faire contre le rhume de cerveau jusqu'ici c'est de l'avoir dénommé coryza ; tout ce qu'on a essayé contre la fièvre jaune, c'est de l'avoir baptisée typhus-ictériforme », on conviendra que ce fut déjà un acte de courage de la part du docteur Folley que d'avoir osé appeler les grippes par leur seul vrai nom : *la peste*. Les ayant appelées la peste — ce qu'on ne lui pardonnera pas — il s'est mêlé de les traiter au sérum anti-pesteux et il y a réussi, — ce qu'on lui pardonnera moins encore !

Le Secrétaire général de l'Académie de médecine n'a point voulu faire état de son rapport devant les Diafoirus et leur Brid'oison. La fôôôrme, qui importe plus à ces Messieurs que les vies humaines, n'est point de soigner comme peste ce qu'ils ont catalogué sous d'autres noms. Certains chefs de grandes cliniques se sont résolus humainement à employer la médification salvatrice, mais ils ne peuvent se résoudre à en faire l'aveu officiel qui les disqualifierait.

Et les gens meurent.....

Cependant, le docteur Folley parmi ses clients, et le docteur Félix Paoli, médecin-chef des Cliniques Inter-Syndicales, multiplient des guérisons qui sont de véritables résurrections.

Et voici où la chose, de tragique, devient *atroce*: si l'épidémie surprend trop brutalement la léthargie honteusement céphalique de nos officiels, on connaîtra le remède, mais on n'en possèdera pas les moyens. L'Institut Pasteur n'a pas encore reçu les ordres impérieux pour faire les provisions de sérum nécessaire. Les morts de la guerre, et ceux de la grippe espagnole, et ceux de cette nouvelle maladie du sommeil n'ont sans doute, pas encore ému suffisamment les misérables vieillards qui n'ont plus que des crachats décoratifs à la place du cœur, et la vanité de leurs appellations dans la cervelle.

On imagine la tristesse et l'angoisse des docteurs Folley et Paoli. Mais il a bien fallu l'autre jour que le docteur Paoli sourit un peu. En sa clinique syndicale, et qui est pour les gens bien pensants de la *Croix* et du *Pèlerin* un peu comme l'antre de Lucifer, il vit venir un Abbé. C'était le curé de l'église voisine qui demandait une aide temporelle à ceux-là même qui refusent ses grâces spirituelles. Il pénétra dans ce lieu peu habitué à voir de pareils visiteurs et pria qu'on voulût bien venir soigner sa sœur dont l'état était désespéré. Et le docteur Paoli alla soigner la sœur du curé et la sauva.

Nous ne savons pas si les docteurs de ces cliniques abhorrées y gagneront le ciel, mais nous savons bien que la sœur du prêtre y a gagné une prolongation de sa vie terrestre.

Et maintenant que vous avez lu, confrères, ne trouvez-vous pas, comme moi, qu'il serait du plus haut intérêt pour la science médicale, tout aussi bien que pour « les gens qui meurent », que le Dr Folley et le Dr Félix Paoli, qui, tous deux « multiplient des guérisons qui sont de véritables résurrections » viennent, dans les colonnes du *Concours*, répandre la bonne parole parmi les modestes praticiens, qui écouteraient leurs explications comme jadis les humbles pâtres de Judée écoutaient le Messie ?

Je souhaiterais que ces deux confrères répondent favorablement à ma requête, ne fût-ce que pour se venger des « misérables vieillards » qui les éconduisirent naguère. Ils seront heureux, d'ailleurs, de s'épancher à loisir dans le *Concours*, journal médical, et de ne plus avoir affaire simplement au grand public ignorant des choses de la médecine. Quelle occasion pour eux d'apporter ici les références habituelles et de parler en médecins à des médecins !

Allons, confrère Paoli, éclairez au plus tôt, je vous en prie, les modestes médecins de campagne et soyez assuré que nous suivrons de tout cœur votre enseignement, dès que vous nous aurez montré — cliniquement — que vous suivez la bonne voie dans cette guérison des malades qui est le but même de notre profession.

Dr Fernand DECOURT.

CHRONIQUE DE L'ENSEIGNEMENT

De la formation scientifique et technique de l'étudiant en médecine.

Par le Dr DUPINET (de Paris).

(*Suite et fin*).

L'ENSEIGNEMENT MUTUEL.

Ces réformes acquises, il n'y a aura plus qu'à savoir comment les membres du corps enseignant mettront en rapport les instruments de travail et l'étudiant. Dans un service d'hôpital, tout le personnel de haut en bas participera à l'enseignement : l'infirmier de carrière instruira l'infirmier débutant, l'interne faisant fonction d'externe instruira l'infirmier de carrière et l'infirmier débutant, l'interne faisant fonction d'interne instruira les infirmiers et les internes faisant fonction d'externes. Les externes apprendront ce qu'ils savent aux internes et le chef de service organisateur de son enseignement, dirigera son activité selon ses tendances.

SUPPRESSION DES EXAMENS.

Au cours du travail journalier et des questions fréquentes, la constatation contrôlée de tous du labeur de chacun permettra de porter un jugement de longue haleine sur les élèves et de supprimer les examens qui, tels qu'on les passe aujourd'hui, ne permettent nullement aux professeurs de se rendre un compte exact de la valeur des candidats. Avec ce système nouveau l'élève serait pris dans un tel engrenage que seuls seraient éliminés l'anormal méconnu dès le début de ses études et des malades.

LE MALADE CONSIDÉRÉ COMME UNE FIN ET NON COMME UN MOYEN.

Est-ce une superfétation de rappeler que dans tous ces hôpitaux le premier enseignement du maître consisterait à proclamer que les malades ne sont pas des sujets à expérience et que là, comme partout, l'homme doit être considéré comme une fin et non comme un moyen ?

LE TRAVAIL AU LABORATOIRE.

Le chef du laboratoire central et ses aides dirigeraient les élèves, les aideraient, et ils collaboreraient tous ensemble. Le Chef organiserait le travail de façon que chacun ait une tâche différente et une même méthode. Il grouperait les résultats de tous ces efforts sous une forme synthétique qui serait le fruit à la maturité duquel chacun aurait participé dans la mesure de ses moyens et de ses connaissances. Il est inutile d'ajouter que ce Chef de laboratoire et ses aides seraient toujours en liaison étroite avec les Chefs de service de l'hôpital

LE TRAVAIL A L'AMPHITHÉATRE.

A l'amphithéâtre, un anatomiste et ses aides à demeure feraient toutes les démonstrations nécessaires sur les préparations conservées, sur des sujets en cire, sur des cadavres frais, de façon à apprendre en même temps l'anatomie descriptive, l'anatomie topographique et l'anatomie appliquée soit à la médecine soit à la chirurgie. Il donnerait aussi des renseignements sur l'anatomie pathologique macroscopique, l'histologique étant réservée à l'étude du laboratoire. Enfin, grâce à la facilité de se procurer des cadavres ou des fractions de cadavres, les exercices de médecine opératoire et la recherche des voies d'accès d'une région, à fin d'intervention seraient fréquemment répétés. Et là, comme dans les services de malades et dans le laboratoire, l'enseignement sera un enseignement mutuel.

Nous n'entrerons pas ici dans le détail de l'enseignement de l'anatomie, mais nous croyons qu'il est bon de dire dès maintenant, que l'anatomie descriptive tout entière devrait être apprise exactement, comme est apprise aujourd'hui l'ostéologie, dans les pavillons de l'école pratique, et que les exercices de dissection ne sont vraiment profitables que si l'étudiant à déjà beaucoup vu et beaucoup retenu.

LA PHARMACIE.

Enfin à l'hôpital, l'étudiant fera un stage de pharmacie, où il s'initiera à certaines connaissances élémentaires de préparations galéniques.

LES MUSÉES.

Des musées, comme le musée de l'Hôpital Saint-Louis ou le musée de Dupuytren, seront adjoints

aux services de malades, en tenant compte des rapports précis à établir entre les catégories de malades et le choix des pièces du musée.

Enseignement de l'hygiène.

On parle beaucoup aujourd'hui de la création d'un Institut d'Hygiène agrégé à la Faculté de Médecine. Et on se lamente avec juste raison de l'insuffisance du local, réservé à l'enseignement de cette importante partie de la médecine. A notre avis, l'hygiène ne devrait pas être une branche de la médecine, elle devrait faire partie de l'enseignement universel. Et si on crée à Paris l'Institut d'Hygiène dont le projet serait à l'étude, cet Institut devrait être autonome et à la portée non seulement des futurs médecins mais de tous les jeunes gens qui, à Paris, font des études supérieures et de tous ceux qui suivent des cours professionnels.

Pourquoi 6 ans d'études?

Nous avons donné 6 ans à un élève en médecine pour faire ses études, et nous lui avons accordé 6 ans parce que l'expérience a démontré que 6 ans employés d'une façon judicieuse valent plus que 8 années employées sans méthode et sans ordre. Dans tous les domaines de l'activité humaine, la grande guerre nous a quelque peu surpris en nous montrant combien les jeunes gens s'adaptaient avec rapidité à des situations, à des matières, à des professions pour lesquelles ils ne semblaient nullement préparés.

Principe présidant a l'enseignement pendant ces 6 ans.

Comment, à l'hôpital, emploiera-t-il ces 6 années, exception faite du stage d'infirmier ?

Les six cycles qu'il aura à parcourir seront tels, que l'organisation du matériel et du personnel enseignant déterminera la qualité de l'enseignement, et la succession des matières à acquérir sera déterminée à son tour par la loi qui va du simple au complexe, du connu à l'inconnu. On commencera toujours par les choses que l'on voit et qui sont faciles à comprendre, pour aller ensuite aux choses qu'on ne voit pas, et qui sont plus difficiles à expliquer. Il est fastidieux et inutile de préciser sous la forme d'un programme concis l'emploi du temps de l'élève dans notre système, tant que les grands principes qui ont présidé à son élaboration ne sont pas acceptés.

Avantages et inconvénients de l'hopital centre de l'enseignement. — Le correctif.

Nous voyons donc combien il est essentiel pour l'étudiant de recevoir à l'hôpital la plus grande partie, sinon tout l'enseignement médical, théorique et technique, scientifique et pratique. Pas de perte de temps, pas de voyages inutiles, pas de fatigue, pas de rencontres funestes, pas de tentations détournantes. Un écueil pourtant : La fermentation en vase clos, la suppression ou tout au moins la diminution de relations bienfaisantes avec le reste de la jeunesse studieuse. Mais cet inconvénient n'est-il pas justement celui que recherchent par voie de conséquence, les meilleurs d'entre les élèves en médecine, ceux qui arrivent à l'Internat ? Et ne pourrait-on pas atténuer cet inconvénient, en faisant remarquer simplement qu'il existe ?

Au point de vue financier, il y aurait avec ce régime une réelle économie, économie pour l'étudiant et économie pour l'Etat, pour la commune ou pour l'Assistance publique, si nous envisageons la réforme dans la Société actuelle, économie pour les groupements professionnels, chargés d'administrer les hôpitaux, si nous bâtissons une « Utopie syndicaliste ». Et l'économie sera d'autant plus grande que le rendement sera supérieur.

Les médecins et les chirurgiens des hopitaux se consacreront a leurs malades de l'hopital et a l'enseignement.

Il est dans notre intention de demander à ce que désormais le Médecin, le Chirurgien et le Spécialiste des hôpitaux se consacrent exclusivement à leurs malades d'hôpital et à l'Enseignement, et qu'ils soient rémunérés très largement à cause de leur valeur professionnelle et des services rendus. Et si nous continuons à bâtir en utopie syndicaliste, nous serons bien obligés de reconnaître que les hôpitaux étant supprimés, puisqu'il n'y aura plus d'indigents, seront transformés en Maisons de Santé, lesquelles se généraliseront nécessairement pour satisfaire les besoins nouveaux des malades. Alors les médecins pour la plupart deviendront médecins de Maisons de Santé.

L'hôpital donnant cet enseignement, que restera-t-il à la Faculté de Médecine ? Un enseignement de spéculation pure ? Mais alors il fera double emploi avec l'enseignement du Collège de France. Un enseignement des sciences appliquées ? Mais alors pourquoi ne pas aller à la Faculté des Sciences ?

Obligation de donner une partie de l'enseignement dans les locaux annexes (facultés et écoles, etc.)

Si, par amour de la tradition et par nécessité, on tient tout de même à conserver certaines écoles ou facultés, et si, dans certaines villes de province, les hôpitaux ne pouvant être adaptés à l'enseignement, il était indispensable de conserver ces Facultés ou ces Ecoles, l'enseignement à donner dans ces écoles serait un enseignement de sciences appliquées d'abord, et ensuite l'enseignement des matières que, pour des causes matérielles, on ne pourrait pas donner à l'hôpital.

L'enseignement des sciences appliquées : mécanique, physique, chimie, botanique, histoire naturelle, anatomie comparée, embryologie, histologie, physiologie, anthropologie, etnographie, etc. doit se poursuivre durant tout le cours des études médicales, car nous l'avons déjà dit, l'enseignement médical est un enseignement supérieur, à la fois scientifique et technique. Dans la partie scientifique de l'enseignement médical, nous devons procéder conformément aux lois du développement de l'esprit humain, c'est-à-dire que nous devons très rapidement faire passer l'élève par tous les stades par où ont passé les générations qui l'ont précédé.

Des principes qui président a l'enseignement théorique.

Seulement, il faudra tenir compte des connaissances acquises au lycée, et prendre comme base l'enseignement de l'anatomie et de la physiologie, qui sont vraiment les sciences fondamentales de la médecine, l'une dans le domaine descriptif, l'autre dans le domaine discursif. Nous diviserons donc les six années en six cycles. Dans le premier et le deuxième cycles, on donnera une importance primordiale aux sciences fondamentales, et une importance moindre aux autres sciences.

Dans les troisième, quatrième et cinquième cycles, les sciences fondamentales feront partie toujours du programme de l'enseignement, mais elles laisseront une place plus large aux sciences qui auront été sacrifiées dans les cycles précédents.

Enfin dans le sixième cycle, cycle de spécialisation, l'élève apprendra dans les sciences ce qui est plus particulièrement utile à la spécialité de son choix.

L'enseignement théorique n'aura pas un caractere obligatoire.

Cet enseignement n'aura pas un caractère obligatoire, comme l'enseignement de l'hôpital, mais il permettra aux jeunes gens attirés par l'esprit de recherche de s'arrêter après examen là où les poussent leurs affinités. Il sera le complément nécessaire pour tous ceux qui veulent joindre une culture générale à leurs connaissances professionnelles et il est indispensable pour tous ceux qui se destinent à l'enseignement. Sans lui, le médecin ne serait plus qu'un empirique, et il perdrait son caractère d'homme de science déjà gravement compromis.

Le développement de l'esprit doit se poursuivre dans toutes les branches de l'activité humaine et plus particulièrement chez le médecin. C'est l'esprit qui mène le monde et lui seul différencie vraiment les hommes si la technique différencie les professionnels. Que de gens ont vu tomber une pomme, et seul Newton a découvert la Loi de la gravité universelle ; Priestley a fait avant Lavoisier exactement les mêmes expériences que celui-ci et c'est Lavoisier qui a trouvé les Lois qui ont bouleversé nos idées sur la chimie et la physiologie.

Sans enseignement théorique, l'enseignement pratique perd toute sa valeur ; il s'effondre dans l'empirisme le plus bas, et sans enseignement pratique, l'enseignement théorique se perd dans les nuées. Les deux se complètent, se contrôlent et doivent se confondre harmonieusement.

Mais si j'insiste sur le caratère obligatoire de l'enseignement technique, c'est que lui seul a comme conséquence un acte à la fois professionnel et social. Il faut donc exiger que chaque élève quel qu'il soit, de ce fait qu'il prend la responsabilité de faire des études médicales, puisse par dessus tout apprendre son « métier de guérisseur ». Cela, il faut qu'il l'apprenne ou qu'on le lui apprenne, le reste viendra par sucroît.

Le médecin doit etre assimilé a un industriel.

Le médecin de demain devra être assimilé à un industriel, et son rôle consistera à transformer de la matière malade en matière bien portante avec un maximum de garantie, un minimum de temps et un minimum de dépenses. Cette définition et les développements qu'elle comporte sont indispensables à connaître si l'on veut comprendre où doit tendre l'apprentissage du futur médecin et ce qu'il doit être. Il faut en effet que le médecin soit adapté à son époque, et que l'homme social se précise en même temps que le professionnel se développe.

De la nécessité de l'éducation professionnelle et sociale de l'étudiant en médecine.

Aussi voudrions-nous que les élèves en médecine soient rapidement menés à la vie corporative et syndicale des médecins, nous voudrions, en somme qu'ils soient préparés dès la fin de leurs études à comprendre les rapports qu'ils auront à établir entre eux et leurs clients, tant au point de vue individuel qu'au point de vue « groupe », de façon à ce qu'ils sachent ce qu'ils doivent donner et ce qu'ils doivent recevoir.

Nous nous sommes efforcés de montrer, dans l'état actuel de nos connaissances et en un moment précis de notre Histoire, quelle était la meilleure façon de former un professionnel et un homme. Nous n'avons pas voulu sacrifier l'un à l'autre. Nous avons permis à l'un et à l'autre de se développer parallèlement. Et si nous avons insisté sur la formation du technicien, c'est à cause de sa plus grande responsabilité sociale. Nous avons demandé pour la formation de ce technicien, toute l'attention que mérite un homme qui tient dans ses mains la vie de ses concitoyens.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

L'assurance-maladie obligatoire.

On en parle beaucoup dans tous les milieux, mais on ne se contente pas d'en deviser, on bâtit projet sur projet, pour mettre sur pied cette grosse réforme sociale, reclamée et attendue par la classe ouvrière. On veut s'inspirer de ce qui existe en Alsace-Lorraine, organisation allemande qu'on essaye d'adapter à notre tempérament français. Elle est, en tout cas, à la veille de se réaliser. Elle se fera avec le médecin ou contre lui et je redoute cette seconde éventualité, quand j'ai vu que toutes les réformes sociales, jusqu'ici, se sont faites toujours sur le dos du médecin.

Parmi les projets connus, celui de M. Lairolle, publié dans le *Concours Médical* du 5 octobre 1919, mérite de retenir notre attention.

M. Lairolle est avant tout le porte parole de la Mutualité. C'est tout dire, car il ne faut pas perdre de vue que devant la faillite du service maladie des Mutualités, celles-ci, par tous les moyens possibles, cherchent à faire aboutir le projet pour en assurer le fonctionnement.

La Mutualité intrigue par ses politiciens pour accaparer la mise en marche de la loi et pouvoir ainsi une fois de plus faire sentir sa férule aux malheureux praticiens.

Il va sans dire que, dans ce projet de loi, il n'est pas question du libre choix du médecin, car ce principe n'est pas admis par les sociétés mutuelles, malgré le vote de la loi des accidents du travail et de la loi des pensions.

Dans l'article 4 du projet, il est dit qu'il sera pourvu aux dépenses de l'assurance, par un prélèvement de 2 % sur le salaire de chaque travailleur, par un versement du patron qui sera de 1 % desdits salaires et par une contribution de l'Etat qui sera de 0,25 cent. par jour.

En ce qui concerne la part de l'Etat, le projet ne dit pas si la somme de 0,25 cent. est due par jour de maladie ou par jour de participation.

Si nous prenons pour les salaires une moyenne de 5.000 francs, nous pourrions arriver, en comprenant la cotisation de l'Etat, à une cotisation moyenne de 200 francs par salaire, somme importante en comparaison des cotisations actuelles, mais examinons, en regard des recettes, le chapitre des dépenses.

L'assurance-maladie comprend les frais médicaux et pharmaceutiques nécessités par la maladie de l'assuré, les frais médicaux et pharmaceutiques nécessités par la maladie de la femme et des enfants, une indemnité journalière, une indemnité d'invalidité.

Tous ces avantages seront continués jusqu'à l'âge de la retraite ouvrière, c'est-à-dire 65 ans. Nous savons tous que, par suite du travail, de l'alcoolisme, conséquence souvent fatale du taudis, du manque d'hygiène, un grand nombre de maladies et surtout la tuberculose viennent frapper l'ouvrier au cours de son existence.

L'existence même de l'invalidité-maladie créera la maladie : l'ouvrier étant payé quand il sera malade, s'arrêtera plus souvent et fera durer son incapacité plus longtemps.

Le régime de l'invalidité-maladie comprend la création et l'entretien de sanatoria, de maisons de convalescence, de travail agricole, de colonies de préservation pour les jeunes enfants, de maternités, etc. Toutes ces organisations nécessaires sont coûteuses. Il faudra que l'ouvrier malade touche un salaire de chômage suffisant pour vivre, lui et les siens, et en rapport avec la cherté de la vie et ses exigences. Que restera-t-il après ces prélèvements pour le médecin, pivot et agent actif et indispensable de la combinaison? Oh pas grand'chose ! L'article 6 vous dit que les frais médicaux et pharmaceutiques seront payés suivant les règles et les tarifs à arrêter par le règlement d'administration.

Comme il s'agit d'un projet mutualiste, il est bien évident qu'il n'est pas question de tarifs établis par l'administration après entente avec les Syndicats. Non. C'est simplement un tarif arrêté par l'administration : ce qu'il restera de non dépensé, un tarif quelconque analogue, je n'en doute pas, aux tarifs de famine des sociétés mutuelles.

J'espère, pour ma part, que nos syndicats entrant dans la voie pratique, repousseront tout tarif de l'administration pour n'accepter que le tarif ouvrier local.

Si la mutualité ne réclame pas absolument le monopole du fonctionnement de l'invalidité-maladie et prévoit l'existence des Caisses de syndicats et d'unions syndicales, elle cherche à donner une place prépondérante aux sociétés mutuelles, caisses dites de réassurance, unions départementales et régionales des sociétés mutuelles, qui pour la plupart, n'existent que sur le papier.

Au sommet de l'édifice et pour en assurer le fonctionnement, il y aura un office de 25 membres dont 2 désignés par le Sénat et la Chambre, 2 par l'Académie de Médecine, 1 par l'institut des Actuaires, 15 par les organes de l'assurance-maladie et 5 par le ministre.

Il n'est pas question ni des syndicats médicaux et pharmaceutiques, ni des praticiens mandatés par eux ayant l'habitude professionnelle de vivre avec les ouvriers, de les soigner. Il est donc probable que ce monopole sera détenu par les professeurs et membres de l'Académie de médecine. Habitués à soigner les ouvriers dans les hôpitaux, ils tiendront sans doute à les suivre dans leurs taudis de la ville et devront alors abandonner aux modestes praticiens leur clientèle riche.

En tout cas, comme cet office doit s'occuper des tarifs médicaux, ce sont les intéressés qui n'ont-

pas voix au chapitre. Ils devront s'estimer trop heureux de l'os qu'on leur donnera à ronger. Mais le chien qui ronge son os grogne et mord celui qui veut l en déposséder. Il est possible que le prolétariat médical en fasse un jour autant.

Si j'ai à résumer mon impression personnelle, je la traduirai par un mot : l'incohérence : incohérence que nous sommes habitués à trouver dans la préparation des lois sociales élaborées par une bureaucratie rétrograde, sans tenir compte des avis compétents.

Dr M. Vimont.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Accidents du travail. Soins donnés dans une clinique privée.

TRIBUNAL DE PAIX DE MALESTROIT (Morbihan).

4 septembre 1919.

Attendu que le Dr L. poursuit les défendeurs en paiement : 1° d'une somme de frs : 322, 55 pour soins donnés et opération pratiquée dans sa clinique de Ploërmel à l'ouvrier M., victime d'un accident du travail ; 2° d'une somme de frs. 200 à titre de dommages-intérêts ;

Attendu que P. oppose à cette demande une fin de non recevoir, faisant offre d'une somme de frs : 270, 80 ;

En droit :

Attendu qu'aux termes de la loi du 9 avril 1898 modifiée par celle du 31 mars 1905, le chef d'entreprise, responsable de l'accident survenu à l'un de ses ouvriers, est tenu intégralement des frais de médication et d'opération chirurgicale nécessités par la blessure, que, s'il a fait opposition à un jugement par défaut contre lui, offrant réellement une somme inférieure à celle qui lui est réclamée, le juge de paix, saisi de cette opposition, doit le déclarer mal fondé dans cette opposition et le condamner au paiement de la somme réclamée ;

Attendu que la loi du 31 mars 1905 sur les accidents du travail, étant une dérogation au droit commun, doit par suite être interprétee « *stricto sensu* » et que le taux des frais d'hospitalisation ne s'applique pas aux cliniques privées (Trib. de Paix de St-Amand, du 5 déc. 1908) ;

En fait :

Attendu que le sieur M., ouvrier au service du sieur P., a été victime d'un accident de travail ; qu'à la suite de cet accident il a reçu les soins du Dr L., médecin à Ploërmel, et a eu le bras amputé ;

Attendu que la responsabilité des accidents du travail incombe au patron ; que P. est exploitant d'une machine à battre mue par un moteur inanimé et que c'est au service de cette machine que M. a été blessé

En ce qui concerne le second chef de la demande, attendu qu'il échet de le réduire à un chiffre équitable en tenant compte du chiffre élevé des frais ;

Par ces motifs et par jugement contradictoire en premier ressort ;

Déclarons le sieur P. non recevable dans son opposition, l'en déboutons et, faisant droit sur la demande principale, mettant M. hors de cause, condamnons son patron P. à payer au Dr L. la somme de frs : 322. 55 pour ses honoraires et soins, et celle de frs : 30 à titre de dommages-intérêts, et aux dépens.

Note. — Le jugement qui précède, dont l'adversaire n'a pas interjeté appel, est conforme à la jurisprudence antérieure. Voir notamment, outre le jugement du Tribunal de Paix de St-Amand, cité par celui de Malestroit : Trib. de P. d'Autun, 22 mai 1908 (*Conc. Méd.*, 1908, p. 516). — Trib. de Paix du Canton nord de Confolens, 18 janv. 1909 (*C. M.*, 1909, p. 549). — Trib. de P. de Plombières, 9 sept. 1911 (*C. M.*, 1911, p. 954). — Trib. de paix de Nuits-St-Georges, 29 sept. 1911, conf. par Trib. Civil de Beaune, 22 déc. 1911 (*C. M.*, 1912, p. 376).

Qu'il s'agisse d'une clinique privée indépendante de tout établissement public ou d'une clinique installée dans le même bâtiment qu'un hôpital, le « tout compris » de l'article 4, § 5, de la loi accidents n'est donc pas applicable. Dans l'espèce jugée par le juge de paix de Malestroit, il s'agissait, en fait, d'après les renseignements qui nous ont été donnés par le Dr L., d'un asile de vieillards qui servait de clinique payante aux médecins de la localité. La séparation réelle ainsi que la séparation administrative entre l'établissement public et la clinique privée ne paraissent pas avoir été établies bien nettement.

Mais on ne saurait inférer de ces circonstances, qui ne trouvent aucune place dans le jugement, que celui-ci soit une atteinte au sacro-saint « tout compris ». Le jugement constate implicitement que les soins ont été donnés dans une clinique privée. Il n'a pas été frappé d'appel et le pourvoi en Cassation contre lui n'est pas possible puisqu'il a été rendu en dernier ressort. C'est donc là la vérité judiciaire.

J. D.

Les pansements multiples et le Tarif Dubief.

TRIBUNAL DE PAIX DE FLEURY-SUR-ANDELLE

Audience du 4 novembre 1919.

Attendu que le Dr G. ayant donné ses soins au nommé H., ouvrier scieur, blessé à trois doigts de la main gauche, étant au service de M., actionne celui-ci en paiement d'une somme de 329 francs ;

Attendu que le défendeur ne méconnaît pas le principe de la dette, mais en critique le montant et offre au Dr G. la somme de 209 frs, qui ne l'accepte pas, qu'il soutient que tous les pansements faits au cours d'une même séance ne peuvent donner lieu qu'à une seule rétribution et non à plusieurs ainsi que le prétend le Dr G.

Attendu que le défendeur prétend en outre que le pansement d'une main traumatisée ne serait déclaré complet si le médecin laissait sans soins et à nu un ou plusieurs doigts de cette main ;

Attendu que l'article 3 du Tarif Dubief refuse tout honoraire au médecin traitant pour les pansements aseptiques simples effectués au cours des visites ou consultations pendant le traitement, que l'article 10 B 7, alloue le prix supplémentaire d'une visite ou consultation pour les séances de massage du pied ou de la main, ainsi considérés comme un membre complet, se suffisant à lui-même, qu'enfin le paragraphe B, n° 10 de l'art. 10 alloue un honoraire supplémentaire de deux visites ou consultations pour chaque pansement antiseptique complet appliqué au cours d'un examen sur le membre blessé ;

Attendu que la distinction est nettement établie par le tarif entre les pansements simples et les pansements complets et que la limite de ces pansements sur un même membre y est déterminée; attendu que cette interprétation est consacrée par arrêt de la Cour de Cassation du 9 avril 1910 ;

Attendu que le principe de la dette n'étant pas contesté, il y a lieu de rechercher si le Dr G. a fait une juste application du tarif Dubief ;

Attendu que nous n'avons pas qualité pour savoir si le Dr G. a exagéré le nombre de ses consultations ;

Attendu que le Dr G. ne compte dans le nombre de ses pansements que les pansements antiseptiques complets et laisse de côté les pansements aseptiques simples faits au cours de ses visites ou consultations ;

Attendu en ce qui touche aux pansements multiples faits au cours de ses visites que le Dr G réclame : 1° 14 pansements antiseptiques complets à trois doigts ; 2° 12 pansements antiseptiques complets à deux doigts ; 3° 14 pansements antiseptiques complets à un doigt ;

Attendu que les pansements antiseptiques complets ont été remplacés pour chaque doigt par un pansement simple lorsqu'il a été possible de le faire ;

Attendu que dans l'intérêt du blessé, il a été indispensable de faire d'abord à trois doigts, puis à deux doigts, enfin à un doigt, un pansement antiseptique complet, alors qu'un pansement simple eût été insuffisant pour éviter l'infection ;

Attendu que l'arrêt de la Cour de Cassation cité par le défendeur n'est pas applicable en ce qui concerne le différend dont il s'agit ; c'est en vain que le défendeur voudrait assimiler les opérations de pansement aux opérations de massages ; en effet, les opérations de massages sont douteuses et peuvent donner lieu à un abus de la part du médecin peu scrupuleux, au contraire, l'indication du pansement est visible et ne peut prêter à l'abus ;

Attendu que l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905, dans son article 10 B. 7, spécifie qu'il est alloué une rétribution égale au prix de deux consultations ou visites pour tout pansement antiseptique complet ; que ce paragraphe est suivi de la note suivante : « Lorsque le traitement d'une plaie exigera au cours d'une même visite plusieurs des opérations suivantes : ablation d'esquilles, de pointes osseuses, d'ongles demi-détachés, de parties condamnées, ces opérations ne seront pas comptées distinctement et il ne sera alloué que l'honoraire afférent à l'une d'elles » ;

Attendu en ce qui concerne le mot complet que le législateur a entendu qu'il s'agissait d'un pansement sérieux, important, par opposition à un pansement aseptique simple ou petit pansement qui, lui, doit être rémunéré par l'article 3 de l'arrêté ;

Attendu que l'article 10 indique : 1° paragr. B. 7 : pansement antiseptique complet (au singulier) ; 2° paragr. 10, séance complète de massages (au pluriel) ; 3° la note qui complète le paragraphe B énumère les opérations successives pour lesquelles il ne peut être alloué qu'un seul honoraire lorsqu'une ou plusieurs de ces opérations sont exigées par la même plaie ;

Attendu qu'il résulte de cette analyse que le législateur a voulu au contraire allouer plusieurs rétributions pour plusieurs plaies ;

Attendu donc qu'il y a lieu de décider qu'ayant pansé d'abord trois, puis deux, puis une plaie, le Dr G. a droit à *trois rétributions*, puis deux, puis une.

Par ces motifs :

Trouvant insuffisantes et non libératoires les offres de M., jugeant contradictoirement et en premier ressort :

Condamne M. à payer au Dr G. la somme de 329 francs et le condamne en outre aux dépens taxés et liquidés à la somme de 33 fr. 30, en ce non compris l'enregistrement du présent jugement ni le coût de la grosse à en délivrer.

Note. — Le jugement ci-dessus est conforme à une jurisprudence établie notamment par les décisions suivantes : Tribunal de Paix de la Ferté-Gaucher, 7 décembre 1911 (*Conc. Méd.*, 1912, p. 429). — Trib. de Paix de Thizy (Rhône), 6 juillet 1912 (*C. M.*, 1912, p. 1.243). — Trib. de P. de Noyon, 2 août 1912 (*C. M.*, 1913, p. 225)

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année 1919 au trésorier Dr Gassot à Chevilly (Loiret).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Amphithéâtre d'anatomie.** — M. Pierre Sébileau, directeur des travaux scientifiques. — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie du tube digestif, du foie et des voies biliaires, en dix leçons) par M. le docteur Bergeret, prosecteur commencé, le *lundi* 1er *mars*, à 2 heures et continuera les jours suivants à la même heure.

Les élèves répètent individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 100 fr.

Le cours de médecine opératoire générale pour 40 élèves, par M. le Dr Gouverneur, prosecteur, a commencé le mercredi 18 février à 2 heures, et continuera les jours suivants à la même heure.

Droit d'inscription : 80 francs. Gratuit pour internes et externes.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin. Les lundi, vendredi de 2 à 3 heures.

— Cours pratique de broncho-œsophagoscopie. — M. Guisez a commencé à sa maison de santé clinique, le jeudi 26 février, à 5 heures, ses leçons sur les maladies du larynx, de l'œsophage, de la trachée et des grosses bronches.

Cours essentiellement pratique avec examen de malades, interventions, etc.

S'inscrire à la clinique, 15, rue de Chanaleilles (près la rue Vaneau) auprès de la Directrice.

— La crise de l'essence ?..... Oui : mais pas pour tout le monde.....

Ne nous signale-t-on pas une petite localité de l'Orne dans laquelle le précieux carburant est aussi introuvable qu'en plein désert de Gobi. Or, un jeune cultivateur des environs, qui possède, pour tout matériel, un microscopique moteur à pétrole qui actionne la scie qui lui sert à débiter son propre bois de chauffage, est parvenu à se faire délivrer par les autorités la bagatelle de vingt cylindres — 1.000 litres — de benzol !

Et pendant ce temps, les médecins de la région ne peuvent visiter leurs malades, et les grandes fermes doivent laisser leurs tracteurs agricoles, sous les hangars.....

(*Auto*, 24 février).

— **Enseignement d'entérologie pendant les vacances de Pâques.** — Un enseignement pratique d'entérologie sera fait du lundi 29 mars au samedi 10 avril 1920, dans le service du professeur Carnot, à l'hôpital Beaujon, avec la collaboration de MM. Lardennois, Roux-Berger, Mathieu, Harvier, Mauban, R. Glénard, Baudon, Friedel, Gérard et Gardin. Ce cours est destiné aux médecins qui peuvent disposer de deux semaines de liberté pendant les vacances de Pâques. Il comprendra vingt-deux séances : celles du matin seront réservées aux exercices techniques individuels d'examen et de traitement ; celles de l'après-midi, aux leçons qui auront lieu à seize heures, sur les questions médicales et chirurgicales relatives aux maladies de l'intestin. Cet enseignement est gratuit. S'inscrire à la consultation de gastro-entérologie de l'hôpital Beaujon (service du professeur Carnot), le matin ou par correspondance.

Programme. — Le matin : *exercices pratiques.* Le soir : *leçons.*

Lundi 29 mars. — M. Mauban : technique du tubage duodénal. Analyse du suc bilio-gapancréa tubage duodénal. Analyse du suc bilio-pancréatique. M. Carnot : Ulcère du duodénum ; ulcère peptique du jéjunum ; ulcérations intestinales.

Mardi 30 mars. — M. Gérard : Coprologie pratique : recherche du sang, de l'albumine, des résidus. Epreuves de fermentation : examen microscopique des selles. M. Harvier : entérites aiguës et chroniques ; entéroptose.

Mercredi 31 mars. — M. Gardin : examen bactériologique et parasitologique de selles : bacilles dysentériques, amibes, kystes, œufs de parasites. M. Carnot : les dysentéries et leur traitement.

Jeudi 1er avril. — M. Baudon : radiologie intestinale, M. Mathieu : illusion et perforation intestinale.

Vendredi 2 avril. — M. Friedel : rectoscopie. M. Carnot : les parasitoses intestinales diverses et leur traitement.

Samedi 3 avril. — MM. Gérard et Gardin : exercices de coprologie, . M. Harvier : les gastro-entérites de l'enfance.

Mardi 6 avril. — M. Baudon : exercices de radioscopie. M. Roux-Berger : appendicite aiguë et chronique.

Mercredi 7 avril. — M. Friedel : exercices de rectoscopie. M. Lardennois : stase intestinale chronique, coudures, brides.

Jeudi 8 avril. — M. Mauban : techniques de diététique intestinale. M. Harvier : tuberculose et syphilis de l'intestin ; cancer du grêle.

Vendredi 9 avril. — M. R. Glénard : gymnastique intestinale, sangles. M. Friedel : Hémorroïdes. Fistules et fissures anales. Abcès de la marge de l'anus. Rectocolites.

Samedi 10 avril. — M. Friedel : Traitements physiothérapiques (massage et électricité). M. Lardennois : cancers du côlon et du rectum.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

craignez pas de nous adresser toutes vos questions, même si, en apparence, elles vous semblaient puériles.

1° Si vous voulez faire du bon travail, il faut de l'argent en caisse : pour tenir, par lettre ou circulaire, tous les confrères au courant de vos travaux, pour les frais d'étude des questions ; etc. En effet, partez de ce principe que si le syndicat est en mesure de rémunérer les études et recherches qu'il donne à faire, il sera bien servi et pourra exiger du travail bien fait.

La cotisation de chaque syndiqué, pour l'Union des syndicats médicaux, a été portée à dix francs, justement parce qu'il faut de l'argent pour faire du bon travail, malgré le désintéressement et dévouement de ceux qui sont à la peine, et au bureau de l'Union.

Il vaut mieux que chaque membre soit affilié individuellement au « Sou » (25 frs. par an). De la sorte votre syndicat sera déchargé d'une grosse responsabilité pécuniaire, puisque chaque membre trouvera au « Sou » les conseils juridiques gratuits et l'appui moral et pécuniaire, pour chacun de ses actes médicaux en litige.

Je pense donc que chaque médecin pourrait consacrer 50 francs par an, à sa sécurité professionnelle : 25 francs pour le Syndicat (y compris l'Union) 25 frs pour le « Sou ». De la sorte garantie complète.

En général, on ne donne pas d'honoraires, fixes à un avocat-conseil de syndicat local, car beaucoup de questions professionnelles sont étudiées par nous et par nos conseils juridiques. Si vous avez besoin de l'avis d'un avocat, ou si vous devez faire appel à son ministère pour un procès, vous vous entendez alors avec lui, pour lui verser une provision. Néanmoins, il est bon de conserver le contact avec votre avocat conseil et de l'inviter à vos banquets.

2° Pour les assurances, la loi du 9 avril 1898 s'impose à l'Algérie comme à la France. C'est donc le tarif Dubief, etc. Mais ce dernier tarif va bientôt subir une modification et un relèvement. En tous cas, certains syndicats, émus des difficultés croissantes qu'ils éprouvent pour le règlement de leurs honoraires, ont refusé d'avoir affaire avec les assureurs : ils ne soignent les blessés du travail, en délivrant les paperasses légales, que si le chef d'entreprise s'est au préalable engagé par écrit à payer directement le médecin, au tarif local.

Quant au tarif pharmaceutique, pour les accidents du travail, il est arrêté chaque année, par une convention entre les assureurs et les pharmaciens, vu les changements perpétuels des prix des produits pharmaceutiques. Mais ici encore ce tarif ne s'impose pas aux médecins propharmaciens qui sont toujours libres de se faire payer au tarif normal.

Si vous avez trop de difficultés avec les assu-

rances, ignorez-les : soignez les blessés du travail au comptant en leur donnant des reçus des sommes touchées, ou exigez du patron un engagement écrit d'avoir à vous payer. Si ce dernier refuse, donnez des soins d'humanité, mais pas de papiers ni de certificats. Dr P. B.

Rapports entre médecins et garde-malade.

Je voudrais bien avoir quelques renseignements au sujet d'une affaire qui m'intéresse d'assez près et compte sur votre obligeance pour me les fournir.

Seul médecin dans un rayon assez peuplé, faisant en outre la pharmacie, j'ai trouvé dans la région une femme propre, intelligente, active, dont je voudrais faire mon aide, en ce sens que je pourrais l'employer à appliquer des ventouses, faire des injections hypodermiques ou même utérines, renouveler des pansements, etc. Jusqu'ici je l'ai employée dans ces conditions, mais son mari redoute une plainte pour exercice illégal de la médecine et voudrait que sa femme soit à peu près en règle devant les autorités. Que faut-il qu'elle fasse, ou que je fasse moi-même ? J'avais pensé à la faire affilier à la Croix-Rouge ou aux Dames françaises, comme infirmière, ce serait évidemment une solution ; mais ce diplôme lui permettrait-il de pratiquer « en cas d'urgence avérée » les petites interventions courantes sous ma responsablitité et en attendant mon arrivée ?

Les gardes-malades reçoivent bien, il me semble, une autorisation mais que faut-il faire comme formalité pour obtenir ce titre de garde-malade ?

Je sais, d'autre part, que nous aurons à lutter contre l'envahissement de notre profession par toutes les infirmières ou infirmiers retour de guerre, et qu'il y a là un danger pour le médecin de campagne, de ville peut-être aussi. Mais devant l'impossibilité où nous sommes de pouvoir lutter contre ce mal, ne vaut-il pas mieux prendre les devants et s'assurer du concours efficace d'une personne sérieuse et dévouée qui soutiendra nos intérêts ? Je me range à cette dernière opinion d'autant plus qu'elle ne peut faire tort à aucun confrère, et c'est pour cela que je vous prie de me donner au plus tôt les renseignements demandés. Dr G.

Réponse.

Au point de vue légal et juridique, seul le diplôme de docteur en médecine permet en France l'exercice de notre art. Les diplômes d'infirmier n'ont aucune valeur légale : ce sont des certificats, des attestations d'études, que peut délivrer n'importe quel institut ou école.

Il s'en suit qu'un infirmier diplômé doit soigner ou assister des malades, à la condition d'être placé sous la direction effective et immédiate d'un docteur en médecine.

La jurisprudence est constante sur ce point et commettrait le délit d'exercice illégal toute personne qui, non munie du diplôme de docteur en médecine, délivré par une faculté de l'Etat, se livrerait d'une manière suivie au traitement des maladies.

Ceci posé, vous pouvez engager votre infirmière à obtenir un diplôme quelconque ; mais ce diplôme n'aura qu'une valeur toute morale auprès de la clientèle et ne confèrera aucun droit à sa titulaire.

Cette infirmière pourra exécuter les ordres médicaux que vous lui donnerez : mais elle ne devra prendre aucune initiative en vue d'un traitement, à moins de vous en référer dans le délai le plus bref, et encore cette initiative sera tolérée uniquement dans les cas d'urgence.

Cette autorité scientifique est indispensable de votre part, sur votre employée, d'abord, pour l'empêcher de se voir poursuivie pour exercere illégal et vous pour complicité d'exercice illégal ; puis au point de vue de la responsabilité civile. En effet, lorsqu'elle sera placée par vos soins auprès d'un client et qu'elle tiendra de vous les ordres nécessaires pour assister le malade, cette infirmière pourra, dans quelques cas, être considérée comme votre préposée et, par suite, vous pourrez être déclaré plus ou moins responsable de ses fautes (art. 1384 code civil). Mais ce dernier point est sujet à discussion et varie selon les espèces. Pour vous dégager de toute responsabilité, il faudrait qu'existe une certaine indépendance entre l'infirmière et vous : il faudrait la considérer comme une personne libre et donnant des soins sous votre direction, ou sous celle d'un autre confrère. Cette infirmière ne toucherait aucune rémunération de votre part et demanderait directement son salaire à ses clients, sans que vous ayez à intervenir. De la sorte, cet article 1384 ne vous serait pas applicable.

Ai-je été assez clair ? Sinon, n'hésitez pas à me faire préciser. Dr P. B.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Moyen pratique de réduction des hernies inguinales et des hernies crurales.

Chacun connaît les difficultés souvent insurmontables de réduction de certaines hernies et les dangers de la pratique du taxis.

En présence de la difficulté de réduction et de la fréquence des irruptions herniaires simultanées chez l'un de mes clients atteint à la fois d'une hernie inguinale et d'une hernie crurale, j'ai eu l'idée, dans l'impossibilité d'obtenir un résultat favorable dans la position du

décubitus dorsal, de faire coucher le malade sur le côté opposé à la hernie procidente, et presque sur le ventre. Au bout de quelques minutes, par le moyen de pressions digitales modérées et progressivement plus fortes, la hernie était réduite, avec une facilité étonnante et refoulée dans sa cavité normale. Le relâchement musculaire de l'abdomen et de l'ouverture herniaire peut, ainsi, être obtenue au maximum, sans danger et très aisément. C'est le système du décubitus *latéral* substitué au décubitus *dorsal*, jusqu'ici classique.

Le phénomène mécanique qui s'effectue ainsi, s'explique par le déplacement de la masse intestinale ou intestino-épiploïque par glissement des anses libérées de la striction péritonéale ou cellulo-fibreuse qui les extériorisait accidentellement, et par déclivité dans la direction opposée à la hernie.

Ce moyen de réduction bien simple n'a pas été indiqué ni publié jusqu'ici, du moins à ma connaissance.

Comme pour l'œuf de Christophe Colomb, différence gardée, il fallait y penser. C'est là tout le mérite de ma trouvaille, si trouvaille il y a.

Dr E. CROUZEL.

VARIÉTÉS

La grippe, maladie de tous les temps. (*Les fléaux de l'Humanité*, cinquième série des *Mœurs Intimes du Passé*, par le Dr CABANÈS. Albin Michel, éditeur. Paris).

Le Dr Cabanès dont l'érudition est inépuisable et qui vient de conquérir plusieurs prix académiques avec le véritable monument qu'il a élevé aux : *Chirurgiens et Blessés à travers l'histoire*, a publié une cinquième série sur les *Mœurs intimes du Passé* où il fait l'histoire des *fléaux de l'humanité* : la *peste*, la *lèpre*, le *choléra*, la *variole* et la *grippe*. Cette dernière maladie nous intéressant plus particulièrement, à l'heure actuelle, nous ferons la rapide analyse du chapitre que lui consacre Cabanès.

***

Le mot grippe viendrait du verbe allemand *greifen*, saisir. Pendant assez longtemps une certaine confusion exista entre la grippe et la coqueluche dont l'étymologie serait *cucullus* (capuchon, coqueluchon dont on se servait pour couvrir la tête des malades).

Dès 1414, Juvénal des Ursins signale une épidémie dont la description est singulièrement semblable à notre grippe et qui obligea le Parlement et le Châtelet de suspendre toute procédure. Le public qualifia cette maladie des noms de *tac* ou de *horion*, termes indiquant la brutalité de son apparition.

Nouvelle épidémie analogue à Paris treize ans plus tard, mais au lieu d'affecter une forme broncho-pulmonaire et intestinale comme la précédente, elle détermina surtout de la courbature et du lombago, le public la dénomma en 1427 la *dando*.

Mais Cabanès, par de savantes recherches, a découvert des épidémies bien antérieures, très nettement caractérisées.

En 1105, Orderic Vital parle d'une peste inflammatoire qui courut à travers tout l'Occident. Elle porte alors le nom de *catarrhe* et c'est encore sous ce nom que Valescus, de Tarente, qui prit sa licence de médecine à Montpellier désigne une épidémie survenue en 1387 qui frappa les 9/10 de la population et tua beaucoup de vieillards.

Des épidémies qui ne peuvent guère avoir été que la grippe, sont signalées en Gaule et en Germanie notamment en 927 (Chronique de Flodoard).

L'épidémie de la fin de 1510, bien que dénommée *coqueluche*, était évidemment la grippe, elle causa la mort du Cardinal d'Amboise. En 1580, le Roi, son beau-frère, le duc de Mercœur, le duc de Guise, et le Seigneur d'O sont atteints par une nouvelle épidémie de grippe.

En 1610, puis en 1657, la grippe réapparaît. Le public présend qu'elle immunise de la peste. La reine Anne d'Autriche la contracte.

En 1675, Sydenham décrit la grippe qui ravage la Grande Bretagne.

En 1733, l'extension de la maladie fut considérable et Christophe Jussieu lui consacre sa thèse inaugurale. Toute la Cour est incommodée et Louis XV baptise la maladie du nom de *folette*. Le Dr Razaud, de Nîmes, nous apprend par ses *Tables nosologiques*, que l'on désignait encore à cette époque cette affection sous les noms de *baraquette, grippe, petite peste, petit courrier* et *folette*.

A la même époque on chansonna la grippe dans le ballet intitulé : *les Grippes à la Mode* et dans une pièce bouffonne qui porte le titre de *La Grippe*. Voltaire, en 1743, se plaint d'être grippé dans une lettre à Frédéric ; Gresset, l'auteur de *Vert-Vert*, plaisante à son sujet dans une jolie épître en vers adressée à M. de Mauregard.

C'est en 1743, qu'à Rome, on commence à désigner la grippe du nom d'*influenza*. C'est le nom qu'on lui donne aussi à Londres en 1767. Bachaumont, parlant d'une épidémie qui règne à Londres en décembre 1775, l'appelle encore la *puce*.

Lorsqu'elle réapparaît en France, en 1781, sans doute importée d'Angleterre, on la dénomme *suette anglaise* ; d'autres la qualifient de *coquette du Nord*.

En 1792, la grippe sévit au Temple et Louis XVI qui y était détenu, en fut atteint, la Reine et Madame Elisabeth furent aussi frappées.

En 1803, l'épidémie fut très meurtrière. Carnot, puis Lucien Bonaparte soigné par Corvisart, la contractèrent.

En 1817 et en 1837, l'influenza reparaît et cause de très nombreuses victimes.

Par cette énumération que Cabanès émaille d'anecdotes et de citations, nous pouvons nou

rendre compte que notre époque n'est pas plus particulièrement éprouvée et que la grippe fut une maladie de tous les temps.

J. Noir.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Trois sonnets.

In corpore sano.

Sain d'esprit en un corps bien portant et sans tare,
Tel je suis, et de plus, dispos après le bain,
Quand j'ai bu (sans excès !) ce petit vin sabin
Qu'à Maecenas versait Flaccus dans le canthare.

Je crains peu l'air frisquet qui vient du mont Albain,
Car mes poumons ignorent l'asthme et le catarrhe ;
Mon estomac (l'aurai-je encor dans le Tartare ?)
Se délecte au gibier de mes champs suburbains.

L'artère, à mon poignet, bat tranquille ; mon foie
N'est pas, comme celui de Prométhée, en proie
Aux tortures qui font, d'horreur, hurler Echo.

Pour rendre grâce au Ciel dont la clémence écarte
De ma verte santé gravelle et fièvre quarte,
Tous les ans, je suspens au temple un ex-voto.

***

Au chirurgien.

Praxitèle, Scopas, Alcamène, Euphranor
Ont, adroits artisans du biseau métallique,
Dans le paros, l'éleusis bleu, le pentélique,
Intaillé les contours du geste et de l'effort ;

Mais, au marbre divin qui nous émeut encor,
La statue est figée, altière ou bucolique :
Le bras menaçant garde à jamais sa réplique,
Et le pied en suspens arrête son essor...

Toi, plus que les sculpteurs d'Olympie et d'Egine,
Tu peux, avec l'acier oblique et la rugine,
Donner pleine eurythmie au corps harmonieux,

Car ceux que de leur mal guérit ta main experte
Ont retrouvé par toi le mouvement alerte
Et sont vivants, grâce à tes doigts prodigieux.

***

Invicta !

Tu n'asserviras pas la Nature, comme un
Cheval farouche, en vain rebellé, qu'on attelle,
Et qu'on dirige d'un fouet rude ou par cautèle,
Dès que la muserolle entoure son chanfrein ;

Tu ne parviendras pas à la soumettre au frein ;
L'âpre vouloir de l'homme est faible devant elle
Plus que le fil ténu de la frêle arantèle
Que dilacère et brise un frôlement de main,

Fou, qui croit lui parler en maître ! et qui se vante
D'avoir dompté la Force innombrable et mouvante
Et d'avoir dérobé les intangibles Lois

Ainsi qu'un pastour prend l'humble bourre de laine
Que laissent les toisons aux thyrses des molènes,
Aux aiguillons du houx et du fragon des bois !

Jean Dasquine.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 11 — DIMANCHE 14 MARS 1920

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS

Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, administrateur

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

DIRECTION

Dr A. GASSOT, directeur

Dr P. BOUDIN, secrétaire général

Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, avocat

J. DUMESNY, avocat, secrétaire de la direction

RÉDACTION

Dr J. NOIR, rédacteur en chef

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE secrétaires de la rédaction

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

AVIS

Bouches-du-Rhône, Cassis. — Les médecins sollicités par un groupe de mécontents de s'installer à Cassis pour concurrencer d'emblée le Dr Buges, membre du *Concours*, installé depuis 1913, sont invités à se documenter à fond, auprès de notre confrère lui-même ou à des sources sérieuses, afin d'éviter toute déception. Le poste d'un rayon de 3 kil., avec 2.500 habitants, ne peut faire vivre matériellement qu'un médecin et un pharmacien. Le poste de la Bédoule, dont les « demandeurs de médecins » font état, est à 8 kil., desservi par une mauvaise route en montée totale, et occupé par un médecin pro-pharmacien.

Office de Renseignements du « Concours »

(Voir numéros précédents).

DEMANDES et OFFRES

Toute demande de renseignements doit être accompagnée d'un timbre pour la réponse.

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

No 111. — Le docteur Devilliers, à Dourdan (Seine-et-Oise) demande personne sérieuse, possédant capacités pour instruction d'une enfant et au courant sténo-dactylographie. Meilleures références exigées. Conditions avantageuses.

No 112. — Docteur âgé, fatigué, prendrait immédiatement, pour collaborateur et successeur, jeune docteur célibataire. Poste chef-lieu de canton centre, faisant de 25.000 à 28.000 fr., dont 14.000 francs fixe. Seul médecin, un pharmacien

No 113. — A vendre collections complètes du *Concours médical*, non reliées. Dr Guénot, à La Roche-en-Brénil, C.-d'Or.

No 114. — Grand terrain à vendre de sept mille mètres, au bord de la mer, à Deauville-Benerville. S'adresser au Dr Jubien, à Montreuil-aux-Lions, (Aisne).

No 115. — Paris. On demande pour clinique, médecin faisant syphilis, voies urinaires.

No 116. — Sage-femme, interne des hôpitaux, désirerait situation dans Maternité en France et à l'étranger, comme sage-femme en chef. Dix ans de pratique dans hôpitaux, plus 2 ans de pratique chirurgicale. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

No 117. — Excellent poste à céder à 100 km. de Paris. Région Est, seul médecin, on fait pharmacie. Peu de frais, 500 frs loyer. Rapport 30.000 frs. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

No 118. — A céder d'urgence poste à 70 km. environ de Paris. Rapport 18 à 20.000. Jolie maison avec dépendances. Petit loyer. Indemnité 5000 fr. Pays riche et agréable. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

No 119. — Fille de médecin recherche à Paris atelier pour peintre avec petit appartement attenant, 2.500 à 3.500.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du « **Pyréthane** » donné aux doses de 25, 50, 60 gouttes, en eau bicarbonatée, à renouveler, permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, ou d'en diminuer la dose.

CORRESPONDANCE

La théorie des vitamines telle qu'elle est exposée aux intellectuels.

Je lis dans un journal sérieux, voire même grave, répandu dans les meilleurs milieux : *Le Temps*, puisqu'il faut l'appeler par son nom, numéro du 28 février, un compte-rendu de l'Académie des Sciences.

Son Altesse le Prince de Monaco a présenté à cette savante Assemblée un travail du Dr Portier et de Madame Lucie Raudoin sur les vitamines, substance hypothétique, qui joue un grand rôle dans l'alimentation, et dont la suppression cause la mort.

J'ai connu des personnes que la microphobie entraînait à stériliser tous leurs aliments. Elles n'auraient jamais mangé une pêche, une cerise, un raisin, sans les avoir préalablement stérilisés (?) en les trempant dans l'eau bouillante.

Elles ne savaient pas, les malheureuses, que le scorbut des marins et des enfants provient d'une alimentation composée d'aliments stérilisés.

Heureusement que (je cite textuellement *Le Temps*) le Dr Portier et Mme Raudoin ont trouvé un remède à ce grave danger : « *Il suffit en effet d'ajouter aux produits alimentaires stérilisés une certaine quantité d'aliments qui ont déjà passé par le tube digestif.* »

J'avoue que, devant ces conclusions, je demeure perplexe. Qu'est-ce que nous allons bien ajouter à nos aliments stérilisés pour y adjoindre les vitamines qui leur manquent, et qui, par carence, pourraient entraîner la mort ?

La communication nous le dit : « *Un produit ayant déjà passé par le tube digestif.* »

Mais alors il nous faudrait, dit une lectrice, assaisonner nos aliments stérilisés avec de la m... ?

— Oui Madame !

Dr Good.

La Mothe-Saint-Héray (Deux-Sèvres)
28 février 1920.

Achat d'automobiles des stocks.

Désireux d'acquérir une automobile Ford neuve, provenant des stocks américains, par priorité, je vous serais reconnaissant de m'indiquer un moyen pratique et rapide, si toutefois il en existe en France, d'entrer en possession de cette voiture, et au besoin d'appuyer ma demande.

Je suis muni : 1° d'un certificat du maire, constatant que j'exerce la médecine dans cette localité et que j'y assure divers services publics ; 2° d'une déclaration légalisée d'après laquelle je m'engage à conserver cette voiture pendant un an au moins.

Malgré toutes mes démarches depuis six mois, je ne puis obtenir satisfaction. Or, il existe plus de 3.000 voitures de ce genre encore sous caisses, peut-être réservées à des accapareurs et profiteurs de la guerre.

Mobilisé du 2 août 1914 au 9 mars 1919, supplanté dans ma clientèle par un médecin d'un canton voisin embusqué, contre lequel les pouvoirs publics avaient le devoir de me protéger en l'éloignant à mon retour, je réclame une bien petite compensation qui n'est qu'un *droit* ; je voudrais seulement voir ce droit devenir une *réalisation*.

Je compte sur votre haute influence pour obtenir prompte satisfaction et vous en remercie d'avance.

Dr L.

Réponse.

Pour acquérir une voiture provenant de la liquidation des stocks, il est nécessaire de se préoccuper des localités dans lesquelles sont effectuées les ventes aux enchères et des dates de ces ventes. Vous pouvez, à cet effet, suivre les annonces qui sont faites dans les journaux ou écrire à la direction de la liquidation des stocks, 70, avenue de La Bourdonnais, à Paris, en demandant que les ventes les plus prochaines vous soient indiquées.

Puis, quand vou aurez ces renseignements, vous devrez, quelques jours à l'avance, aller sur place voir les voitures à vendre et lorsque votre choix sera fait, déposer votre soumission sous pli fermé.

Les soumissions peuvent être envoyées par correspondance sous pli recommandé, au président de la Commission de vente. Elles sont valables si elles sont reçues avant la clôture du délai fixé.

Prorogation de baux.

I

Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me fixer sur le point suivant :

En outre de mon habitation principale et professionnelle à X, nous sommes locataires à Y d'un appartement.

Le bail fait en 1914 (avant la guerre) s'étendait jusqu'au 1er octobre 1918 ferme, et ensuite d'année en année (d'octobre à octobre) à moins que l'une des deux parties n'ait prévenu l'autre six mois d'avance (donc avant le 1er avril de chaque année) de son intention d'y mettre fin.

Le prix du loyer était de 1.800 francs par an.

Pendant les 2 premières années de la guerre, ma femme a payé intégralement son loyer, puis, à partir de 1917, elle a conclu à l'amiable un arrangement avec le propriétaire, réduisant le loyer à 1.000 frs annuels, jusqu'à la fin des hostilités.

Quoique les hostilités ns fussent pas officiellement



terminées en mars 1919 et dans l'incertitude de cette date officielle, ma femme a offert au propriétaire de relever à 1.400 frs, l'année allant d'octobre 1919 à octobre 1920, les 1.000 jusqu'alors payés, ce qui a été accepté.

Depuis l'annonce officielle de la fin des hostilités, aucune notification n'a été faite au propriétaire — ni aucune n'a été faite par ce dernier.

Si d'ici au 1er avril prochain ma femme n'en reçoit aucune, est-elle en droit de considérer qu'elle peut, ou mieux qu'elle a le droit, de rester locataire pendant les deux années de prolongation consentie par la récente loi, bien entendu au prix primitif de 1.800 fr. du loyer d'avant-guerre ?

Ou bien vaut-il mieux qu'elle informe avant le 1er avril (c'est-à-dire les 6 mois d'avance stipulés au bail de 1914) de son intention de garder suivant la loi deux années son appartement à dater d'octobre 1920 jusqu'à octobre 1922, toujours bien entendu au prix primitif de 1.800 francs.

Le propriétaire pourrait-il se refuser à cette prolongation sous un prétexte quelconque ?

Il reste encore une hypothèse : c'est qu'avant le 1er avril, le propriétaire ne manifeste pas.

Dans ce cas il me semble que le bail continue automatiquement pour une année, c'est-à-dire jusqu'au 1er octobre 1921, aux termes du contrat primitif de 1914 venant à expiration le 1er octobre 1918 pour la période ferme de 4 ans, mais donnant lieu à renouvellement tacite d'année en année sauf avis contraire de l'une des deux parties. Seulement, dans ce cas, ce ne serait qu'une année de prolongation et non deux.

Il me semble d'ailleurs qu'il vaut mieux que ma femme avise avant le 1er avril le propriétaire de son intention d'user du droit que la loi lui confère, de garder deux ans son appartement à dater d'octobre 1920. Quelle est la formule légale ou juridique à employer dans ce cas ?

Réponse.

Aux termes de l'article 58, § 2, de la loi du 9 mars 1918, le locataire non mobilisé qui veut bénéficier de la prorogation de son bail, doit faire connaître son intention au propriétaire, au plus tard trois mois avant l'expiration dudit bail.

Cette notification doit être faite par acte extrajudiciaire, c'est-à-dire par ministère d'huissier.

Comme votre bail continue d'année en année à partir du 1er octobre 1918, à moins que l'une des parties n'ait prévenu l'autre six mois d'avance, la date d'expiration normale dudit bail ne sera donc fixée que lorsque le propriétaire vous aura donné congé et ce ne sera qu'à compter de ladite date d'expiration normale que courra le délai de deux ans de la prorogation légale.

Si donc le propriétaire vous donne congé avant le 1er avril pour le 1er octobre 1920, vous aurez droit, en notifiant votre volonté par huis-

sier avant le 1er juillet, à la prorogation du bail jusqu'au 1er octobre 1920, aux conditions de prix d'avant guerre.

Si le congé ne vous est donné que postérieurement au 1er avril, il ne serait valable normalement que pour le 1er octobre 1921. Vous auriez droit alors, en faisant la notification, avant le 1er juillet 1921, à la prorogation jusqu'au 1er octobre 1923. Et ainsi de suite, en ajoutant toujours deux ans à la date d'expiration normale déterminée par le congé.

II

J'occupe depuis 33 ans un immeuble dont le bail expire le 1er janvier 1921. Mon propriétaire m'ayant donné à entendre, il y a 2 mois environ, qu'il se proposait de faire des aménagements dans l'immeuble, à l'occasion du mariage de sa fille, je lui ai envoyé un avertissement, par huissier, de mon intention de profiter du délai accordé par la loi, d'une prolongation égale à la durée de la guerre, en me réservant de lui donner satisfaction dès qu'il y aurait pour moi possibilité de trouver un logement, ce qui est tout à fait impossible à l'heure actuelle. Il prétend que je ne suis pas dans les conditions requises et que mon avertissement aurait dû se faire dans les 30 jours après la promulgation de la loi, et non, aux termes de la loi que j'ai lus, et d'après votre avis dans le *Concours*, 3 mois avant l'expiration du bail, se basant sur des articles additionnels à la loi.

Je vous serais fort obligé de vouloir bien me donner l'avis de votre conseil juridique dans une question qui intéresse tant de nos confrères, et dans le plus prochain numéro du journal qu'il vous sera possible.

Dr T.

Réponse

Vous avez parfaitement raison. L'article 58, § 2, de la loi du 9 mars 1918 donne aux locataires un délai de trois mois avant l'expiration du bail pour faire connaître leur intention au bailleur en ce qui concerne la prorogation.

La loi du 4 janvier 1919 a bien ajouté, à cet article de celle du 9 mars 1918, deux nouveaux alinéas. Mais ceux-ci ne visent que les locations verbales, et non les baux écrits.

Si votre notification a été faite régulièrement par ministère d'huissier, vous pouvez donc avoir confiance en sa validité.

III

Par trois lettres recommandées, avec avis de réception et dont j'ai le double récépissé, j'ai averti mon propriétaire que j'entendais user de la prorogation de mon bail prévue par la loi sur le moratorium des loyers, soit pour moi, soit pour mon succes-

(*Voir la suite page XXIX-697*).



CYTO-SÉRUM

THÉRAPEUTIQUE ARSENICALE INTENSIVE

PUISSANT STIMULANT DE L'HÉMATOPOÏÈSE ET DE LA PHAGOCYTOSE

GRIPPE
TUBERCULOSE
SYPHILIS
PALUDISME
NÉOPLASMES
NEURASTHÉNIE

contre toute altération du sang,
contre les maladies infectieuses et parasitaires,
contre les cachexies de toute origine.

ÉCHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE

LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS
Teléph: Wagram 37-64
Teleg: Pantuto-Paris

NÉOPLASMES, ÉRYTHÈMES POLYMORPHES, TOUS ACCIDENTS BLENNORRAGIQUES

Ampoules de Bromure DE

Mésothorium

3 Sortes de Solutions

LABORATOIRES RHEMDA
PAUL NAVELOT, Pharmacien de 1re Classe.
51 et 53, Rue d'Alsace,
COURBEVOIE-PARIS.

TRAITEMENT ORGANOTHÉRAPIQUE de la Diathèse Urique

Essentiellement différent des solvants chimiques de l'acide urique
qui sont des substances étrangères à l'économie,

le SOLUROL

(ACIDE THYMINIQUE)

restitue à l'organisme soumis à la diathèse urique, **l'éliminateur naturel**
(acide thyminique) élaboré normalement par l'organisme sain
assure ainsi un **maximum d'activité thérapeutique,**
sans jamais produire la moindre action nuisible.

COMPRIMÉS dosés à 25 centigr. — DOSE moyenne: 3 à 4 comprimés par jour.

LABORATOIRES CLIN — COMAR & Cie, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.

1332

PROPOS DU JOUR

L'enseignement à tirer de la grève des cheminots.

« Mon vieux, me dit le Dr Jacques Bonhomme à notre dernière rencontre, je ne suis pas bolcheviste et j'ai horreur de toute dictature, fût-elle celle du prolétariat. Aussi, lorsqu'a éclaté la grève des cheminots, je fus pris d'une véritable colère. Je ne pouvais pas comprendre que, pour un motif futile, toute une corporation de qui dépend la vie économique de la Nation, se fût insurgée contre elle. Et malgré toute la sincérité de mon syndicalisme et le désir de voir triompher mon idéal, je trouvais odieux que toi, moi et quelques millions d'autres pauvres diables fussent obligés de se restreindre et certains de mourir de faim, parce qu'il n'avait pas plu à une compagnie d'autoriser un de ses employés à se rendre à un Congrès et parce que les camarades de ce dernier, puni de deux jours de mise à pied, n'avaient pas admis la légitimité de cette sanction.

Du coup je me suis, moi aussi, révolté, et bien qu'approchant de la soixantaine, je suis allé offrir mes services d'automobiliste volontaire au gouvernement. Cependant, tu me connais, je suis tolérant à l'excès et n'ai aucun goût pour la profession de briseur de grèves.

Depuis les choses se sont arrangées. Ma colère s'est apaisée et j'ai pu réfléchir avec sang-froid sur les événements. »

— « Et selon ta bonne habitude, répliquai-je en souriant, tu vas en tirer une leçon. ».

« Parfaitement, reprit Jacques Bonhomme. N'ironise pas, je t'en prie, car je parle très sérieusement. »

— « Je n'en saurais douter, dis-je, en manière d'excuses, continue, je te promets de ne plus t'interrompre. »

— « Je me suis dit, en réfléchissant, continua Jacques Bonhomme, devenu grave et songeur, que toute une corporation, composée en grande majorité de braves gens, instruits pour la plupart, qui, pendant cinq années de guerre, ont vaillamment et en toutes circonstances fait leur devoir, bien que touchant alors des salaires de famine, qui ne furent relevés que fort tard, je me suis dit que cette corporation n'avait pu brusquement et sans autre motif plus sérieux que le prétexte invoqué prendre une résolution aussi grave que la grève générale des transports.

Tu me répondras, qu'on a fait auprès des cheminots une intense propagande extrémiste. Tu me citeras l'exemple de la Russie, de la Hongrie, de l'Allemagne même, tu insisteras sur la virulence du miasme bolcheviste. D'accord. Mais pour que le microbe pullule, il faut que le terrain où on l'a ensemencé soit préparé d'avance et, avoue-le, les méthodes ou plutôt l'absence de méthode de ceux qui gouvernent et administrent la France ont copieusement préparé le bouillon de culture... Ne proteste pas. Ce n'est ni moi, ni un syndicaliste qui l'affirment. C'est tout le monde. C'est le député administrateur, M. Noblemaire, à la Chambre; c'est le ministre lui-même à la Chambre et au Sénat. Je viens de lire dans le *Matin* un article de M. J. Imbert, ingénieur des mines, inspecteur des chemins de fer, qui, certes, n'est pas un gréviculteur ; il parle au nom de la classe moyenne des cheminots. Il se plaint, lui aussi, de ces milieux administrativement impénétrables à la vérité et aux faits, de la politique imprévoyante et à courte de vue de ceux qui dirigent, de ces réformes indispensables, de ces sacrifices nécessaires, imposés par la justice et le bon sens, qui sont consentis par ceux qui ont plein la bouche de ces grands mots, sous le coup de la menace, et qui arrivent à midi cinq au lieu d'arriver à midi moins cinq. »

— « D'accord, ne pus-je m'empêcher d'interrompre, mais où veux-tu en venir ? »

— « Où je veux en venir ? C'est qu'il en est partout ainsi en France et que les médecins, tout aussi bien que les cheminots, souffrent de cette inconscience, de cette ignorance, de cette incompréhension administratives. Vraiment, à voir agir ceux qui nous ont gouvernés ou administrés jusqu'à ce jour, l'on dirait que la guerre n'a pas eu lieu et que la France doit s'accommoder de cette bonne petite République des camarades qui s'était si douillettement installée chez nous avant 1914.

L'on continue à affecter un certain mépris des forces corporatives ; il répugne à M. Duparlement comme à M. Lebureau de faire appel

au concours des syndicats, des gens compétents, de ceux sans lesquels la vie économique et sociale est impossible, dont la collaboration et la bonne volonté sont indispensables à l'application des lois. En veux-tu un récent exemple ?

Le *Journal officiel* a publié la loi du 25 octobre 1919, étendant à quelques maladies professionnelles la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

Cette nouvelle loi intéresse tout particulièrement les médecins qui doivent évidemment contribuer à l'appliquer. L'article 5 exige qu'un certificat de médecin, indiquant la nature de la maladie et ses suites probables, complète la déclaration de la maladie professionnelle par la victime. L'article 12 rend en outre cette déclaration obligatoire pour le médecin. Or, l'article 10 de la loi institue une Commission supérieure des maladies professionnelles spécialement chargée de donner son avis sur TOUTES LES QUESTIONS D'ORDRE MÉDICAL ET TECHNIQUE qui lui sont renvoyées par le ministère du travail.

Or, sais-tu comment elle est composée cette commission, qui doit examiner toutes les questions d'*ordre médical* et qui compte environ une quarantaine de membres ? De sénateurs, de députés, de directeurs de ministères, d'assureurs, en nombre copieux, de membres de chambres de commerce, de conseillers prud'hommes, patrons et ouvriers.... »

— « Tout le monde, en somme, repris-je, sauf les intéressés, les syndicats ouvriers, patronaux et médicaux. Je gagerais même qu'il n'y pas de médecin dans la commission. »

— « Tu te trompes, continua Jacques Bonhomme, la commission comptera deux patrons et deux ouvriers, mais ils seront désignés par le Conseil supérieur du travail. Quant aux médecins, ils seront représentés par six membres : deux délégués de l'Académie de médecine, deux professeurs de la Faculté de médecine, deux médecins de la Commission d'hygiène industrielle. Les médecins praticiens, qui auront la charge et le souci de l'application de la loi, n'ont pas à donner leur avis sur les *questions d'ordre médical* qui les intéressent.

Les syndicats, qu'ils soient ouvriers, patronaux ou médicaux sont systématiquement ignorés, ils ne comptent pas.

Voilà comment on a légiféré en octobre 1919, un an après la terminaison de la guerre. Ne croirait-on pas que cette loi date de 40 à 50 ans ?

Tu conviendras bien que cette incompréhension de la situation actuelle ne saurait s'éterniser, qu'il faudra bien, de gré ou de force, changer ces méthodes surannées, que ceux qui produisent, qui travaillent comme nous, n'entendent pas qu'indéfiniment, on règle leurs intérêts sans leur demander leur avis et qu'on leur impose des devoirs sans leur donner le droit d'avoir voix au chapitre. Tout ceci ne peut durer. Le mécontentement qui a poussé les cheminots à la révolte, existe partout, même chez les médecins. Après avoir laissé pendant près de 40 ans prospérer le syndicalisme, il n'est plus possible de faire fi de sa puissanc et de sa volonté d'action. Il faut, comme le réclamait récemment Marc Sangnier à la Chambre des députés, que les syndicats prennent une part directe au gouvernement du pays sans cela, nous nous acheminons fatalement vers la révolte, l'anarchie et les pires catastrophes. C'est le bolchevisme d'en haut qui engendre le bolchevisme d'en bas. »

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

MALADIES COLONIALES

Un traitement méthodique du paludisme,

Par le Dr RAIZIS (d'Alexandrie),

Ex-Médecin traitant des paludéens à l'Hôpital Bégin.

Nous avons eu à traiter à l'hôpital militaire Bégin, à notre retour du front, un millier environ de paludéens récents ou chroniques. En quittant l'armée, nous nous faisons un devoir de donner un compte-rendu succinct de nos observations.

Nos malades avaient contracté leur paludisme en Orient ou dans les colonies africaines.

L'examen bactériologique révélait l'hématozoaire à ses différents stades. Dès leur arrivée dans le service, nous les avons soumis à un traitement uniforme dans le but, non seulement d'enrayer les incidents aigus de la maladie, mais encore de blanchir l'organisme de tout

germe pour arriver autant que possible à combattre l'anémie, comme les lésions qui frappent le foie, la râte ou les surrénales, comme les séquelles qui persistent chez tous les paludéens avérés.

La grande majorité de nos sujets étaient des chroniques, atteints et souffrants depuis des années, et chez qui la quinine seule, même à doses élevées, restait inefficace.

Par sa ténacité, par les graves altérations sanguines, par les lésions profondes de tous les organes qu'il détermine, par ses prédilections pour certains d'entre eux, par ses caractères parasitaires, en un mot, le paludisme est à rapprocher de la syphilis. A ce propos, le Dr Amédée Lafont, dans une thèse saisissante, a pu mettre en évidence l'hérédité du paludisme et la comparer à celle de la syphilis. Le Pr Letulle a démontré que certaines cirrhoses avec ascite, offrant le tableau clinique complet de la cirrhose alcoolique, relevaient du spirochète ; Courtois-Suffit et Giroux ont signalé, dans un article encore récent, une cure héroïque d'une cirrhose grave guérie par le traitement spécifique. Et ce que nous venons de rappeler au sujet de la vérole renforce encore l'analogie que nous voulons établir entre elle et tout ce que peut produire l'hématozoaire. Ceci étant posé, *il nous a paru logique d'employer vis-à-vis de cette maladie la même tactique thérapeutique, systématique et prolongée,* que celle qu'on dirige couramment contre la syphilis Comme le conseille Laveran, il faut attaquer le parasite dans les premières phases de son évolution. C'est à ce moment que la quinine agit à coup sûr, alors que son action devient plus problèmatique, ou échoue contre les parasites adultes ou vieillis. Si l'on veut atteindre ces formes jeunes et les détruire au moment de leur éclosion, il faut donc imbiber l'organisme de quinine pendant toute la période *où cette éclosion* peut se faire.

Nous avons donné la préférence aux injections intramusculaires de quinine, seul moyen retenant la quinine 24 heures dans l'organisme ; répétées pendant vingt jours, ces injections ont eu tout le succès que nous en attendions contre les grands accès fébriles ; mais elles ont été moins heureuses contre les fébricules, les élévations quotidiennes à 38° qui suivent les grands accès, et persistent dans l'intervalle de deux d'entre eux. Le paludisme, dans cette forme, ne laisse au malade aucun répit. Ces fébricules, attribuées habituellement au paludisme, ne sont, à notre avis, que la manifestation de la congestion hépatique, cette congestion étant due elle-même à la destruction en masse des parasites et à leurs toxines charriées par le sang, Nous avons eu recours à un désinfectant hépatique aussi doux qu'efficace : le bleu de méthylène administré *à hautes doses.* Les petites doses habituellement prescrites, à raison de 0 gr. 20 par jour, ne nous ont pas donné de résultats probants.

Nous avons été vraiment très satisfaits de cette thérapeutique. Alors qu'avec l'ancienne méthode, nous avions cinquante pour cent de récidives, nous avons eu à peine une rechute sur cent cas traités. Dans ces rechutes exceptionnelles, la fièvre n'a jamais dépassé 39°5, n'a jamais duré plus de 48 heures. Toutefois, par prudence et pour plus de sécurité, nous avons refait une deuxième série de vingt injections de quinine. Chez tous les malades ainsi traités, les hématozoaires disparaissaient dès la deuxième semaine et ne reparaissaient pas, même au cours des rechutes. *Nous avons pu suivre, pendant plusieurs mois, quelques-uns de nos malades démobilisés dans la région parisienne, et nous assurer de la stabilité de leur guérison.*

L'organisme étant débarrassé de ses hématozoaires et le foie étant revenu à son état normal, nous nous sommes efforcés de stimuler les fonctions hématopoiétiques par l'association des arsenicaux et du fer ; d'abréger la convalescence par le glycérophosphate de chaux et un vin composé à base de quinquina et de noix vomique. Habituellement, d'ailleurs, dès la fin du traitement par la quinine, nos malades avaient repris un aspect floride. A ceux dont l'anémie nous paraissait trop rebelle, nous avons fait prendre chaque jour, après la série de piqûres de cacodylate, trente gouttes d'adrénaline au millième pendant une période de dix jours.

Le repos absolu au lit pendant quelques jours, une suralimentation bien comprise, pendant une convalescence assez longue, sont indispensables dans les formes graves. Contre l'insomnie, l'agitation de certains convalescents, nous avons employé le bromure de potassium.

Nous avons eu à traiter quelques cas de paludisme primaire, chez des soldats rapatriés d'Orient ou des colonies africaines. Pendant leur séjour hors de France, ces militaires n'avaient pas eu le moindre accès fébrile ; à leur retour, ils avaient fait, dans une promiscuité étroite avec des paludéens, une traversée pénible dans les cales. Quelques jours après leur arrivée, ils ont présenté des accès typiques, et on a constaté chez eux la présence dans le sang d'hématozoaires. Ces malades ont été unanimes à nous dire qu'il n'y avait pas de moustiques à bord, ce qui nous ferait supposer que, dans certains cas, d'autres insectes, comme les poux par exemple, pourraient être vecteurs de paludisme, L'anophèle n'en serait pas l'unique transmetteur.

Voici le résumé du traitemeat que nous avons institué, avec quelques formules qui nous ont donné toute satisfaction.

1° Les cinq premiers jours, faire une injection intramusculaire (dans la région fessière) de :

Chlorhydrate de quinine	1 gr. 20
Uréthane	0 gr. 60

et donner à prendre au malade deux cachets, de 0 gr. 50 chacun, de bleu de méthylène, par jour, un à midi et l'autre le soir.

Pendant ces 5 premiers jours de traitement, le malade reste couché : diète lactée absolue, c'est-à-dire deux à trois litres de lait sucré par jour et un litre de tisane ou de thé.

2° Les cinq jours suivants, une injection par jour de

Chlorhydrate de quinine.....	0 gr. 80
Uréthane..................	0 gr. 40

et deux cachets par jour de bleu de méthylène de 0 gr. 50 chacun.

Le malade commence à se nourrir, il prend 50 à 100 gr. de viande crue hachée par jour, dans une purée de légumes secs ou verts ou dans un bouillon *tiède*.

3° Les dix jours suivants, une injection par jour de :

Chloryhdrate de quinine	0 gr. 40
Uréthane	0 gr. 20

et deux cachets par jour de 0 gr. 50 de bleu de méthylène.

4° Les vingt jours suivants, une injection sous-cutanée au bras, par jour, de cacodylate de soude : (0 gr. 10), et un cachet de bleu de méthylène : 0 gr. 50 tous les matins. En plus, midi et soir, au milieu du repas, un des cachets suivants :

Glycérophosphate de chaux	25 gr.
Protoxalate de fer	12 gr.
Poudre de noix vomique	5 gr.

Pour quarante cachets.

5° Après quarante jours de traitement assidu, les malades emportent avec eux l'ordonnance ci-dessous :

Teinture de noix vomique	ââ 25 gr.
Liqueur de Fowler	

(flacon compte-gouttes).

Vingt gouttes midi et soir, avant le repas, pendant 20 jours.

Arrêter dix jours et recommencer trois fois, de préférence aux mois de printemps ou d'automne.

1er *nota.* — Pendant toute la durée du traitement, le malade prend ses 50 à 100 grammes de viande crue hachée, par jour, et un quart d'heure avant ses repas, midi et soir, 30 grammes du vin suivant :

Extrait de quinquina	800 cent. c.
Teinture de noix vomique	45 —
Teinture de gentiane...........	30 —
Vin vieux	5 litres.

2e *nota.* — Partant du principe hippocratique qu'« à une maladie chronique, il faut opposer un traitement chronique », nous n'hésitons pas, en cas de récidive de la fièvre, après la fin des injections, à recommencer le traitement une deuxième fois ; mais nous n'avons dû y recourir qu'exceptionnellement, pour quelques cas d'accès pernicieux particulièrement tenaces, que nous sommes cependant arrivés à guérir.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu : M. le professeur GILBERT.

Tumeur maligne ganglionnaire du médiastin

Je vous ai montré, dans une dernière leçon, un malade chez lequel nous avons pu établir le diagnostic de tumeur ganglionnaire maligne du médiastin. Cet homme est porteur d'une tumeur médiastinale associée à une grosse adénopathie cervicale. La clinique et la radioscopie ont localisé l'affection dans les ganglions. La nature maligne du processus morbide a été indiquée par sa progression rapide, par les signes de compression et les symptômes généraux.

L'idée d'un anévrysme aortique — tumeur la plus commune du médiastin, chez l'adulte — doit être écartée, ici, *de plano*, la présence de l'adénopathie cervicale éloignant ce diagnostic. Mais, le fait de dire qu'il s'agit d'une affection ganglionnaire ne précise pas suffisamment. A quelle maladie des ganglions a-t-on affaire ?

Les ganglions lymphatiques en général, et ceux du médiastin en particulier, peuvent être le siège de deux ordres de productions malignes : les unes primitives, les autres secondaires, les premières nées dans l'organe, les secondes propagées à celui-ci.

Envisageons, d'abord, les productions secondaires, les propagations malignes aux ganglions du médiastin. Elles peuvent naître en des points divers, plèvre, poumon, bronches, trachée, tous organes dont les lymphatiques se rendent aux ganglions médiastinaux. Chez notre malade, il n'existe aucune lésion maligne, ni de la plèvre, ni des poumons, ni des bronches, ni de la trachée.

Les voies respiratoires ne sont pas les seuls organes dont les tumeurs malignes peuvent se propager aux ganglions du médiastin. Il est un autre organe — je fais allusion à l'œsophage —

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMES DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. **Mémoires de fournitures pharmaceutiques** prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Notes d'ordonnances. — Notes d'ordonnances portant comme en-tête des instructions aux blessés du travail.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures). — Au recto de ces mémoires on trouvera des colonnes dans lesquelles on pourra porter le relevé des opérations et le montant des honoraires; au verso, on trouve le réquisitoire et l'exécutoire à faire signer par les autorités compétentes qui ordonnanceront ce mémoire.

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Notes d'honoraires ordinaires

Notes d'honoraires d'un modèle spécial établies selon les indications du tarif Jeanne.

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50 ..... 4 fr. »»
Le 100 ..... 6 fr. »»
Les 500 .... 28 fr. »»
Les 1000 ... 50 fr. »»

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, 132, *faubourg St-Denis, Paris.*

susceptible d'intervenir de même. Mais, ici également, pas d'affection néoplasique de l'œsophage. Vous savez, d'ailleurs, que les néoplasies œsophagiennes ont peu de tendance à s'extérioriser et ne se propagent aux ganglions que d'une façon discrète. Je vous mentionnerai encore le cancer de l'estomac comme une des origines possibles de l'adénopathie néoplasique médiastinale. Notre malade n'offre aucun signe de cancer gastrique.

Je n'ai pas épuisé la série des propagations malignes aux ganglions du médiastin. Toutes les tumeurs malignes de l'organisme peuvent, d'une façon générale, atteindre à ces ganglions. Le thymus doit être l'objet, à ce point de vue, d'une mention spéciale. Le thymus est une glande endocrine qui joue un rôle considérable dans la physiologie du fœtus. Cette glande continue à se développer après la naissance jusqu'à l'âge de deux ans ; puis elle décroît, surtout à partir de la puberté, jusqu'à la vieillesse. La structure de la glande est complexe, partie épithéliale, partie adénoïde, lymphoïde, si bien que le thymus peut devenir le siège d'un épithéliome et aussi d'un lymphome, d'un lympho-sarcome.

Le thymus est situé dans le médiastin antérieur, au-dessus du cœur et en avant de la trachée, derrière le sternum. Lorsqu'il devient le siège d'une néoplasie maligne, soit lymphomateuse, soit épithéliomateuse, il remplit la loge virtuelle où il est situé, donnant, à la radiographie, un aspect comparable à celui observé chez notre malade. La tumeur ainsi formée écarte le poumon, comprime le cœur et peut aussi envahir les organes voisins et à distance, notamment les ganglions du médiastin. Il y a lieu de se demander si, dans le cas actuel, le thymus n'est pas le point de départ de l'adénopathie médiastinale. Cette hypothèse n'est pas contredite par les symptômes, la fièvre, l'anémie, la polynucléose observées ici. Cependant, on peut faire à cette hypothèse une objection. Il n'est pas dans les habitudes des tumeurs malignes du thymus d'envahir à un pareil degré les ganglions du voisinage. Je ne connais pas d'observation où il en ait été ainsi et M. Letulle n'a rien vu de semblable dans les cas qu'il a relatés. Je le répète, cette atteinte considérable des ganglions porte à penser qu'il s'agit d'une tumeur primitive.

Des tumeurs malignes primitives des ganglions il y a lieu de distinguer deux catégories : les néoplasies primitives véritables et les pseudo-néoplasies primitives. Envisageons-les successivement.

Les néoplasies malignes primitives véritables sont elles-mêmes de deux ordres. Il s'agit de néoplasmes lymphadéniques ou de lymphosarcomes. Les lymphadénies ganglionnaires reproduisent dans leur structure la structure des ganglions lymphatiques. Elles sont formées de tissu adénoïde ou lymphoïde, tissu simple, constitué par un réticulum léger et par des petites cellules à noyau unique appelées lymphocytes. La lymphadénie ganglionnaire est composée sur ce type et amène le gonflement des ganglions. Lorsque la lymphadénie atteint les ganglions du médiastin, ces ganglions se tuméfient sans changer de consistance, avec plutôt une consistance molle que dure. La lymphadénie ganglionnaire, d'autre part, a tendance non à rester circonscrite, mais à envahir. Chez notre malade, la fermeté de l'adénopathie, son caractère d'être circonscrite, sont peu favorables à l'hypothèse de lymphadénie. D'un autre côté, chez les sujets atteints de lymphadénie ganglionnaire, le nombre des leucocytes du sang est augmenté, quelquefois dans des proportions considérables (lymphadénie leucémique), d'autres fois dans des proportions faibles (lymphadénie subleucémique). Il peut arriver aussi qu'il n'y ait aucune augmentation leucocytaire (lymphadénie aleucémique).

Il n'est pas douteux que, chez notre malade, ce diagnostic ne doive être repoussé. Il ne s'agit pas de lymphadénie ganglionnaire. Tout au contraire, le diagnostic de lymphosarcome se présente comme réunissant toutes les chances de vérité. Nous sommes en présence, en effet d'une affection ganglionnaire limitée à un groupe de ganglions. Ceux-ci sont notablement augmentés de volume et leur consistance est accrue. Les troubles de la santé générale observés concordent bien, d'ailleurs, avec ce que nous savons de cette affection.

Ce diagnostic posé, je voudrais vous dire quelques mots, pour terminer, sur les pseudo-néoplasies ganglionnaires dont le diagnostic différentiel doit être envisagé.

Les pseudo-néoplasies ganglionnaires en général et celles du médiastin en particulier peuvent être suscitées par deux affections, que l'on retrouve d'ailleurs à tout instant en pathologie, la syphilis et la tuberculose. Lorsque la syphilis atteint les ganglions et provoque leur hypertrophie, elle amène habituellement une hypertrophie peu considérable. Je ne sache pas qu'on ait relaté une observation de pseudo-néoplasie ganglionnaire syphilitique atteignant le volume rencontré chez notre patient. J'ajoute que le Wassermann a été trouvé négatif.

Reste la tuberculose qui, elle, au contraire, est capable de réaliser un type clinique voisin de celui-ci. La tuberculose ganglionnaire n'offre pas toujours le même aspect. Dans certains cas, après s'être affirmée d'une façon plus ou moins considérable, elle guérit. Dans d'autres cas, elle donne lieu à une fonte, à des abcès. Parfois aussi, on la voit amener une hypertrophie permanente et définitive des ganglions touchés. C'est à cette forme qu'on a donné le nom de tuberculose hypertrophiante des ganglions. Toutes

✦✦

les formes de tuberculose ganglionnaire sont hypertrophiantes, mais ce qu'il y a de particulier dans la variété en question, c'est que l'hypertrophie subsiste indéfiniment. Cette modalité n'est d'ailleurs pas toujours identique. Quelquefois, un seul ganglion est pris ; d'autres fois tout un groupe ganglionnaire est intéressé ; d'autres fois encore, la lésion ganglionnaire se généralise (formes mono-ganglionnaire, poly-ganglionnaire et pan-ganglionnaire).

C'est le type poly-ganglionnaire qui pourrait être en cause dans notre cas. Ce type a deux sièges d'élection : les ganglions mésentériques et les ganglions cervico-thoraciques. Pour ces derniers, en général, l'adénopathie débute non pas par les ganglions du médiastin mais par les ganglions cervicaux — la marche étant inverse de celle observée ici.

La tuberculose hypertrophique des ganglions amène l'augmentation de volume et aussi de consistance de ces ganglions. En se développant, elle arrive à entraîner des compressions des organes du voisinage, comme dans le lymphosarcome. De plus, les modifications du sang observées sont comparables à celles du sarcome et du lymphosarcome. Il n'est pas jusqu'à la fièvre, à l'hyppocratisme des doigts, qui n'appartiennent à l'une et à l'autre affection.

A l'examen histologique des ganglions atteints de tuberculose hypertrophique, on a trouvé quelquefois, mais non toujours, tant s'en faut, des lésions typiques, des cellules géantes. Les bacilles y sont rarement rencontrés. Il y existe, par contre, une hypertrophie du tissu adénoïde — si bien qu'il peut être difficile de différencier cette affection du lymphosarcome, le doute pouvant subsister à l'autopsie. Souvent, alors, il faut recourir à la recherche du bacille et aux inoculations au cobaye.

La ressemblance entre la tuberculose hypertrophiante ganglionnaire et les productions lymphadéniques est telle que les observateurs ont donné à cette tuberculose des noms rappelant cette similitude. Leroy l'avait nommée tuberculose à masque leucémique ; Bezançon, tuberculose pseudo-lymphadénique ; Emile-Weill, pseudo lymphadénome tuberculeux ; Courmont, lymphadénie tuberculeuse.

Dans certains cas, donc, la tuberculose ganglionnaire hypertrophiante est susceptible d'être confondue avec les néoplasies ganglionnaires véritables. Pour en revenir au diagnostic différentiel qui nous intéresse, dans le cas actuel on aurait pu hésiter entre un lymphosarcome et une tuberculose hypertrophiante. Un signe négatif nous a permis de trancher la question. Ce signe est fourni par la réaction à la tuberculine, la cuti et l'intra-dermo-réaction. L'une et l'autre se sont montrées négatives chez notre malade. D'ailleurs, nous ne trouvons, chez lui, aucun antécédent ni aucun phénomène appuyant l'idée de bacillose.

Deux mots, enfin, du traitement. Enoncer le diagnostic de lymphosarcome c'est porter le pronostic. Nous n'avons aucune médication vraiment curatrice à lui opposer. Le médicament le plus employé dans ces conditions est l'arsenic, sous forme d'arsenic minéral (de liqueur de Fowler, généralement) et à doses élevées. Il faut arriver à 20 gouttes et plus de liqueur de Fowler par jour. Dans ces dernières années, de nouveaux agents thérapeutiques actifs, les rayons X et le radium, sont venus se joindre à la médication arsenicale, dans cette affection.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

L'origine du normoblaste et du globulin.

(M. Normet. — *Académie de Médecine.*)

Le professeur Letulle rapporte un travail du Dr Normet, médecin principal des troupes coloniales, concernant l'origine du normoblaste et du globulin.

Dans les prémisses, l'expérimentateur s'engage à démontrer que le mononucléaire donne naissance au normoblaste, soit directement, soit par l'intermédiaire du globulin.

Il parvient à le prouver expérimentalement par les trois procédés que nous allons décrire.

Dans la première expérience, le Dr Normet, injectant dans une veine d'un cobaye une dose de 15 cent. de citrate de soude par kilogr. d'animal, en solution à 10 /1000 obtient des normoblastes avec une série d'intermédiaires partant du globule blanc mononucléaire, pour passer au mégaloblaste basophile, puis métachromatique, qui, par division, donne des normoblastes métachromatiques et enfin acidophiles.

Dans sa deuxième expérience, l'auteur injecte à un lapin, une dose mortelle de citrate de soude à 10/100 ; puis, il prélève le sang et observe son évolution *in vitro* et constate les mêmes transformations.

Dans la troisième expérience, il nous fait assister à l'évolution *in vitro* du globule blanc extrait de la cavité péritonéale du cobaye, qui donne d'abord des globulins que nous voyons ensuite évoluer en éléments nucléés qui sont tantôt des éosinophiles, tantôt des normoblastes, ceux-ci se transformant en hématies après avoir abandonné leur noyau.

La mort du fœtus par submersion intra-utérine.

(MM. Balthazard et Piédelièvre. — *Académie de médecine.*)

Longtemps contestée, la possibilité des mouvements respiratoires prématurés du fœtus dans la ca-

vité utérine est actuellement admise par les accoucheurs et les médecins légistes. Ces mouvements respiratoires se produisent lorsque le fœtus souffre d'une asphyxie lente, au cas de décollement prématuré du placenta, de compression du cordon, par exemple.

MM. Balthazard et Piédelièvre estiment que la présence de nombreux éléments du liquide amniotique et surtout de débris de méconium dans les voies respiratoires ou les poumons d'un enfant mort-né ou nouveau-né, n'ayant respiré que d'une façon incomplète, permet d'attribuer la mort à une asphyxie intra-utérine, accompagnée de submersion. Toutefois de telles conclusions ne peuvent plus être formulées lorsque les débris provenant du liquide amniotique ne sont trouvés dans les poumons qu'en quantité minime et seulement dans certains territoires pulmonaires. Cette dernière constatation serait, en effet, d'ordre banal, car l'aspiration du liquide amniotique habituellement contenu dans les fosses nasales est fréquente lors des premiers mouvements inspiratoires après la naissance.

Pour apprécier les causes de la mort d'un nouveau-né, il y aurait donc lieu de procéder à l'examen histologique des poumons, à l'aide de certaines techniques spéciales qui mettent en évidence les éléments du liquide amniotique et du méconium.

Etiologie des spasmes primitifs de l'œsophage.

(M. Guisez. — *Académie de médecine.*)

M. Guisez a eu l'occasion d'examiner à l'œsophagoscopie un très grand nombre de spasmes primitifs de l'œsophage (exactement 420), dont la plupart étaient graves et permanents, et il en présente une étude à la fois étiologique et pathogénique.

Pendant longtemps, on a considéré ces spasmes comme des phénomènes purement nerveux, tenant à un état général névropathique et à l'hystérie, avec, comme conséquence thérapeutique, l'administration des antispasmodiques (bromures, douches). Puis, lorsque les rayons X eurent décelé dans ces spasmes une véritable sténose siégeant toujours aux mêmes points, on incrimina l'existence de petites crevasses, de petites fissures, provoquant la contracture des fibres sphinctériennes.

L'auteur n'admet ni l'une, ni l'autre de ces théories On ne constate jamais, dit-il, à l'œsophagoscope, de semblables fissures. L'étiologie des spasmes primitifs de l'œsophage serait tout autre et devrait être attribuée à une viciation de l'acte physiologique de la déglutition.

L'œsophage est un tube, une cavité, avec une bouche d'entrée (cervicale) et un orifice de sortie (cardia). Les orifices d'entrée et de sortie ne laissent passer physiologiquement que des aliments préparés, mastiqués convenablement. Chez les sujets qui ont une mauvaise mastication (édentés, vieillards, gloutons, gens pressés mangeant très vite), le bol alimentaire trop volumineux et dur s'arrête dans l'hypopharynx, au-dessus de la bouche œsophagienne. Les efforts de déglutition effectués pour faire descendre ce bol alimentaire entraînent de l'irritation, un spasme, intermittent d'abord puis temporaire, du sphincter de l'œsophage et une dilatation de l'hypopharynx. Le même phénomène se produit au niveau du cardia (cardiospasme), avec dilatation sus-jacente du tube œsophagien.

Telle serait, pour M. Guisez, la pathogénie des spasmes primitifs de l'œsophage. Le traitement, inspiré de ces considérations, consiste à corriger la mauvaise déglutition et la mauvaise mastication. La dilatation est nécessaire lorsque la sténose spasmodique est devenue permanente. La médication anti-spasmodique ne devient alors qu'un adjuvant.

De l'intoxication rectale par les acides.

(M. L. Dreyfus. — *Société de Biologie.*)

Dans un travail antérieur, M. Dreyfus a montré que certains corps, tels que l'adrénaline, inoffensifs — expérimentalement — lorsqu'on les introduit dans l'estomac ou l'intestin grêle, sont, au contraire, très toxiques lorsqu'on les injecte dans le rectum.

L'auteur a poursuivi ses recherches sur cette question avec les acides butyrique, acétique et lactique, qu'il a injectés à des lapins, dans le rectum, en solutions diluées. Ses expériences montrent que les acides sont beaucoup plus toxiques dans la partie toute terminale de l'intestin que dans l'estomac.

Vaso-constriction rénale produite par le gui.

(MM. Busquet et L. Niquet. — *Société de Biologie de Nancy*).

L'extrait total de gui (*viscum album*) possède des principes dépresseurs cardiaques qui produisent de l'hypotension artérielle, comme l'ont observé pour la première fois, en 1907, R. Gaultier et J. Chevalier. Reprenant l'étude de cette substance et s'adressant à l'indosé organique du gui (dépourvu d'alcaloïdes), MM. Busquet et Niquet ont enregistré un résultat nouveau relatif aux effets circulatoires du gui, à savoir une vaso-constriction produite électivement sur le rein.

L'indosé organique du gui provoque chez le chien, en injection intra-veineuse, une vaso-constriction rénale. Il n'est pas sans intérêt de connaître ce phénomène expérimental, en raison de l'utilisation du gui comme agent hypotenseur chez certains malades atteints de néphrite chronique.

L'urée sanguine dans l'épilepsie.

(MM. H. Dufour et Semelaigne. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Chez une de leurs malades atteinte d'épilepsie, MM. Dufour et Semelaigne ont constaté un trouble humoral passager, une augmentation de l'urée san-

guine, dans la période immédiatement prémonitoire de la crise. Des dosages d'urée dans le sang prélevé en dehors des crises avaient donné des chiffres variant entre 0 gr. 25 et 0 gr. 40. Une prise de sang faite au moment où se montraient les prodromes d'une crise fournit à l'analyse 0 gr. 84 d'urée. M. Dufour rappelle les travaux d'Obregia et Urechia qui, étudiant les variations de l'urée chez les épileptiques, ont constaté avant l'accès convulsif une augmentation de l'urée sanguine dans cinq cas et une diminution dans deux cas.

M. Sicard a pratiqué également des examens azotémiques en série chez des comitiaux. Il ne lui a pas semblé que, dans les jours ou les heures précédant la crise, le taux azotémique fût augmenté.

Les manifestations oculaires du botulisme.

(M. de Saint-Martin, de Toulouse. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. de Saint-Martin a eu l'occasion d'observer quatre malades atteints de botulisme après l'ingestion d'une conserve de truite fumée. Les premiers symptômes, apparus au bout de vingt-quatre heures, ont consisté en vomissements, sécheresse de la gorge, dysphagie, aphonie, faiblesse et abattement extrêmes, constipation, oligurie.

Puis, se sont montrés les troubles oculaires : ptosis, double et total, diplopie et mydriase. Mais, outre ces manifestations oculaires classiques du botulisme, l'auteur a noté des accidents peu connus encore dans cette affection, un rétrécissement considérable du champ visuel et un état congestif du nerf optique et de la rétine.

La régression de tous ces phénomènes fut très lente.

Injections intra-veineuses de solutions hypertoniques de glucose chez les néphritiques azotémiques.

(MM. Rathery et Boucheron. — *Société médicale des Hôpitaux.*)

Les injections hypertoniques de glucose (à 300 pour 1.000) sont considérées (Pic, Moutard-Martin, Arrous, Enriquez, etc.) comme un excellent procédé thérapeutique pour agir sur la diurèse. D'une façon générale, chez les oliguriques, ces injections augmentent presque immédiatement la sécrétion urinaire.

Conviennent-elles à tous les cas ? Selon MM. Rathery et Boucheron, il semble qu'une certaine catégorie de malades ne retirent pas de cette thérapeutique un bénéfice réel et même voient parfois leur état s'aggraver du fait de son emploi. Les malades dont il s'agit sont les néphritiques chroniques azotémiques. Dans trois cas de ce genre, soumis par M. Rathery à l'injection intraveineuse de 250 cmc. de glucose à 300 p. 1.000, non seulement la diurèse n'a pas été accrue mais encore l'oligurie et l'azotémie ont augmenté.

Les injections intra-trachéales dans les broncho-pneumonies aiguës.

(MM. Rathery et Bonnard. — *Société médicale des Hôpitaux.*)

MM. Rathery et Bonnard ont obtenu de bons résultats des injections intra-trachéales dans plusieurs cas de broncho-pneumonies aiguës grippales.

Ils pratiquent l'injection intra-trachéale directe par ponction de l'espace inter-crico-thyroïdien. Avec une aiguille ordinaire, la piqûre est faite sur la ligne médiane, dans l'espace inter-crico-thyroïdien immédiatement au-dessus du bord supérieur du cricoïde. On enfonce l'aiguille de 16 à 18 millimètres (un travers de doigt) : un sifflement léger, dû à l'entrée de l'air, indique qu'on est bien dans la trachée. On adapte alors la seringue au canon de l'aiguille et l'on pousse l'injection dans le canal trachéal.

Les auteurs ont employé l'huile goménolée à 10 pour 100, à la dose d 5 à 10 cmc. par injection. Il est préférable de tiédir l'huile pour atténuer la quinte de toux que son arrivée dans les voies respiratoires provoque. L'injection peut être répétée plusieurs fois.

La période de latence dans les ruptures de la rate.

(M. Fiolle, de Marseille, *Société de chirurgie.*)

M. Fiolle attire l'attention sur un fait clinique connu mais souvent oublié : à savoir qu'une rupture de la rate avec éclatement large du parenchyme peut ne s'accompagner, pendant quelques heures et même pendant quelques jours, d'aucun signe d'hémorragie. Il est donc prudent de ne pas attendre les grands symptômes d'hémorragie interne pour intervenir. Pour l'auteur, l'association d'une contracture prédominant à gauche et d'une légère accélération du pouls suffit à commander l'opération.

P. L.

Tumeur frontale. — Kyste séreux du cou. — Hémorrhagie dans les polypes du rectum.

(*Société de Chirurgie de Toulouse*).

MM. Tapie et Dambrin communiquent *un cas de tumeur double de la région frontale.* L'une d'elles était un simple papillome corné, mais l'autre présentait une structure beaucoup plus complexe, consistant en une prolifération conjonctive et épithéliale réalisant un sarco-épthéliome, tumeur extrêmement rare, dont il n'existe que fort peu d'exemples.

M. Tourneux rapporte un cas de *kyste séreux du cou* (kyste amygdaloïde de Terrier-Lecène) observé chez une jeune femme âgée de 30 ans. La paroi du kyste présentait de nombreuses formations lymphoïdes. Il faut rattacher l'origine d'une sem-

blable production à un enclavement de l'endoderme de la 2e ou 3e poche branchiale.

MM. J. P. et G. Tourneux donnent le résultat de leurs recherches sur *le mécanisme de l'hémorragie dans les polypes du rectum*. L'examen de 2 polypes, l'un pédiculé, l'autre sessile, semblent leur permettre de conclure en faveur du mécanisme de la torsion invoqué par Mocquot. Dans un cas (polype pédiculé) la torsion a dû être complète, amenant une véritable inondation sanguine ; dans l'autre (polype sessile), il n'y a eu qu'une ébauche de torsion se révélant alors par de simples suffusions.

Traitement des sténoses du col de l'utérus. — Complications rares des polypes de l'utérus. — Traitement des rétrécissements congénitaux du méat uréthral.

(*Société de médecine de Toulouse*).

M. Tourneux donne lecture d'un travail intitulé : *Le traitement des sténoses du col de l'utérus par la stomatoplastie.*

Après quelques considérations sur les sténoses du col utérin, l'auteur passe en revue les différents modes de traitement tour à tour préconisés ; il donne toutes ses préférences à la stomatoplastie de Pozzi par evidement commissural du col. Il a eu l'occasion de pratiquer 3 fois cette intervention : toutes ses opérées ont été guéries de leurs troubles dysménorrhéiques, et l'une d'elles, stérile depuis 7 ans, est devenue enceinte.

M. Tourneux communique *quelques cas de complications rares des polypes de l'utérus* qu'il lui a été donné d'observer. Ce sont la rétention d'urine, l'inversion utérine et la procidence brusque au dehors de la vulve. Il passe en revue les différents mécanismes de ces lésions, étudie leur évolution clinique, indique la thérapeutique qu'il convient de leur apporter.

M. Tourneux signale un petit point de technique dans *le traitement des rétrécissements congénitaux du méat urètral.*

Ayant à plusieurs reprises observé chez des opérés la reproduction de la sténose, il pense que cette récidive est due à l'absence de revêtement épithélial au niveau de la surface de section. Aussi a-t-il soin, après la méatotomie, de suturer la muqueuse de l'urètre à la peau du gland. Il n'a jamais, depuis, observé la production de récidive du rétrécissement.

A TRAVERS LA PRESSE

Les traitements internes en dermatologie.

Pour M. Ravaut (*Presse Méd.*, 28 janv. 1920) les affections cutanées sont en étroite relation, dans leur apparition et dans leur évolution, avec l'état humoral des malades, les sécrétions endocriniennes, le terrain sur lequel elles se manifestent. De là à les traiter par une médication interne susceptible de modifier le terrain et la crase des humeurs, il n'y avait qu'un pas que l'auteur a franchi, en adoptant une méthode dont il se déclare très satisfait.

Cette méthode utilise le cacodylate de soude d'une part, et l'hyposulfite de soude d'autre part.

Le cacodylate peut être administré sans inconvénient à fortes doses. Il l'emploie en injections intraveineuses d'une solution à 10 %, en commençant par 30 ou 40 centigr. et en augmentant progressivement jusqu'à la dose de 1 gr, et plus par 24 h. Mais il prend la précaution de faire précéder la série des injections intraveineuses par une épreuve de la susceptibilité du malade, consistant en quelques injections hypodermiques de 0,10 à 0,30 de cacodylate.

D'une manière générale, la tolérance est satisfaisante. Une seule fois, l'auteur a noté des accidents sérieux, sans pouvoir affirmer qu'ils étaient dus au médicament. Ce sont surtout les eczémas rebelles à tout autre traitement qui ont fait l'objet de l'usage susdit du cacodylate. Certains malades paraissent guéris malgré la suspension du traitement ; d'autres se maintiennent grâce à la persévérance des injections, de plus en plus espacées cependant ; tous ont été au moins améliorés.

Quant à l'hyposulfite de soude, il avait été amené à l'employer tout d'abord comme réducteur pour prévenir les accidents imputables à l'arsénobenzol oxydé. Les résultats avaient été des plus encourageants.

Il eut alors l'idée de se servir de ce corps seul contre certaines dermatoses. Il l'injecte par la voie veineuse à des doses de 4 à 15 gr. par jour, en commençant toutefois par tâter la tolérance des sujets avec de plus faibles quantités.

Par la bouche, il prescrit la potion suivante :

Hyposulfite de soude........	25 gr.
Sirop de sucre	ãã 125 gr.
Eau distillée	

Les affections qui se sont les mieux trouvées de ce traitement sont l'urticaire, la furonculose, l'eczéma, les dermites artificielles, le strophulus, etc.

Chose curieuse, des eczémas insuffisamment

influencés par le cacodylate ont été par la suite très manifestement améliorés par l'hyposulfite de soude. Aussi, associe-t-il parfois les deux médicaments dans des injections alternatives.

Ces faits sont des plus intéressants. La pratique médicale rencontre couramment ces dermatoses contre lesquelles elle s'est souvent cru désarmée. Il n'est pas indifférent, pour le praticien, d'être initié aux tentatives de M. Ravaut, et de pouvoir, à l'occasion, recourir à un procédé relativement simple et en même temps actif, en restant perplexes sur les avantages et les inconvénients de la saignée générale. Est-elle, oui ou non, recommandable ? Hippocrate-Fiessinger dit non, Galien-Teissier dit non. Allez vous y reconnaître ?

A propos de la grippe

Paris Médical du 24 janvier 1920 publie, sous la signature du professeur J. Teissier, une longue étude comparative entre la grippe de 1889 et celle de 1918.

Dans cette étude, nous nous sommes surtout intéressés à la partie qui a trait aux médications qui semblent s'imposer à notre confiance et justifier leur application journalière.

La quinine, qui a une action préventive d'une sérieuse valeur, conserve également une réelle action curative. C'est un agent désinfectant, vaso-constricteur et tonique du cœur, qui s'adresse tout à la fois à l'infection et à ses effets dépressifs.

On peut l'associer à de petites doses d'antipyrine pour combattre les algies si douloureuses de la période d'invasion.

L'auteur reste fidèle aux métaux colloïdaux, à l'huile camphrée, à l'adrénaline, à la strychnine. L'abcès de fixation mérite d'être employé, mais il a surtout une signification pronostique : s'il se collecte, pronostic favorable. Dans le cas contraire, la défaillance leucocytaire ainsi révélée est de mauvais augure.

Contrairement à C. Fiessinger, dont nous rapportions l'opinion défavorable dans une précédente analyse, l'auteur considère la saignée copieuse comme un des moyens les plus puissants pour combattre les phénomènes asphyxiques. Le citrate de soude sera indiqué au cas où la saignée aurait démontré la viscosité du milieu circulant.

Par contre, il se déclare partisan, comme Fiessinger, des enveloppements humides systématiquement renouvelés.

Les injections sous-cutanées de sérum glucosé répondent excellemment à l'indication de débloquer un rein menacé.

Le sérum antipneumococcique, employé précocement, est justifié dans une affection où le pneumocoque joue un rôle si prépondérant.

L'avenir est aux sérums et aux vaccins polyvalents qui représentent la médication de demain et légitiment toutes les espérances.

Nous enregistrons la méthode de traitement de la grippe du savant professeur lyonnais, tout

Accidents des arsénobenzènes et anaphylaxie.

MM. Emery et Morin (*Paris Médical*, 24 janvier 1910) ont observé chez une de leurs malades, syphilitique, des accidents comparables à ceux qui sont connus sous le nom de maladie du sérum : fièvre, éruption urticarienne, douleurs articulaires. Ces accidents ont éclaté 48 heures après une seconde injection de 0,30 d'arsénobenzène, la première injection, de 0,15, quatre jours plus tôt, ayant agi comme injection préparante, sensibilisante.

A ce propos, ils recommandent de prendre certaines précautions quand on entreprend une cure arsénobenzolée chez un malade. Ces précautions consistent à commencer par employer des doses antianaphylactiques de 0,02, 0,03, 0,04, 0,06, 0.08.. répétées tous les jours pendant cinq ou six jours, avant de recourir aux doses proprement curatives avec les intervalles usuels.

Cette manière de procéder mettrait à l'abri des surprises graves. Elle méritait d'être signalée aux praticiens, à une heure où leur responsabilité professionnelle peut être mise en jeu devant les tribunaux à l'occasion des accidents qui accompagnent parfois la médication arsénobenzolée endo-veineuse.

Traitement des pleurésies purulentes.

Ponctions évacuatrices, pleurotomie, quelle est, des deux méthodes, celle qui doit retenir l'attention du praticien ? M. Villandre (*Bulletin Médical*, 31 janvier 1920) discute ce problème pour conclure à la supériorité de la pleurotomie, à la condition de l'entourer de toutes les conditions propres à assurer son succès.

C'est ainsi qu'on n'y aura pas recours dans le cas d'enkystement chez l'enfant ; de tuberculose pleurale ; de lésions du poumon sous-jacent. D'autre part, elle ne sera pratiquée qu'après examen complet du malade, examen clinique, bactériologique du pus obtenu par ponction aspiratrice préalable, radioscopique.

Cette opération décidée, on l'entourera des mêmes précautions aseptiques que s'il s'agissait d'une appendicite à froid. Il faut éviter en effet de surajouter à l'infection préexistante, une infection qui pourrait créer de dangereuses associations microbiennes.

Sauf chez l'enfant, qui réclame quelques bouffées de chloroforme, on se contentera de l'anesthésie locale, qui peut être assez étendue et assez profonde pour permettre même une résection costale.

L'incision doit être faite autant que possible au point déclive. Elle sera suffisamment large pour que le pus épais et les fausses membranes soient facilement et complètement évacués. Cette évacuation du pus sera cependant, lente, pour éviter l'œdème aigu du poumon.

Le drainage sera assuré au moyen de deux gros tubes en caoutchouc accolés et placés de manière à ne pas écarter le poumon de la paroi thoracique. Ces drains peuvent comporter divers dispositifs grâce auxquels le pus ne vient pas souiller le pansement, mais est déversé par exemple dans un récipient contenant un liquide antiseptique,

Les lavages antiseptiques de la plèvre, sous forme d'irrigation discontinue avec le liquide de Dakin, celui de Delbet, ou le sérum artificiel de Lumière, seraient réservés aux cas que conditionne le streptocoque pur ou associé au pneumocoque, jusqu'à ce que la fièvre soit tombée.

D'autres auteurs préfèrent la désinfection au moyen de gaz et de vapeurs antiseptiques.

En tout cas, on doit pratiquer la pleurotomie aussi précocement que possible et favoriser aussitôt qu'on le pourra le retour à la normale des fonctions pleuro-pulmonaires. à l'aide de la gymnastique respiratoire, du lever précoce, etc.

On surveillera attentivement la désinfection de la cavité pleurale de manière à supprimer le drainage en temps voulu, et on s'aidera de tous les moyens de contrôle (radioscopie, endoscopie, etc.), afin de ne prendre qu'en parfaite connaissance de cause les décisions d'interventions secondaires qui pourraient être commandées par la fistulisation des trajets.

La crise des maladies infectieuses.

Tous les praticiens connaissent les crises qui jugent habituellement les maladies aiguës.

M. Loeper (*Prog. Méd.*, 7 février 1920) en passe en revue les différentes manifestations, avec leur signification et les déductions pratiques qu'on en peut tirer.

La crise, dit-il, « est l'ensemble des actes « par lesquels l'organisme malade met fin à la « période morbide, ces actes étant constitués, « d'une part, par l'élimination des produits toxi- « ques accumulés pendant la maladie, d'autre « part, par le retour des organes à leur fonction- « nement normal. »

Parmi les phénomènes critiques les plus communs, il cite l'herpès labial, les sueurs profuses, la diarrhée. Dans le même temps, la température descend, tantôt brusquement (pneumonie) tantôt graduellement, en lysis (fièvre typhoïde). L'époque où la crise se déclanche est variable selon les maladies. Mais, pour chacune d'elles, il existe des jours en quelque sorte fatidiques, que les anciens avaient notés et auxquels le populaire attache une importance confirmée par l'observation : 9e jour pour la pneumonie, 21e jour pour la fièvre typhoïde, 10e jour pour la scarlatine...

Mais le plus important de tous ces phénomènes est la crise urinaire. « C'est une décharge 1° « d'eau ; 2° de chlorure de sodium ; 3° d'urée ; 4° « de produits toxiques ; 5° enfin de substances « moins importantes et moins abondantes : phos- « phates, acide urique, substances calcaires. »

La dose toxique éliminée en 24 heures est telle qu'elle peut tuer un homme de même poids en 14 heures 35. L'urine est émise en un volume de plusieurs litres ; l'urée des 24 heures peut atteindre 50 gr. et plus ; le chlorure de sodium, dans le même temps, s'élève à 15 et 20 gr., parfois infiniment plus ; les phosphates montent jusqu'à 15 grammes.

Le chiffre de l'urée s'élève avant celui des urines et des chlorures.

La crise urinaire s'explique d'abord par des phénomènes de rétention, puis par le retour au fonctionnement normal.

Toutes les substances qui sont rendues par l'organisme en si grande abondance sont, au cours de la maladie, retenues dans les tissus, aussi bien le chlorure et l'urée que l'eau. Le sang n'est pas modifié sensiblement dans sa composition. Mais il présente une dilution qui marque en partie la rétention hydrique.

Le retour au fonctionnement normal des organes est marqué par la leucocytose pré-critique, qui libère, grâce à la fragilité cellulaire, des ferments, substances anti-toxiques et immunisantes au premier chef.

Le foie, le rein, tous les tissus retrouvent leur fonctionnement.

Pratiquement, on respectera la crise sans la troubler, autrement qu'en cherchant à la favoriser par l'emploi de médicaments qui excitent la leucocytose (peptone, nucléinate de soude), qui agissent comme spécifiques (sérums, métaux colloïdaux, salicylate de soude), qui augmentent la diurèse (diurétiques). Les sucres et l'urotropine sont au nombre des agents qui possèdent une grande valeur éliminatoire.

La désinfection pratique du thermomètre.

Nous avons publié dans le n° 7 du *Concours médical* une leçon clinique du professeur Weill, de Lyon, dans laquelle il rapporte avoir observé une sorte d'épidémie de vulvo-vaginite gonococcique due à l emploi, chez des fébricitantes, de thermomètres insuffisamment désinfectés.

Nous trouvons dans le *Journal de Médecine de Paris* (5 fév. 1920) un procédé simple et commode que nous signalons à l'attention de nos lecteurs.

Il suffit de verser, tous les deux ou trois jours, dans l'étui qui renferme l'instrument, quelques

gouttes de formol dont s'imbibe la boulette d'ouate qui en garnit le fond. De la sorte, la cuvette du thermomètre est baignée en permanence dans le formol, dont les vapeurs, d'autre part, se répandent tout autour du reste de la tige.

Un procédé de dosage rapide de l'albumine.

Encore une méthode basée sur la comparaison entre l'opacité d'une solution albumineuse titrée prise comme témoin et l'urine à examiner.

Cette méthode, due à M. Dupuy (*Presse Med.* 7 fév. 1920) emploie comme réactif le liquide d'Esbach. Deux tubes à essai semblables et une éprouvette graduée sont nécessaires. Le tube témoin contient 4 cmc. d'urine contenant exactement 0,10 d'albumine (caleul fait par la méthode pondérale) et, 4 cmc. de réactif. Le deuxième tube est gradué de cmc. en cme. et chaque division est marquée, de deux en deux, des chiffres 5, 10, 15...., Au-dessous de 0,10, le dosage précis n'est pas possible. Entre 0,10 et 0,50, en traite 2 cmc. d'urine par 2 cmc. de réactif : le trouble est plus opaque que celui du témoin. On dilue alors en ajoutant, cmc. par cmc, nn mélange de 5 cmc. de liquide d'Esbach et 5 cmc d'eau. Agitation et comparaison, jusqu'à égalité de trouble. La division correspondante à la hauteur du liquide examiné donne en centigr. l'albumine contenue dans un litre d'urine.

Si l'urine est présumée contenir plus de 0,50 d'albumine par litre, on utilise ce procédé en recourant à une dilution de l'urine dans l'eau, en des proportions connues et en agissant ensuite comme précédemment, mais en tenant compte finalement du taux de la dilution.

L'égalité de trouble est facile à distinguer, en mettant les tubes en pleine lumière, de manière, à ce qu'ils reçoivent les rayons lumineux avec une égale intensité. L'erreur éventuelle ne dépasse pas 10 % du poids réel d'albumine.

Les formes frustes de l'encéphalite téthargique.

Question à l'ordre du jour, qui se trouve traiteé par MM. Sabrazès et Massias (*Jour. des Sc. Méd. de Bordeaux*. 8 fév. 1920, avec des ob servations très détaillées à l'appui. Parmi les remarques faites par les auteurs, notons que, d'après eux, si le liquide céphalo-rachidien n'est pas en hypertension, il n'en accuse pas moins une certaine réaction cytologique caractérisée par un certain degré de lymphocytose, Le sang, dans les formes curables, ne révèle ni leucocytose, ni polynucléose. La tension artérielle s'est toujours montrée abaissée. Au point de vue de l'élimination urinaire, l'oligurie serait la règle.

Le réflexe oculo-cardiaque est persistant et même exagéré. Les signes ophtalmoplégiques sont souvent fugaces, peu marqués. Ce n'est parfois simplement qu'un état méiopragique de la musculature de l'œil.

Après avoir discuté les questions de diagnostic et de pathogénie, les auteurs recommandent, au point de vue thérapeutique, l'urotropine, qu'ils ont employée en injections intra-veineuses, aux doses de 1 gr. 25 à 1 gr. 50 par jour. « Il « serait indiqué d'utiliser, dans les cas graves, la « séro-thérapie intra-rachidienne à l'aide de sérum « sanguin provenant de malades guéris. »

En même temps qu'on isolera les malades, on fera la prophylaxie au moyen d'inhalations iodo-gaïacolées et thymolées, de pulvérisations de chloramine, de lavages antiseptiques de la bouche (salicylate de soude, perborate de soude, liqueur de Labarraque) de pommades nasales soufrées, résorcinées, eucalyptolées.

PHTISIOTHÉRAPIE

Traitement des maladies des voies respiratoires et de la tuberculose pulmonaire par un éther glycéro-gaïacolique : le résyl.

Par le Dr A. Leroy (de Nice).
Ex-médecin des Hôpitaux.

Parler d'une nouvelle médication de la tuberculose est œuvre malaisée, si nombreuses sont celles qui ont été préconisées depuis quelques années, sur des affirmations trop peu contrôlées. Un nouvel agent médicamenteux ne peut et ne doit, à notre avis, s'imposer à l'attention du praticien que s'il peut vraiment résister à une critique scientifique et clinique sévère, et seule, celle-ci peut justifier son entrée dans la thérapeutique courante. Combien de tous ces nouveaux remèdes pourraient-ils soutenir avec succès un si redoutable examen ?

La créosote et ses dérivés ont passé par des fortunes diverses : phases d'enthousiasme alternant avec de longues périodes de scepticisme et d'abstentionnisme presque total. Les essais de Bouchard et Gimbert, de 1877 à 1893, démontrant la puissance bactéricide de la créosote à l'égard du bacille de Koch, lui redonnent un regain de faveur, bientôt suivi d'une nouvelle éclipse jusqu'à l'isolement (par élimination des crésols) du gaïacol, son constituant principal. Celui-ci passe par des phases analogues et connaît, à la réalisation de chacun de ses sels, une nouvelle période de faveur médicale. Comment expliquer ces alternances ? Le « seul des médicaments antibacillaires qui ait en définitive résisté à l'épreuve du temps » (G. Lyon) doit-il donc, sinon disparaître de notre pharmacopée,

ainsi que l'auraient voulu en 1896 les Médecins des Hôpitaux réunis en congrès, tout au moins voir ses indications considérablement réduites ?

Ce discrédit des créoso-gaïacoliques s'explique cependant lorsque l'on considère les réels inconvénients qu'ils présentent, à côté d'une action thérapeutique qui n'est guère contestable sans doute, mais dont on peut se demander si les bienfaits ne sont pas parfois annihilés par la causticité du médicament, si préjudiciable à l'estomac du tuberculeux ? Souvent rebutante pour le malade qui y est soumis, la médication créosotée, après avoir suscité une période de mieux-être, dans l'interprétation de laquelle il faut faire la part de ce *coefficient d'amélioration* dont bénéficie assez largement le tuberculeux chaque fois qu'une médication nouvelle lui est appliquée, ne manque guère, pour peu qu'elle soit assidûment suivie, de déterminer des accidents gastro-entéritiques qui en imposent la suspension. Sablé prétendait que la créosote n'agissait qu'en tant qu'antiseptique stomacal, Cette opinion est sans doute trop absolue ; il est certain qu'elle stimule les contractions de l'organe et peut jouer ainsi un rôle utile dans l'atonie gastrique, mais seulement de façon temporaire. Administrée trop longtemps, elle justifie l'aphorisme que, « pour l'estomac, antiseptique = antipeptique », et elle finit souvent par devenir d'autant plus fâcheusement émétisante que, par irritation du pneumo-gastrique elle amorce le mécanisme nerveux de la toux (Marfan). Enfin elle peut entretenir la diarrhée, si elle ne la suscite pas, et toute cette série d'accidents font que, comme Bouchard avait fini par le reconnaître, les améliorations pulmonaires ne durent guère plus que le traitement. Du côté pulmonaire lui-même, du reste, une telle médication n'est pas toujours exempte de dangers ; elle est congestionnante et provoque au niveau des foyers des poussées réactionnelles susceptibles de déterminer l'hémoptysie. Aussi, est-elle classiquement contre-indiquée chez tous les tuberculeux à tendance hypérémique et congestive, dans toutes les bacilloses fébriles, à évolution rapide et à réactions vives, surtout si le rein n'est pas intact.

Tous les composants de la créosote, isolés à l'état de pureté, ou en combinaisons chimiques plus ou moins complexes, gaïacol, créosotal, phosphotal, gaïaquine, gaïacyl, carbonate de gaïacol et sulfogaïacolate de potasse, etc., ont modifié en général heureusement le principe fondamental, d'où, pour quelques-uns, un succès justifié. Mais le champ restait toujours ouvert à de nouvelles recherches, et celles-ci ont abouti, il y a quelques années, à l'éther glycéro-gaïacolique, ou résyl, entré depuis assez peu de temps dans la thérapeutique. Que vaut ce nouveau médicament ? C'est ce que nous voudrions essayer de dégager ici d'une série d'essais, entrepris un peu au hasard de la clientèle, nous devons le reconnaître, mais corroborés par les observations qu'a bien voulu nous communiquer un confrère mieux placé que nous pour suivre ses malades de très près.

L'éther glycéro-gaïacolique, dont la formule brute est $C^{10}H^{14}O^{4}$, est un corps solide, cristallisant en paillettes blanches, d'une saveur amère, solubles dans l'eau. *In vitro*, en solution digestive artificielle, il possède des propriétés antiseptiques très nettes. Absorbé, il se décompose lentement dans l'intestin, en mettant en liberté du gaïacol à l'état naissant, lequel est ensuite éliminé, partie par le poumon, partie par le rein. Les analyses d'urine comparées des sujets absorbant les uns du résyl, les autres divers autres dérivés gaïacoliques, sont, à ce point de vue, très démonstratives, et font ressortir une grande différence dans les quantités de gaïacol libéré. C'est l'éther glycéro-gaïacolique (résyl) qui, grâce à la labilité de son édifice moléculaire, libère le plus vite et le plus complètement son gaïacol (14 % en moyenne par la voie rénale, 85 par la voie pulmonaire). Cette décomposition du résyl dans l'organisme est la même, que ce produit y ait été introduit par la voie digestive ou par injections sous-cutanées. En pratique, les deux modes d'administration peuvent être utilisés suivant les cas, et le dernier, à condition de pratiquer les injections en pleine masse musculaire, ne donne jamais lieu à aucun mécompte (hypodermique, l'injection est quelquefois un peu douloureuse).

Voyons maintenant comment se traduit l'action thérapeutique de ce médicament. Dans les affections broncho-pulmonaires, depuis le rhume vulgaire jusqu'aux tuberculoses ouvertes, le fait le plus frappant est la modification rapide qu'il imprime à l'expectoration : celle-ci perd son caractère purulent, et son volume diminue très vite. Mais ce sont surtout ses effets dans la tuberculose pulmonaire confirmée qui ont retenu notre attention, et cela d'autant plus qu'ils nous ont paru d'une remarquable constance. C'est à la diminution de la bronchorrhée que l'on assiste d'abord ; bientôt après, les bacilles se raréfient ; un relèvement progressif de l'état général se dessine alors, avec défervescence chez les sujets présentant de la température, et atténuation croissante des signes stéthoscopiques. Peu à peu, l'embonpoint réapparaît, à mesure que rétrocèdent tous les autres symptômes morbides. La guérison, dans certains cas heureux, peut alors être acquise dans un temps relativement court, même pour des cas graves (obs. III ci-après). Il semble donc bien qu'il y ait action élective du résyl à l'égard des lésions pulmonaires de la phtisie, et qu'il trouve son indication la plus formelle dans la

tuberculose respiratoire. Le malade de l'observation I ci-après semble en donner la preuve : atteint de lésions pulmonaires ouvertes avec crachats bacillifères, et de péritonite bacillaire, après trois mois de traitement (3 séries de 12 injections de 2 cmc. de solution de résyl), l'état péritonéal demeure stationnaire, alors que l'état du poumon est très sensiblement amélioré et que l'examen des crachats est devenu négatif. Dans la bronchorrhée si abondante de certaines tuberculoses torpides, nous avons toujours observé une modification très nette de l'expectoration, aussi bien en quantité que d'aspect, après quelques séries d'injections de résyl. Nous injectons habituellement 2 cmc. d'une solution contenant 0, 05 d'éther glycéro-gaïacolique par cmc., tous les deux jours, dans la région rétro-trochantérienne, et nous avons souvent l'agréable surprise de constater, outre la diminution de la sécrétion bronchique, l'atténuation d'abord, puis la disparition des sueurs. La toux, si épuisante pour le tuberculeux, et même la toux émétisante, est presque toujours calmée parallèlement ; c'est là un gros avantage du résyl, et très précieux, cette action calmante et inhibitrice sur la toux n'ayant rien de commun avec celle obtenue par les opiacés qui provoquent la stase bronchique avec rétention du sang épanché (Kuss).

Il ne nous est jamais apparu qu'un état fébrile puisse constituer une contre-indication à l'administration de l'éther glycéro-gaïacolique, soit par voie buccale, soit par voie sous-cutanée. Presque toujours, au contraire, nous avons vu la température du tuberculeux s'abaisser peu à peu pendant son usage, qu'il s'agisse d'une simple fièvre de surmenage, ou déjà d'une fièvre hectique. Loin de le contre-indiquer, les tuberculoses évolutives traitées par le résyl voient leurs réactions fébriles faire place à une défervescence du pronostic le plus favorable. Il en est de même chez les congestifs et les prédisposés aux hémoptysies, chez lesquels nous n'avons jamais vu, non plus, contrairement à ce que l'on observe avec la plupart des préparations gaïacolées, la tendance hémorragipare s'accentuer. Que l'on nous permette de citer quelques observations que nous avons pu recueillir. Les trois premières ci-après ont été communiquées par notre éminent confrère, le Dr Lefèvre, médecin-chef du Sanatorium de Villepinte.

Observation I. — *M. M.* 22 *ans.*

Craquements secs. Emphysème pulmonaire. Péritonite bacillaire. Examen des crachats : *positif.*

Après 3 *séries de* 12 *injections de résyl* :

Etat pulmonaire amélioré sensiblement. Examen des crachats : *négatif.* Etat péritonéal stationnaire.

***

Observation II. — *R. B.* 20 *ans.*

Granulie. *Fièvre vespérale* : 39°5.

Examen des crachats : *positif.*

Après 3 *mois de traitement (résyl injectable et comprimés de résyl alternativement, puis sirop de résyl)* :

Etat pulmonaire stationnaire. *Fièvre vespérale*: 38° 8. — Examen des crachats : *positif.*

***

Observation III — *M. G.* 32 *ans.*

Granulie. Fièvre vespérale : 40°5. Examen des crachats : *positif.*

Après 6 *mois de traitement (résyl injectable et comprimés)* :

Température 36°8 et 37°. Toutes les apparences d'une guérison complète.

Examen des crachats : *négatif.*

***

Observation IV. — M. D... officier d'Etat-Major, 41 ans, démobilisé en septembre 1919. A fait la campagne d'Orient. Grippe (forme broncho-pneumonique assez légère) en octobre 1918 ; depuis, s'enrhume assez facilement, appétit capricieux, quelques sueurs profuses la nuit, asthénie. Le malade tousse et expectore, fait quelques poussées fébriles le soir. A l'auscultation du sommet gauche : matité, quelques craquements, augmentation des vibrations thoraciques.

Traitement : 4 cuillerées à café de sirop de résyl par jour (0 gr. 20). A la fin de la semaine : médicament très bien toléré, légère amélioration, les crachats purulents deviennent muqueux, faciles, abondants. Malheureusement, M. D., obligé d'effectuer un voyage urgent, revient à Nice avec de la fièvre (39° 7) et doit s'aliter.

Nous prescrivons de larges compresses thoraciques chaudes, légèrement térébenthinées, et pratiquons de suite une injection intramusculaire de résyl (0 gr. 10) que nous répétons le surlendemain et jours suivants, tous les deux jours, jusqu'à 20. Dès le second jour, la température tombe à 37°8 ; à la 12e injection, le malade va beaucoup mieux et nous constatons, à partir de ce moment, une amélioration sensible de jour en jour.

Trois semaines après la dernière injection, M. D. vient à notre consultation. Les signes stéthoscopiques vont s'atténuant ; quelques pointes de feu et deux injections de résyl par semaine, pendant un mois, font disparaître tout symptôme fâcheux : plus de toux, appétit normal, forces physiques et morales entièrement retrouvées.

***

Observation V. — M. X... 37 ans, employé de banque. Pas d'antécédents héréditaires, ni per-

sonnels. Affecté durant sa mobilisation dans un bureau du Ministère, avait à ses côtés un camarade tuberculeux, peu soucieux d'éviter, malgré pancarte et avis, la contagion à son entourage.

Je vois le malade en septembre 1919. Il se plaint d'un état asthénique, est essoufflé au moindre effort, et il accuse par périodes de la toux et de la fièvre.

Analyse des crachats : B. K. rares. Signes de ramollissement des deux sommets. Je fais tous les deux jours une injection de 0 gr. 10 résyl, série de 20. Après ce traitement, l'expectoration est plus fluide, l'appétit revenu, le malade s'alimente. Je cesse les piqûres pendant 15 jours, pour en reprendre une nouvelle série de 20, après laquelle je constate qu'il ne persiste plus que quelques craquements à gauche. Le malade, qui a augmenté de poids et ne tousse plus qu'un peu le matin et le soir, se considère comme guéri. Néanmoins, le traitement par le résyl, comprimés et injections alternés, sera continué durant tout cet hiver un mois sur deux.

***

Observation VI. — Mlle X... 25 ans, dactylographe. Depuis un an, mais surtout depuis cinq mois, a eu des épistaxis, quelques sueurs nocturnes, elle a maigri de 4 kilos. Poids actuel : 58 k. 400.

A l'auscultation : matité au sommet droit, respiration rude, saccadée, expiration prolongée.

Je commence une série de 20 piqûres de résyl (0 gr. 10) au bout de laquelle Mlle X accuse une amélioration : les sueurs sont plus rares, certaines nuits en sont exemptes, l'appétit renaît. Poids : 59 k. 900. Quinze jours de repos et 2e série de 20 piqûres. L'amélioration s'accentue. Suspension d'un mois. Le poids a encore augmenté : 61 k. 100. Troisième série de 20 piqûres. Poids : 64 k. 700, qui était le poids normal en bonne santé.

Je revois cette malade de temps en temps, elle va bien, et ne suit plus aucun traitement.

Conclusions.

Le résyl, éther glycéro-gaïacolique soluble, présente les mêmes propriétés antituberculeuses que la créosote et le gaïacol, mais il n'en a pas les multiples inconvénients.

Ce médicament, par son action antiseptique sur la flore bactérienne des organes respiratoires, peut servir utilement à combattre les diverses affections broncho-pulmonaires et notamment l'infection tuberculeuse. Par l'expérience que nous en avons faite, de même que par les communications de quelques confrères de sanatoria, nous nous croyons autorisés à dire que ce nouveau dérivé gaïacolique réalise une acquisition thérapeutique fort intéressante, et doit prendre place, en bon rang, parmi les agents si nombreux que la pharmacopée actuelle met à notre disposition pour le traitement de la tuberculose pulmonaire. Les faits cliniques observés nous ont montré que, sous son influence, la toux et la dyspnée s'atténuent progressivement, l'expectoration diminue considérablement, elle change de caractère, de purulente devient rapidement muqueuse ; les sueurs cessent, l'appétit renaît, l'état général se relève.

Les doses auxquelles nous prescrivons ce médicament varient entre 0 gr. 05 et 0 gr. 20 par voie buccale, 0 gr. 10 par injections intra-musculaires ; ces dernieres représentent pour nous le traitement héroïque des cas graves, à condition d'entreprendre des séries sagement réparties avec des périodes de suspension ; nous faisons généralement des séries de 20 piqûres, suivies d'un repos de quinze jours ou d'un mois. Par la bouche, nous employons de préférence le produit en sirop avec lequel peuvent être édulcorées boissons ou tisanes.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

CHEZ MALOINE ET FILS éditeurs, Paris, 1920.

M. F. Masmonteil. — **Le traitement des fractures et luxations en clientèle.**

Un premier chapitre est consacré aux fractures en général. Masmonteil expose ensuite l'appareillage le mieux approprié au traitement de chaque variété de fractures, « appareillage simple, facile à surveiller, peu onéreux, pouvant être construit partout, par un modeste forgeron ou menuisier de village ». Trois chapitres, où sont traités les soins communs à toutes les fractures, les vices de consolidation des anciennes fractures, et les complications des fractures, terminent cet intéressant ouvrage qui mérite bien en effet de figurer dans la bibliothèque des praticiens.

Dr Mirovitch. — **Traitement curatif et prophylactique de la grippe épidémique.**

Opuscule dans lequel l'auteur affirme que le sérum de Roux (antidiphtérique) pris à l'intérieur par doses fractionnées de 1 cc. à 2 cc., par heure, constitue le traitement spécifique de la grippe, et recommande d'y associer l'emploi de la quinine en suppositoires et non en potion ou en cachets.

M. Lauer. — **Conseils aux sourds par un sourd.** *Manuel de rééducation auditive par la parole et les sons musicaux.*

Ce livre vécu est un guide précieux pour le sourd en puissance de rééducation auditive, qui

veut compléter à domicile les soins qu'il reçoit chez le médecin spécialiste. Cette auto-rééducation est indispensable au maintien des améliorations obtenues par le massage sonore.

Inspiré par une longue expérience personnelle, l'auteur donne des conseils très précieux sur l'utilisation du piano comme moyen de rénovation auditive.

De nombreux exemples illustrent cet exposé et en facilitent l'exacte compréhension ainsi que la bonne application.

D'autre part, la rééducation par la voix est décrite avec netteté dans la deuxième partie de l'ouvrage : on y trouvera des plans d'exercices avec des listes de mots toutes préparées.

Revue des Thèses

Thèses de Montpellier

Dr Charles MARSILY. — **La hernie inguinale de la trompe de Fallope.** — En raison de l'imprécision des symptômes, le diagnostic n'est fait le plus souvent qu'au cours de l'acte opératoire. Deux types sont observés, soit hernie par bascule d'une trompe trop mobile, soit hernie par glissement avec adhérences charnues naturelles. Sauf lésions tubaires, la trompe doit être réintégrée dans l'abdomen, surtout chez les femmes jeunes.

Dr Constantin TZELEPOUGLOS. — **L'hypertrophie du sein chez la femme.** — Due à l'action de germes à virulence atténuée et à action continue, l'hypertrophie mammaire apparaît comme une mastite diffuse chronique hypertrophique qui s'observe à la puberté et pendant la grossesse. Le diagnostic sera fait avec le carcinome, le sarcome et l'adéno-fibrome. Son évolution aboutissant à la cachexie et à la mort, il y a lieu de procéder à la résection partielle ou à l'amputation.

Dr Henri BEISSON. — **Le traitement des gelures pendant la guerre.**

Pour Beisson, dans les gelures du premier degré, la méthode Jacquet et les médicaments sédatifs peuvent être employés ; mais le traitemedt n'a qu'une utilité relative.

Dans les gelures du deuxième degré, le traitement borato-camphré spécifique n'est pas supérieur aux autres traitements antiseptiques.

Dans les gelures du troisième degré, les embaumements antiseptiques avec les pommades diverses (Reclus, Mencière, Forgue), l'air chaud qui dessèche la masse sphacélée, tendront à la désinfection ; les injections d'oxygène, les antiseptiques et les toniques généraux s'opposeront à la diffusion de l'infection.

Il est essentiel de ne pas oublier le traitement antitétanique. L'injection de sérum doit être toujours pratiquée, même tardivement ; elle doit être aussi renouvelée.

Dr Georges LECACHEUR. — **Contribution à l'étude du traitement des lésions des vaisseaux.**

L'auteur pose les conclusions suivantes :

« La ligature est le traitement d'urgence en chirurgie de l'avant. Correctement faite, les résultats en sont bons, sauf pour certaines artères (poplitée, axillaire, carotide).

La suture est le traitement de choix, mais n'a que des indications exceptionnelles.

La contusion artérielle, très importante, comportera la ligature et l'extirpation du segment contus.

La stupeur artérielle cède généralement à la dénudation de l'artère et à la sympathectomie périvasculaire.

Les complications tardives des plaies vasculaires (hémorragies secondaires, embolies, anévrysmes), de moins en moins fréquentes, nécessitent un traitement chirurgical.

La chirurgie de l'anévrysme tend à devenir de plus en plus conservatrice. L'oblitération de l'orifice de communication intervasculaire est l'intervention idéale. Mais on doit se contenter malheureusement, le plus souvent, de la quadruple ligature suivie de l'extirpation du segment lésé. »

Dr Charles COCURAT. — **Réflexions sur le traitement de la tuberculose génitale, à propos de quelques cas d'épididymectomie et de castration.**

Cocurat conclut ainsi :

— Quand la glande n'est envahie qu'en partie, l'ablation des foyers avec conservation des parties saines de la glande donne de bons résultats.

— Quand le traitement est entrepris à temps, l'épididymectomie par voie inguinale est tout indiquée avec les quelques modifications suivantes à la technique classique :

a) Suppression complète du drainage ou drainage filiforme dans quelques cas particuliers : fistules.

b) Pas d'attouchements des partise malades avec des caustiques forts, mais « ébarbage » soigné et hémostase rigoureuse.

Opération aussi précoce que possible pour avoir de bons résultats.

La castration n'est qu'une opération d'exception.

— Le traitement médical, employé seul, n'a que des indications fort restreintes, mais on doit toujours y avoir recours comme adjuvant du traitement chirurgical.

Dr Pierre SÉCARDIN. — **Contribution au traitement des lésions de l'appareil pulmonaire dues à l'ypérite.**

L'auteur préconise les injections intraveineuses de la solution à 30 p. 1.000 de bicarbonate de soude stérilisée par tyndallisation à 50°.

Dr François Le Noan. — **Contribution à l'étude des hémorragies secondaires au cours des plaies de guerre.**

Pour Le Noan, les hémorragies secondaires constituent une complication fréquente et grave des plaies de guerre.

Elles sont surtout dues à des phénomènes d'infection. A retenir le rôle prédisposant joué par les fractures esquilleuses.

Le traitement doit être immédiat. Il convient de débrider largement la plaie, d'aller à la recherche du point qui saigne et de pratiquer la ligature sur les deux bouts.

Thèses de Lyon (1919).

Dr Auguste Peloue. — **Les difficultés du diagnostic de l'ulcus gastrique (formes frustes) ; valeur séméiologique de l'hémocoprologie.**

Thèse très documentée, que termine une bibliographie de choix.

Dans une première partie, l'auteur traite de l'hémocoprologie et de ses différents procédés de recherche et dans une seconde partie, appliquant les données fournies par l'hémocoprologie à l'étude des formes frustes de l'ulcus de l'estomac, il tente une classification et une étude clinique de ces formes frustes.

Il montre que pour le diagnostic des formes frustes, l'hémocoprologie ou recherche des hémorragies occultes dans les fèces peut apporter, lorsqu'elle est positive, un élément de grande valeur. C'est le complément indispensable de tout examen sérieux.

Parmi les procédés proposés pour la recherche de ces hémorragies, seuls les procédés chimiques sont d'application pratique. Généralement, la réaction de Weber suffit largement aux recherches courantes ; mais il peut être utile, dans le cas où il y a doute notamment, d'y adjoindre comme moyens de contrôle les réactions d'Adler ou de Meyer, par exemple.

De Maurice Thierry. — **Trachome et climatothérapie.**

M. Thierry a divisé son étude en trois chapitres. Il a donné en un premier chapitre quelques notions sur le trachome, pour bien montrer ce qu'est cette affection.

Dans un second, il a présenté différentes statistiques du trachome, dans le monde et en France, avant la guerre.

Enfin son troisième chapitre contient les résultats qu'il a pu tirer de la compulsion des registres de consultations et d'hospitalisations du Centre d'ophtalmologie de la XIVe région, ainsi que ceux qui découlent du fonctionnement d'un hôpital spécial de trachomateux basé sur le traitement par l'altitude. En effet, un hôpital de granuleux, basé sur l'isolement et la climatothérapie avait été organisé à Mont-Dauphin, à une altitude dû 1,050 mètres. Mais, dit l'auteur, on y a dû surtout traiter médicalement les malades, et les résultats de l'altitude ont été très douteux.

Dr Paul Ledru. — **L'uro-intra dermo-réaction dans la séméiologie de la tuberculose pulmonaire.**

Pour Ledru, il ne semble pas que l'uro-intra-dermo-réaction puisse devenir un procédé de diagnostic pratique du caractère évolutif des lésions tuberculeuses. En effet, cette méthode n'a pas donné, dans beaucoup de ses observations qui correpondent à des cas de tuberculose faiblement évolutive et non ulcéreuse, les résultats que Wildbolz déclare avoir constatés.

Toutefois, au cours de tuberculoses pulmonaires communes, fibro-caséeuses ou évolutives, il semble que les réactions de l'urine diminuent d'intensité au cours de poussées aiguës, évolutives, congestives, pleurales ou méningées.

De même si l'on ne peut s'appuyer sur l'uro-intra-dermo-réaction pour établir un pronostic général de la tuberculose, l'auteur a observé que dans les tuberculoses très évolutives et graves, elle disparaît en même temps que la réaction intradermique à la tuberculine.

Si l'on compare l'uro-intradermo-réaction à l'intradermo-réaction à la tuberculine, on note, d'ailleurs, que les résultats séméiologiques fournis sont de même ordre, sauf dans certains cas dont on ne peut préciser la signification.

M. Marcel Vaisse. — **Le lever précoce des opérés.**

L'auteur est d'avis de faire lever les opérés :

a) de hernies inguinales et crurales, le troisième jour ;

b) d'hysterectomies et d'appendicectomies à froid le huitième ou le neuvième jour avant l'ablation des fils ; par conséquent, les premiers pourront se rendre à leur domicile le dixième jour, si cela est nécessaire, les autres le quinzième.

Il applique cette méthode systématiquement ; mais trois conditions sont indispensables :

1° Asepsie parfaite ;

2° Hémostase rigoureuse :

3° Réfection des parois, en faisant des réunions plan par plan et en utilisant des fils non résorbables (fils de lin ou crins de Florence).

G. S.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Politique nécessaire du corps médical organisé.

Donc, le corps médical est menacé, et sérieusement menacé, d'être pris et broyé entre les marteaux : Etat, Assurances, Puissances industrielles, et l'enclume : Organisations ouvrières.

Il dépend, pour la plus large part, de lui, d'échapper à ce grave danger, et de traiter d'égal à égal avec les collectivités qui feront appel à lui pour leur assurer les soins médicaux.

Si ses groupements syndicaux font preuve d'union, de cohésion et de discipline, il sera assez fort pour défendre ses intérêts et les faire triompher.

Union, cohésion, discipline sont nécessaires. Elles ne sont pas suffisantes. Il faut y joindre une certaine politique.

Cette politique, je la définis la politique des yeux ouverts et des oreilles attentives, la politique du renoncement aux partis pris irréductibles, à la formule outrancière et stérile du : Tout ou Rien, la politique de la fréquentation de tous les milieux autres que le milieu médical, lorsqu'ils sont ouverts au médecin.

Qui dit absence de parti pris conçoit adhésion de principe à la conciliation ; conçoit encore adaptation aux circonstances ; conçoit enfin compte tenu de ce qui existe.

L'intransigeance est mauvaise conseillère. L'aptitude à saisir l'opportunité et à s'en servir est au contraire féconde.

Il faut que le corps médical s'organise pour organiser.

Mais, pour organiser fructueusement, il est indispensable que, dans ses rapports avec tout ce qui l'entoure et qui n'est pas lui, il renonce à l'esprit de particularisme dont il fut longtemps animé et qui lui fit si grand tort.

C'est l'esprit de particularisme individuel qui, s'exerçant de confrère à confrère, a si longtemps compromis la véritable confraternité et, par voie de conséquence, la vitalité et le développement de l'idée syndicale.

C'est l'esprit de particularisme corporatif qui compromettrait le résultat des efforts qu'il a le droit de faire pour prendre, dans la Nation, la place qui lui appartient et pour y jouer le rôle social qui est le sien.

Comment échappera-t-il à une tendance, qui s'explique d'ailleurs fort justement par la nature même d'une profession dans laquelle il agit tellement par lui-même et uniquement par lui-même, qu'il en résulterait fatalement une amplification, et disons-le, une hypertrophie du MOI, s'il ne se tenait constamment en garde contre une pareille déformation ?

En se rappelant et en se répétant à satiété que *le médecin est fait pour le malade, et non le malade pour le médecin.*

Or, on admettra que, quand il s'agit des soins qu'il réclame, de leur qualité, de leur prix, le malade doit bien un peu avoir voix au chapitre.

Mais on objectera, sans doute, que le malade n'est plus en cause, au moins directement, si c'est une collectivité publique ou privée, patronale ou ouvrière, qui prétend discuter. Certes, ce n'est évidemment pas tout à fait la même chose. On ne pourrait cependant refuser à ces collectivités d'être, dans une certaine mesure, les mandataires, des malades éventuels au nom desquels elles désirent traiter.

De là, pour le médecin organisé, le droit indiscutable de se refuser à se laisser asservir par elles, mais aussi, le devoir impérieux d'établir, à leurs yeux, le bien fondé de ce qu'il considère comme ses légitimes prétentions, de prévoir la répression des abus possibles, de causer, en un mot.

Ah ! s'il s'agissait de construire un édifice médico-social tout neuf, dans un pays neuf où tout serait à faire, on comprendrait que le corps médical soit exclusivement chargé de cette construction, quitte à en être jugé sur les résultats ultérieurs.

Cependant, dans notre vieux monde, soutenu par une armature qui compte des siècles d'existence, il est impossible de faire table rase de tout ce qui existe, et de n'en point vouloir tenir compte.

Mais, dira-t-on, les lois sont mauvaises, ou, quand elles reposent sur une intention excellente, il arrive le plus souvent qu'elles sont mal faites.

D'accord.

Alors, n'attendez pas qu'on vous appelle. Allez trouver le législateur. Démontrez-lui, documents et faits en main, en quoi la loi est mauvaise, ou mal faite. Apportez-lui un contre-projet sérieusement étudié. Campez-vous sur le terrain solide qui est le vôtre : vous êtes des techniciens qui ne demandent qu'à collaborer loyalement avec lui.

Que risquez-vous ? De tomber sur un politicien avide de surenchère ? Alors, vous romprez net, et vous vous efforcerez de créer un mouvement d'opinion qui pourra se transformer en un tumultueux torrent et l'emporter, lui et son surenchérissement..

TÉLÉPHONE 114

PRODUITS PHYSIOLOGIQUES

A. DE MONTCOURT

49, Avenue Victor-Hugo, BOULOGNE-PARIS

EXTRAIT Gstrique MONCOUR	EXTRAIT Hépatique MONCOUR	EXTRAIT Pancréatique MONCOUR	EXTRAIT Entéro-Pancréatique MONCOUR	EXTRAIT Intestinal MONCOUR
Hypopepsie	Maladies du Foie Diabète par anhépathie	Diabète par hyperhépathie	Affections Intestinales Troubles dyspeptiques	Constipation Entérite muco-membraneuse
En sphérulines dosées à 0 gr. 125	*En sphérulines dosees à 30 c/gr. en doses de 12 gr.* *En suppositoires dosés à 3 gr.*	*En sphérulines dosées à 20 c/gr.* *En suppositoires dosés à 1 gr.*	*En sphérulines dosées à 25 c/gr.*	*En sphérulines dosées à 30 c/gr.*
De 4 à 16 sphérulines par jour.	De 4 à 16 sphérulines par jour. De 1 à 4 suppositoires par jour.	De 2 à 10 sphérulines par jour. De 1 à 2 suppositoires par jour.	De 1 à 4 sphérulines par jour.	De 2 à 6 sphéruline par jour.

EXTRAIT de Bile MONCOUR	EXTRAIT Rénal MONCOUR	CORPS Thyroïde MONCOUR	POUDRE Ovarienne MONCOUR	AUTRES Préparations MONCOUR
Coliques hépatiques Lithiase Ictère par rétention	Insuffisance rénale Albuminurie Néphrites, Urémie	Myxœdème, Obésité Arrêt de Croissance Fibrômes	Aménorrhée Dysménorrhée Ménopause Neurasthénie féminine	Extrait de Muscle lisse Extrait de Muscle strié Moelle osseuse Myocardine Poudre surrénale Thymus, etc., et
En sphérulines dosées à 10 c/gr.	*En sphérulines dosées à 15 c/gr.*	*En bonbons dosés à 5 c/gr.* *En sphérulines dosées à 35 c/gr.*	*En sphérulines dosées à 20 c/gr.*	
De 2 à 6 sphérulines par jour.	De 2 à 16 sphérulines par jour.	De 1 à 4 bonbons p. j. De 1 à 6 sphérulines p. j.	De 1 à 3 sphérulines par jour.	

Toutes ces préparations ont été expérimentées dans les Hôpitaux de Paris. Elles ne se délivrent que sur prescription médicale.

Blédine

JACQUEMAIRE

Farine délicieuse
Prépare et facilite
le Sevrage

Glycérophosphates originaux

Phosphate vital

de Jacquemaire



Solution gazeuse (de chaux, de soude, ou de fer)
2 à 4 cuill. à soupe par jour, dans la boisson

Granulé (de chaux, de soude, de fer, ou composé)
2 à 4 cuill. à café par jour, dans la boisson

Injectable (de chaux, de soude, de fer.
1 à 2 injections par jour

ECHANTILLONS : Établissements JACQUEMAIRE - Villefranche (Rhône)

Tuberculose - Anémie - Surmenage
Débilité - Neurasthénie - Convalescences

Le moule administratif est vieillot, suranné, inadapté à l'état présent de la Société tel qu'il résulte du progrès et de l'évolution des idées. D'accord encore. Ce moule n'en existe pas moins. N'affectez pas de le fuir. Entrez plutôt dedans si la porte vous en est ouverte. Là, vous vous arc-bouterez des épaules et des reins et vous le briserez. Puis, sur ses débris, dont vous utiliserez les bons morceaux, s'il en est, vous édifierez un moule nouveau, que vous façonnerez avec vos aptitudes et votre compétence.

Que risquez-vous encore ? Que la porte reste fermée et que vous soyez tenus en dehors ? Qu'à cela ne tienne ! Vous remuerez les masses auprès desquelles vous ignorez encore de quel poids peut être votre influence, et leur flot, entraîné par vous, frayera la voie féconde qui vous mènera aux saines et robustes réalisations.

Ne soyez pas tant des démolisseurs que des réalisateurs. Saisissez la première occasion qui s'offrira à vous pour créer, dans un département, dans un arrondissement, dans un canton, dans une ville, dans un quartier, l'organisme médico-social dont vous avez très certainement le plan, profondément réfléchi et sagement mûri. Offrez-le en exemple. Et la majorité, sinon l'unanimité, se ralliera à vos idées, quand elle en aura apprécié les bienfaits.

« Songez, se plaît à nous répéter notre ami Diver-
« neresse, que chaque médecin voit en moyenne
« tous les jours, en France, quinze personnes dont
« un quart se renouvelle quotidiennement ; qu'il
« y a 20.000 praticiens français ; que le Corps
« médical se trouve ainsi en contact journalier,
« et quel contact ? avec 300.000 individus !
« Et mesurez à ces chiffres, l'influence que lui
« donne son rôle auprès d'eux. »

Cette influence, c'est pour le corps médical le levier puissant qu'Archimède réclamait pour soulever le monde, et avec lequel, s'il y est franchement résolu, il déplacera tous les obstacles qui l'empêchent encore de fournir le plein rendement de sa valeur, de ses connaissances et de ses vertus.

G. Duchesne.

II

Entente cordiale et rond-de-cuirisme.

J'ai entre les mains deux circulaires de M. le Préfet de X... « à Messieurs les Médecins du Département ». Toutes deux, envoyées en même temps, ont trait aux mesures à prendre contre les épidémies et s'adressent courtoisement aux médecins pour leur demander de « venir en aide à l'Administration ». C'est là une touchante entente cordiale que l'on propose. Je suis persuadé que le Corps médical du département est prêt à l'accepter... cordialement.

Dans la première, il s'agit de l'*Encéphalite léthargique*. Je ne vois pas grand chose à redire. Au reste, en voici le passage principal :

Il ne paraît avoir lieu, pour le moment, de classer cette maladie parmi les affections dont la déclaration est obligatoire. Mais je vous demande de bien vouloir me signaler d'urgence tous les cas que vous constaterez avec les remarques que ces cas pourront vous suggérer au point de vue :

1° De la contagiosité de la maladie

2° De ses relations avec la grippe ;

3° De ses relations avec la poliomyélite.

Je suis convaincu que vous vous ferez un devoir de venir en aide à l'administration pour lui permettre de mieux connaître la nature de cette maladie et de préciser les mesures prophylactiques qu'il conviendrait de prendre.....

Fort bien. Peut-être pourrait-on se demander si c'est bien le rôle de l'Administration préfectorale de s'efforcer de « connaître la nature » de l'encéphalite léthargique et s'il n'est pas, pour cela, des gens plus qualifiés ?.. Mais ne chicanons pas pour si peu, l'intention est bonne. Le praticien préviendra donc la Préfecture, s'il rencontre un cas dans sa clientèle.

Peut-être restera-t-il sceptique, par exemple, sur l'utilité même de cette déclaration, par rapport aux « mesures prophylactiques » qui seront prises, en conséquence ? Mais enfin, il se dira que dans cette maladie, qui vient de faire sa réapparition dans nos contrées, tout est encore à faire et, par suite, il faut que chacun y mette de la bonne volonté. Entendu ! Nous déclarerons nos encéphalites léthargiques ... s'il nous est échu d'en rencontrer.

***

La deuxième circulaire a rapport aux *Mesures contre la Grippe*. La voici in extenso :

PRÉFECTURE DE .....

Mesures contre la Grippe.

Le 11 février 1920.

Le Préfet de ... à Messieurs les Médecins du Département.

M. le Ministre de l'Hygiène me signale qu'une recrudescence de grippe a été constatée dans un certain nombre de départements.

Bien que les cas constatés n'égalent pas comme fréquence et comme gravité ceux des années précédentes, il est prudent de prévoir dès maintenant

les mesures propres à enrayer l'épidémie si elle prenait de l'extension.

Le point important est de connaître exactement la marche de l'épidémie.

Je vous prie dans ce but, de m'adresser CHAQUE JOUR le nombre global des cas que vous aurez constatés, sans préjudice d'une déclaration spéciale de chaque cas grave ou compliqué. Vous y ajouterez les considérations que vous croirez devoir formuler.

Je compte sur vous pour coopérer avec l'administration en vue d'arrêter les mesures à prendre dans le but d'enrayer l'épidémie.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée . *Le Préfet* :

Cette fois, Monsieur le Préfet de X..., permettez-moi de m'élever contre les prétentions du M. Lebureau de votre préfecture. Il va un peu fort votre M. Durond (de Cuir) !

Quoi ? Il faudrait que chaque jour, oui ! vous entendez bien, que *chaque jour* (!!) les 200 médecins du département lui envoient un rapport concernant le nombre global des cas, etc... sans préjudice d'une déclaration spéciale de chaque cas grave, avec assaisonnement de considérations, etc...

Voyons, voyons ! M. Durond (de Cuir), pensez-vous donc que les praticiens du département passent leurs journées béatement enfouis dans un vaste fauteuil et la plume à la main, faisant des statistiques ? Si encore, par retour du courrier, vous pouviez leur envoyer la guérison de leurs cas graves ou compliqués — spécialement déclarés — et supprimer, par des phrases harmonieuses, l'épidémie menaçante.....

Mais, hélas ! Je ne vois pas du tout, dans votre circulaire, quelles « mesures » vous avez l'intention de prendre en cas d'épidémie. Oh ! je m'en doute bien un peu, au fond. Si celle-ci prend une extension inquiétante, je connais votre courage : vous n'hésiterez pas, bravement, à lutter contre le péril en ... en nommant une Commission !

Mais, pour en arriver, un jour, à accoucher de cette *ridiculus mus*, exiger de chaque praticien un rapport journalier, n'est-ce pas un peu abusif ? « Qui veut faire l'ange, etc... » dit l'Ecriture. Vous savez la suite... Je crois bien qu'en l'occurrence, tout rempli des meilleures intentions, M. Durond (de Cuir), vous avez voulu faire l'ange.

Dr Fernand DECOURT.

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année 1919 au trésorier Dr Gassot à Chevilly (Loiret).

CHRONIQUE DE L'ASSISTANCE

I

Utilisation des bureaux de bienfaisance. Le nouveau règlement modèle.

C'est aux médecins maires, ou conseillers municipaux, que je m'adresse, comme à tous mes confrères, qui estiment que leur devoir social les incite à s'occuper activement des questions d'assistance.

Nous donnons ci-dessous le nouveau règlement modèle des bureaux de bienfaisance, ainsi que l'appel-referendum de la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance. Nous espérons que nos lecteurs seront nombreux à répondre.

Mais, qu'il nous soit permis d'élargir la question et d'envisager l'utilisation des Bureaux de Bienfaisance pour que leur rendement soit maximum, lorsqu'il s'agit de venir au secours de l'indigence et de la demi-indigence. Ce faisant, nous répondons au désir exprimé par quelques confrères, qui estiment que les pauvres de leur commune auraient bénéfice à voir le Bureau de Bienfaisance ne s'occuper que de bienfaisance, alors que le service de l'assistance médicale gratuite relèverait uniquement du règlement départemental.

Dans quelques localités, en effet, sous l'empire de l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893, le Bureau de Bienfaisance a obtenu, du Ministère de l'Intérieur, l'autorisation d'organiser un service autonome, indépendant du département pour l'A. M. G. Ne conviendrait-il pas, dans l'intérêt des malheureux, de supprimer ces exceptions de l'article 35 et de rattacher toutes les communes au service départemental de l'A. M. G. ? Toutes les ressources du Bureau de Bienfaisance seraient alors consacrées à des œuvres assistant le miséreux, qu'il soit malade ou non.

Aux termes de la loi du 15 juillet 1893, l'Etat et le département participent, dans une certaine proportion, aux dépenses supportées par les communes, pour les soins médicaux et pharmaceutiques, donnés aux indigents. Il suffirait donc d'étudier le budget d'assistance de ces communes, qui se sont placées sous l'empire de l'article 35, pour inscrire à divers chapitres, les dépenses d'assistance, à seule fin de faire bénéficier le budget communal des subventions de l'Etat et du département. D'où ressources nouvelles au profit des indigents.

Débarrassé des frais médicaux et pharmaceutiques, le Bureau de Bienfaisance pourrait consacrer ses ressources soit à créer, soit à aider et subventionner toutes œuvres publiques ou

privées à but charitable. Que de malades chroniques, tuberculeux ou autres, vieillards, infirmes, estropiés, etc., ont besoin de secours de toute sorte, en dehors des soins du médecin ! La lutte contre la tuberculose ne nécessite-t-elle pas une alimentation spéciale, un placement à la campagne, qui pourraient être effectifs, grâce à l'action du Bureau de Bienfaisance ? Tel miséreux ne pourrait-il pas obtenir un secours de convalescence pour achever sa guérison dans une station thermale ?

Les nécessiteux, les familles nombreuses pourraient recevoir des secours de vêtements, de nourriture, de loyer, etc.

La puériculture, pour donner de véritables résultats, demande l'organisation de consultations de nourrissons, de gouttes de lait, de chambres d'allaitement, de crèches, etc. : toutes œuvres qui peuvent être organisées ou subventionnées par le Bureau de Bienfaisance.

Puis, nous envisagerons les œuvres de préservation sociale et de lutte contre la tuberculose, la syphilis : des dispensaires seront créés, des laboratoires de recherches et de désinfection seront organisés. L'hôpital et le bureau de bienfaisance n'ont-ils pas qualité pour se mettre à la tête de ces nouvelles institutions, pour que le médecin praticien puisse avoir, sous la main, tout l'arsenal de prophylaxie et de guérison nécessaire ?

Allant plus loin, le Bureau de Bienfaisance peut payer les cotisations aux Mutualités scolaires ou autres, aux Caisses de retraite, pour les individus prévoyants, mais tombés momentanément dans la gêne et le dénûment.

Sans sortir de sa spécialité, le Bureau de Bienfaisance ne pourrait-il pas créer, ou s'intéresser à toutes œuvres utiles aux indigents, comme les bains-douches, les fourneaux économiques, les immeubles ouvriers, etc. ?

Aussi, demandons-nous à tous les confrères, qui, d'après le très intéressant travail du Dr Rinuy, voient de près les dommages causés aux indigents par cet article 35 de la loi de 1893, de nous documenter sur la situation particulière à leur commune. A notre tour, nous pourrons leur donner tous conseils utiles, pour que le conseil municipal et le conseil du Bureau de Bienfaisance, mieux éclairés, puissent demander le rattachement au service départemental de l'A. M. G. afin de consacrer toutes leurs ressources charitables à la bienfaisance, et de fournir une aide profitable aux vaincus de la vie.

Dr Paul Boudin.

Demande d'avis.

La Société Internationale pour l'Etude des questions d'Assistance ayant reçu communication, dans sa séance du 25 février dernier, du nouveau *Règlement modèle des Bureaux de Bienfaisance*, arrêté la veille par le Conseil Supérieur de l'Assistance Publique, et dont le texte est ci-joint, a, sur le rapport d'un de ses membres, M. Voigt, également membre du Conseil Supérieur, échangé des vues au sujet de l'*article* 15, concernant la coopération désirable de la bienfaisance privée à l'action secourable de l'assistance publique.

La Société Internationale, en applaudissant au principe de cette coopération, s'est demandé dans quelles conditions pratiques les établissements et les œuvres pourraient l'appliquer ; c'est pourquoi elle a décidé d'ouvrir d'urgence une enquête rapide à laquelle nous vous prions de vouloir bien apporter votre contribution.

Il y a là une disposition nouvelle sur le terrain administratif, mais que les congrès et les associations comme la nôtre avaient depuis longtemps préconisée et dont l'idée a déjà pénétré dans les récentes lois d'assistance. Au moment où elle est sur le point d'entrer dans le domaine de la réalisation, nous attacherions un prix particulier à avoir votre opinion sur l'avenir qui lui est réservé et nous vous remercions par avance des indications que vous aurez l'obligeance de nous donner à ce sujet.

Le Président,	*Le Secrétaire général,*
Docteur Dron,	Georges Rondel
Sénateur,	Inspecteur général,
ancien Maire de Tourcoing.	au Ministère de l'Hygiène de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales.

Section permanente du Conseil supérieur de l'Assistance Publique.

Séance du 24 février 1920.

Projet de règlement pour l'assistance à domicile.

TITRE PREMIER

Administration.

Article premier. — La Commission administrative s'assemble à jour fixe, au moins une fois (par mois ou semaine) le à heure du et toutes les fois que la demande en est faite par quatre membres.

Elle se réunit de droit les jours suivants, savoir :

Elle peut être convoquée extraordinairement par son président (ou son vice-président et en cas d'empêchement par l'administrateur le plus ancien).

Elle ne peut délibérer qu'autant que la majorité des membres qui doivent la composer assistent à la séance.

Art. 2. — Dans sa première réunion, la Commission nomme chaque année : 1° un vice-président chargé, en cas d'absence, de suppléer le maire-président et de surveiller la marche générale du service ; 2° un ordonnateur chargé de la signature de tous les mandats délivrés pour l'acquittement des dépenses autorisées.

Copie de cette délibération est transmise immédiatement au préfet.

Le vice-président et l'ordonnateur peuvent toujours être réélus.

Il sera tenu un registre des délibérations, lequel sera coté et paraphé par le maire-président ou, à son défaut, par le vice-président de la Commission administrative.

Art. 3. — La Commission, selon l'importance et la diversité des secours, désigne ceux des membres qui seront appelés à surveiller spécialement chaque service soit pendant l'année, soit pour un temps déterminé.

Elle peut, selon les cas et les besoins, nommer des commissaires auxiliaires, hommes ou dames, créer des circonscriptions ou des bureaux de section, des dispensaires, etc..., pour la distribution des secours (1)

TITRE II

Admission aux secours. — Suppression.

Art. 4. — Toute personne demandant les secours doit, à l'appui de sa demande, justifier qu'elle réside dans la commune et qu'elle ne possède pas de ressources suffisantes pour subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille avec le seul produit de son travail.

Toutes les demandes sont enregistrées et suivies d'enquêtes.

Art. 5. — Les enquêtes devront être faites à court délai par les administrateurs ou les commissaires auxiliaires ; elles peuvent l'être aussi par des visiteurs ou autres agents rétribués et contrôlés.

Les enquêtes devront faire connaître, outre le domicile du requérant et son état constaté d'indigence, sa nationalité, la réalité du domicile de secours, ses charges de famille.

Les résultats des enquêtes seront consignés par écrit.

Art. 6 — Les demandes de secours et les résultats des enquêtes seront examinés par la Commission qui en délibérera à la plus prochaine séance.

Néanmoins, en cas d'urgence, la décision sera prise par l'administrateur désigné chaque année à cet effet par la Commission administrative ou par la Commission de permanence constituée à cet effet.

Art. 7. — La Commission a qualité pour délibérer sur la suppression des secours. Cette suppression est prononcée dans les cas de renseignements mensongers et de fausses déclarations, lorsque les causes ayant motivé l'admission aux secours ont cessé, ou en cas de mauvais usage des secours accordés.

En cas d'urgence, les secours peuvent être suspendus par l'administrateur désigné en vertu de l'article 6.

Art. 8. —Il est donné à la Commission administrative, dans sa première réunion, connaissance des décisions prises par l'administrateur, aussi bien au sujet des admissions aux secours qu'au sujet des suppressions.

Toutes les décisions prévues par les articles 6 et 7 seront inscrites au registre des procès-verbaux.

Dans tous les cas d'admission aux secours ou de leur suppression, notification en est faite aux intéressés aussitôt la décision prise.

Art. 9. — Il est dressé une liste des personnes admises aux secours (1).

TITRE III

Distribution des secours.

Art. 10. — Les secours sont donnés en nature ou en argent.

Art. 11. — Les secours annuels sont donnés aux *indigents* reconnus incapables par leur âge, leur invalidité ou leurs charges exceptionnelles de familles, de pourvoir à leur subsistance par le travail.

Les secours temporaires ou accidentels sont donnés aux *nécessiteux* qui se trouvent momentanément privés de ressources (2).

Art. 12. — La quotité des secours annuels, la quotité et la durée des secours temporaires ou accidentels sont déterminées par la Commission administrative, d'après les circonstances de fait soumises à son appréciation.

Art. 13. — Nul ne recevra les secours annuels s'il augmente pour lui-même ou pour les siens les risques d'indigence en refusant sans cause légitime d'envoyer ses enfants à l'école ou de se soumettre aux règles de l'hygiène.

Art. 14. — Afin de les rendre plus efficaces, les secours pourront être appropriés au genre de misère qu'il s'agit de soulager.

A cet effet, la Commission administrative pourra transformer, en partie, les secours en nature ou en argent, en des secours de prévoyance, de travail, d'hygiène et de préservation de la misère.

Art. 15. — S'*il existe dans la commune des œuvres d'assistance privée et notamment des œuvres ayant pour but le relèvement des malheureux, l'assistance*

(1) Si la Commission use de la faculté que lui donne l'article 3, elle préparera ici les attributions de ces différents commissaires.

(1) Cette liste peut être utilement complétée par un jeu de fiches ou un registre matricule.

(2) Le règlement intérieur pourra prendre des dispositions particulières pour les cas exceptionnels de secours à des pauvres honteux.

par le travail, l'amélioration de l'hygiène des familles pauvres, la protection des enfants du premier âge, la prophylaxie antituberculeuse, etc.., le bureau de bienfaisance se met en rapport et s'efforce d'établir des relations permanentes avec ces œuvres, en vue d'accroître, sans doubles emplois, l'efficacité de l'action de l'assistance publique et privée.

A défaut d'une telle entente permanente si désirable, toutes les fois qu'au moyen de ses ressources propres il ne peut donner à une personne ou famille dans la misère une assistance suffisante, le bureau signale cette personne ou cette famille à l'œuvre d'assistance privée paraissant la plus apte à la secourir utilement.

ART. 15 bis. — *Partout où il existe un établissement public d'assistance locale (hôpital, hospice, asile de vieillards, orphelinat municipal, dispensaire d'hygiène sociale, etc..) le devoir du bureau de bienfaisance est de se concerter avec lui en vue de compléter réciproquement leurs efforts pour l'exécution des mesures prophylactiques, l'aide immédiate aux malheureux et le relèvement des familles secourues.*

ART. 16. — Pour les secours en argent, la remise en sera faite, contre acquit, par le receveur, sur mandat, signé de l'ordonnateur, les administrateurs ne pouvant, sous aucun prétexte, toucher personnellement aucun fonds ni payer aucune dépense.

TITRE IV

PERSONNEL.

ART. 17. — Outre le personnel auxiliaire, bénévole, prévu à l'article 3, la Commission administrative a, sous sa direction, pour les besoins du service, un personnel salarié, comprenant :

1° Un *receveur* chargé de tout le service de la comptabilité-deniers, conformément aux règlements de bienfaisance.

2° Si l'importance et le mode de fonctionnement du bureau l'exigent, un *secrétaire spécial* dont les attributions seront réglées par la Commission administrative.

En outre, elle pourra avoir des *agents-visiteurs* ou *distributeurs*, hommes ou dames.

TITRE V

COMPTABILITÉ.

ART. 18. — A l'expiration de chaque exercice financier, il sera établi par l'ordonnateur un compte moral faisant connaître le nombre des indigents secourus, le nombre des indigents non secourus faute de ressources, les causes qui ont influé sur l'augmentation ou la diminution des ressources, le genre et le total des secours distribués, les résultats des secours préventifs et toutes autres indications utiles.

Une copie de ce compte moral sera adressée au préfet ou au sous-préfet.

A cette même séance, le receveur présentera son compte annuel de gestion dans les formes prescrites par les instructions.

ART. 19. — Le budget des recettes et des dépenses sera arrêté, chaque année, en temps utile pour être soumis au conseil municipal dans sa séance de mai.

Une copie de ce compte est également adressée au préfet (ou au sous-préfet).

Le 192 .

Approuvé le 192 .

Le Préfet,

II

Les médecins et l'assistance publique en Angleterre

La guerre est enfin terminée, le retour à la paix marque aussi le retour des individus et des collectivités aux soucis d'avant-guerre, si longtemps effacés devant l'intérêt national terriblement menacé.

Ils viennent plus nombreux, car, à ceux simplement différés, d'autres se sont joints, commandés par les conditions singulièrement modifiées de l'existence.

Les appétits n'en sont que plus justifiés et plus impérieux en raison de la vivacité et de la rigueur des nécessités urgentes du moment.

En effet, la contrainte de la nécessité est venue prendre la place de l'aisance relative, suffisante pour justifier une part d'imprévoyance, qui permettait ou au moins facilitait avant la guerre une tolérance commode avec place aux irrégularités, aux abus, à la négligence.

Désormais, il faut à tout prix rassembler tous ses moyens et les mettre en harmonie avec les exigences de l'entourage ; il faut, sous peine de déchéance, réclamer la rétribution juste du travail professionnel ; ne pas le faire serait abdiquer et commettre une faute grave envers la famille, envers soi-même et toute la corporation médicale.

Cette loi de la nécessité s'impose à tous ; elle n'est pas particulière aux seuls médecins, elle se fait sentir dans toutes les nations avec une intensité à peine variable à toutes les corporations.

Le coût de la vie a tout déséquilibré dans l'ancien système social, où tout semblait aller relativement bien, c'est-à dire pas trop mal, à comparer aux conditions du moment.

Si les évènements ont partout la même tendance, la réaction est loin d'avoir emprunté le même caractère de généralité et de vivacité dans tous les pays et dans toutes les corporations ; c'est matière de différence dans les caractères et les usages des individus et des collecti-

vités, matière de différence dans les dispositions des lois particulières à chaque nation.

En France, les médecins sont loin d'être en tête du mouvement de reconstitution sociale, non pas qu'ils n'aient pas conscience des indications fournies par le malaise général de la profession, mais ils ne se plient pas avec assez de souplesse aux rigueurs d'une dicipline syndicale pour ne pas laisser prises aux exigences intéressées de l'extérieur. Ces faiblesses individuelles sont préjudiciables aux intérêts généraux.

Tout autre est l'attitude de la corporation médicale en Angleterre.

Les praticiens anglais n'ont pas attendu la paix pour faire leurs préparatifs de défense professionnelle.

Tous les éléments ont été rassemblés et associés, tenus en réserve pour le jour de la paix : dès le lendemain les revendications se firent très ouvertement.

Le public anglais a été doté en 1911 d'un service d'assistance médicale par la loi Lloyd George, vrai monument d'organisation sociale, comprenant en même temps l'assurance-maladie, l'assurance-invalidité, l'assurance au décès, et enfin celle contre les accidents.

Cette loi *d'insurance-act* s'étend à toute personne travaillant de ses mains, quels que soient les revenus, ou ne disposant pas d'une ressource annuelle supérieure à 160 livres.

Chaque assisté en principe, pour être admis au bénéfice de la loi, devait payer une prime de quatre doubles pennies chaque semaine.

Le service médical se fait à l'abonnement pour le prix global de huit shillings six par tête d'individu assisté; il y a le libre choix du médecin par l'assisté, et il se fait au commencement de chaque année où l'assuré doit s'inscrire sur la liste d'assistance en indiquant le nom du médecin choisi. Celui-ci en principe a le droit de ne pas accepter sur sa liste les noms qui ne lui sont pas agréables ; c'est un droit qui a été exceptionnellement exercé.

L'inscription sur les listes d'assistance a ceci de caractéristique qu'elle doit se faire publiquement sur de grands panneaux au haut desquels sont les noms des praticiens, sortes de tableaux noirs établis dans la salle commune de chaque paroisse, d'où le nom de « Panel Doctor » donné en Angleterre aux médecins de l'assistance publique.

Le service médical comprit dès les premiers jours plus de 15.000.000 de personnes qui se sont distribuées sur les listes de près de 16.000 médecins.

Elles furent nombreuses, les listes avec six cents noms ; très rares, celles avec un nombre inférieur d'assurés dans les campagnes à population disséminée sur une grande surface de terrain pauvre, mais en revanche, dans les agglomérations importantes, les listes furent beaucoup plus chargées et dans les grands centres manufacturiers, les médecins les plus estimés se sont vus demandés par plus de deux mille clients ; à Birmingham, pour ne donner qu'un exemple, le docteur Dain pouvait se flatter d'une clientèle de plus de deux mille cinq cents assurés.

L'application de la loi fit ressortir l'inégalité de la situation créée aux médecins des villes au détriment des praticiens de campagne, obligés de parcourir de longues distances pour visiter les malades.

Aussi une indemnité fut-elle votée pour couvrir les frais de déplacement ; faible d'abord, elle monta progressivement au chiffre de 85.000 livres pour les seuls pays d'Angleterre et de Galles et figure à l'heure actuelle dans le projet officiel pour une somme de 300.000 livres.

La loi cependant répondait moins aux aspirations du corps médical anglais qu'à ses besoins. Elle fut acceptée par le nombre de médecins nécessaire au fonctionnement normal des services. La lutte pour les principes resta cantonnée au sein du bureau de la *British Medical Association* qui avait mené sans résultat une campagne théorique en faveur du libre choix, de l'indemnité kilométrique, du paiement à la visite du médecin et du tarif des opérations (assistance basis and workdone).

Malgré ses imperfections, la loi marquait un progrès énorme sur l'état ancien ; la question théorique des principes, acceptés et approuvés dans un vote unanime, fut laissée de côté et les listes du gouvernement se remplirent à la grande satisfaction de Lloyd George qui connaissait l'ambition du corps médical d'échapper à l'influence tyrannique des clubs, des loges, des sociétés mutuelles et aux mesquineries de la Loi des pauvres (Poor Law).

A l'usage, la loi se montra d'une insuffisance notoire ; le principe seul parut excellent et sembla répondre aux besoins généraux de la population : le service médical s'améliora, la santé publique fut mieux surveillée, l'hygiène générale plus respectée, la répartition des médecins se régularisa sur le territoire, mais une lacune fondamentale parut résider dans l'insuffisance des ressources financières et du paiement à l'abonnement. En effet, les médecins très sollicités ne se trouvèrent pas rétribués en raison des services rendus ; les exigences du public augmentèrent, chaque malade se montra désireux, pour rétablir une santé compromise, de faire appel aux dernières ressources de la thérapeutique, chacun réclama des examens plus fréquents, plus soigneux et plus prolongés à sa convenance, à son domicile ; les cabinets de consultation furent désertés ; les médecins surmenés, ne disposant plus d'assez de temps pour la clientèle particulière, adressaient en masse

dans les hôpitaux les cas les plus embarrassants ; un mécontentement général s'ensuivit et les médecins les plus recherchés se retirèrent peu à peu de l'assistance publique, suivis par une bonne partie de leur clientèle, la moins nécessiteuse ; les autres, moins favorisés, formulèrent des revendications de plus en plus nombreuses, continuèrent leur service et attendirent le retour à la vie normale pour demander satisfaction ; mais aucun nouveau médecin ne venait augmenter le nombre de ceux qui avaient primitivement accepté les conditions de la loi d'assurance.

C'était un échec après le triomphe, et cet échec était déjà évident avant le début de la guerre.

Pendant la guerre, l'état s'aggrava encore et les médecins de campagne eurent particulièrement à souffrir de l'augmentation du travail, de la hausse et de la rareté du pétrole, des exigences croissantes des assurés qui se croyaient tout dû quand ils n'avaient rien à débourser. De nombreux médecins durent avec regret renoncer à assurer le service de l'assistance publique et de là, cette tendance marquée, choquante même, à la division du corps médical en deux parties : les médecins pour les riches, les médecins pour les pauvres comme conséquence directe de l'impossibilité d'appliquer normalement et consciencieusement la loi elle-même.

Tous les praticiens protestèrent de leurs excellentes intentions et réclamèrent le droit égal et la possibilité pour tous de solliciter la confiance des riches ainsi que celle des pauvres.

Ils le firent dans la conférence annuelle des délégués des comités régionaux et locaux des médecins de la loi d'assurance en novembre dernier.

Elle eut, cette année, une importance exceptionnelle.

Il ne fut pas parlé du remaniement nécessaire de la loi, mais seulement des amendements nécessaires. Aucune voix ne s'éleva en faveur du libre choix du médecin et du service à la visite. Il ne fut question que de l'augmentation du prix d'abonnement (capitation fee).

La loi anglaise paraît opposée en principe au service de l'assistance et au paiement à la visite pour s'assurer l'avantage de mieux asseoir les charges budgétaires et de faciliter le paiement régulier des mandats dans les premiers jours de chaque trimestre : le paiement de l'indemnité de parcours se fait à part. Le gouvernement estime qu'il y a là deux énormes avantages de régularité dont l'un à son profit, et l'autre au profit des praticiens, qui doivent les faire passer sur quelques inconvénients inséparables du service à l'abonnement.

A l'unanimité, le nouveau prix de 13 shillings 6 fut accepté par tous les délégués mandatés des différents comités régionaux et locaux, et il fut considéré comme le plus bas prix compatible avec l'exercice normal de la loi.

La question de l'indemnité de déplacement recevait spontanément du gouvernement une solution convenable, car les prévisions budgétaires passaient du même coup, pour les seuls pays de Galles et d'Angleterre, de 85.000 livres au chiffre énorme de 300.000 livres sterlings : ce qui prouve combien insuffisantes avaient été les appréciations antérieures.

Une réserve est faite pour la durée de la validité des conventions nouvelles ; elles n'étaient acceptées que pour trois années après lesquelles un examen pouvait être jugé nécessaire.

Une question de principe très importante fut soumise pour la première fois à l'étude des délégués, et fut accueillie avec beaucoup de faveur par une grande majorité de l'assemblée.

L'initiative en appartient aux médecins de l'assistance de Londres qui, dans une réunion locale du comité. décidaient à une majorité suffisante de faire l'étude d'un projet de retraite d'Etat à accorder aux médecins de l'assistance publique.

Cette question, pleine d'intérêt moral et matériel, souleva un gros mouvement d'opinion qui dépassa les limites du corps médical et toucha très sérieusement le monde des affaires par les assurances individuelles, très répandues, presque générales en Angleterre ; à elle seule, cette question mériterait un long développement ; elle est loin de notre esprit et de nos habitudes à nous, médecins français, qui chérissons particulièrement l'économie et même la parcimonie au bas de laine.

La discussion fut longue, agitée, orageuse, et la conclusion fut cependant que l'étude en serait poursuivie dans un avenir rapproché, mais à l'heure actuelle, il fallait passer à l'examen des autres questions à l'ordre du jour et faire réussir la revendication principale.

L'ordre du jour contenait encore l'étude de peu d'importance de la transmission des clientèles d'assistance après décès ou changement de domicile, et la discussion des honoraires pour les cas d'urgence et comprenait enfin l'étude des moyens à employer pour faire accepter du gouvernement les desiderata, ou plutôt le desideratum des délégués.

Il y eut de longs discours passionnés et humouristiques à la manière anglaise.

La discussion conduisit à la décision de recourir au besoin à la suspension du service pour mettre le gouvernement devant une situation évidente et ferme. Les praticiens ont à l'heure actuelle une organisation plus forte et plus agissante qu'en 1911, et les directeurs sont mieux documentés. Il faut réussir.

Leurs revendications doivent donc recevoir satisfaction, ou le service de l'assistance publique sera suspendu.

Une tentative sera faite auprès du Ministre de la santé publique pour arriver à une entente.

Elle eut lieu dans une conférence tenue au Ministère de la santé publique entre le Ministre lui-même et les représentants des délégués des comités médicaux de l'assistance publique, à la tête desquels était le Dr Brackenbourg, le président de la conférence annuelle de novembre dernier. Le Dr Addison, ministre actuel de la santé publique, reconnut le bien fondé des observations des praticiens, rendit hommage à leur bon vouloir ; ils sont nécessaires, indispensables à l'exercice de la loi, malgré l'existence de nombreuses cliniques, de laboratoires et de dispensaires, mais il ne peut pas prendre l'engagement de faire accepter par le gouvernement l'augmentation de prix demandée. A l'heure actuelle, l'Etat est accablé par toute espèce de revendications, de demandes et d'exigences dont quelques-unes ont un caractère urgent et impérieux par les nécessités auxquelles elles répondent. Trop insister équivaudrait pour les médecins au maintien du *statu quo*, par un renvoi à une date ultérieure de l'examen de la question. Il vaudrait mieux transiger pour permettre l'application en avril prochain des conditions nouvelles.

Il demande quelques précisions sur les charges nouvelles incombant aux médecins du fait de la présence sur les listes d'assistance des blessés et mutilés de la guerre en état d'incapacité permanente de travail, et formule en passant un vœu, plutôt dur pour le corps médical, que les assurés de l'assistance n'auront pas à se mieux trouver des soins accordés par le même médecin, selon que ces soins seront donnés à titre particulier ou au titre de l'assistance.

Un long développement suivit sur les projets actuels de nombreuses organisations d'hygiène et de médecine sociale en cours d'étude au Ministère auxquelles l'assistance du médecin est indispensable.

Toute prétention exagérée du corps médical serait un empêchement pour les réalisations projetées.

La conférence prit fin sans autres précisions.

Le corps médical anglais est dans l'attente et assiste à la campagne que fait également contre lui le journal des sociétés mutuelles, *National Assurance Gazette*, en faveur de la résistance du gouvernement.

Dr Houdart.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le médecin traitant doit-il solliciter la permission de faire radiographier un blessé du travail ?

Je lis toujours avec la plus grande attention *Le Concours Médical* et j'ai souvent été frappé de la clarté des solutions qu'il donne, tant en ce qui concerne les intérêts corporatifs, qu'en ce qui a trait aux accidents du travail. Permettez-moi de vous demander qu'elle est votre opinion sur les faits suivants :

Je viens d'adresser à deux très importantes Compagnies d'Assurances mes notes d'honoraires pour examens aux Rayons X.

La première Cie refuse tout payement, parce que l'examen a été fait *sans que je lui aie demandé son autorisation*.

Or, il s'agit d'un ouvrier charpentier tombé d'une hauteur de huit mètres et présentant un ensemble de signes si troublants du côté du thorax, du bassin et d'une articulation du coude, que le médecin traitant m'amena le blessé pour examen à l'écran fluorescent.

A quelques mois de là, le blessé allait de mal en pis, et la Cie d'Assurances ne voulant pas lui donner satisfaction sur des points qui m'échappent, le Tribunal ordonna que des radiographies fussent faites par le Dr X. nommément indiqué. Le Tribunal adoptait en cela les conclusions de l'expert désigné.

Dans le deuxième cas, il s'agit de traumatisme d'un avant-bras, par choc direct. Il était de la plus haute importance, en raison de l'attitude générale du membre supérieur, de savoir s'il y avait fracture du cubitus ou du radius. L'un servant d'attelle à l'autre, il n'était pas possible, en raison du gonflement et de la douleur, de reconnaître le déplacement, la crépitation, le chevauchement. Le médecin traitant me présenta lui-même le blessé et je pris deux plaques radiographiques. A la présentation de ma note, un inspecteur de la Cie d'assurances me fit la réponse suivante :

« *Nous n'avons pas été consultés sur la nécessité de procéder à un examen radiologique. Nous n'avons vu ni les épreuves, ni les plaques. Nous nous en rapportons néanmoins à votre bonne foi, et nous vous offrons à titre de transaction la somme de .....* »

Celle-ci représente un peu moins que le tiers de ma note établie d'après le tarif de la Société des Electrologistes français.

Les Compagnies d'Assurances sont-elles fondées à dire que les examens aux Rayons X ne peuvent être à leur charge, dans le cas d'accident du travail, qu'après obtention de leur consentement ?

Dr B.

Réponse

Un ouvrier, blessé dans son travail, souffre : le médecin a l'impérieux devoir de soulager le pa-

tient, en traitant les effets du traumatisme ; il doit aussi déterminer la cause précise des douleurs. Y a-t-il fracture ? luxation ? corps étrangers ? Il faut le savoir le plus tôt possible, parce qu'une réduction de luxation, ou de fracture, une opération rapidement faite, diminuera considérablement le martyre de la victime.

De plus, le docteur doit établir un certificat initial de blessure et il importe, pour l'ouvrier, que cette pièce soit aussi exacte que possible, eu égard aux conséquences probables que peut entrainer une incapacité permanente partielle de travail.

Dans ces conditions, mis en présence d'un blessé qui souffre atrocement, dont le membre traumatisé est gonflé, douloureux à tout examen, à tout mouvement, le médecin doit-il accomplir les actes professionnels et scientifiques que lui dictent son art et sa conscience ? Doit-il, sans retard, utiliser, pour son malade, toutes les données de la pratique médicale, pour poser un diagnostic précis et instituer immédiatement le traitement qui soulagera ? Doit-il au contraire, en référer à des tiers, qui, eux ne souffrent pas, et qui, sous le prétexte qu'ils payent les soins donnés, entendent autoriser ou refuser l'utilisation de moyens thérapeutiques ?

La réponse n'est pas douteuse pour qui est médecin, ou pour celui qui, victime d'un accident, a souffert d'une fracture, ou d'une luxation non réduite. Pour oser prétendre soumettre le médecin à une autorisation, avant d'agir, il faut l'âpreté au gain bien connue de certaines entreprises financières, qui, sous le nom d'assurances, profitent des dispositions de la loi du 9 avril 1898. Il faut également avoir cette phobie du médecin marron, qui conduit à suspecter la bonne foi de tout docteur en médecine.

Pour réfuter la thèse des assureurs, qui vous refusent le paiement des honoraires de radiographie, parce qu'ils n'avaient pas autorisé ces examens, nous n'aurons qu'à nous reporter à la pratique journalière.

Pour obtenir cette permission de radiographier le malade, le docteur doit écrire au patron, par lettre recommandée ; le chef d'entreprise transmettra la lettre à son assurance. Pendant ces démarches, le blessé souffre.

Puis, il faut compter avec les lenteurs du service postal, surtout s'il s'agit d'un blessé de province. Les lettres recommandées ne sont pas distribuées le dimanche, ni les jours de fête. D'ailleurs, ces jours là, il n'y aurait personne dans les bureaux de l'assurance. Pendant ce temps, le blessé souffre.

La lettre reçue, il faut à l'assurance le temps d'établir un dossier, de demander la permission au chef de service, consulter le médecin chef de la société : ci, quelques jours. Pendant ce temps, le blessé souffre.

Puis, permission est accordée ou refusée, par lettre recommandée. Encore les lenteurs du service postal et le repos des jours fériés. Pendant ce temps, le blessé souffre.

Mais, le cas paraît-il douteux, les épreuves radiographiques doivent-elles coûter cher ? Il faut alors envoyer le médecin contrôleur de la compagnie. Selon les formalités du 5e paragraphe de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, modifiant celle du 9 avril 1898, le médecin traitant devra être averti, par lettre recommandée, deux jours à l'avance, de la visite du médecin contrôleur. Pendant ce temps, le blessé souffre.

Franchement, le médecin traitant n'est-il pas en droit d'envisager uniquement son devoir d'humanité, en mettant un terme aux souffrances du blessé et en assumant la responsabilité d'un diagnostic radiologique ? D'autant que l'on peut mettre en doute la compétence des bureaux de l'assurance, qui, sans voir le blessé, décideront à distance s'il faut ou non radiographier.

Enfin, au cas où, écœuré par ces tracasseries, qui n'ont d'autre but que de permettre aux assurances de faire de plus forts bénéfices, en diminuant les frais médicaux, le médecin traitant négligerait de faire pratiquer une radiographie, ne serait-il pas poursuivi en responsabilité professionnelle, pour négligence ? Le blessé, estropié, ne se retournerait-il pas contre le docteur ? Et même l'assurance, si économe, ne ferait-elle pas grief de cette absence de radiographie ? Le « Sou médical » a déjà donné son appui moral et pécuniaire dans des cas de ce genre.

Aussi, mon opinion personnelle est-elle que le médecin doit obéir avant tout à ses devoirs d'humanité et chercher à préciser son diagnostic, le plus rapidement possible et par tous les moyens. Qu'il prévienne le chef d'entreprise de son intention d'adresser le patient à un radiologiste : le patron aura ainsi toute latitude de faire contrôler, ou non, par son docteur. Mais, il n'y a pas lieu de solliciter une autorisation quelconque.

D'ailleurs, lorsque le médecin traitant a été mis en œuvre par le chef d'entreprise, le docteur devient le *negotiorum gestor* de ce dernier : il doit chercher à guérir l'ouvrier le mieux et le plus rapidement possible, pour que l'invalidité soit réduite au minimum de temps possible, pour qu'il ne persiste aucune incapacité permanente partielle de travail.

Si le médecin a été choisi par le blessé, il doit se considérer comme tenant de ce dernier le mandat de guérir le mieux et le plus vite possible.

Nous devons donc en conclure, que, dans tous les cas, le praticien a le devoir d'agir le plus promptement possible, selon sa science et sa conscience, sans avoir à retarder le soulagement que le blessé est en droit d'attendre, par des démarches en vue d'obtenir une autorisation quelconque.

Réclamez donc vos honoraires et s'il y a refus de paiement, nous en référerons soit à la Commission d'arbitrage, qui, à Paris, va incessamment fonctionner entre le syndicat des médecins de la Seine et un certain nombre de compagnies d'assurances, soit au juge de paix du lieu de l'accident.

Selon les conseils de nos avocats, nous pousserons jusqu'en cassation, s'il y a lieu, tout en regrettant ces habitudes procédurières, que nous devons aux contentieux si bien organisés des compagnies d'assurances.

Le « Sou médical » luttera pour ses adhérents jusqu'au jour où les médecins, lassés de voir leur honnêteté toujours mise en doute, agacés d'avoir sans cesse à discutailler, pour obtenir le règlement de leurs honoraires, prendront la ferme résolution d'ignorer systématiquement les assurances. Quelques syndicats médicaux ont voté cette résolution : le médecin ne connaît que le patron et entend ne recevoir d'honoraires que de ce dernier seul, à la suite d'un engagement écrit signé au début du traitement du blessé.

Les assurances ne sont faites que pour le chef d'entreprise : nous n'avons pas à les connaître. Le tarif Dubief n'a jamais été fait pour nous. Si donc les assurances ne veulent pas changer d'attitude envers nous, ignorons-les ; nous sommes les plus forts et nous saurons le prouver, si l'on dépasse les limites de notre patience.

Dr Paul Boudin.

MUTUALITÉ FAMILIALE
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Avis aux Sociétaires.

En raison de l'augmentation des frais de poste et de la nécessité de réduire les correspondances inutiles au strict minimum, le secrétaire général croit devoir rappeler aux sociétaires les points suivants :

1° Ils doivent garder soigneusement les statuts de la Société et les consulter avec soin à propos des déclarations de maladie, des cotisations, des indemnités.

2° Les cotisations sont exigibles au 1er janvier de chaque année pour les sociétaires qui payent en une seule fois, au 1er janvier et au 1er juillet pour ceux qui payent en deux fois. Les sociétaires qui ne se sont pas mis en règle au 31 janvier et au 31 juillet sont suspendus de leurs droits et ne les recouvrent qu'un mois après libération.

3° Les déclarations de maladie doivent être faites dans un délai maximum de 10 jours. Pour permettre le calcul exact des indemnités, les sociétaires malades doivent préciser toujours exactement la date du début de leur mise au repos et celle de la reprise du travail. La première doit se faire dans la lettre annonçant la maladie, même avant tout envoi de certificat médical statutaire, la seconde dans la lettre annonçant la guérison.

4° Il est toujours répondu dans les trois jours aux déclarations de maladie ; il n'est pas répondu aux déclarations de guérison, la chose étant inutile au point de vue administratif.

5° Les sociétaires recevant l'indemnité de chronicité doivent toujours, sous peine d'amende, envoyer de leurs nouvelles au secrétaire général avant les réunions trimestrielles du Conseil d'Administration, c'est-à-dire aux 20 mars, 20 juin, 20 septembre et 20 décembre.

6° Les indemnités sont envoyées par le trésorier au début de chaque trimestre, après la séance du Conseil d'Administration, qui se tient généralement le dernier mardi de chaque trimestre.

7° Les dossiers des candidatures doivent être envoyés au Secrétaire général de manière à pouvoir être soumis au Conseil d'Administration dans ces mêmes séances. Le secrétaire général envoie aux intéressés, dans la huitaine, l'avis d'admission avec le montant de la cotisation qu'ils doivent envoyer au trésorier.

8° Chaque fois qu'un sociétaire désirera recevoir des renseignements qu'il ne peut trouver dans les statuts ou des accusés de réception de ses lettres, il devra joindre un timbre pour la réponse. Il ne sera pas répondu aux lettres sans timbre.

Le secrétaire général espère que les sociétaires comprendront l'indispensable nécessité de ces recommandations et voudront bien s'y conformer désormais.

Le Secrétaire Général,
H. Mignon.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — Notre confrère et ami, le Dr Pamart, vient d'être cruellement frappé dans ses plus chères affections par la mort prématurée de Madame Pamart, sa femme.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de la douloureuse sympathie qu'éprouvent pour lui, en cette circonstance, ses amis du *Concours médical.*

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON. THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

seur si je venais à céder. Le bail expirait normalement le 25 décembre 1917. Il était en cours le 4 août 1914, date de ma mobilisation et se trouve prorogé de la durée des hostilités par conséquent. Le propriétaire ne m'a jamais accusé réception de ces lettres, mais a laissé mon successeur s'installer le 15 janvier dernier, et m'a laissé déménager 5 mois auparavant sans opposition d'aucune sorte.

1° Puis-je le considérer suffisamment averti de ce fait, ou faut-il et est-il encore temps de recourir à la signification par huissier ?

2° Mon successeur bénéficiera-t-il des avantages de mon bail pendant 5 ans, ou a-t-il à redouter une augmentation de prix de son loyer ?

Réponse

Comme le bail dont vous étiez cessionnaire avait pris fin le 29 décembre 1917, vous étiez depuis cette date sous le régime des locations verbales, c'est-à-dire que vous n'étiez pas tenu de faire notifier au propriétaire votre intention de bénéficier de la prorogation accordée par la loi du 9 mars 1918.

Pour les locataires verbaux, il suffit, en effet de faire la notification lorsqu'ils ont reçu congé, et dans les vingt jours de ce congé.

Il est heureux pour vous que telle ait été la situation, car les notifications faites par lettre recommandée et restées sans réponse du propriétaire, sont sans aucune valeur et seules comptent celles faites par ministère d'huissier.

Votre successeur n'aura donc qu'à attendre, et à faire la notification dans les vingt jours s'il reçoit congé. Mais, il est impossible actuellement de dire quelle sera la prorogation à laquelle il aura droit. La Cour de Cassation a jugé, en effet, que les cessionnaires de baux professionnels n'avaient droit à aucune prorogation. Le Parlement est actuellement saisi d'un projet de loi tendant, au contraire, à accorder le droit de prorogation à ces cessionnaires.

Le droit de votre cessionnaire ne pourrait donc être fixé que plus tard. Que, pour se réserver ce droit encore mal établi, il se borne à faire, s'il reçoit congé, une notification dans laquelle il déclarera vouloir bénéficier de la loi, sans indiquer pour quelle durée. Les huissiers ont d'ailleurs l'habitude d'employer, et avec raison, des formules vagues.

Bien entendu, tant que vous ou lui n'aurez reçu aucun congé, vous n'aurez aucune notification à faire.

La médecine militaire devant l'opinion médicale.

Il semble que voilà bien la guerre déclarée. Les articles successifs du *Concours* sur la médecine militaire devant l'opinion médicale ne sont pas près

de clore le débat. Chacun doit donc, suivant ce qu'il a vu, apporter sa pierre à la controverse, non pour exciter les combattants, mais pour montrer les imperfections, seul moyen de les faire disparaître. Ceux de l'arrière, les vieux qui n'ont pu que prêter leur concours dans les hôpitaux de leur pays, ont cependant remarqué que tout ce qui avait été prévu aurait pu être autrement et plus complètement prévu par la médecine militaire.

On avait prévu, pour la ville d'A., divers locaux qui représentaient à peu près 250 lits. Tout a été en effet, dès la mobilisation, en état de recevoir les blessés. Ceux-ci affluèrent dès la fin d'août 1914, blessés de toutes catégories, depuis les petits blessés jusqu'aux grands blessés : anévrysmes traumatiques, gangrènes, articulations et fractures ouvertes, etc. C'est alors qu'on s'aperçut que parmi les médecins de réserve affectés à ces hôpitaux, *on avait oublié de désigner un chirurgien.*

Au début d'août 1914, nous vîmes partir avec le n^e^ bataillon de chasseurs alpins, deux médecins aides-majors de 1re classe. L'un jeune et frétillant, célibataire de 28 ans, appartenait à l'active, l'autre âgé de 42 ans, père de famille, dépendait de la réserve. Naturellement celui de l'active, quoique moins ancien de grade, était le supérieur, il commandait et en fait, soit dans les Vosges, soit plus tard sur l'Yser, toutes les mauvaises et dangereuses corvées étaient pour l'ancien, le père de famille, celui de la réserve, qui avait eu la bonne volonté de rester dans la réserve.

Il me rappelait un autre confrère âgé de 52 ans, qui avait voulu rester dans l'armée et qui, avec ses deux galons, revenait de faire dans un bataillon plus d'une année au front.

Tout cela ne vous apprendra assurément rien de nouveau ; il en a été sûrement partout de même. Ce ne peut donc être que classé dans le grand dossier.

Dr A.

Déclaration du revenu professionnel.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me donner les renseignements suivants au sujet des impôts sur les revenus de la profession médicale (loi du 31 juillet 1917) ?

1° Dois-je faire une déclaration, même si mon revenu est inférieur à 3.000 fr., compte tenu des déductions prévues par la loi ? (je suis marié et père de qnatre enfants).

2° Comment calculer le bénéfice net ?

3° Démobilisé en février 1919, je n'ai pas fait de déclaration pour 1918, ignorant la loi en question ; puis-je être l'objet d'une amende, bien que n'ayant alors pour vivre que mon traitement d'aide-major ?

Dr G.

Réponse

1° Les bénéfices des professions non commerciales sont soumis à l'impôt, en vertu de la loi du 31 juillet 1917, sans qu'il y ait lieu à déduction préalable pour situation ou charges de famille.

Les seules déductions qu'il y ait lieu de faire pour le calcul de l'impôt sont celles de 1.500, 2.000, 2.500 ou 3.000 francs, suivant le nombre d'habitants de la commune dans laquelle le contribuable est domicilié ; puis, celle de la moitié de la fraction du bénéficce net, comprise contre le minimum ci-dessus et 5.000 fr.

Ce n'est qu'après le calcul de l'impôt sur le chiffre ainsi établi que sont faites les réductions de 5, 10, 20, etc., pour cent, suivant le nombre des personnes à la charge du contribuable.

2° L'impôt est établi sur le bénéfice net de l'année précédente, constitué par l'excédent des recettes totales sur les dépenses nécessitées par l'exercice de la profession.

Nous avons donné sur la manière de calculer ce bénéfice net des indications qui ont trouvé place dans notre Agenda-Memento de 1920.

3° L'impôt sur la solde militaire n'est pas un impôt sur le bénéfice des professions non commerciales, mais un impôt sur les traitements publics. En conséquence, vous n'aviez pas à en faire la déclaration, tout au moins à ce titre.

Vous ne pouvez donc être frappé d'une majoration de droit pour n'en avoir pas fait la déclaration.

Bien entendu, en outre de ces impôts, il existe aussi l'impôt général sur le revenu. Mais vous n'aviez pas de déclaration à faire pour cet impôt, puisque votre revenu, toutes déductions opérées, était inférieur à 3.000 fr.

Nouvelles spécialisations de la chirurgie

Quelques notes sur la « chirurgie esthétique ».

Dans un article paru le 12 mai 1919, dans la *Presse médicale*, et dans une récente communication à l'Académie de Médecine, Passot vient d'attirer l'attention sur une branche nouvelle de la chirurgie qu'il dénomme la « chirurgie esthétique pure ».

Le regretté maître Morestin, dont il fut l'interne, avait obtenu des résultats merveilleux, en chirurgie réparatrice, dont la cure des mutilations de la face : Passot, lui, s'attache à faire disparaître toutes les disgrâces physiques, même légères, du visage, les rides et sillons, les déformations nasales, etc.

Il est curieux qu'en France, par suite de je

ne sais quel préjugé, cette chirurgie soit encore délaissée, alors qu'en Amérique, en Angleterre, en Allemagne, elle inspire les travaux de nombreux chirurgiens, et parmi les plus éminents. C'est ainsi qu'à Berlin, le professeur Joseph s'est acquis une réputation mondiale par ses travaux sur la réfection des nez disgracieux.

En effet, si l'on considère cette question sans parti pris, on constate que les disgrâces physiques font plus que de meurtrir un simple sentiment d'amour-propre et de coquetterie : elles entraînent chez les malheureux disgraciés un véritable état de psychose qui, parfois, les conduit à la mélancolie et même au suicide. C'est l'indifférence des médecins à leur égard, ce sont les railleries qu'ils adressent aux rares spécialistes qui s'intéressent à l'esthétique, qui sont cause du succès actuel des Instituts de beauté et de quelques charlatans lesquels, sans vergogne, empiètent sur un terrain réservé, à l'étranger, strictement à la profession médicale.

Passot réagit avec vigueur contre cette hostilité irraisonnée, ce parti pris enraciné contre lequel ont déjà protesté naguère Jacquet et Morestin.

L'orthopédie, « culture physique du corps humain », était autrefois jugée indigne de l'exercice médical, et les masseurs, les professeurs de gymnastique, favorisés par l'abstention des médecins, usurpaient un champ d'activité qui, à la suite d'une vigoureuse campagne, leur a été finalement retiré. Actuellement, il ne viendrait pas à l'esprit des parents dont l'enfant serait scoliotique de le confier au masseur, sans consulter préalablement un spécialiste de l'orthopédie.

Passot estime que, dans une dizaine d'années peut-être, l'esthétique faciale, qui est la « culture physique du visage », sera, comme à l'étranger, une spécialité dont les médecins auront l'apanage, et que les « orthopédistes du visage » ne formeront plus une catégorie de dénigrés. Les attaquer à l'heure actuelle, c'est, à son sens, tomber dans le commun travers, bien humain, qui consiste à s'opposer à l'action de tous les novateurs, quitte à reconnaître plus tard leur mérite quand leur cause a triomphé.

Nous aurons à étudier les méthodes nouvelles que M. Passot applique à la correction des rides, des nez disgracieux, de la calvitie, des becs-de-lièvre, des cicatrices vicieuses, avec l'intérêt qui s'attache à toutes les nouveautés, même lorsqu'elles sont l'objet de critiques, c'est-à-dire à la phase où leurs promoteurs montrent un véritable mérite à lutter contre l'esprit de routine.

Cette étude fera l'objet d'une série de prochains articles, car, à notre avis, ces travaux marquent une date dans l'orientation de la moderne chirurgie, vers de nouvelles spécialisations.

G. S.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses ministérielles.

Les primes de démobilisation ne doivent pas être comprises dans les déclarations de revenus.

546. — M. Bovier-Lapierre, député, demande à M. le Ministre des Finances si les primes de démobilisation ne doivent pas être considérées comme destinées à faire face aux dépenses nécessitées par des circonstances exceptionnelles et, comme les indemnités de repliement ou de bombardement, ne pas être comprises dans le revenu imposable passible de l'impôt général et de l'impôt sur les traitements. (*Question du 27 janvier* 1920).

Réponse. — Etant donné leur caractère spécial et les circonstances exceptionnelles dans lesquelles les démobilisés sont admis à en bénéficier, les primes de démobilisation peuvent, ainsi que les indemnités de repliement ou de bombardement, être considérées comme ne constituant pas de véritables revenus et il n'y a pas lieu, par suite, d'en retenir le montant pour l'établissement de l'impôt sur les traitements et salaires, ni de l'impôt général sur le revenu.

(*J. O.* 2 mars 1920)

La taxe sur les autos est due indépendamment de tout usage.

561. — M. Proust, député, expose à M. le Ministre des Finances qu'un très grand nombre de médecins mobilisés pendant toute la durée des hostilités, n'ont pu se servir de leurs voitures automobiles, dont quelques-unes même avaient été en partie démontées ; néanmoins, on leur réclame, en ce moment, le paiement des impôts auxquels ces voitures étaient assujetties en temps de paix, et, cela, pendant cinq années de guerre; et lui demande s'il n'existe, en faveur des médecins mobilisés, afin de corriger cette inégalité choquante qui existe entre les médecins mobilisés et ceux non mobilisés, aucune dérogation aux instructions données aux agents de la perception, de poursuivre le paiement de tous les impôts échus pendant la guerre. (*Question du 27 janvier* 1920).

Réponse. — C'est, d'après la loi, la simple possession et non l'usage effectif d'une voiture qui motive l'application de la taxe. Par suite, tout contribuable, notamment un médecin, possesseur

d'une voiture automobile durant la guerre, est passible de la contribution pour cette période, — alors même qu'étant mobilisé, il n'en aurait pas fait usage. Le fait que le véhicule en question aurait été démonté n'est d'ailleurs pas susceptible, d'après la jurisprudence, de justifier une réduction. (*J. O.* 2 mars 1920)

Condition de remboursement des contributions aux mobilisés.

632. — M. Paul-Boncour, député, demande à M. le Ministre des Finances si l'article 15 de la loi du 31 mars 1919 doit bien être interprété en ce sens que les mobilisés ont droit au remboursement de leurs contributions personnelles et mobilières, payées pendant la guerre, en tout ou en partie et, dans le cas de l'affirmative, quelles mesures ont été prises pour assurer ce remboursement à bref délai. (*Question du* 3 *février* 1920).

Réponse. — Par application de l'article 15 de la loi du 31 mars 1919, tous les mobilisés dont le revenu annuel ne dépasse pas la limite fixée par ledit article ont droit au dégrèvement de leur contribution personnelle-mobilière pour les années au cours desquelles ils ont été présents sous les drapeaux, alors même qu'ils auraient payé le montant de cette contribution. La loi elle-même a prévu la procédure suivant laquelle le dégrèvement est accordé. Les intéressés doivent seulement fournir à l'administration des contributions directes l'indication des cotisations pour lesquelles ils peuvent prétendre au dégrèvement (avertissements, extraits de rôle, quittances, etc.) et la justification de leur présence sous les drapeaux (extrait du livret militaire, etc...). Le dégrèvement est alors prononcé par le préfet. Les intéressés sont avisés de cette décision et s'ils ont antérieurement payé l'impôt dont il leur est fait remise, le montant leur en est remboursé ou imputé sur les sommes dont ils pourraient être redevables envers le Trésor à un autre titre.

(*J. O.* 2 mars 1920)

LE LIVRE D'OR DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Citation.

Le Dr Brisard (Camille), 56, rue de Rennes, Paris, médecin-major à l'ambulance 13/6 :

A l'ordre du régiment.

« Courageux et dévoué, s'est particulièrement distingué par son mépris du danger au cours des divers bombardements des hôpitaux de Vadelaincourt, en août et septembre 1917, en ne cessant pas un instant de prodiguer ses soins aux blessés donnant ainsi à tous un bel exemple d'énergie et de sang-froid ».

AVIS

TARIF DUBIEF

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs le TARIF DUBIEF avec son Répertoire alphabétique. Prix franco : 1 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales.

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arcachon : Cazaban, Dechamp.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu : Bertier Louis, Ricoux.
Beausoleil : Audoly, Pizard P.,
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles, Baradat, Bayle, Fournier, Kent-Gazet, Seytre, Verdaille.
Cannet (Le), près Cannes : Frank-Duprat, Camoy, Oudaille.
Cap d'Ail : Lyons.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Dufond, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Jaubert.
Menton : Jean Fornari aîné, P. de Langenhagen.
Monaco : Jolivot.
Monte-Carlo : Vivant.
Nice : Ardoin, S. Baudry (*oculiste*), Bermondy, Bernarbeig, Carlotti (*ophtal.*) Cauvin (*oculiste*), Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Gruzu, Laugier, Larue, Leblanc, Leriche Emile, Liotard, Martinaud (*Mon cure-repos*), Piétri, Rosanoff Seney, Sorel (*gyn. chir.*), Stefani.
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy, Gain.
St-Raphaël-Valescure Caldaguès, Vadon.
Toulon : Gilbert Pignet (*urol. derm.*), Regnault (*chir., gyn., orth.*).

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 12 — DIMANCHE 21 MARS 1920

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

DIRECTION

Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. № 12 21 Mars 1920

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

(Voir numéros précédents).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur Buges, de Cassis, (B.-du-R.), la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

Toute demande de renseignements doit être accompagnée d'un timbre pour la réponse.

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du **Concours Médical** *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Nº 120. — A céder : 1º poste radio 3 millis. par transf. Rochefort et interr. Blondel 110 continu, pied, tube, châssis, écran ; 2º interr. Blondel 220 v. ; 3º appareil Klingelfuss Lumière, cautère 220 continu ; 4º selette Lumière, cautère, galvano-farad. massage, prix avantageux ; 5º 2 radiateurs électriques pour cabinet. Docteur B. Ecrire R. Toury, 7, impasse Milord, Paris.

Nº 121. — A vendre : 1º appareil photo 9 × 12 détective, 12 plaques « Le Cimbre », parfait état ; 2º une couveuse artificielle pour 40 œufs, marche parfaite, état de neuf ; 3º une sirène auto tout cuivre fonctionnant bien. Docteur Jouvin, Pontorson, Manche.

Nº 122. — Excellent poste à reprendre dans sous-préfecture importante région Sud-Est. Rapport 40.000 frs. Loyer 1.400 fr., très bel appartement dans maison moderne. Indemnité 12.000 fr. dont 4.000 comptant. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

Nº 123. — Poste campagne, seul médecin faisant pharmacie, région Ouest. Rapport av. guerre 15.000 fr. en augmentation constante, Maison agréable, loyer 400 fr. Pays riche. Indemn. 7000 fr. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante Paris.

Nº 124. — Indre-et-Loire. A vendre : 1º enveloppe neuve 650 — 65, 26 1/2, Bergougnan lisse, au plus offrant depuis 50 fr. ; 2º Bogghy, occasion, prix à débattre. Port en sus. S'adresser Dr Froget, à La Haye-Descartes (Indre-et-Loire).

Nº 125. — Docteur franç., 31 ans, ex-ext. hôp. Paris, demande place assist. dans clinique. urologie, gynécologie, dermatologie, vénéréologie. Fournirait références, Entièrement libre. Assisterait également confrère en vue succession.

Nº 126. — Médecin-pharmacien recevrait dans sa villa, enfant, convalescent ou non, de 6 à 10 ans. Situation exceptionnelle, pleine campagne, près de la mer, climat de la côte d'Azur, environs de Toulon. Prix, dix francs par jour.

Nº 127. — Après décès, à reprendre : bonne clientèle, grande banlieue sur le P. O. 35.000 fr. touchés par an. Grande maison avec confort moderne, écuries, jardin 2.000 mq., etc. Conditions : 10.000 comptant et loyer de 6.000 frs à bail ; ou bien rien à payer comptant et loyer de 8.000 frs. Renseignements aux bureaux de « La Maison du médecin », 9, rue d'Astorg, à Paris.

Nº 128. — A vendre machine à écrire Oliver nº 3, écriture visible, bon état, 700 fr.

Nº 129. — Spécialiste pour voies urinaires, désirerait connaître confrère dont le cabinet soit libre quelques heures par semaine.

CORRESPONDANCE

Les associations de combattants ont-elles droit à un tarif médical réduit ?

Il s'est formé à S. C. une société de poilus très remuants, et s'imaginant avoir droit à tous les privilèges.

Dernièrement, par l'intermédiaire d'un jeune médecin, installé depuis 15 jours et non encore syndiqué, ils ont fait demander aux membres du syndicat local une réduction sur les tarifs établis.

Ces derniers, malgré l'insistance du jeune confrère, se sont montrés hostiles à cette demande en donnant un grand nombre de raisons dont les principales sont les suivantes :

1° Absence d'homogénéité du groupement des poilus ;

2° Mutualité faite au détriment des médecins ;

3° Incorrection de ces anciens combattants, qui avaient antérieurement fait choix d'un médecin non syndiqué qui devait les soigner au rabais et avaient, par la voie de la presse locale, avec citation de noms, proféré des menaces à l'égard de certains bénéficiaires de la guerre, qui n'avaient pas répondu pécuniairement conformément à leurs désirs, etc...

Nous estimons que ces procédés manquent de dignité et sont le résultat d'une psychologie d'après guerre, qu'il est bon de combattre dès maintenant.

Son triomphe serait un véritable retour à la barbarie, et la méconnaissance complète des principes fondamentaux qui sont la base actuelle du monde.

Afin de couper court à toutes discussions, nous vous prions de nous faire connaître, par une réponse motivée, l'avis du *Concours Médical.*

Le Président du Syndicat,
B.-J.

Réponse.

Les poilus ont le droit de se grouper en associations mutuelles.

Les médecins, dont un si grand nombre ont, eux aussi, fait la guerre, ont le droit et le devoir de se faire équitablement honorer par leurs malades.

A ceux-ci de prévoir, dans leurs groupements mutualistes, des cotisations suffisantes pour les couvrir du risque maladie, sans prétendre imposer à leurs médecins l'obligation de participer à la couverture de ce risque par une réduction injustifiée de leurs tarifs.

Le diabétographe.

Voudriez-vous être assez aimable pour me faire savoir où l'on trouve à acheter le « Diabetographe » dont il a été parlé dans le *Concours médical.*

J'ai écrit au signataire de l'article : on m'a répondu qu'il était décédé.

Dr P. S.

Réponse

Nous n'avons aucune donnée personnelle et sollicitons, à ce sujet, l'avis de ceux de nos lecteurs qui pourraient documenter notre correspondant.

Les déclarations de revenus.

Les délais accordés par les lois sur l'impôt général sur le revenu, sur l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales et sur l'impôt sur les bénéfices supplémentaires de guerre, expirent le 31 mars courant, même, aux termes d'une loi du 9 mars 1920, publiée au *Journal Officiel* du 10, pour les contribuables qui devaient produire ces déclarations trois mois au plus tard après la date de la cessation des hostilités, c'est-à-dire pour les anciens mobilisés et toutes les personnes, qui, par cas de force majeure, s'étaient trouvées dans l'impossibilité de faire leurs déclarations en temps normal.

La déclaration en vue de l'impôt général et celle des bénéfices professionnels peuvent être faites sur la même feuille.

Les mairies délivrent des imprimés destinés à recevoir ces diverses déclarations.

Calcul des pensions des blessés du travail.

Un accidenté victime d'un accident du travail, plaie perforante de la cornée et de l'iris par un éclat d'acier, à gauche, vision très mauvaise à droite, est consolidé avec le certificat descriptif suivant :

Œil gauche, V = 4/10 avec cylindre + 2 à 130° opacification de la cornée en bas, en dedans par pénétration du corps étranger — colobome — opération : iridectomie faite au moment de l'extraction du corps étranger, en bas et en dedans, extraction partielle.

Œil droit, amblyopie depuis l'enfance par suite d'une plaie cicatricielle, strabisme externe, myopie de 6 D. Vision de cet œil inférieure à 1/100.

Incapacité permanente partielle de 45/100 en tenant compte de l'état antérieur.

Le salaire de base établi par l'enquête du juge de paix est de 9.772 fr. par an.

Sur 2.400 le calcul se fait :

$$\frac{2.400 \times 45}{100} = \frac{1.080}{2} = 540 \text{ fr.}$$

540 francs de rente.

Sur 9.772 — 2.400 = 7.372.

Comment se fait le calcul de la rente ? Le tribunal a appliqué la règle suivante : la moitié du quart du

salaire, c'est-à-dire le huitième. L'ouvrier touchera donc les quarante-cinq pour cent du huitième du salaire, c'est-à-dire environ un franc pour dix sept francs de salaire.

L'interprétation de la loi est-elle correcte ? Autrement dit, sur la valeur dépassant 2.400 fr. l'ouvrier a-t-il droit en cas d'une incapacité permanente partielle au 1/4 du salaire ou à la moitié du 1/4. Après lecture des articles de la loi concernant les salaires supérieurs à 2.400 fr., il me semble que leur interprétation demande à être commentée et précisée. De toutes façons les réductions successives de 1/2 + 1/8 me paraissent ne plus concorder d'une part avec les salaires de l'ouvrier, d'autre part avec le coût de la vie et enfin avec le pourcentage juridique habituel de réduction d'incapacité de travail.

Il y a lieu, médicalement parlant, et sans aucun parti pris, d'attirer l'attention du législateur sur le jeu de l'article concernant la réduction des salaires supérieurs à 2.400 fr. C'est dans cet esprit que je vous formule ma demande.

Dr D.

Réponse

Le paragraphe 2 de l'article 2 de la loi du 9 avril 1898 est ainsi conçu :

« Ceux dont le salaire annuel dépasse 2.400 fr. ne bénéficient de ces dispositions que jusqu'à concurrence de cette somme. Pour le surplus, ils n'ont droit qu'au quart des rentes stipulées à l'article 3, à moins de conventions contraires élevant le chiffre de la quotité. »

Cette disposition ne prête, à notre avis, à aucune difficulté d'interprétation. Pour une incapacité permanente particlle, par exemple (c'est le cas de votre espèce), le blessé aura droit à une rente égale à la moitié de la réduction que l'accident aura fait subir au salaire jusqu'à 2.400 fr. et à la moitié du quart de la réduction au-delà de cette somme, soit au huitième seulement de ladite réduction.

Cette solution, dont le principe est contestable, est évidemment devenue injuste par suite du renchérissement du prix de la vie. Ce résultat n'est pas resté ignoré des membres du Parlement, car il existe des propositions de lois qui tendent à relever le minimum de 2.400 fr. au-dessous duquel le salaire est compté en son entier à 5.000 fr., si nos souvenirs sont exacts.

Nous ne pourrions vous dire si ces propositions doivent prochainement venir en discussion, mais nous croyons nous rappeler qu'elles ont été l'objet d'un rapport favorable de la Commission compétente.

Durée de la prorogation du bail d'un médecin.

J'ai contracté un bail de dix ans en avril 1911 — donc expirant en avril 1921 —. Je n'ai pas été mobilisé et j'ai toujours soldé intégralement ma location.

Je désirerais savoir à propos de la nouvelle loi sur les loyers, mon bail étant antérieur à la guerre, si j'ai droit à une prorogation de deux ans après l'expiration ?

Réponse.

S'il s'agit, comme nous le pensons, du bail de la maison ou de l'appartement dans lequel vous exercez votre profession, c'est non pas à la prorogation de deux ans que vous avez droit, mais à la prorogation d'une durée égale à celle qui s'est écoulée entre le décret de mobilisation et la loi qui a fixé la date de la cessation des hostilités.

Vous aurez droit à cette prorogation à compter du mois d'avril 1921, date normale de la cessation du bail, à la condition de faire connaître votre intention au propriétaire, par ministère d'huissier, trois mois au moins avant l'expiration du bail, c'est-à-dire trois mois avant le mois d'avril 1921.

Mais vous n'êtes pas contraint d'attendre les derniers jours du délai, et vous pouvez faire faire dès maintenant votre notification si vous êtes bien décidé à user du bénéfice que vous donne la loi.

Patentes multiples.

J'habitais X., où j'exerçais avant la guerre.

J'ai été démobilisé en février 1919 et suis rentré à X où j'ai repris la médecine jusqu'au 1er juillet 1919

A cette date je suis venu à Paris, où j'ai fondé une clientèle. J'ai loué mon appartement en janvier 1919, mais ne l'ai pas habité avant juillet, puisque j'étais encore à X.

Or, je reçois ces jours-ci de la recette, un « avertissement » pour le paiement de ma patente à Paris, et on la fait partir du 1er avril 1919 : son montant ainsi compté est de 543 fr. 91, basé sur une valeur locative de 4.200 fr.

J'ai exercé à X jusqu'au 1er juillet. Ma patente annuelle y était, avant la guerre, de 90 fr., basée sur valeur locative de 1.000 fr., si je me souviens bien.

Que dois-je faire ? Et où dois-je payer cette patente de 1919 ?

Réponse

Le médecin qui exerce à la fois dans plusieurs localités est passible de plusieurs patentes.

Il n'y a donc rien d'anormal à ce que vous ayez été imposé à la fois à Paris et à X, si vous

(*Voir la suite page XXIX-761*).

PROPOS DU JOUR

De la nécessité de l'intervention des Syndicats médicaux dans les questions d'hygiène et de médecine sociales. Les infirmières des postes de secours. L'ingérence abusive des Administrations dans le domaine médical.

Nous avons récemment (*Concours médical* du 7 mars 1920) publié en le commentant et en l'approuvant, l'arrêté de M. le préfet de l'Aisne portant règlement pour Mesdames les infirmières des postes de secours. Nous étions persuadés que cet arrêté avait été inspiré sinon rédigé par des médecins praticiens ou par des gens fort au courant de l'esprit des médecins praticiens. Nous ne nous étions pas trompés. Quelques jours après la publication de notre Propos du jour, sur ce sujet, nous avons appris que le Directeur départemental d'hygiène de l'Aisne était notre ami et ancien collaborateur, le Dr René Martial, qui vient tout récemment de publier chez l'éditeur G. Doin, un petit livre des plus intéressants et des plus pratiques intitulé : *Principes d'hygiène*. En outre, notre distingué confrère de Laon, le Dr Lemarchal, président du Syndicat médical de la région, vient de nous écrire et nous fait savoir la part que les médecins praticiens ont prise dans la rédaction du règlement des infirmières des postes de secours. Nous ne doutons pas des résultats que donnera la collaboration d'un Syndicat de praticiens, pleins de bonne volonté, d'expérience et de dévouement, d'une part, et, d'autre part, d'une administration, guidée par un technicien très instruit qui, tant au bureau d'hygiène de Douai, avant la guerre, qu'à l'Armée comme agent technique d'hygiène, a acquis une connaissance pratique complète de tout ce qui concerne les délicates fonctions qui lui sont confiées et qui a, inévitablement, conservé le souvenir de son ancienne collaboration avec nous et sait bien l'esprit qui anime ses confrères médecins praticiens.

Voici d'ailleurs la lettre que nous a adressée M. le Dr Lemarchal, qui nous donne sur l'organisation des postes de secours de l'Aisne des détails fort intéressants dont nous le remercions bien cordialement :

Laon, 3 mars 1920.

J'ai lu avec grand intérêt l'article que vous consacrez aux infirmières des postes de secours du département de l'Aisne.

L'approbation entière que vous accordez au règlement préfectoral est tout à l'honneur du Syndicat médical de l'arrondissement de Laon. Le règlement lui avait été soumis, et a été discuté dans la réunion du 4 décembre 1919. Des amendements ont été réclamés et accordés de la meilleure grâce d'ailleurs par la préfecture. Nous avions reconnu qu'il n'y avait pas lieu de s'attarder à de vaines représentations sur la nécessité ou non des infirmières. Leur création était décidée en haut lieu. Nous nous trouvions en présence du fait accompli.

Il faut reconnaître en toute bonne foi que les postes de secours et les infirmières ont souvent précédé les médecins, que les infirmières ont rendu, en l'absence de ceux-ci, des services appréciés des populations, d'autant plus peut-être qu'ils étaient gratuits, qu'elles en rendent maintenant encore dans certaines régions particulièrement éprouvées, où les confrères ne sont pas réinstallés, qu'en d'autres localités, qui sont et resteront nécessairement éloignées du médecin, elles fournissent à celui-ci un concours qui n'est pas sans intérêt. Les nombreux hôpitaux auxquels fait allusion votre correspondant, ne sont encore qu'à l'état de projet. Ils doivent répondre à d'autres besoins. Et je crois avec vous que les médecins, si l'institution des infirmières tient ses promesses, seront heureux de trouver en elle des aides experts et dévoués.

La discussion, engagée à la réunion du 4 décembre, s'est d'ailleurs terminée par le vote d'un vœu adressé à M. le Préfet de l'Aisne. Il me paraît intéressant de vous le transcrire ainsi que la réponse préfectorale.

« Les médecins des arrondissements de Laon, Soissons et Vervins, réunis à l'hôtel de ville de Laon le 4 décembre 1919 se déclarent favorables en principe à la création des postes de secours et d'un personnel d'infirmières qui devront offrir toutes garanties d'ordre moral et technique. Ils émettent le vœu que les postes de secours soient réservés d'abord et avant tout aux régions dévastées, où la faible densité et la dispersion de la population ne sauraient fournir à un médecin les ressources indispensables à son existence, notamment à la vaste région comprise entre Laon au nord, la vallée de la Vesle au sud, Anisy-le-Château à l'ouest, Berry-au-Bac et Saint-Erme à l'est.

« A tout le moins, ils demandent qu'aucune décision ne soit prise en vue de la création d'un poste de secours avant que les Syndicats consultés n'aient procédé à une enquête auprès des médecins intéressés et donné leur avis ».

Réponse de M. le Préfet.

Laon, le 19 décembre 1919.

Le Préfet du département de l'Aisne, à M. le docteur Lemarchal, président du Syndicat médical de l'arrondissement de Laon.

Monsieur le Président,

Comme suite à votre récente visite relative à diverses questions intéressant les services médicaux du département de l'Aisne, j'ai l'honneur de vous faire connaître, en ce qui concerne les postes de secours et les infirmières, que je suis entièrement d'accord avec le vœu émis par votre Syndicat dans sa séance du 4 décembre 1919 et qu'il ne sera créé de postes de secours qu'après entente avec les Syndicats intéressés.

J'avais d'ailleurs déjà compris la question de cette manière avant votre visite, et actuellement MM. les médecins et vous-mêmes sont consultés en vue de l'établissement éventuel de plusieurs postes.

Veuillez agréer, monsieur...

Le préfet de l'Aisne,
Lucien SAINT.

Encore faudra-t-il que les confrères s'astreignent, eux aussi, au règlement, et en particulier aux prescriptions de l'art. 6, qui limite de façon précise l'initiative des infirmières.

Nous rencontrerons sans doute à la campagne des difficultés d'application qui ne se présentent pas à Paris. C'est d'abord l'interposition de certaines influences extra-médicales qui s'efforceront de faire servir la nouvelle institution à des fins particulières, voire de dresser les infirmières contre les médecins, pour assouvir des rancunes personnelles. Le fait s'est produit déjà et a nécessité notre intervention. C'est ensuite le danger de voir certaines infirmières, installées dans des localités desservies par plusieurs médecins, prendre parti pour l'un d'eux et mettre à son service l'influence dont elles peuvent disposer.

Nous avons mis en garde le directeur départemental d'hygiène et l'inspectrice des Dames infirmières contre ces écueils. Nous les avons sans difficultés amenés à nos vues.

Ils ont vite éprouvé que nous avions des conditions locales une expérience dont ils avaient tout bénéfice à profiter et ils tiennent le plus grand compte des observations justifiées que nous leur présentons.

Malgré tout, l'organisation est encore embryonnaire. Mais la suggestion, par laquelle se termine votre article, de la création de témoignages de satisfaction et de prix paraît devoir mériter notre attention. Si les médecins du département de l'Aisne trouvent auprès des infirmières la collaboration précieuse qu'on leur fait espérer, nul doute qu'ils ne soient trop heureux de saisir toutes les occasions de reconnaître leurs bons offices et d'encourager leurs efforts.

Veuillez agréer, monsieur et très honoré confrère, l'assurance de ma considération distinguée,

René LEMARCHAL,
Président du Syndicat médical de l'arr. de Laon

***

Si nous sommes heureux de constater dans le département de l'Aisne un effort réciproque d'entente et de bonne volonté entre les praticiens et l'Administration pour le bien public, nous avons le regret de constater que, dans d'autres départements, l'Administration préfectorale montre dans ses circulaires une incompréhension absolue des limites qu'elle ne devrait jamais dépasser dans l'intérêt des malades et qui sont de nature à réveiller la susceptibilité légitime du Corps médical.

Voici la circulaire que nous communique un de nos correspondants et que nous ne saurions approuver :

PRÉFECTURE DE . .
—
Inspection départementale de l'assistance et de l'hygiène publiques
—
Surveillance des démobilisés paludéens
—

X... le 7 janvier 1920.

Le Préfet de l'... à MM. les médecins-inspecteurs du département.

M. le Ministre de l'Intérieur m'invite à faire exercer une surveillance spéciale et *confidentielle* sur les démobilisés paludéens ou anciens paludéens.

Au titre de médecin-inspecteur des services d'assistance et d'hygiène, vous voudrez bien, en conséquence, avec toute la discrétion requise, vous efforcer de surveiller l'état de santé des paludéens de votre circonscription mentionnés sur la liste ci-jointe et signalés comme tels par les dépôts démobilisateurs. Vous aurez à vous faire présenter le carnet de traitement qui leur a été remis au moment de leur démobilisation ; vous vous assurerez qu'ils observent les recommandations d'ordre médical qui leur ont été faites pendant leur traitement dans les hôpitaux militaires et notamment qu'ils font usage de quinine.

Si les malades ne possèdent pas ce médicament, ils en seront pourvus gratuitement au

même titre que les autres victimes de la guerre. (C. M. et loi du 31 mars 1919 relatives aux soins médicaux et pharmaceutiques aux victimes de la guerre).

Je vous serai très obligé de vouloir bien me tenir informé de tout incident qui viendrait à survenir et m'aviser lorsque l'état de santé d'un convalescent de paludisme rendrait nécessaire son hospitalisation.

Le Préfet.

Nous ne doutons pas des bonnes intentions de M. le Préfet, mais quel que soit le tact de MM. les médecins-inspecteurs des services d'assistance et d'hygiène de son département, nous trouvons absolument intolérable leur intervention dans la surveillance d'un traitement dont seul doit être juge et responsable le médecin praticien dont la loi leur assure le libre choix. Nous savons, d'autre part, que la quinine dont nous n'avons pas l'intention de discuter la valeur thérapeutique et prophylactique dans le paludisme, est dans certains cas inefficace et même tout à fait inactive, et nous ne voyons pas sur quelle autorité s'appuie M. le Préfet pour en imposer l'usage aux démobilisés.

***

Cette ingérence abusive de l'Administration dans le domaine de la pratique médicale se retrouve dans la circulaire adressée aux directeurs et directrices des écoles de Paris pour être remises aux parents dont les enfants sont ou ont été atteints de diphtérie :

Conseils aux familles sur les précautions à prendre contre la diphtérie.

La diphtérie, qui est caractérisée par la présence de fausses membranes dans la gorge (angine diphtérique) ou dans le larynx (croup) est une *affection très contagieuse*, QU'IL EST POSSIBLE D'ÉVITER.

La *dissémination de la maladie* se fait non seulement par les fausses membranes, mais encore par les sécrétions naso-pharyngiennes (mucus nasal, expectoration, salive), qui renferment le bacille diphtérique.

***

SONT CONTAGIEUX :

1° Les enfants atteints d'*angine diphtérique* ou *de croup* ;

2° Les enfants *convalescents de diphtérie*, qui, *même après guérison complète*, peuvent conserver le bacille diphtérique dans le nez ou dans la gorge et le disséminer autour d'eux ;

3° Les enfants atteints d'un écoulement nasal (qui ressemble au rhume de cerveau), contre lequel on ne prend aucune précaution, alors qu'il est provoqué par une *rhinite diphtérique*.

4° Certains enfants, paraissant absolument sains et bien portants, qui n'ont ni rougeur de la gorge ni écoulement nasal et qui cependant sont *porteurs de germes diphtériques*.

Alors qu'on a généralement le soin de se protéger contre les malades de la première catégorie, on ne se méfie pas des enfants des 3 dernières catégories alors que les uns et les autres, en disséminant partout le bacille diphtérique, jouent un rôle très important dans la propagation de la maladie et sont la cause de certaines épidémies.

Les enfants bien portants, mais porteurs de germes, sont donc dangereux pour tous ceux qui vivent à leur contact (frères et sœurs, camarades de jeu ou d'école), et ils sont également dangereux pour eux-mêmes, parce qu'ils sont susceptibles de contracter la diphtérie.

Par conséquent,

Tout enfant porteur de bacilles diphtériques doit être :

a) *Isolé* des autres enfants.

b) *Traité* médicalement.

a) *Isolement*.

L'enfant porteur de germes ne doit avoir aucun contact avec d'autres enfants ; il ne doit être rendu à la vie commune qu'après disparition complète du bacille diphtérique, contenu dans sa gorge et dans son nez, disparition constatée par deux examens bactériologiques pratiqués à huit jours d'intervalle.

Ces examens bactériologiques sont faits gratuitement par le Laboratoire d'hygiène, 1 *bis*, rue des Hospitalières-Saint-Gervais, ouvert : les jours de semaine, de 8 h. à 10 heures, et le dimanche de 10 h. à 16 heures.

b) *Traitement* :

Il doit être appliqué par le médecin de la famille.

Il consiste dans la désinfection de la gorge et du nez « repaires » du bacille diphtérique, au moyen de gargarismes, d'irrigations, d'inhalations, ou de pulvérisations de médicaments ayant la propriété de détruire les germes de la maladie.

Ce traitement peut suffire dans les cas *isolés* de diphtérie, mais en *milieu épidémique* (épidémies de famille, de maisons, d'écoles) il n'est pas suffisant.

Lorsque les chances de contagion sont grandes, lorsque l'isolement des enfants est impossible, il est nécessaire d'injecter préventivement du sérum antidiphtérique, non seulement aux enfants porteurs de germes, mais à tous ceux qui ont été exposés à la contamination.

La sérothérapie préventive chez les enfants, employée par le médecin de la famille, suivant

certaines règles, ne présente absolument aucun danger (1).

***

Si nous approuvons la première partie de cette circulaire qui indique les dangers de la diphtérie, ses modes de propagation, la nécessité de l'isolement des malades et des suspects, nous ne pouvons laisser passer sans protestation le dernier paragraphe relatif au traitement.

Sur quelle autorité s'appuie l'auteur de la circulaire pour imposer au médecin de la famille, comme traitement, la désinfection, le plus souvent illusoire, de la gorge et du nez, désinfection qui, à la lecture de la circulaire, paraîtrait suffisante, au moyen de gargarismes, d'irrigations, d'inhalations ou de pulvérisations de médicaments ayant la propriété de détruire les germes de la maladie ?

(1) Dans l'Instruction pour l'emploi du sérum antidiphtérique qui enveloppe les flacons que l'Institut Pasteur met en vente, nous lisons :

« *Inconvénients du Sérum.* — Toute injection de sé« rum hétérogène peut provoquer des accidents qui « sont précoces ou tardifs.

« *Accidents précoces.* — Rares, lors d'une première « injection, plus fréquents chez les sujets ayant reçu « du Sérum auparavant, ils peuvent être locaux ou « généraux.

« A) *Locaux.* — Après la piqûre, il se développe « au point d'inoculation un œdème autour duquel « on voit souvent des placards ortiés. Ces accidents « disparaissent après 24 ou 36 heures. L'application « de compresses chaudes favorise leur disparition « et atténue la douleur.

« B) *Généraux.* — Se voient rarement lors d'une « première inoculation et plutôt chez les individus « sensibilisés ; ils consistent généralement en des « phénomènes de dyspnée, d'angoisse, pouvant aller « jusqu'à la syncope. En général le malade se remet « rapidement ; parfois les accidents nécessitent le « repos absolu et des injections d'éther, caféine ou « huile camphrée,

« *Accidents tardifs.* — Assez rares (14 %) chez « les malades recevant du Sérum psur la première « fois, on les note dans 50 % des cas chez ceux qui « ont reçu antérieurement une injection de Sérum ; « le symptôme principal est l'*éruption* pouvant être « précédée de malaises, dyspnée, irrégularité du pouls « et de la respisation. Chez les enfants ces compli« cations sont bénignes, chez l'adulte elles sont plus « graves et nécessitent un traitement sérieux.

« *Règle générale.* — Lorsqu'on a affaire à un mala« de ayant déjà reçu du Sérum, il est indiqué de « pratiquer l'injection sous-cutanée avec une extrême « lenteur en surveillant le sujet, en s'arrêtant au « moindre symptôme anormal. »

On peut se rendre ainsi compte que les gens les plus compétents ne trouvent pas que la sérothérapie antidiphtérique ne présente absolument aucun danger.

Sur quelle autorité s'appuie-t-il pour imposer l'injection préventive, alors que des médecins d'hôpitaux d'enfants, et non des moins compétents, sont opposés à son emploi systématique, affirmant que pendant l'incubation de la diphtérie, l'injection préventive peut diminuer ou même annihiler l'action de l'injection curative que le médecin traitant se trouvera alors dans l'obligation de faire ?

Combien est-il dangereux d'affirmer, en le soulignant, que la sérothérapie préventive chez les enfants, employée par le médecin de la famille, *suivant certaines règles*, ne présente absolument aucun danger ?

Est-ce que CES CERTAINES RÈGLES, qui restent pour nous mystérieuses, mettent à l'abri de l'*anaphylaxie* qui, bien que rare, n'en existe pas moins, et des accidents sériques si fréquents qui peuvent dans certains cas ne pas être sans gravité ?

L'auteur de cette circulaire s'est-il rendu compte qu'en s'exprimant ainsi, il risquait, en cas d'accidents même bénins, de déconsidérer auprès de la famille le médecin, et de mettre gravement en jeu sa responsabilité ?

Ces conseils aux familles, quand ils s'étendent au traitement du malade, sont aussi intempestifs et dangereux que les ordres du médecin militaire multigalonné, cité dans sa leçon d'ouverture par le Pr Duval, qui, au début de la guerre, interdisait à ses subordonnés d'opérer les blessures pénétrantes de l'abdomen.

Nous avons sous les yeux un curieux opuscule de la fin du XVIIe siècle, intitulé : *Recueil des Mémoires instructifs sur l'usage des différents Remèdes du Sieur Helvetius qui se distribuent dans les Provinces par Ordre du Roy, en faveur des Pauvres Malades de la Campagne.* Le sieur Helvetius y indique l'usage de la Poudre de Corail anodine dans les dysenteries et cours de ventre, et celui de l'Or potable dans la peste et dans les fièvres continues, préconise le bouillon fait avec du trumeau de bœuf, coupé en tranches, avec la raclure de corne de cerf.

Ces instructions qu'il plut, en 1688, à Sa Majesté, de faire distribuer par feuilles volantes dans les Provinces, relèvent des mêmes louables intentions que les Conseils aux familles que nous venons de citer : les unes comme les autres nous paraissent constituer pour les malades et les médecins le même réel danger.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

UNIVERSITÉ DE PARIS.

Hôpital Saint-Antoine : M. Le Noir, médecin de l'hôpital St-Antoine.

L'aérophagie.

Je me propose d'étudier avec vous aujourd'hui un syndrome que vous observerez fréquemment, plus encore dans la clientèle de ville qu'à l'hôpital, et qui est l'occasion de nombreuses erreurs en clinique et en thérapeutique. Je veux parler du syndrome aérophagique.

On l'observe à tout âge, chez le nourrisson comme chez l'adulte. Il n'est même pas le privilège de l'homme, car il se voit aussi chez les animaux. Le mot aérophagie veut dire introduction de l'air dans les voies digestives. La présence de l'air dans l'estomac est démontrée cliniquement par la sonorité gastrique à la percussion et radiologiquement par la visibilité de la poche d'air. Le phénomène devient pathologique lorsque la quantité d'air est exagérée et dans certaines conditions.

Je crois préférable d'étudier cet état morbide au point de vue clinique, et d'en distinguer ainsi trois variétés : l'aérophagie spasmodique, l'aérophagie commune, et enfin l'aérophagie post-opératoire.

La forme spasmodique a pour proto-type la grande aérophagie éructante des hystériques. Elle a été bien étudiée par Bouveret et par Soupault. Ce dernier auteur en a donné un exemple caractéristique. Il concerne un individu exerçant la profession de livreur, qui était sujet à des crises d'aérophagie spasmodique. Prévenu de sa crise par un malaise général et des vertiges, il descendait de sa voiture, s'asseyait sur un banc ou ailleurs, et, pendant une demi-heure en moyenne, il avait d'abondantes éructations, dont il n'était pas maître. Le tout se terminait par une émission d'urine. Vous reconnaissez bien là les particularités, l'aura, la polyurie, des crises nerveuses.

Les accès d'une pareille intensité sont assez rares, mais les formes atténuées sont plus fréquentes. Parfois, on peut les provoquer par des pressions sur les zones hystérigènes, en des points dits éructogènes. Cette aérophagie, qui n'est pas douloureuse, cesse pendant le sommeil. Je n'insisterai pas d'ailleurs à son sujet, car elle n'est pas très répandue.

L'aérophagie simple, ordinaire, est beaucoup plus commune. Ceux d'entre vous qui fréquentent nos consultations pour maladies d'estomac ont remarqué que certains patients — les hyperchlorhydriques — indiquent une symptomatologie nette, des douleurs particulières, à caractère tardif ; que d'autres — et c'est le plus grand nombre — signalent des phénomènes plus vagues, des pesanteurs, de la tension de l'estomac, de l'oppression, des palpitations, de la lassitude, de l'asthénie. Quelques-uns insistent aussi sur les éructations, qui les soulagent, disent-ils. Ils accusent les fermentations gastriques de produire le ballonnement et les éructations gazeuses : vous savez que, dans le public, les idées médicales retardent souvent.

Si vous cherchez à faire préciser les caractères de ces éructations, vous voyez qu'elles se présentent en séries, sont inodores, rappellent quelquefois le goût des aliments, sans fétidité, ni aigreur.

Leur horaire est variable : elles apparaissent de suite ou 2 à 3 heures après les repas, ou parfois le matin au réveil, ce qui indique une aérophagie nocturne. Si vous assistez à leur production, vous remarquez que l'éructation est assez généralement précédée d'un mouvement de déglutition qui correspond à l'entrée de l'air et que l'on met en évidence en plaçant le doigt sur le larynx : le larynx est soulevé à ce moment.

L'examen objectif montre du tympanisme à la région épigastrique et, dans d'autres circonstances, au niveau de tout l'abdomen. Avec les rayons X, on voit la poche à air de l'estomac exagérée. On peut en suivre le développement sur l'écran, quand le malade fait des mouvements de déglutition.

Cette forme comprend deux variétés, l'une gastrique, l'autre gastro-intestinale, l'une bruyante, l'autre silencieuse. Dans la première, on trouve une voussure à l'épigastre, à la base du thorax. Dans la forme intestinale, silencieuse, le tympanisme abdominal est exagéré : les éructations peuvent manquer, mais il y a des borborygmes et des émissions de gaz par l'anus. Vous voyez que ce tableau représente en somme celui de l'ancienne dyspepsie flatulente, qui a peu à peu perdu de son terrain. Comme l'a dit le prof. Chauffard, les maladies nouvelles ne sont souvent que des maladies qui changent de nom.

Quelquefois, la maladie s'accompagne de troubles pénibles, prolongés, de dyspnée faisant

penser à la dyspnée cardiaque, urémique, à l'asthme. Il existe aussi, parfois, des phénomènes cardiaques, des palpitations, de la tachycardie, qui préoccupent beaucoup les malades. On note, encore, des accidents nerveux, de l'angoisse nocturne surtout : ces cas peuvent présenter une certaine gravité quand ils s'accompagnent de restrictions alimentaires faites dans le but d'éviter ces différents malaises.

Intense ou atténuée, l'aérophagie est assez commune. Mathieu estime qu'elle se voit une fois sur 15 cas de dyspepsie. Je la crois plus fréquente encore. Elle peut s'associer à d'autres états morbides, aux gastropathies, à l'ulcère et au cancer de l'estomac. Elle n'est pas rare également dans les affections du corps thyroïde, l'hypertrophie thyroïdienne incitant à faire des mouvements fréquents de déglutition, et dans les affections de l'œsophage. Les nourrissons qui tettent trop longtemps font volontiers de l'aérophagie. De même ceux auxquels on laisse des tétines, des sucettes, sur lesquels ils s'épuisent en mouvements de déglutition qui remplissent l'estomac d'air.

Un troisième type d'aérophagie correspond à ce qu'on a appelé la dilatation aiguë de l'estomac. Cet état morbide a été diversement interprété par les chirurgiens. Cliniquement, on voit, 24 heures, 2, 3 jours après une opération, l'opéré tout à coup aller moins bien, en même temps que se montre une symptomatologie rappelant l'obstruction intestinale, des vomissements, de la distension de l'abdomen, une soif intense, un pouls petit, et quelquefois la mort par syncope. C'est là un accident grave, une complication dangereuse pour l'opéré. On a admis que la déglutition de l'air jouait un rôle de déclanchement en pareil cas.

J'arrive à la pathogénie de l'aérophagie. Il existe une aérophagie physiologique, la déglutition déterminant l'ingestion d'une petite quantité d'air. En pathologie, on connaît depuis longtemps la distension des voies digestives par les gaz, mais on ne croyait pas que l'air fût en cause. On pensait à des processus fermentatifs. Ils peuvent exister, assurément, dans des proportions restreintes il est vrai. L'analyse des gaz éructés a démontré qu'il s'agissait d'air et non de gaz de fermentation. D'autre part, pour expliquer la grande quantité de gaz éructé, on dut imaginer la théorie de l'exhalation gazeuse par la paroi stomacale, théorie abandonnée et ramenée à l'aérophagie.

Mais, il existe des divergences sur le mécanisme de cette absorption de l'air, les uns admettant sa pénétration par ingestion, d'autres par aspiration. En réalité, ce dernier mode est exceptionnel et c'est généralement par déglutition que se fait l'entrée de l'air dans l'estomac. La déglutition de la salive, au cas de sialorrhée principalement, est une grande cause d'aérophagie. Sans sialorrhée, l'aérophagie existe chez les hystériques, les névropathes, les dyspeptiques qui, ressentant des malaises après le repas, espèrent se soulager par des éructations, et se trompent, avalent de l'air, croyant en rejeter. Les hyperesthésiques du plexus solaire, les lithiasiques, les appendiculaires, les gastropathes, lorsqu'ils éprouvent une sensation épigastrique pénible, pensent volontiers qu'elle est due à des gaz dont ils cherchent à se débarrasser.

L'hypersialophagie, sur laquelle Hayem a insisté, se voit au cours de la stomatite, de la gingivite ; elle peut aussi avoir un point de départ gastrique, dans l'hyperchlorhydrie, par exemple, comme si la nature voulait alors corriger l'acidité gastrique par l'alcalinité salivaire. Elle existe à un haut degré après les opérations, lorsqu'on a dû pincer la langue, en particulier, dans l'anesthésie générale. Enfin, les fumeurs sont souvent des sialophages et des aérophages.

Une autre cause d'aérophagie réside dans la rhino-pharyngite chronique. Les mucosités qui s'accumulent dans l'arrière-nez et qui descendent dans la gorge provoquent des mouvements de déglutition et de l'aérophagie. L'alimentation, chez les sujets qui avalent peu à la fois, aboutit au même résultat. Ce n'est pas tout, d'ailleurs. Il ne suffit pas que l'air soit emmagasiné dans l'estomac, il faut qu'il puisse y rester. C'est ici qu'intervient le spasme du cardia et du pylore. Quand la tension gazeuse s'élève, elle devient pénible, l'un des sphincters cède : suivant qu'il s'agit du cardia ou du pylore, vous avez des éructations ou le passage de l'air dans l'intestin. La rétention peut également être purement mécanique. L'œsophage s'abouche dans l'estomac au niveau du cardia par un orifice en biseau, une sorte de clapet qui permet l'entrée de l'air et peut s'opposer à sa sortie. Dans le décubitus, chez les opérés, ce mode de rétention est plus facile. Le liquide gastrique peut aussi servir d'obstacle mécanique à la sortie de l'air. Il en résulte qu'il est utile, pour éviter ces accidents, en pareil cas, de changer le décubitus du malade, de dorsal en décubitus ventral, ce qui permet au gaz d'arriver à la partie supérieure de la poche gastrique et de s'évacuer. Une dernière cause mécanique, enfin, consiste dans l'hypertrophie du lobe gauche du foie.

Le diagnostic de l'aérophagie est ou facile ou très difficile. Dans la forme éructante, il est simple. Cependant il faut encore ne pas se laisser tromper par les faux bruits laryngés, ni par le hoquet hystérique.

Dans l'aérophagie commune certains malades signalent eux-mêmes leur état, d'autres l'ignorent. Il faut savoir observer soigneusement ces sujets. Vous verrez souvent alors des mouvements de déglutition et des éructations isolées,

qui vous mettront sur la voie. Il convient de penser à l'aérophagie latente chez ceux qui accusent de la distension gastrique, de la dyspnée. Il peut s'agir de dyspnée gastrique réflexe, mais aussi de dyspnée mécanique. Nombre de patients ont de l'accumulation d'air dans l'estomac après les repas, d'autres en ont le matin. Les vrais dyspeptiques souffrant peu, en général, dans la matinée, il est bon de penser à l'aérophagie nocturne si le malade se plaint à jeun. Vous rechercherez, pour vous guider, le tympanisme exagéré de la région épigastrique et de l'abdomen. Dans les cas douteux, la radiographie rendra des services, en montrant la poche à air gastrique très développée.

Le diagnostic de l'aérophagie peut se poser avec d'autres maladies, l'angor pectoris, la dyspnée cardiaque, urémique, l'asthme. On recherchera les signes particuliers à ces maladies, sans oublier, d'ailleurs, que ces affections peuvent coïncider avec l'aérophagie.

On établira ensuite la variété d'aérophagie à laquelle on a affaire et son étiologie. La cause la plus fréquente est la sialorrhée. Le tabac joue aussi communément un rôle et il suffit souvent de le supprimer pour guérir le patient. Fréquemment, une hyperesthésie gastrique intervient et c'est ainsi que la maladie se relie aux gastropathies.

L'aérophagie est une affection contre laquelle nous possédons des moyens d'action efficaces. Dans l'aérophagie spasmodique, hystérique surtout, on aura recours au traitement psychique, à l'isolement, à la psychothérapie, appuyé des antispasmodiques.

Le traitement de l'aérophagie commune demande plus de finesse. La première chose est de faire comprendre au malade qu'il est lui-même l'artisan de son affection. Il faut de plus l'aider dans sa volonté de guérir par un certain nombre de procédés. On a proposé de mettre autour du larynx une sorte de cravate qui gêne la déglutition. Sicard a imaginé dans le même but une pince nasale. Le moyen le plus simple consiste à tenir les dents écartées en mettant entre les arcades dentaires un bouchon, un porte-cigarettes (sans cigarettes), un crayon, un objet quelconque. Un léger écartement des arcades dentaires suffit à rendre la déglutition difficile. On peut, tout au moins, obtenir des malades qu'ils utilisent ces petits procédés après les repas. Peu à peu, ils arrivent ainsi à se déshabituer de déglutir.

La thérapeutique s'attaquera, d'autre part, aux causes, à la sialorrhée en premier lieu. Il existe un médicament très utilisé dans le traitement des gastropathies ; c'est la belladone. Elle agit sur l'hypersécrétion salivaire, comme modérateur nervin, supprimant l'épigastralgie, et comme antispasmodique, sur les spasmes du cardia et de l'œsophage. On la donnera en pilules ou en teinture. En pilules, on s'adressera à la formule de Trousseau (un centigr. d'extrait et un centigr. de poudre), une pilule avant chaque repas. Il est bon, toutefois, de prévenir les malades des petits accidents de la belladone, des troubles de la vue, de la sécheresse de la gorge qu'elle peut provoquer, pour en diminuer les doses, si nécessaire. La teinture de belladone se prendra à raison de 6 à 12 gouttes trois fois par jour. On y joindra les antispasmodiques, le bromure (modérément), la valériane. On traitera la rhino-pharyngite, on supprimera le tabac, on soignera les causes gastriques par les alcalins, les poudres absorbantes, la cure de bismuth.

Après les opérations, on aura recours au traitement préventif, et on surveillera le malade. On s'efforcera de diminuer pendant l'opération les traumatismes de la langue.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

L'opération de Cushing et le traitement des fractures du crâne.

(M. J.-L. ROUX-BERGER. — *Société de Chirurgie*).

M. LECÈNE lit un rapport sur un travail de M. Roux-Berger relatif à quatre cas de traumatismes crâniens traités par la trépanation sous-temporale (opération de Cushing) et il soulève à ce propos la question du traitement des fractures du crâne, en général.

En 1908, H. Cushing a proposé de recourir systématiquement dans les fractures de la base du crâne à la trépanation décompressive sous-temporale, opération dont le but est de diminuer la compression cérébrale et qui peut s'appliquer d'ailleurs à d'autres affections, aux tumeurs intracrâniennes en particulier.

M. Roux-Berger a suivi, chez quatre blessés, les règles thérapeutiques proposées par le chirurgien américain et il a obtenu quatre succès. Du moins, ses quatre malades ont guéri opératoirement, car l'un d'eux a présenté assez longtemps après l'intervention, des troubles nerveux (vertiges, céphalée).

M. Lecène, pour ce qui le concerne personnellement, ne se déclare pas partisan de l'opération de Cushing, appliquée systématiquement aux fractures de la base du crâne. Dans la fracture ordinaire de la base du crâne, accompagnée de coma plus ou moins prolongé, d'otorrhagie, d'épistaxis, de paralysie faciale, de bradycardie, de vomissements, la trépanation décompressive ne paraît pas très utile. Avec la ponction lombaire répétée, sur laquelle M. Quénu a insisté le premier, on possède une arme aussi efficace et moins difficile à manier.

M. BROCA est d'accord, sur ce point, avec M. Le-

cène. Les deux facteurs de gravité de la fracture de la base du crâne, l'un immédiat (les lésions de dilacération), l'autre secondaire (la méningite) ne sauraient être éloignés par une trépanation décompressive.

M. Mauclaire a essayé trois fois, dans des cas graves il est vrai, l'opération de Cushing. Ses trois malades sont morts assez rapidement. Il se contente, depuis, de faire des ponctions lombaires décompressives.

M. de Martel s'en tient aux seules ponctions lombaires dans les cas de fractures de la base sans coma. Lorsqu'il y a coma, il considère l'opération de Cushing comme un moyen de décompression très supérieur.

M. Quénu estime que la trépanation systématique dans le traitement des fractures de la base du crâne est une erreur. La ponction lombaire en série donne dans certains cas de véritables résurrections. Les ponctions lombaires n'agissent peut-être pas, il est vrai, simplement comme agent de décompression. Il est possible qu'il y ait autre chose, par exemple la suppression d'une irritation spéciale qui serait causée par le sang répandu dans le liquide céphalo-rachidien.

M. Tuffier, après avoir pratiqué pendant un certain temps des trépanations décompressives non pas systématiques, mais fréquentes, n'a pas été encouragé dans cette voie par les résultats obtenus. Toutefois, il pense qu'on pourra trouver, dans les signes de compression localisés des indications à cette intervention.

M. Pierre Delbet juge excellente et emploie régulièrement la méthode de Quénu, par les ponctions lombaires répétées, dans le traitement des fractures de la base du crâne. Mais il est des cas où elle est inopérante, par exemple lorsqu'avec des signes d'hyperpression intracrânienne la ponction lombaire montre un défaut d'hyperpression rachidienne. Ces cas-là sont des indications pour la trépanation décompressive.

Radiothérapie des fibromes.

(M. Ménard. — *Société de Chirurgie*).

M. Pierre Delbet présente un rapport sur un mémoire de M. Ménard intitulé : trois cas de grossesse après radiothérapie pour fibromes.

M. Ménard a soumis au traitement radiothérapique trois malades du service de M. Faure. Toutes trois sont devenues enceintes et leurs grossesses se sont poursuivies normalement malgré la continuation de la radiothérapie. Ainsi, dans le premier cas, l'utérus gravide fut irradié 8 fois, dans le second cas onze fois sans troubler l'évolution de la gestation.

Quant à la valeur de la radiothérapie dans le traitement des fibromes utérins, M. Ménard est moins affirmatif que M. Béclère. Il constate qu'elle est variable et qu'on n'atteint pas le chiffre de guérisons de 396 fibromes sur 400 donné par M. Béclère.

Ostéomyélite à staphylocoques traitée par la vaccination.

(M. R. Grégoire. — *Société de Chirurgie*).

M. Grégoire a traité 17 cas d'ostéomyélite aiguë ou subaiguë à staphylocoques par la vaccinothérapie Le vaccin qu'il a employé est une suspension dans l'eau physiologique à 8 p. 1.000 de plusieurs souches de staphylocoques dorés et blancs provenant tous de cas graves d'ostéomyélite. Chaque cmc. de vaccin contient 2 milliards de microbes tués par chauffage à 60° pendant une heure, soit 1 milliard 500 millions de staphylocoques dorés et 500 millions de staphylocoques blancs. Les doses sont de 1/10 à 4/10 de cmc. par injection.

Les résultats obtenus ont été très satisfaisants, au point de vue de la douleur, de la température, de la suppuration, de l'évolution de la maladie. L'intervention chirurgicale a été réduite à quelques ponctions (lorsqu'il y avait abcès par trop volumineux).

Tous les cas d'ostéomyélite ne sont pas, ajoute l'auteur, aussi favorablement influencés par le stock-vaccin. Ce serait compromettre la méthode que de prétendre guérir toutes les ostéomyélites par la vaccinothérapie.

Pour M. Ombrédanne, en matière d'ostéomyélite aiguë des enfants, il convient de distinguer trois groupes cliniques : les formes toxiques, toujours mortelles, quoi qu'on fasse ; les formes aiguës qui se refroidissent souvent par le simple traitement résolutif (pansement humide à l'eau alcoolisée) ; les formes aiguës suppuratives, auxquelles s'applique la vaccination anti-staphylococcique. Bien que les résultats de celle-ci soient inégaux, il semble bien qu'il y ait là une donnée thérapeutique nouvelle intéressante.

M. Broca croit que les ostéomyélites graves sont aussi à traiter par les vaccins. Il en a obtenu des effets encourageants dans un cas grave récent.

Fistule congénitale du cou.

(M. Arrou. — *Société de Chirurgie.*)

M. Arrou présente une jeune femme qui porte, depuis sa naissance, sur le côté gauche du cou, à la hauteur de l'os hyoïde, un minuscule orifice par lequel sort, au moment des repas, un liquide peu abondant ayant les caractères chimiques de la salive. Il pense que ce pourrait être une fistule congénitale de la glande sous-maxillaire.

M. Mouchet donnant un avis quant au traitement conclut plutôt à l'abstention opératoire. Lorsqu'on opère ces sortes de fistules, on ne peut pas toujours éviter une cicatrice chéloïdienne, chose très désagréable pour une jeune femme.

Quatre cas de cyanose congénitale.

(MM. Variot et Bouquier. — *Société médicale des Hôpitaux.*)

MM. Variot et Bouquier ont observé, dans l'es-

pace d'une dizaine de jours, quatre cas de cyanose congénitale permanente chez des nouveau-nés, avec large canal artériel et densification du parenchyme pulmonaire, lésions qui furent constatées à l'autopsie, la mort ayant été rapide (dans les 15 premiers jours). L'auscultation n'avait révélé aucun souffle.

Rupture spontanée de l'aorte abdominale.

(MM. Duhot, Pélissier et Macquet, de Lille. *Société médicale des hôpitaux.*)

Le malade, dont MM. Duhot, Pélissier et Macquet relatent l'observation, fut soigné à l'hôpital de la Charité, de Lille, dans le service du Pr Combemale, pour néphrite urémique. Il fut pris, un jour, soudainement, de malaise, pâleur, refroidissement des extrémités et pouls imperceptible : au bout d'une demi-heure, il succomba. On trouva, à l'autopsie, une solution de continuité d'environ un centimètre, au niveau de l'aorte abdominale. La rupture du vaisseau avait été conditionnée par les altérations de l'aorte (probablement syphilitiques) et l'hypertension due à la néphropathie.

Les exemples de rupture spontanée de l'aorte abdominale connus dans la littérature médicale sont des plus rares.

Un cas d'oligurie prolongée.

(M. R. Le Fur. — *Société de Médecine de Paris.*)

M. Le Fur rapporte un cas d'oligurie remarquable par sa durée. Il concerne une femme dont le taux d'urine, pendant plus d'une année, a oscillé en moyenne entre 200 gr. et 300 gr., avec élimination très défectueuse de l'urée et des chlorures.

La cause de cette oligurie parut être d'ordre réflexe et tenir à une néphropexie pratiquée trois ans auparavant, La guérison fut obtenue après la néphrectomie.

Abus du diagnostic d'appendicite chronique.

(M. Pron. — *Société de Médecine de Paris*).

M. Pron pense qu'on abuse généralement aujourd'hui du diagnostic d'appendicite chronique. La simple douleur cæcale provoquée, même forte et avec irradiation vers la cuisse, serait un symptôme banal chez les malades du foie et de l'estomac. Pour l'auteur, c'est seulement quand la douleur est localisée nettement, ou quand il y a défense de la paroi, ou quand le patient a eu des crises aiguës, qu'on a le droit de parler d'appendicite chronique.

P. L.

Le médecin a l'impérieux devoir d'être prévoyant.

Il doit s'assurer contre l'incapacité de travail que peuvent lui causer la maladie ou les accidents.

Il doit s'assurer une retraite pour ses vieux jours.

A TRAVERS LA PRESSE

Le problème des pelades.

Il est posé excellemment et étudié d'une façon détaillée par M. Brocq (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 janvier 1920), qui se déclare incapable, pour le moment, d'en donner une solution définitive. Entre la théorie parasitaire et la théorie trophonévrotique, il est difficile de se prononcer, les arguments pour et contre chacune d'elles étant d'égale valeur. Les deux semblent pouvoir être invoquées selon les cas. Mais, quand on est amené à invoquer l'intervention d'un parasite, on peut concevoir qu'il s'agit là de quelque chose de comparable au microbisme latent, le germe restant inoffensif durant un temps plus ou moins long, pour devenir actif à l'occasion d'un trouble de l'état général.

Le traitement des pelades, qui intéresse plus particulièrement le praticien, se déduit de ces conceptions.

On soignera donc l'état général. On surveillera la dentition pour remédier aux lésions qu'elle peut présenter, et dont l'influence a parfaitement été mise en lumière par Jacquet. On surveillera également le fonctionnement des glandes endocrines. L'administration prolongée de corps thyroïde a parfois donné des résultats inattendus. Certaines imprégnations médicamenteuses (hypnotiques) peuvent être quelquefois incriminées : on y songera.

On règlera opportunément le régime alimentaire pour régulariser les fonctions digestives (constipation).

On calmera l'irritabilité nerveuse en conseillant le séjour à la campagne et les pratiques d'une saine hygiène corporelle, et on tonifiera l'organisme avec l'arséniate de soude, le fer, l'hémoglobine, les glycérophosphates, la strychnine, etc. On pensera aux diathèses, à la syphilis qu'on traitera spécifiquement.

Localement, dans les cas légers et circonscrits, on prescrira de tenir les cheveux coupés courts, et la tête très propre (savonnages fréquents). Dans les formes étendues, on procèdera au rasage tous les trois ou quatre jours, en recommandant le port d'une perruque légère.

On recherchera l'irritation du cuir chevelu à l'aide d'une brosse maniée vigoureusement sur toute la surface atteinte matin et soir, ou au moyen de vésicatoires (vésicatoire liquide de Bidet). Il ne faut pas autant que possible dépasser la rubéfaction.

Voici quelques formules médicamenteuses dont on peut faire un usage alternatif tous les 20 à 30 jours.

1° Friction des plaques matin et soir avec une

brosse ou un tampon d'ouate hydrophile imbibés de la mixture suivante :

Teinture de cantharides.....	10 gr.
Teinture de romarin...... / Teinture de jaborandi.....	ââ 25 gr.
Alcoolat de Fioraventi.......	50 gr.
Alcool camphré.............	150 gr.

A la suite de la friction, massage avec la pommade suivante :

Soufre précipité.......... / Goudron purifié..........	ââ 2 gr.
Savon noir............... / Baume du Pérou..........	ââ 0 gr. 75
Vaseline pure Cheseborough..	25 gr.

Essuyer tout de suite l'excès de pommade. Le lendemain, décaper le cuir chevelu avec de la liqueur d'Hoffmann.

Tous les 5 jours, friction générale de la totalité du cuir chevelu avec le mélange suivant :

Acide acétique cristallisable..	5 gr.
Teinture de romarin....... / Teinture de jaborandi.....	ââ 30 gr.
Rhum.................. / Alcool à 60°	ââ 90 gr.

2° Le soir, friction légère des plaques avec une boulette d'ouate hydrophile imbibée de la mixture suivante :

Ether officinal.............	25 gr.
Hydrate de chloral.........	5 gr.
Acide acétique cristallisable..	1 gr.

Le soir, massage deux avec la pommade suivante :

Moelle de bœuf.............	15 gr.
Huile de ricin..............	10 gr.
Soufre précipité..........	2 gr.
Chlorhydro-sulfate de quinine	0 gr. 30
Baume noir du Pérou.......	0 gr. 50

Tous les deux ou trois jours, friction générale avec le mélange suivant :

Ammoniaque liquide....	1 à 3 cuill. à café.
Rhum	id. à soupe.
Eau de feuilles de noyer..	un verre.

Dans les formes décalvantes, recourir aux lotions sulfureuses :

Polysulfure de potassium.............	XX à 4 gouttes
Eau bouillie chaude..	50 grammes

lotions suivies d'une application de la mixture suivante :

Soufre précipité...........	25 gr.
Alcool camphré.............	50 gr.
Résorcine	1 gr.
Glycérine neutre pure.......	10 gr.
Eau distillée de roses.......	50 gr.
Eau distillée...............	100 gr.

Agiter violemment avant usage. Déposer avec un tampon d'ouate sur le cuir chevelu. Laisser sécher.

On peut aussi faire un massage avec la pommade au soufre et au goudron formulée ci-dessus, ou avec une pommade cadique :

Huile de cade............ / Beurre de cacao.........	ââ 15 gr.
Axonge benzoïnée..........	10 gr.

Le traitement de la gale avec la solution alcoolique de napthol B.

M. SlobozIano (*Gaz. des Hôp.*, 1920, n° 12), recommande pour le traitement de la gale, la solution de Naphtol β, dans l'alcool à 90° au moins, selon la formule suivante :

Naphtol β..............	28 à 40 gr.
Alcool à 90°............	*400 gr.*

avec laquelle on fait successivement deux lotions sur toute la surface du corps, avec une compresse, la peau étant sèche,.

L'opérateur doit avoir les mains graissées pour éviter l'irritation de la solution. Il lotionne minutieusement, région par région, sans frotter, et sans laisser de places non traitées, en négligeant la face et le cuir chevelu, ainsi que le scrotum, auquel convient une dilution plus grande du Naphtol.

Pour les sujets nerveux, qui souffrent de démangeaisons intenses, on peut ajouter 1 gr. de menthol à la solution alcoolique.

On fait la double lotion trois jours de suite, exceptionnellement 4 et 5 jours, en présence d'une peau trop épaisse ou lavée.

Désinfecter les vêtements et les objets du malade comme d'usage.

Traitement de la goutte.

« La diététique et la médication par l'exercice « sont les éléments fondamentaux de la théra- « peutique à laquelle certains agents physiques « apportent un complément d'une utilité indis- « cutable », déclare M. M. Franzois. (*L'Hôpital*, janvier 1920, B.)

De là, le régime alimentaire suivant : réduction autant que possible de la quantité globale

alimentaire, en surveillant la courbe de poids qui ne doit pas tomber au-dessous de la normale, Abaissement des albuminoïdes (80 gr. de viande par jour). Prohibition des conserves, charcuterie, jambon excepté, gibiers faisandés, venaisons, bouillons, abats (rognons, cervelles, foie, ris de veau), poissons gras, fromages fermentés, les pâtisseries grasses.

Sont permis : les viandes rouges ou blanches d'animaux adultes, les poissons maigres, les œufs, le lait, les fromages frais, les légumineuses en quantité modérée, les féculents, les farines de céréales, les légumes frais.

L'interdiction classique des végétaux riches en acide oxalique (oseille, épinards, rhubarbe, cresson, céleris, truffes, navets, radis), n'est pas absolument justifiée. Leurs oxalates ne pénètrent pas dans l'organisme.

Tous les fruits sont recommandés, ainsi que l'eau de source ou les eaux minérales faiblement minéralisées (Evian, Vittel, Contréxéville), les infusions légères. Parmi les boissons fermentées, les vins légers de Bordeaux ou du Rhin sont autorisés, à raison d'un quart ou d'un tiers de bouteille étendu d'eau. Le cidre est, au contraire, prescrit comme une sorte de spécifique.

Le café et le thé sont à éviter.

L'exercice physique comportera la gymnastique suédoise avec les mains libres, puis, avec l'emploi d'haltères légers. Ils doivent être gradués et surveillés.

Le massage, les frictions simples ou alcoolisées, l'hydrothérapie, l'électrothérapie sous forme de bains de lumière ou de courants de haute fréquence, constituent des adjuvants utiles. On y a ajouté récemment l'émanation de radium.

Les cures hydrominérales sont très puissantes dans le traitement de la goutte. Les Stations recommandables sont, selon les cas, Vichy, Vals, Châtel-Guyon, Brides-les-Bains, Plombières, Néris, Bagnères-de-Bigorre, Royat, Saint-Nectaire, Salies, Vittel, Contréxéville, Martigny, Evian, Thonon.....

En résumé, il s'agit bien moins d'une thérapeutique que d'une réforme radicale et définitive du genre de vie du goutteux.

Sur un incident au cours de l'injection intra-veineuse de cyanure de mercure.

Nous avons analysé l'article de M. Renard, portant ce titre, dans le nº 6 du *Concours médical*, p. 353.

Or, M. S. Chauvet (*Journ. des Prat.*, 14 février 1920), s'inscrit en faux contre les conclusions de M. Renard.

A son sens, il n'a jamais observé de malades qui aient perçu l'odeur d'amandes amères à la fin de l'injection ; la sensation révélée est celle d'un goût métallique particulier. D'autre part, les malaises signalés, pâleur, angoisse, gêne respiratoire, sont assez rares ; il ne les a constatés que 17 fois sur 7.000 cas. Ces malaises n'ont rien à voir avec l'odeur d'amandes amères quand elle est constatée, mais ils seraient dus parfois à la trop grande rapidité de l'injection, qu'il faut faire au contraire, très lentement. .

Enfin on ne confondra pas ces malaises avec ceux qui sont attribuables à l'extrême émotivité des malades, et qui se manifestent avant toute injection, rien qu'à la vue des préparatifs.

L'auteur donne ces précisions, pour démontrer aux praticiens qu'ils auraient tort de renoncer, pour des craintes chimériques, à un procédé qui donne des résultats merveilleux dans le traitement de la syphilis nerveuse.

BIOLOGIE

L'alimentation et la minéralisation magnésienne. Dolomiurie et ses variations.

Par les docteurs Dubard et Voisenet,

Professeurs à l'Ecole de Médecine de Dijon.

Quel que soit le scepticisme qui pourra accueillir notre conception de la carence minérale dolomitique comme cause favorisante de certaines maladies et en particulier de la tuberculose et du cancer, on admettra avec nous que l'oubli où l'on a laissé un élément minéral fondamental comme le magnésium est tout au moins singulier.

Le fer, le soufre, la chaux, la potasse, l'acide phosphorique, le zinc même, etc., ont attiré l'attention des chercheurs et des thérapeutes. Mais on a négligé la magnésie, dont le rôle synergique avec l'acide phosphorique est cependant si important. Les calories alimentaires ont fait oublier les minéraux. Et cependant, nous pouvons toujours réduire et économiser les calories des graisses et sucres, et même l'azote des albumines organiques par un gilet de laine en plus, ou le séjour au coin d'un bon feu, alors qu'il nous est impossible d'échapper aux nécessités du bilan minéral quotidien, qui va s'épuisant et s'éliminant à chaque manifestation de notre activité vitale ou psychique.

Très peu de recherches ont été faites pour déterminer les quantités d'acide phosphorique et des bases auxquelles il est soudé et leurs proportions nécessaires à l'équilibre physiologique. En pathologie, c'est pis encore.

Et cependant, personne ne nie nos besoins minéraux et la nécessité d'en combler les pertes.

Le formidable appétit des adolescents en pleine croissance eût dû nous suggérer que, dans la masse des éléments ingérés, ce sont bien plus les minéraux

squelettes de leurs tissus, cellules et humeurs en formation, qu'ils recherchent, que les valeurs calorifiques des aliments.

Il est profondément regrettable qu'aujourd'hui, nous ignorions presque tout de l'alimentation minérale. C'est la bouteille à l'encre, et de la chimie, comme disent trop souvent les médecins des questions qu'ils répugnent à étudier.

Cependant, notre observation déjà commencée, mais si incomplète encore, des variations urinaires de certains éléments minéraux et particulièrement de l'acide phosphorique et de la magnésie nous a révélé des perspectives pathologiques et thérapeutiques insoupçonnées.

C'est tout un champ d'étude encore en friche, effrayant par son étendue, et les difficultés du défrichage.

D'autant que la documentation est presque nulle et souvent erronée, parce que les chiffres varient suivant l'habitat des sujets, leurs coutumes alimentaires, leur âge, leur état de santé, etc.

Tout ce que nous savons sur la présence des éléments dolomitiques dans nos humeurs, et de leur élimination, peut se résumer à ceci :

C'est que les urines fermentées contiennent de notables proportions de phosphates ammoniaco-magnésiens.

Que certaines sécrétions et concrétions pathologiques intestinales renferment ces mêmes sels.

Que normalement, nous excrétons à l'état de santé, par nos urines, une proportion à peu près constante de magnésium, bloquée en général avec le calcium, dans les protocoles d'analyse,

Et qu'il y en a une quantité aussi abondante, si non plus, excrétée par les glandes digestives et les annexes.

Nous savons encore que la magnésie existe dans nombre de nos tissus, de nos humeurs, etc...

Mais à quoi correspond, au point de vue physiologique, cette magnésie dont l'excrétion est cependant en rapport constant avec celle de l'acide phosphorique ?

Quelle est la glande à sécrétion interne, la fonction qui réglemente le taux de la circulation des éléments phospho-dolomitiques ?

Dans quel organe se font les réserves magnésiennes ; où et comment réparons-nous les pertes dolomitiques quotidiennes ?

Tout cela est resté dans l'ombre et nous l'ignorons.

L'étude que nous avons entreprise des variations pathologiques de l'élimination urinaire de la magnésie et de l'acide phosphorique nous a déjà permis de formuler quelques conclusions exposées en avril 1918 dans une communication à l'Académie de Médecine, et en 1919, dans la *Revue de la Société Française pour l'étude du cancer* et la *Bourgogne médicale.*

Le rôle préventif et frénateur des électrolytes phospho-magnésiens dans le cancer et la tuberculose nous paraît établi. Non pas qu'avec les professeurs Robin et Delbet, nous voyons seulement une action spécifique du magnésium répandu plus abondamment dans la zone saine entourant les néoformations épithéliomateuses et tuberculeuses, comme les barbelés autour d'une position défensive et la renforçant.

Mais nous estimons que les éléments phospho-magnésiens exercent une action de défense plus générale, plus biologique. Car de leur proportion dans nos humeurs dépend notre résistance générale, par l'équilibre humoral et l'ordre d'une innervation puissante et bien réglée.

Ici comme ailleurs, nous admettons l'action prépondérante du système nerveux dans la prédisposition ou la défense. Le rôle favorisant des troubles nerveux n'est plus à démontrer, en particulier dans la genèse du cancer.

Il se trouve justement que, dans l'étude des variations pathologiques de l'élimination magnésienne, il existe un rapport très net avec celle de l'acide phosphorique. Il nous paraît impossible de dissocier les actions connexes de l'un et de l'autre de ces éléments ; de même que phosphaturie s'accompagne, en général, de dolomiurie.

Nous nous contenterons aujourd'hui, après ce préambule peut-être un peu long, mais qui était nécessaire, d'un aperçu du rôle biologique de la magnésie et de l'exposé de quelques documents analytiques sur la teneur en magnésium de certains aliments, tissus, etc..., en ajoutant les moyennes d'élimination urinaire normales déterminées ici dans notre terrain jurassique, et d'autres se rapportant à des types de malades où les variations de l'excrétion dolomitique nous paraissent intéressantes au point de vue thérapeutique et pathologique.

La magnésie dans le règne végétal et animal. — Dans les végétaux à feuilles vertes, le magnésium paraît être un des facteurs importants de la fonction chlorophyllienne, par la propriété qu'il possède de former des oxydes et des peroxydes, facilement réductibles. Sans lui, peu ou point d'absorption de CO^2 et d'excrétion d'O.

La magnésie s'accumule dans les feuilles et les fruits sans doute comme fixateur électif de l'acide phosphorique, en réserves destinées à la plante jeune. Vitamines que les animaux utilisent à leur tour, pour leurs nécessités physiologiques minérales.

Chez les animaux, nous trouvons le magnésium répandu un peu partout, dans les humeurs et les cellules.

Il semble que plus un organe possède une fonction haute et différenciée, plus il est riche en acide phosphorique, en potasse et en magnésie.

Le système nerveux nous en fournit un exemple frappant.

Alors que la substance blanche ne renferme, pour 1000 parties, que 0 gr. 005 à 0 gr. 07 de magnésium, la substance grise en contient 0 gr. 06 à 0 gr. 25.

Dans 1000 parties de sang, les 397 p. de globules renferment 0 gr. 086 de phosphates magnésiens alors que les 603 p. de plasma en contiennent 0 gr. 330.

La lymphe présente à peu près la même richesse en éléments dolomitiques que le plasma.

Oxydes et phosphates de magnésium circulant dans les espaces lymphatiques jouent, sans doute, dans les phénomènes intimes de la respiration des tissus, le même rôle que dans la fonction chlorophyllienne des plantes.

Nous rencontrons le magnésium comme co-ferment minéral dans la plupart des zymases digestives, les ferments pancréatiques et entéritiques surtout.

L'activité de ces enzymes paraît liée à leur teneur en magnésie. L'épuration chimique, qui a la prétention de les dépouiller de ces éléments minéraux, affaiblit d'autant leurs propriétés diastasiques.

La magnésie, en se combinant avec l'acide phosphorique en un rapport que nous ignorons encore, paraît le régulateur indispensable de l'innervation.

Les variations urinaires concordent avec l'activité et la dépense d'influx nerveux.

La présence de la magnésie un peu partout, en petites quantités, il est vrai, mais plus abondante là où une fonction élevée est en jeu, nous indique sa valeur.

D'autant que l'expérience nous a depuis longtemps enseigné que la valeur fonctionnelle d'un élément minéral ne se mesurait pas au poids.

La régularité de l'élimination urinaire de cette terre, quelles qu'en puissent être les variations pathologiques, nous oblige à lui reconnaître une importance vitale certaine.

Comme d'un autre côté, nous ignorons les réserves magnésiennes de l'organisme, il devient intéressant de savoir quels aliments nous apportent les matériaux de réparation.

Magnésie et acide phosphorique alimentaires. — Dans le tableau ci-dessous est exposée la composition centésimale des cendres de quelques substances alimentaires végétales et animales.

	K^2O	Na^2O	CaO	MgO	Fc^2O	P^2O^5	SiO^2	CC	SO^3
Blé	25.81	2.68	1.49	12.18	0.15	57.31			
Pommes de terre	51.5	+	1.80	7.40	0.5	11.30	5.6		
Riz	22.47	4.55	2.93	6.30 / 1.60	1.66	48,31	6,53		
Prunes	65.92	3.18	3.24	6.16	0.85	13,19	4.56		
Figues	51.94	4.40	10.18	5.83	4.40	14.87			
	Potasse et Soude								
Chanterelles	61		1.53	2.30	4.34	14.40	2.17		14
Chair musculaire	25 à 48	25	0.9 à 7	1.4 à 4.8	03 à 11	35 à 48			03 à 338
Café	62.47	1.64	6.29	9.69	0.65	13.29			3.80

Un coup d'œil jeté sur ce tableau nous permet de constater que ce sont les végétaux qui nous apportent la magnésie et surtout le blé et les céréales.

Que les aliments-bases, blé, pommes de terre, même le riz, sont riches à la fois en potasse, en magnésie, en acide phosphorique, combinés dans un rapport « *physiologique* ». Toute restriction ou substitution alimentaire portant sur ces aliments nous exposent à la carence de certains minéraux essentiels.

Etant donné le taux de l'excrétion urinaire normale en magnésie, il est facile de se rendre compte que nous sommes, au point de vue alimentaire, à la limite des besoins.

Aussi doit-on être très prudent dans la prescription des régimes alimentaires restrictifs, sous peine de causer la déficience d'un élément minéral, fondamental, pour un organisme déjà affaibli.

Une autre réflexion s'impose à l'esprit en étudiant la composition minérale de certaines boissons ou aliments dits de luxe ou d'épargne, comme le café, le thé, le maté, la coca, etc..., c'est que ces aliments doivent peut-être bien plus « *leur popularité* » aux matières minérales qu'ils contiennent, qu'à la substance excitante, à laquelle on a, jusqu'ici, attribué leurs effets toniques.

Ces boissons sont riches les unes en magnésium, les autres en magnésium et manganèse. Or, la nature en général, est avare de ces substances, qui constituent le coferment minéral de certaines zymases indispensables à la vie intime de nos cellules et humeurs.

C'est là, sans doute, la raison des habitudes de certains peuples et l'explication de l'avidité avec laquelle on recherche ces boissons et aliments dits d'épargne et de luxe.

La supériorité alimentaire du vin, des boissons fermentées et sirops de fruits, sur l'alcool et les sucres raffinés et les produits synthétiques relève des mêmes causes.

Elimination urinaire de la magnésie et ses variations. — Voyons maintenant quelles sont les moyennes de l'élimination urinaire de la magnésie chez des sujets normaux bien portants. Ces chiffres proviennent d'habitants du terrain jurassique, riche en chaux, très pauvre en dolomie. Les aliments et les boissons présentent sans doute le même rapport minéral.

Moyenne par 24 heures (Normaux)

	P^2O^5	CaO	MgO
	gr.	gr.	gr.
Homme vigoureux 48 ans	2.34	0.448	0.24
Femme vigoureuse 38 ans	2.04	0,31	0.22
Enfant de 10 ans	2	0.22	0.18

Dans une recherche antérieure à la guerre et aux restrictions alimentaires, les chiffres se rapportant à trente sujets étaient plus élevés.

	CaO	MgO
	gr.	gr.
Jeunes en pleine croissance	0.40	0.22
Adultes vigoureux	0.38	0.35
Adultes dépassant 50 ans	0.39	0.26

	CaO	MgO
	gr.	gr.
Yvon donne des chiffres plus élevés.	0.35	0.60
Platt aussi	0.30	0.40

Dans notre sol calcaire, il semble que la proportion de chaux et de magnésie devrait être inversée pour répondre aux faits.

Il est évident que l'étude de la minéralisation magnésienne est à reprendre, en tenant compte de l'habitat, du régime alimentaire, de la provenance des aliments et peut-être aussi de la profession.

Nous avons remarqué en effet que le travail intellectuel suractif exagère les pertes en dolomie ainsi qu'en acide phosphorique.

A côté de ces chiffres, que l'on peut considérer comme normaux, où la magnésie est, en général, à la chaux comme 2 est à 3, voici quelques déviations pathologiques de l'excrétion urinaire dolomitique.

	P^2O^5	CaO	MgO
	gr.	gr.	gr.
Neurasthéniques 40 ans H.	2.76	0.22	0.31
» 38 ans F.	2.14	0.33	0.30

Le rapport magnésie et chaux tend à l'egalité et souvent à devenir inverse : plus de magnésium que de calcium. Toutes les grandes secousses nerveuses ou psychiques se traduisent par une déperdition de magnésie ; tout au contraire chez les hystériques, qui, malgré une alimentation déficiente, se maintiennent en apparent bon état, la magnésie est économisée.

Voici encore quelques moyennes d'analyses se rapportant à d'autres malades où les variations de l'élimination urinaire de la magnésie présente un intérêt.

	P^2O^5	CaO	MgO
	gr.	gr.	gr.
Cancers petite courb. sans sténose complète	2.10	0.252	0.22
Tuberculose sommet droit à marche lente	1.13	0.51	0.045
Tuberculose pulmonaire à forme fibreuse lente	2.60	0.48	0.056
Obèse	4	0.42	0.184

Ces chiffres, dans le cancer en particulier, montrent une dénutrition réelle en éléments phospho-magnésiens, et précisent une indication thérapeutique.

Chez les tuberculeux résistants, il y a économie de magnésie, ou celle-ci a été antérieurement gaspillée, car, chez les tuberculeux au début, l'inverse est la règle, comme chez ceux à marche rapide, la dolomiurie s'exagère ; chez l'obèse, au contraire, nous constatons, malgré la phosphaturie, une dolomiurie réduite ; le type se rapproche de ce que nous constatons chez les hystériques à nutrition ralentie.

De l'exposé de ces faits et de nos recherches antérieures, il serait prématuré de tirer des conclusions définitives, mais seulement des indications.

Cependant, d'une longue observation, particulièrement chez les tuberculeux et les cancéreux, il paraît résulter que la dolomiurie, jointe ou non à la phosphaturie, indique un affaiblissement grave et pour ainsi dire spécifique de la résistance.

L'exagération de la dolomiurie dans les grands troubles névropathiques et psychiques précise le rôle de la magnésie dans le fonctionnement normal du système nerveux. Et quand on sait le rapport qui unit désordres nerveux et psychiques avec la genèse et l'évolution des tumeurs malignes, on ne peut nier l'intérêt à la fois clinique et thérapeutique que présente la constatation des modifications urinaires de l'excrétion magnésienne.

L'étude scientifique des proportions normales du bilan minéral de l'organisme et de ses variations accidentelles ou pathologiques est appelée à éclairer la question encore si obscure de la réceptivité ou de la résistance à certaines maladies.

Les résultats remarquables que nous obtenons d'une reminéralisation méthodique et contrôlée dans les états dépressifs graves, les dyspepsies prolongées et leurs conséquences, le cancer et la tuberculose à leurs débuts, confirment l'importance biologique de certains électrolytes dont on avait jusqu'ici à peine soupçonné la valeur physiologique et l'intérêt thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

CHEZ MASSON ET Cie EDITEURS A PARIS.

L. Ambard, Professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg. — **Physiologie normale et pathologique des reins**, 2me édition.

Peu d'ouvrages sont aussi « personnels » que ce Traité.

Si la première édition s'est trouvée rapidement épuisée, c'est sans doute qu'un Traité complet de Physiologie rénale, écrit au point de vue de la physiologie normale aussi bien qu'à celui de la pathologie et même de la clinique médicale, ne pouvait guère être entrepris et réalisé en France que par L. Ambard.

Le plan général de l'ouvrage est resté le même : *Physiologie (éliminations par diffusion et par sécrétions ; concentration et débits, les seuils). — Les Néphrites (N. avec œdèmes, N. azotémiques, N. mixtes). — Pronostic des Néphrites. — Exploration des fonctions rénales en chirurgie urinaire : exploration de la valeur globale des deux reins ; examen des reins séparés.*

Mais cette deuxième édition est enrichie des connaissances nouvelles provoquées par les recherches de Annis, de Watanabe, de Clairveaux et surtout de Widal, de Chabanier et de Josué.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

La question des pneus et de l'essence pour les autos des médecins et celle des autos pour les praticiens des régions dévastées. Monopoles et privilèges.

Nos lecteurs sont au courant des démarches si nombreuses faites par les grands groupements médicaux pour obtenir la possibilité de ravitailler les médecins praticiens en autos, pneus et essence. Le Secrétaire général de l'Association générale des Médecins de France, qui n'a cessé de recevoir des réclamations des diverses sociétés locales de l'A.G., a adressé à M. le Ministre de l'Hygiène sociale la lettre suivante :

3 février 1920.

A Monsieur J.-L. BRETON
Ministre de l'Hygiène Sociale,

Monsieur le Ministre,

Permettez-moi d'appeler votre attention sur la situation particulièrement difficile dans laquelle se trouvent les médecins du fait des obstacles qu'ils rencontrent pour se procurer des pneus et de l'essence. Nous recevons sans cesse des réclamations et, malgré toutes les démarches que nous avons faites auprès des ministres qui vous ont précédé, d'accord avec l'Union des Syndicats Médicaux et le Groupe médical interparlementaire, nous n'avons rien pu obtenir.

Puisque nous avons la bonne fortune d'avoir un Ministre de l'Hygiène, nous ne pouvons douter qu'il accueille favorablement nos doléances et qu'il s'emploie activement et utilement à nous donner satisfaction.

L'exercice de la profession médicale est lié intimement à la facilité de déplacement, l'auto est à ce titre un instrument de travail, qui est pour le médecin ce que la charrue est pour le laboureur.

Sans essence et sans pneus, le médecin ne peut répondre aux demandes de la clientèle.

Nous sommes persuadés, Monsieur le Ministre, que vous ferez bon accueil à la demande que je vous adresse au nom du Conseil général de l'Association générale des Médecins de France, qui groupe dix mille médecins et représente environ la moitié du corps médical français.

Si vous désiriez que je vous donne de vive voix d'autres explications, je me tiens, Monsieur le Ministre, à votre entière disposition et, comptant sur votre haute bienveillance, je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments très distingués.

Signé : Dr LEVASSORT.

Le Ministre de l'Hygiène Sociale accorda une entrevue au Dr Levassort et lui promit de s'occuper activement de ses réclamations. Voulant éviter que le Ministre, dont on connaît les nombreuses préoccupations à l'heure actuelle, n'ajournât l'intervention qu'il avait promise, le Dr Ch. Levassort lui adressa la lettre suivante :

2 mars 1920.

Monsieur J. L. BRETON
Ministre de l'Hygiène Sociale,

Monsieur le Ministre,

Lors de l'audience qne vous m'avez accordée au cours de février dernier, vous avez bien voulu m'assurer que vous alliez sans délai étudier le moyen de donner satisfaction aux médecins qui trouvent les plus sérieuses difficultés à se procurer de l'essence et des pneus.

En vue de l'Assemblée générale de l'Association Générale des Médecins de France, je mets la dernière main au rapport que je dois présenter aux délégués de nos 93 sociétés locales et comme la question de l'Automobile est à l'ordre du jour, je souhaite vivement de pouvoir donner quelques précisions.

Je vous serais infiniment obligé, Monsieur le Ministre, de me faire connaître ce que vous pourrez faire et, comptant sur toute votre bienveillance, je vous prie de vouloir bien agréer l'assurance de mes sentiments distingués.

Signé : Dr LEVASSORT.

A cette lettre, le Ministre fit adresser au Secrétaire général de l'A. G. la réponse suivante :

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE
N° 1213 R. L.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 9 mars 1920.

Monsieur le Secrétaire Général
de l'Association des Médecins de France.

Monsieur,

En réponse à votre lettre du 2 mars, Monsieur le Ministre me charge de vous informer que la Direction Générale des Essences et Pétroles du Ministère des Travaux Publics, saisie de votre demande par ses soins, se propose d'y répondre favorablement en donnant l'ordre aux préfets d'accorder aux médecins une quantité d'essence suffisante pour leurs

besoins en la prélevant sur les approvisionnements constitués pour l'agriculture.

Veuillez agréer. Monsieur, l'expression de mes sentiments les plus idstingués.

Signature : illisible,
Attaché technique au Cabinet du Ministre.

Le Dr Levassort remercia par une nouvelle lettre, attirant l'attention du Ministre sur la question des pneus tout aussi intéressante que celle de l'essence.

10 mars 1920.

Monsieur J. L. BRETON
Ministre de l'Hygiène,

Monsieur le Ministre,

Je viens de recevoir la lettre que vous m'avez fait adresser le 9 courant et dans laquelle vous m'informez que le Ministre des Travaux Publics, à qui vous avez bien voulu transmettre notre demande relativement aux fournitures d'essence pour les médecins, se propose de nous donner satisfaction.

Je tiens à vous remercier vivement de cette marque de bienveillance, et j'espère que vous tiendrez à la compléter en nous faisant donner également satisfaction pour la question des pneumatiques.

Ce sont, en effet, les pneumatiques et l'essence que nos confrères éprouvent le plus de difficultés à se procurer.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

Le Secrétaire Général :
Signé : Dr LEVASSORT.

Nous ne doutons pas de la bonne volonté de M. le Ministre de l'Hygiène Sociale : exprimons le vœu qu'il aura suffisamment d'influence sur ses collègues pour faite donner satisfaction aux désirs très légitimes exprimés par tous les médecins praticiens. Malheureusement, l'expérience nous a démontré que dans la question des autos, il y avait loin de la coupe aux lèvres, et nous attendrons la réalisation des promesses pour témoigner notre satisfaction et adresser nos remerciements aux divers Ministres de qui dépend la possibilité d'assurer aux malades de nos campagnes des soins médicaux réguliers.

La preuve que nos réserves (nous allions dire notre scepticisme) sont fondées, se trouve dans la lettre suivante que nous adresse un de nos confrères qui a eu le courage d'aller s'installer dans une de nos régions les plus dévastées :

10 mars 1920.

Le *Concours* prend courageusement la défense des médecins qui ont osé retourner rebâtir leur foyer en pays dévastés.

Nous lui en sommes profondément reconnaissants. Il a compris nos misères, aggravées, hélas ! par l'incompétence, l'incompréhension d'une administration paperassière et tâtillonne.

Je vous prie donc, au nom de nombreux confrères, de nous donner encore hospitalité dans vos colonnes.

Le Ministre des R. L. a annoncé et fait annoncer bruyamment que des voitures allaient être mises à la disposition des médecins des R. L. qui étaient dépourvus de moyens de transports.

Or, personne ,dans nos régions, n'a vu un véhicule de ce genre.

Le Préfet nous répond : « ...Le nombre minime de voitures mis à ma disposition ne m'a pas permis de vous comprendre dans la 1re liste des médecins attributaires..... Bonne note est prise de vos besoins pour la prochaine distribution..... »

Si, par hasard, vous connaissez un confrère, fortuné attributaire, vous serez aimable de publier le nom... pour qu'on se réjouisse.

2° Dans chaque canton, le ministre des R. L. a nommé un médecin chargé de soigner les employés et ouvriers, travaillant pour les R. L.

Ce médecin monopolise parfois toute la clientèle payante d'une région, car il a à sa disposition ; infirmerie, infirmiéres, médicaments gratuits, voiture auto gratuite, etc... et les confrères déveinards se battent les flancs devant un monopole de fait dont ils sont victimes.

Ainsi, je connais un canton avec 4 à 6.000 ouvriers étrangers, pour lesquels un seul médecin va toucher 20 fr. par tête pour soins à forfait. En plus, il est sûr de faire tous les accidents de travail sans fatigue, grâce a ses infirmières et à ses infirmeries. Soit, au bas mot, le bénéfice de 80 à 100.000 par an tandis que les confrères se partagent piteusement les réfugiés à 5 fr. la visite.

Le monopole est consacré, et il me semble que les syndicats devraient intervenir pour faire respecter la liberté du choix du médecin, ou tout au moins pour exiger une répartition plus équitable de la manne administrative.

Veuillez nous aider et crier avec nous, peut-être aurez-vous plus de chance d'être écouté.

Merci

Que répondre à notre confrère ? Nous transmettons ses doléances au Ministre des Régions Libérées. Nous ne cesserons de nous plaindre. Mais jusqu'ici, hélas ! *vox clamat in deserto.*

J. NOIR.

II

Syndicat médical des stations balnéaires et sanitaires.

Résolutions adoptées dans la séance du 8 mars 1920.

1° Le Syndicat des Stations balnéaires et sanitaires de France est qualifié pour traiter de la question du traitement aux Stations hy-

drominérales des Pensionnés militaires (loi du ...) : ses délégués devront, après entente avec l'Union des Syndicats Médicaux, entrer en pourparlers avec le Ministre des Pensions militaires.

2° Le programme à réaliser comportera :

a) Le traitement des pensionnés militaires par les médecins consultants de chaque Station, avec libre choix pour le curiste.

b) La fixation d'honoraires pour chaque cure uniformes dans toutes les Stations, et pour toutes catégories de pensionnés hébergés ou non.

c) Le taux de ces honoraires peut être accepté à moitié de celui de la cure moyenne, généralement fixée aujourd'hui à 100 fr., soit 50 fr. par cure.

LÉGISLATION MÉDICO-SOCIALE

Proposition de loi ayant pour objet la réorganisation des hôpitaux et l'établissement de l'assurance-maladie et invalidité prématurée,

présentée par MM. Edouard Grinda, Pinard, Charles François, Monprofit, Edouard Soulier, Jean Fabry, Lenoir, Adrien Constans (Tarn-et-Garonne), About, Causeret, Le Provost de Launay, Gadaud, Anselme Patureau-Mirand, Prévet, Magne, Antoine Saillard, Paul Tapponnier, Burnet, Dezarnaulds, Delom-Sorbé, commandant Pilate, députés.

La grande presse, aussi bien que les journaux médicaux ont annoncé le dépôt de cette proposition de loi, dont l'initiative appartient à notre excellent confrère, le Dr Grinda, de Nice, député des Alpes-Maritimes.

En voici le texte intégral, suivi des brefs commentaires qu'elle nous suggère.

EXPOSÉ DES MOTIFS,

Messieurs,

La France, qui a toujours occupé une place d'avant-garde parmi les nations civilisées, et qui a été l'initiatrice de tant d'idées généreuses de justice et de solidarité sociales, n'a pas encore doté ses services d'assistance médicale des lois de prévoyance qui, seules, peuvent rendre leur action réellement efficace.

Tous ceux qui se sont consacrés aux œuvres d'assistance et ont pu comparer notre organisation à celles de l'étranger ont constaté avec tristesse combien notre infériorité est grande.

Prophylaxie et dispensaire.

Dans la plupart de nos départements, la prophylaxie est insuffisante ou nulle.

L'organisation des dispensaires qui pourraient prévenir tant de maladies, éviter tant de souffrances, de misères et de deuils est à peine ébauchée.

Quel est le médecin des hôpitaux qui ne donne journellement des soins à des malades atteints de maladies aiguës ou chroniques parfaitement évitables ? Ainsi des hommes qui devraient être utiles au pays ne sont plus pour lui qu'une lourde charge.

Il faut donc de toute urgence multiplier les dispensaires où tous ceux qui éprouvent une indisposition, en apparence légère, *souvent précurseur d'une maladie grave et déjà contagieuse*, recevront les soins médicaux et pharmaceutiques ainsi que les conseils de prophylaxie nécessaires.

Si les dispensaires sont nombreux et bien organisés, les malades légers s'y rendront spontanément ; leurs bienfaits seront incalculables, car il en est des maladies comme des incendies : faciles à juguler dans leur début, elles sont souvent, dans leur plein développement, au-dessus de nos moyens d'action. Il est surtout intéressant de donner des soins aux malades dès les premiers symptômes avant qu'ils ne soient dans l'obligation de s'aliter.

Hôpitaux.

Le dispensaire ainsi conçu ne se borne pas à assurer la prophylaxie en général et le traitement des malades non alités ; il doirt sevir de liaison entre le domicile du malade et l'établissement médical où toute maladie grave doit être traitée.

Riches et pauvres commencent à comprendre que ce n'est pas à domicile, mais dans des établissements spécialisés, cliniques ou hôpitaux, possédant un personnel instruit et entraîné, que les malades peuvent recevoir des soins vraiment rationnels et permettant de triompher des maladies, d'abréger leur durée.

Sans doute notre éducation est loin d'être faite comme elle l'est dans certains pays étrangers, notamment en Amérique, où, même pour des affections légères, on fait un séjour dans une clinique. En Allemagne, le transport dans les hôpitaux de tout malade atteint d'affection contagieuse est obligatoire. Cependant, de réels progrès ont déjà été accomplis.

La médiocrité de nos établissements hospitaliers est la principale cause du peu de faveur dont ils jouissent dans l'esprit public. Nous avons le devoir d'y rémédier et de donner à notre organisation hospitalière un essor considérable.

Nous devons créer pour nos tuberculeux, non pas des services semblables à ceux que nous ne connaissons que trop, où tant de malheureux vont achever leur agonie, mais de vrais hôpitaux de cure où l'on guérit sous des climats favorables, avec tous les soins nécessaires. Il est scandaleux de songer que dans des taudis surpeuplés des tuberculeux sèment la maladie et la mort autour d'eux, retardant jusqu'à l'extrême limite leur admission dans nos modernes *moritoria*.

La loi du 7 septembre 1919 sur les sanatoriums doit être complétée. Faute de crédits, son application est retardée. Elle accorde d'ailleurs aux administrations locales un délai de cinq ans pour hospitaliser ou faire hospitaliser leurs tuberculeux. Or, il faut agir énergiquement et vite. Les chiffres les plus modérés indiquent qu'il y a en France plus de 500.000 tuberculeux, dont 90.000 au moins devraient être hospitalisés : c'est à peine si nous disposons de 10.000 lits, et il s'agit d'une maladie contagieuse.

Il faut créer des maternités, presque partout elles sont insuffisantes et souvent redoutées des parturientes. La maternité est le temple où s'accomplit la fonction la plus sacrée de la femme ; elle doit être irréprochable.

N'est-il pas honteux de constater que des villes importantes n'ont pas encore d'hôpital d'enfants ? Nous perdons tous les ans plus de 100.000 enfants par suite de maladies évitables. Quelle hécatombe, alors que la question de la dépopulation, dont le

Pr Pinard s'est fait l'apôtre ardent et autorisé, se pose d'une façon si angoissante !

On peut affirmer que dans presque tous nos départements les établissements hospitaliers sont d'une insuffisance lamentable. Il faut créer des hôpitaux nouveaux, agrandir la plupart de ceux qui existent, les doter de tous les perfectionnements de la science moderne, réclamés en vain, même dans les villes les plus riches comme Paris, par le corps médical.

Au dernier Congrès de Chirurgie tenu à Paris, en octobre 1919, M. le Pr Walther, président, a poussé un véritable cri d'alarme. Sur sa proposition, le Congrès, à l'unanimité, a émis un vœu fixant un minimum des « garanties matérielles de sécurité que comporte l'état actuel de la science » ; ce vœu constate « *qu'un grand nombre de services sont encore installés de façon défectueuse et manquent des éléments indispensables à l'examen et aux soins des malades, souvent même d'appareils suffisants de stérilisation.* »

Quand nous aurons doté la France d'établissements hospitaliers, dans lesquels le public sera sûr de trouver les soins les plus éclairés dans des services irréprochables, pourvus de nombreuses salles d'isolement, comme dans les services qui existent à l'étranger et dans ceux que nous avons réalisés à l'hôpital Pasteur de Nice (8 isolés par groupe de 20 malades), les maladies graves ne seront plus soignées à domicile dans des conditions fatalement médiocres et onéreuses.

C'est l'intérêt de la collectivité : les soins donnés en commun sont moins onéreux et le malade est une source de contagions souvent redoutables. C'est l'intérêt du malade qui, mieux soigné, a plus de chances de guérir et de guérir rapidement.

Le personnel bénévole féminin qui, pendant la guerre, a acquis une instruction technique très complète et qui a fait preuve d'un esprit de dévouement au-dessus de tout éloge, apportera à nos dispensaires et à nos hôpitaux un concours infiniment précieux.

Nous devons envisager :

1° La création des établissements nouveaux et l'agrandissement de ceux qui existent ;

2° La création de ressources permanentes nécessaires à leur fonctionnement.

Actuellement l'initiative de la construction ou de l'agrandissement des établissements hospitaliers est entièrement laissée aux administrations locales. Les frais sont à leur charge ; l'Etat leur vient en aide par des subventions variables.

Les plans établis par les soins de ces administrations sont sans contrôle réel et trop souvent abandonnés à la fantaisie des architectes.

D'autre part, les départements et les communes opposent la force d'inertie aux projets de constructions hospitalières parce que l'intérêt immédiat de ces établissements n'est pas évident pour la masse des électeurs qui ne les réclament pas. Ils savent d'autre part que l'entretien de l'hôpital moderne est très onéreux et constitue une charge écrasante pour leurs budgets.

Cette opposition cessera quand la participation des administrations locales aux constructions sera réglée d'une façon équitable, quand les frais de fonctionnement pourront être aisément assurés par les ressources normales.

Il y a un intérêt national, en même temps qu'un intérêt social et financier, à ce que l'Etat intervienne d'une façon énergique et efficace dans la prophylaxie et le traitement des maladies.

Le législateur dans les diverses propositions de lois d'assistance et particulièrement dans les propositions sur l'assurance-maladie et invalidité s'est surtout préoccupé de donner aux salariés des allocations ou des pensions. Or, ce qui importe avant tout, c'est de prévenir la maladie, d'éviter sa diffusion, de prendre le travailleur menacé, de le soigner rationnellement, de la guérir dans le plus bref délai possible. L'établissement d'assistance est la base fondamentale de cette lutte contre la maladie.

Ce but sera atteint :

1° Par la participation de l'Etat aux frais de construction ;

2° Par l'établissement de l'assurance-maladie et invalidité obligatoire qui permettra de substituer à la clientèle non payante des dispensaires et hôpitaux une clientèle payante.

L'article premier institue :

1° Au Ministère de l'Hygiène, un Office national des établissements hospitaliers ;

2° Dans chaque département, un Office départemental des établissements hospitaliers.

L'article 2 détermine la composition de ces Offices :

L'*Office national* sera composé de techniciens spécialisés dans les questions hospitalières et d'assistance, médecins, chirurgiens, architectes, administrateurs. Ses membres seront nommés par le Ministre qui s'inspirera des propositions faites par nos grandes sociétés scientifiques.

L'*Office départemental* sera composé de membres nommés par le Préfet et de membres délégués par les corps élus (Conseils généraux et municipalités), par les sociétés de secours mutuels et les syndicats.

Un règlement d'administration publique établira la composition exacte et le mode de recrutement de ces offices.

Article 3. — L'Office national aura pour objet, d'accord avec l'Office départemental :

1° De faire le recensement dans chaque département de tous les établissements existants publics et privés ;

2° De déterminer les besoins en constructions neuves en les classant par ordre d'urgence ;

3° De fixer les délais d'exécution des travaux ;

4° D'examiner et donner son approbation aux plans des constructions neuves. Ces plans pourront être établis par ses soins.

Article 4. — Les frais des constructions déclarées indispensables seront supportés par parts égales par Etat, les départements et les communes.

Les communes pourront être partiellement exonérées de leur contribution par des subventions provenant de la caisse des jeux ou du Pari mutuel.

Des emprunts spéciaux seront faits par l'intermédiaire d'un organisme de crédit analogue à celui qui vient d'être institué pour la reconstitution des régions libérées.

Nous sommes en droit d'espérer que le pays qui, au cours de la guerre, a fait preuve d'un si admirable esprit de discipline et de solidarité, ne se montrera pas réfractaire aux propositions émanées de nos savants et de nos techniciens, et inspirées en dehors de toute préoccupation de parti par le seul souci de la santé publique.

***

Assurance-maladie et invalidité.

Les articles suivants ont pour objet la création de l'assurance-maladie et invalidité prématurée obligatoire.

Nous avons estimé que ce serait faire œuvre incomplète et stérile que de ne pas associer l'assurance-maladie et la réorganisation hospitalière. Ces deux projets se complètent : la réorganisation hospitalière n'est possible que si l'on crée en même temps

Une Eau Purgative Française

GUBLER PURGATIVE

DÉRIVÉE DE LA SOURCE CHATELGUYON-GUBLER

EAU CARBO-GAZEUSE
CHLORURÉE ET SULFATÉE
SODIQUE ET MAGNÉSIENNE



DOSES
LAXATIVE : 1 à 2 verres à bordeaux.
PURGATIVE : la totalité de la bouteille.

RENSEIGNEMENTS { SOCIÉTÉ des EAUX MINÉRALES de CHATEL-GUYON, 6, Square de l'Opéra, PARIS.
Pharmacie MONNIOTTE, 70, Rue Legendre, PARIS.

LES PERLES TAPAOSOTE

LAMBIOTTE FRÈRES
AU TANNO-PHOSPHATE DE CRÉOSOTE

SUPPRIMENT LES INCONVÉNIENTS ET INTENSIFIENT L'ACTION DE LA MÉDICATION CRÉOSOTÉE

DOSES HABITUELLES { *Adultes : 5 Perles par jour en 5 prises.*
Enfants : 1 à 4 Perles par jour suivant l'âge.

Littérature & Echantillons gracieux à M. M.^rs^ les Médecins
PRODUITS LAMBIOTTE FRÈRES À PRÉMERY (NIÈVRE)

l'assurance-maladie dont les caisses doivent fournir aux établissements hospitaliers leurs principales ressources.

Au cours des deux précédentes législatures, l'assurance-maladie a fait l'objet de différents projets de loi, qui ont été renvoyés aux commissions (projets Edouard Vaillant, René Renoult, Honnorat, Ernest Lairolle). Aucun d'eux n'a été voté.

Il n'est cependant, dans le domaine de l'hygiène, de loi plus urgente.

Il est paradoxal que le législateur ait prévu l'assurance contre la vieillesse et les accidents du travail et qu'il n'ait pas prévu la maladie et l'invalidité prématurée qui sont aussi inéluctables que la vieillesse ou les accidents du travail.

Nous avons été précédés dans cette voie par les législateurs étrangers.

L'assurance-maladie fonctionne en Angleterre depuis 1911 sur les bases suivantes :

Retenue invariable hebdomadaire sur les salaires, de 0 fr. 40 pour les hommes, de 0 fr. 30 pour les femmes.

Le patron ajoute pour sa part 0 fr. 30, l'Etat 0 fr. 20.

Le produit de ces taxes est versé, par le patron chargé de les recueillir, à des caisses mutualistes agréées sous certaines conditions.

Le Parlement belge, en 1914, a voté une loi analogue qui a été rendue exécutoire, après l'invasion, par les Allemands eux-mêmes.

Enfin, l'Alsace et la Lorraine nous reviennent avec l'assurance-maladie obligatoire et il ne viendrait à l'esprit de personne de priver ces provinces du bénéfice d'une loi dont elles ont pu apprécier tous les bienfaits.

Cette loi est, d'ailleurs, loin d'être une innovation absolue, même en France ; elle ne fait que reprendre et complèter, en les étendant à tous les salariés indistinctement, les mesures de prévoyance qu'un sentiment naturel a inspirées à tous les mutualistes.

Il y a plus, cette assurance se trouve dans la loi du 29 juin 1894 sur les sociétés de secours des ouvriers mineurs. Nous pouvons donc dire qu'elle a déjà subi en France l'épreuve du temps et qu'elle est acceptée par toute notre population minière.

Dans la rédaction des articles concernant l'assurance-maladie et invalidité prématurée, nous nous sommes inspirés des lois étrangères ainsi que des travaux de nos prédécesseurs et particulièrement du projet de M. Emile Lairolle que nous reprenons en y apportant des modifications qui permettent de l'adapter à notre projet de réorganisation hospitalière.

L'article 5 établit le principe de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité prématurée pour tous les salariés des deux sexes, quelle que soit leur profession, jusqu'à concurrence de 8.000 fr. de salaire annuel.

Nous sommes en droit d'espérer que le travailleur acceptera une retenue sur son salaire d'autant plus facilement que le patron et l'Etat y apporteront tous deux une contribution dont il sera le bénéficiaire

D'autre part, le patron ne saurait refuser son coucours à une loi qui a pour objet la protection de la santé de son personnel. Les initiatives qu'ont prises de nombreux employeurs dans cet ordre d'idées nous sont un sûr garant du consentement patronal.

L'article 6 décide que l'assurance prend son effet à partir du cinquième jour de maladie, avec droit de rappel pour les cinq premiers jours si la maladie dure plus de dix jours.

Les abus incontestables qui se sont produits dans l'application de la loi sur les accidents du travail, nous ont fait retarder au cinquième jour l'effet de l'assurance. L'ouvrier vraiment malade ne sera pas lésé, puisqu'il a droit de rappel si la maladie dure plus de dix jours. Dans une période de reconstitution, où un travail intensif est indispensable, nous éviterons ainsi bien des chômages qui ne seraient que de brefs congés déguisés.

L'article 7 définit l'invalidité dans les mêmes termes que la loi du 3 avril 1910.

L'article 9 établit le taux des primes d'assurance. Avec M. Lairolle, en présence de l'augmentation des salaires et du coût de la vie, nous avons préféré à la prime fixe des lois anglaise et belge un tantième sur les salaires ; nous avons établi un taux uniforme, quel que soit le salaire, ce qui donne à cette loi d'assurance un caractère de solidarité.

Ce taux, égal pour le salarié et le patron, est de 1,50 %. Le concours de l'Etat est de 0 fr. 50 par franc versé.

L'article 9 décide que le prélèvement est fait par l'employeur et versé par lui aux caisses d'assurances.

L'article 10 indique l'emploi des fonds des caisses d'assurances. Il prévoit : 1° le remboursement aux dispensaires des frais médicaux et pharmaceutiques nécessités par les consultations données aux assurés ;

2° Le remboursement aux hôpitaux généraux et spécialisés des journées d'hospitalisation des assurés ;

3° L'indemnité journalière de maladie ;

4° L'indemnité journalière d'invalidité.

L'article 11 garantit à l'ouvrier son indemnité.

L'article 12 décide que l'indemnité-invalidité prématurée cessera quand l'assuré aura atteint l'âge de la retraite, c'est-à-dire de l'invalidité physiologique.

L'article 13 introduit dans la loi française un article concernant l'hospitalisation, qui figure dans les législations étrangères.

Il établit l'obligation pour l'assuré d'accepter l'hospitalisation, toutes les fois que le médecin de l'assurance le jugera nécessaire, sous peine d'être privé de la moitié de son indemnité journalière de maladie.

N'est-il pas équitable que la collectivité des assurés, qui paye les indemnités et les frais de maladie, veille à ce que l'assuré malade soit placé dans les meilleures conditions de guérison rapide ?

L'assuré hospitalisé, continuant à percevoir son indemnité totale, réalise du fait de son hospitalisation une économie notable. Si, d'autre part, les hôpitaux lui offrent les garanties de soins et de bien-être que nous avons précisées, il est à prévoir qu'il sollicitera lui-même son admission dans les établissements spécialisés pour sa maladie.

Nous avons exposé les avantages qu'en retirera la collectivité au double point de vue hygiénique et financier.

L'article 14 a pour objet la gestion des caisses d'assurances-maladie.

L'article 15 crée un office national d'assurances-maladie et invalidité prématurée.

En conséquence des considérations qui précèdent, nous déposons la proposition de loi suivante, sur laquelle, vu l'urgence, nous appelons la bienveillante attention de Chambre.

PROPOSITION DE LOI

Article premier.

Il sera institué dans un délai de cinq mois à partir de la promulgation de la présente loi :

1° Au Ministère de l'Hygiène, un Office national des établissements hospitaliers.

2° Dans chaque département, un Office départemental des établissements hospitaliers.

Art. 2.

L'Office national des établissements hospitaliers sera composé de techniciens spécialisés dans les questions hospitalières et d'assistance, médecins, chirurgiens, architectes, administrateurs. Ses membres seront nommés par le Ministre de l'Hygiène qui s'inspirera des propositions faites par nos grandes sociétés scientifiques.

L'Office départemental sera composé de membres nommés par le préfet et de membres délégués par les corps élus (conseils généraux et municipalités) par les sociétés de secours mutuels et par les syndicats.

Un règlement d'administration publique précisera la composition exacte et le mode de recrutement de ces offices.

Art. 3.

L'Office national des établissements hospitaliers a pour objet, d'accord avec l'Office départemental :

1° De faire le recensement dans chaque département de tous les établissements existants publics ou privés ;

2° De déterminer dans chaque département les besoins en constructions neuves en les classant par ordre d'urgence ;

3° De fixer les délais d'exécution des travaux ;

4° D'examiner et approuver les plans des constructions nouvelles.

Ces plans pourront être établis par les soins de l'Office national.

Art. 4.

Les frais des constructions déclarées indispensables seront supportés par parts égales par l'Etat, les départements et les communes.

Les communes pourront être partiellement exonérées de leur contribution par des subventions de la caisse des jeux ou du pari mutuel.

Art. 5.

L'assurance contre la maladie ou l'invalidité prématurée est obligatoire pour tous les salariés des deux sexes, quelle que soit leur profession, jusqu'à concurrence de 8.000 francs de salaire annuel.

Art. 6.

L'assurance contre la maladie prend son effet à partir du cinquième jour de maladie, avec droit de rappel pour les cinq premiers jours si la maladie dure plus de dix jours.

Art. 7.

Il y a invalidité lorsque l'assuré, en dehors des cas prévus pour les accidents du travail et à l'exclusion de toute faute intentionnelle, est atteint de blessures graves ou d'infirmités journalières qui le mettent dans une incapacité absolue et permanente de travail.

La constatation de cette incapacité et du jour de départ de la maladie sera faite dans les conditions déterminées par un règlement d'administration publique.

Art. 8.

Les caisses de l'assurance-maladie et invalidité prématurée sont alimentées :

1° Par un prélèvement de 1, 50 % sur le salaire de chaque travailleur ;

2° Par un versement du patron de 1 fr. 50 % desdits salaires ;

3° Par une contribution de l'Etat de 0 fr. 50 par franc versé.

Art. 9.

Le prélèvement sur le salaire sera effectué par l'employeur, qui le versera avec sa propre contribution aux caisses de l'assurance-maladie.

Toute infraction à cette obligation sera punie d'une amende égale au double du versement omis.

Un règlement d'administration publique précisera les conditions du prélèvement et des versements.

Art. 10.

Les caisses d'assurance prendront à leur charge :

1° Le remboursement aux dispensaires des frais médicaux et pharmaceutiques nécessités par les consultations données aux assurés ;

2° Le remboursement aux hôpitaux généraux et spécialisés des journées d'hospitalisation des assurés ;

3° Le payement d'une indemnité journalière de chômage-maladie ou invalidité suivant les barêmes ou les règles à établir par règlement d'administration publique.

Art. 11.

Les indemnités sont incessibles et insaisissables.

Art. 12.

Dès que l'assuré aura atteint l'âge de la retraite, son indemnité d'invalidité cessera et fera place à la retraite prévue par la loi.

Art. 13.

Toutes les fois que le médecin de l'assurance estimera que l'assuré malade doit être soigné dans un établissement hospitalier, l'assuré devra se conformer à cet avis.

En cas de refus de sa part, l'indemnité de chômage-maladie sera réduite de 50 %.

Art. 14.

Les caisses de l'assurance-maladie et invalidité seront administrées par des comités départementaux, cantonaux ou communaux dans lesquels les salariés,

les employeurs et l'Etat seront représentés. Un règlement d'administration publique précisera la composition et le mode de recrutement de ces comités.

Elles pourront également être administrées par les sociétés de secours mutuels, les caisses de réassurances, les unions départementales et régionales de secours mutuels, les caisses de secours créées par les syndicats ou unions de syndicats.

Chacune de ces institutions devra être spécialement autorisée par le Ministre de l'Hygiène.

Art. 15.

Il est créé au Ministère de l'Hygiène un Office national d'assurance-maladie et invalidité, ayant pour objet d'exercer un contrôle sur les comités départementaux et locaux d'assurance.

Un règlement d'administration publique précisera la composition et le mode de recrutement de cet Office.

Commentaires.

Il semble qu'il y ait quelque chose de changé dans les mœurs parlementaires : quelques-uns de nos nouveaux députés font montre non d'une mentalité de politiciens de métier, mais de celle de la profession à laquelle ils appartiennent. En particulier, le Dr Grinda est plus médecin que parlementaire. En voici la preuve : lui, qui se proclame un « rat d'hôpital », ayant passé sa vie dans les établissements hospitaliers, a soumis sa proposition de loi à un certain nombre d'entre nous ; puis, nommé rapporteur par la Commission d'assurance et de prévoyance sociales de la Chambre, il a déclaré que son rapport serait fait avec la collaboration effective de l'Union des syndicats médicaux et celle de l'Association générale des médecins de France.

Cette collaboration, que nous réclamons sans cesse, sera donc réalisée et, députés comme médecins, nous espérons aboutir à une proposition de loi pratique, applicable et surtout utile pour les malades.

En effet, il n'est pas contesté que nos hôpitaux sont, pour la plupart, insuffisants, mal organisés et tout à fait incapables de remplir leur mission sociale : assister et guérir les indigents. Laissons la parole au Dr Edouard Grinda, dans une interview donnée par l'*Echo de Paris* du 22 février dernier :

— L'insuffisance et la médiocrité de nos hôpitaux, nous dit l'éminent chirurgien, sont telles que le dernier congrès de chirurgie les a dénoncées dans une motion énergique. Même dans les hôpitaux les plus récents, ne voit-on pas encore des salles de quarante lits n'ayant que deux lits d'isolement, de sorte qu'on ne peut soustraire les malades au spectacle terrifiant de l'agonie de leur voisin de lit et qu'il suffit d'un « délirant » pour troubler le repos de quarante malades ? *C'est réellement moyenâgeux !*

Et que faisons-nous pour le diagnostic et le traitement précoce qui, seuls, peuvent éviter les épidémies ? Rien. Il n'en est pas de même à l'étranger et il suffit de rapprocher nos tables de morbidité et de mortalité pour constater les effets de notre lamentable organisation.

Même son de cloche dans le *Petit Parisien* du 22 février dernier, dans une analyse de la proposition de loi Grinda.

Ne nous arrêtons pas aujourd'hui à discuter, ni à critiquer le texte même, que nous publions ci-dessus. Du moment qu'une collaboration effective est demandée à l'Union des syndicats médicaux, nous ne doutons pas que les intérêts supérieurs des malades et ceux de la Nation seront mis en concordance avec les droits légitimes des médecins praticiens.

Les originalités de la loi Grinda sont les suivantes :

D'abord modifier notre régime hospitalier ; moderniser la loi du 7 août 1851, qui régit encore, à l'heure actuelle, les hospices et hôpitaux. Il faut organiser de petites salles, où seront soignés les malades, à la place de ces immenses dortoirs, où dorment, vivent, agonisent et meurent pêle-mêle les pauvres diables, vaincus par la maladie et la misère.

Puis, concentration de l'art de guérir, surtout dans les petites villes : l'hôpital sera l'établissement des pauvres ; mais il deviendra la maison de santé pour ceux qui peuvent payer.

Enfin, création, dans l'établissement, de dispensaires « *à rayon réduit, possédant un personnel médical et infirmier instruit, et des laboratoires pour le diagnostic précoce. Le dispensaire sera l'établissemnt de prophylaxie par excellence. Il établira la liaison entre le domicile du malade et la clinique, ou l'hôpital.* »

Quel travail formidable, pour mettre debout une organisation pratique et utile !

Mais le Dr Grinda compte beaucoup sur les conseils et avis du corps médical pour mener à bien son entreprise. Il considère que, si les pauvres peuvent recevoir gratuitement les soins médicaux, il n'en est pas de même des malades aisés : libre choix du médecin, tarif à la visite, voilà les bases des contrats collectifs que les syndicats médicaux passeront avec les commissions hospitalières.

Une autre originalité de la proposition de loi, c'est de supprimer la classe des indigents : tout malade doit payer, en ville comme à l'hôpital, soit par lui-même, s'il en a les moyens, soit par les Caisses d'invalidité. Tout Français ayant des ressources inférieures à 8.000 francs, sera obligatoirement assuré contre la maladie et l'invalidité prématurée.

Gros travail à élaborer car l'assurance obligatoire, instituée dans de nombreux pays étrangers et qui fonctionne en Alsace-Lorraine, va soulever des difficultés avec le régime actuel des accidents du travail et celui des mutualités.

Ici encore, la collaboration de l'Union des syndicats médicaux saura concilier l'intérêt des malades avec celui des médecins, car nos groupes professionnels auront à donner leur opinion sur l'élaboration du statut des docteurs, vis-à-vis des malades de cette nouvelle catégorie. Aussi serions-nous reconnaissant à nos lecteurs de bien vouloir nous indiquer leurs suggestions, critiques, craintes, projets de rédaction, etc., que cette proposition de loi pourra leur inspirer.

Il est bien entendu que le texte ci-dessus est loin d'être définitif : il ne sert que de point de départ à un rapport dont est chargé le Dr Edouard Grinda, pour aboutir à la réorganisation, avec le concours des médecins, de notre arsenal législatif et réglementaire, pour lutter contre la maladie et protéger la santé publique.

Dr Paul Boudin.

MÉDECINE SOCIALE

Rapport sur l'organisation de la lutte contre la syphilis à Paris.

I

LA SYPHILIS, FLÉAU SOCIAL.

A. — *Ce que nous savons.*

1° La fréquence de la syphilis est extraordinaire : cette maladie atteignait, *avant la guerre*, un dixième au moins de la population de la France, soit près de 4.000.000 d'individus. Dans une ville comme Paris, la proportion peut s'élever au cinquième ; le nombre des syphilitiques, dans le département de la Seine, atteindrait donc 500 à 600.000 individus.

Le nombre des syphilitiques héréditaires, qui est inconnu et qu'il est difficile d'évaluer, ne figure pas dans ces chiffres.

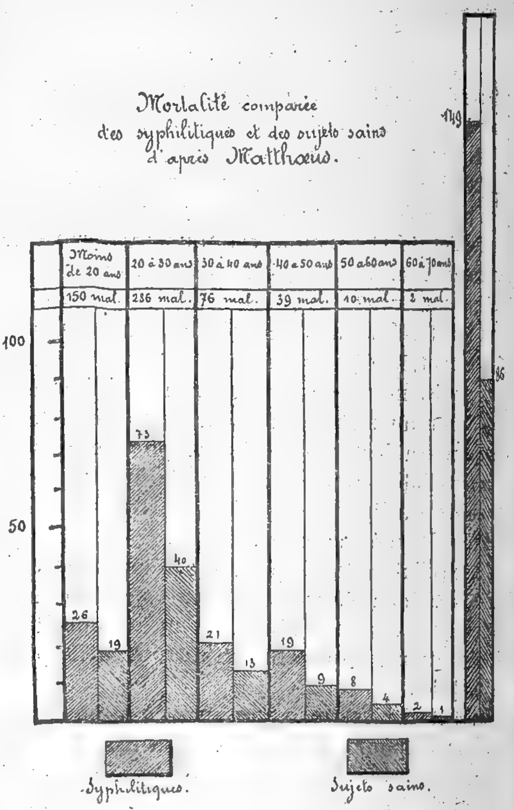
Sur cent syphilitiques du sexe masculin, 20, au moins, sont atteints de *syphilis ignorée*. Ce chiffre s'élève à 40 % au moins chez la femme. D'autre part, le médecin n'attribue pas dans des cas nombreux une affection chronique dont est atteint un malade à la syphilis qui en est la cause réelle ; ainsi l'étendue des désastres dus à cette maladie reste méconnue d'un grand nombre de nos confrères.

2° La syphilis héréditaire tue surtout avant la naissance ou dans la première année de la vie ; la syphilis acquise, compatible très souvent avec un état de bonne santé apparente pendant de longues années, surtout à la fin de l'âge adulte ou au début de la vieillesse.

Les morts, dont la syphilis est la cause, sont dissimulées, dans les statistiques, sous l'étiquette de maladies locales, que nous savons aujourd'hui dues au spirochète dans tous les cas (tabes, paralysie générale), dans un grand nombre (autres affections nerveuses, affections cardiaques et vasculaires), dans un nombre moindre (affections hépatiques et rénales).

Les documents sur la mortalité de la syphilis établis par des *méthodes différentes* (statistiques des Compagnies d'assurances, évaluation de la fréquence de l'infection dans les maladies du système nerveux, du cœur, etc...) en Belgique, en Allemagne, en Angleterre et en France, ont donné des résultats concordants. Elles ont révélé que la syphilis est, après la tuberculose, la cause principale de mortalité. Les chiffres publiés indiquent *environ* 60.000 morts pour l'Allemagne, 40.000 pour la France (avant la guerre), par an.

DIAGRAMME.



3° La syphilis, fléau social par la mortalité, est grave également par la morbidité, puisqu'elle est la cause principale d'un grand nombre de maladies chroniques, la cause principale des affections du système nerveux (Weill), de l'appareil cardiovasculaire (Cigaard). Elle est la cause principale de l'aliénation mentale (avant l'alcoolisme), des infirmités d'ordre physique et d'ordre psychique (arrêts de développement cérébral chez l'enfant, malformations, etc.).

B. — *Ce que nous ne savons pas.*

1° Il n'existe pas de documents précis sur la fréquence des morts, avant terme ou à terme, dues à la syphilis. Mais nous savons qu'elle est énorme et que si l'on tenait compte, comme il con-

viendrait, dans les statistiques démographiques, du nombre de ces morts, la syphilis apparaîtrait comme un facteur de mortalité certainement égal à la tuberculose.

2° La syphilis restant fréquemment ignorée (ou négligée), du malade et du médecin, nous ignorons le rôle qu'elle joue dans la mortalité due aux *affections aiguës*, aux *affections infantiles*, à la *tuberculose* et au *cancer*.

a) *Affections aiguës*. — Il est possible que la gravité des infections aiguës soit plus grande chez le syphilitique que chez l'individu sain, en particulier chez le vieillard, que l'existence préalable d'une infection syphilitique aggrave le pronostic de celles-ci.

b) *Affections infantiles*. — La syphilis de l'enfance reste ignorée neuf fois sur dix, au moins, des médecins d'enfants *et d'abord des plus autorisés de ceux-ci*. La syphilis héréditaire, qui se révèle par des lésions externes, est, en pratique, à peu près seule reconnue, au cours de la première enfance. Celle qui ne s'accompagne pas d'accidents visibles figure dans les tables de mortalité sous le nom de « débilité congénitale », ou le nom barbare de « sclérème », ou d'« *entérite aiguë* », de *bronchopneumonie*, de *méningite tuberculeuse*. La plupart des affections chroniques de l'enfance, cardiaques, hépatiques, rénales, sont peut-être d'origine syphilitique.

c) *Tuberculose*. — La syphilis héréditaire représente une condition prédisposante à la tuberculose, et l'infection bacillaire se développe parfois au début de la syphilis acquise.

d) *Cancer*. — Enfin, le cancer, dont la fréquence s'accroît sans cesse, est souvent la suite de lésions spirochétiques, et la syphilis est peut-être la plus importante de ses causes favorisantes. Il est déraisonnable de penser qu'elle l'est uniquement au niveau de la langue, dont les épithéliomes sont *dix-neuf fois sur vingt* d'origine syphilitique ; l'existence d'antécédents syphilitiques paraît banale dans d'autres localisations.

En résumé, la syphilis est un des plus graves, sinon le plus grave, parmi les fléaux sociaux ; son importance ne peut être comparée qu'à celle de la tuberculose.

Cette importance sociale s'est accrue pendant la guerre. Par suite de l'indifférence des chefs du Service de Santé, au début de celle-ci, et de la mauvaise organisation des soins donnés aux syphilitiques à partir de juin 1916, le nombre des soldats contaminés a atteint plusieurs centaines de mille, le nombre des femmes infectées, qui est inconnu, est également considérables.

II

LES BASES TECHNIQUES DE L'ACTION ANTISYPHILITIQUE.

Jusqu'à une époque récente, la lutte contre la syphilis, dont les ravages et la gravité au point de vue social étaient d'ailleurs ignorés, n'avait d'autre base que la répression de la prostitution et la surveillance des filles publiques atteintes d'accidents contagieux. Dès 1902, quelques syphiligraphes, Fournier à leur tête, mettaient au premier plan l'action médicale, le traitement des syphilitiques, et proposaient la création de dispensaires où seraient traités les malades appartenant aux milieux populaires. Aujourd'hui, le problème de la lutte antisyphilitique est résolu, *en théorie* ; la répression de la prostitution, dont l'expérience universelle a démontré les difficultés et l'insuffisance, n'a plus d'importance qu'aux yeux des fonctionnaires qui en sont chargés ; la prophylaxie de la syphilis, qui doit aboutir à sa disparition graduelle, relève du médecin, de l'action médicale.

La syphilis est infiniment plus facile à supprimer que la tuberculose. Au point de vue technique, les syphiligraphes sont d'accord et reconnaissent qu'il est facile, chez tout malade, de supprimer les accidents contagieux par l'emploi des agents de traitement modernes, et, ce qui est plus important, qu'il est possible de les faire disparaître *d'une manière définitive*, lorsque le traitement est mené avec la rigueur nécessaire.

Ainsi le problème de la prophylaxie se réduit à découvrir la syphilis, ceci dès son début, avant que le syphilitique ait pu faire de nouvelles victimes, et à la traiter de suite. Lorsque les médecins, tous les médecins, seront convaincus de cette vérité, en même temps que de la gravité de la syphilis, lorsque les moyens de diagnostic seront mis à leur disposition, lorsque tous auront appris à se servir des méthodes de traitement nouvelles et pourront diriger sur des dispensaires où ils seront employés, tous les malades appartenant aux classes populaires, nul doute qu'en peu d'années les cas nouveaux deviennent de plus en plus rares, que la syphilis disparaisse en un temps relativement court.

Mais la lutte contre la syphilis ne doit pas se limiter au traitement des cas récents et on a eu le tort jusqu'ici d'étudier la question sous une forme trop restreinte. Il ne s'agit pas seulement de supprimer les accidents contagieux, ce qui est facile dans un grand nombre de cas, mais ne l'est pas toujours, l'action prophylactique étant d'autant plus certaine que la répression de l'infection, la « stérilisation » est plus complète.

Il s'agit également de mettre tout syphilitique à l'abri des accidents, proches et éloignés, des manifestations graves dont il est menacé, à échéance plus ou moins lointaine. L'infection doit être traitée, dans la syphilis ancienne aussi bien que dans la syphilis récente, dans la syphilis héréditaire aussi bien que dans la syphilis acquise, *et chez la femme enceinte avant tout*.

Les affections multiples qui menacent la vie du syphilitique, et déterminent des infirmités, la méningite qui détermine l'aliénation, en dehors même de la paralysie générale, les fausses-couches, les naissances d'enfants syphilitiques, sont la suite d'infections persistantes, anciennes, non traitées, ou mal traitées. Parmi les malades atteints d'affections chroniques qui encombrent les lits des hôpitaux, un grand nombre sont des syphilitiques. Il faut apprendre au médecin à traiter la syphilis ancienne dans le même esprit que la syphilis récente, à la rechercher à l'origine des maladies chroniques, à diriger sur les dispensaires où ils devront être traités les syphilitiques non contagieux qui ne peuvent être soignés par lui, faute de ressources, aussi bien que les autres.

III

LES SOLUTIONS ADMINISTRATIVES. L'ORGANISATION ACTUELLE DE LA LUTTE ANTISYPHILITIQUE A PARIS.

De nombreux malades, atteints de syphilis récente ou ancienne, sont dirigés chaque jour par les praticiens vers les hôpitaux spéciaux (St-Louis, Broca, Ricord) ou s'y rendent d'eux-mêmes ; quelques-uns vont dans d'autres hôpitaux où ils seront examinés et traités à peu près de la même manière.

Les consultations des hôpitaux, qui se tiennent le matin, sont dirigées parfois par un chef de service, le plus souvent par un assistant aidé d'internes et d'externes. Les syphilitiques s'y trouvent au milieu de malades atteints des dermatoses les plus variées, eczémas, psoriasis, ulcères variqueux, phtiriase et gale... Le nombre des individus examinés au cours d'une consultation de deux heures ou deux heures et demie de durée dépasse souvent 300 à l'hôpital St-Louis, c'est-à-dire que la moitié étant vue par l'assistant, l'autre par un interne parfois novice, *le temps moyen accordé à un malade n'est pas même d'une minute* !

Ce temps suffira à un dermatologiste « entraîné » pour établir un diagnostic et faire délivrer par un externe un bon de médicaments, mais non pour étudier un syphilitique, examiner le cœur, le système nerveux d'un malade. Il ne permet pas, bien entendu, d'engager une conversation avec celui-ci, de l'instruire de sa maladie, et des conséquences de celle-ci. On peut, il est vrai, lui remettre une instruction imprimée relative à la direction générale du traitement de la syphilis : mais le malade qui touche un papier, sans qu'il lui soit permis de demander des explications après l'avoir lu, n'attache aucune importance, ou à peu près aucune, aux recommandations qui lui sont faites. D'ailleurs le traitement suivi au dehors ne pourra l'être sous les formes modernes, *qui sont nécessaires à la prophylaxie.*

Ainsi examiné et dirigé par un médecin qui, l'après-midi, dans son cabinet, consacrera vingt ou trente minutes à l'étude d'un syphilitique nouveau, le malade d'hôpital ne comprend la médecine que sous la forme où elle lui est présentée. Son état d'âme est celui du galeux qui demande une frotte et de l'eczémateux qui sollicite une pommade. Son but d'obtenir un médicament pour se débarrasser des accidents qui le préoccupent. En raison de l'encombrement des consultations hospitalières, de la présence de malades atteints d'affections cutanées, qui intéressent souvent la curiosité du chef de service plus que la syphilis, les syphilitiques, dans les hôpitaux spéciaux, sont traités dans le même esprit que les malades atteints d'une dermatose quelconque, non contagieuse, sans gravité et dont l'importance sociale est absolument nulle.

Si l'on réfléchit à la gravité de la syphilis au point de vue social, aux ruines dont elle est la cause, on est obligé de reconnaître que l'état de choses actuel est simplement abominable et de vouloir que, dans le plus bref délai, tout malade atteint ou suspect de syphilis, qui se présente dans les hôpitaux et appartient aux milieux populaires, soit dirigé vers une formation d'assistance où il pourra être examiné et traité d'une manière réelle.

Un nombre relativement restreint de syphilitiques sont envoyés des consultations dans les services d'hôpital, où ils seront soignés une ou plusieurs fois par semaine. Quelques syphiligraphes, cherchant à faire mieux, ont prétendu créer des « dispensaires », mais nous verrons, en étudiant l'organisation qui doit être donnée aux dispensaires antisyphilitiques, que ces dispensaires intrahospitaliers n'ont du dispensaire que le nom, que leur organisation est de façade. Les malades ne tirent qu'un bénéfice discutable, passager, du traitement, l'action prophylactique reste insuffisante. Ces pseudo-dispensaires ne peuvent être dirigés dans leur fonctionnement par les chefs de service, qui ont d'autres préoccupations et d'autres besognes. Ils sont confiés à un de leurs élèves, qui en accepte la direction, par complaisance, sans rémunération, sans titre officiel, dont le but est de rester dans un milieu de relations et de travail et qui normalement se décharge sur des externes et des infirmières d'une responsabilité dont il ne sent pas l'étendue et qu'il n'aurait pas acceptée, qu'il n'aurait pu accepter s'il l'avait comprise. Il existe des services où une infirmière apprend aux élèves la technique des injections intraveineuses et indique les doses ! Ainsi la direction appartient en fait à des subordonnés. Ajoutons que les

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, *Avocat, Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Notes d'ordonnances. — Notes d'ordonnances portant comme en-tête des instructions aux blessés du travail.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — **Accidents.** — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Notes d'honoraires ordinaires

Notes d'honoraires d'un modèle spécial établies selon les indications du tarif Jeanne.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50.....	4 fr. » »
Le 100.....	6 fr. » »
Les 500....	28 fr. » »
Les 1000...	50 fr. » »

Affiches. — Affiches indiquant sous forme d'avis les droits des blessés et les pénalités encourues par ceux qui entravent le libre choix du médecin. Prix franco : les 50. 7 fr., le cent, 12 fr.

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, *132, faubourg St-Denis Paris.*

recherches de laboratoire ne sont faites, ne peuvent être faites qu'à titre occasionnel.

Il existe un moyen simple de connaître la valeur d'un dispensaire au point de vue prophylactique : elle se mesure par le pourcentage des malades qui reviennent régulièrement se soumettre à un traitement, alors qu'aucun symptôme ne les avertit de la persistance de l'infection. Le nombre des syphilitiques qui suivent un traitement prolongé, méthodique, dans les hôpitaux et reviennent, lorsque les accidents ont disparu, est infime.

Les documents qui ont été publiés récemment sur les méfaits des consultations données dans les hôpitaux spéciaux permettent de juger, par les faits et d'une manière précise, les résultats de l'organisation, non seulement des consultations hospitalières, mais même des soins donnés dans les salles, au point de vue de la lutte antisyphilitique. Les malades traités dans les hôpitaux conservent, neuf fois sur dix, une séro-réaction positive, sont exposés à toutes les complications nerveuses et viscérales de l'infection, et restent contagieux au cours de la période secondaire. *Les hôpitaux de Paris sont des foyers d'infection syphilitique, en ce sens que les malades qui en sortent, rassurés sur leur état, ignorants des dangers de récidives incessantes, d'accidents contagieux nouveaux, continuent à disséminer le spirochète et à créer des syphilitiques nouveaux.*

Qu'il s'agisse de femmes, qui se présentent aux consultations des services d'accouchement, d'enfants conduits dans les hôpitaux qui leur sont réservés, il est rare que la syphilis soit recherchée par les moyens nécessaires ; en outre, aucun traitement méthodique n'est fait, quand elle est reconnue, par hasard.

On peut se demander si l'Assistance Publique ne créera pas un jour ou l'autre des dispensaires antisyphilitiques en dehors des hôpitaux, analogues aux dispensaires antituberculeux de l'Office d'hygiène sociale. Le fait est peu probable ; l'Assistance Publique, au point de vue technique, n'agit que sur les impulsions du corps hospitalier, et les syphiligraphes appartenant à celui-ci croient en toute sincérité que la lutte antisyphilitique ne peut être organisée que par eux et leurs élèves. Des intérêts personnels, des intérêts de corps, dominent l'intérêt général ; les querelles qu'a soulevées et que soulève encore l'Institut prophylactique et qui ne se seraient pas produites, si les pouvoirs publics avaient établi un plan d'ensemble, avaient pris l'avis des syndicats médicaux, n'avaient pas obéi à des influences, à d'autres considérations que celles d'intérêt public, en sont la preuve.

L'Institut prophylactique, dirigé par le Dr Vernes, représente, au point de vue technique, un réel progrès sur les dispensaires intrahospitaliers ; les recherches de laboratoire y sont faites d'une manière systématique, les malades soumis à des traitements prolongés. L'organisation appelle cependant des critiques sérieuses, en raison du nombre trop élevé de malades et de l'insuffisance de direction médicale ; les syphilitiques n'étant pas toujours vus par le même médecin, la technique ne peut être aussi sévère qu'il conviendrait ; l'Institut prophylactique ne se prête pas au traitement de la syphilis ancienne et héréditaire. L'œuvre a un caractère personnel, c'est une tentative intéressante, mais qui ne saurait servir de modèle.

IV

LA SOLUTION SYNDICALISTE.

Les Syndicats médicaux affirment que l'Etat est incapable d'organiser l'hygiène sociale et, d'abord, la lutte contre les grandes maladies sociales ; ils s'appuient sur l'expérience, et déclarent qu'il ne suffira pas, pour diminuer la fréquence de la tuberculose et supprimer la syphilis, de créer des dispensaires antituberculeux et antisyphilitiques, même si leur organisation matérielle est au-dessus de toute critique.

Le problème de la lutte antituberculeuse et antisyphilitique soulève des questions d'ordre moral ; on ne peut le résoudre sans la collaboration pleine et entière du corps médical, et sans confier la direction des dispensaires à des médecins, qui se dévoueront sans réserve à l'action médico-sociale dont ils auront la responsabilité.

La prophylaxie des maladies humaines *endémiques*, que le public considère, en raison même de leur fréquence et de leur chronicité, comme des maux à peu près inévitables, dans lesquelles la contagion se fait d'une manière immédiate ou à peu près immédiate, au foyer du malade, dans la vie quotidienne, n'a rien de commun avec celle du choléra ou de la fièvre jaune, et dépend, *non de l'action administrative, mais du médecin*, du début à la fin, parce qu'elle exige un diagnostic précoce, définitif, scientifique, un traitement précoce, méthodique, dirigé dans un sens précis enfin, dans tous les cas, une direction morale donnée au malade, direction sans laquelle ce traitement, les mesures de prophylaxie ne pourront être appliquées.

Le problème technique se double d'un problème éducatif : la solution dépend du médecin seul, de son autorité, de son influence sur le malade et non seulement de ses connaissances « spéciales ». Mais, avant d'éduquer le tuberculeux et le syphilitique, il y a lieu d'éduquer le médecin lui-même, et il faut bien avouer que son éducation actuelle est tout à fait insuffisante.

En matière de tuberculose et même de syphilis, il ne faut pas croire que le diagnostic s'impose au médecin. Il est fait seulement à

l'heure nécessaire par celui qui pense, sans cesse, à tout instant, aux deux grandes maladies sociales, à la tuberculose, chez tout malade atteint d'une bronchite un peu persistante, d'une pleurésie sèche, d'un état dyspeptique ou anémique, à la syphilis chez un individu atteint de la moindre ulcération génitale, chez une femme qui a fait une fausse couche, chez un nourrisson dont le poids reste au-dessous de la normale. Encore ne suffit-il pas que le médecin « pense » à la tuberculose et à la syphilis et faut-il qu'il ait l'esprit assez précis, assez scientifique, pour agir et établir le diagnostic ou l'infirmer par les moyens de laboratoire — *qui devront être mis à sa disposition par les pouvoirs publics.*

L'éducation antituberculeuse et antisyphilitique, le médecin ne la reçoit pas dans les hôpitaux. S'agit-il de tuberculose ? Le diagnostic n'est pas établi par les moyens de laboratoire, la situation sociale, les ressources du malade ne préoccupent pas le médecin, le tuberculeux reçoit une potion identique à celle d'un malade atteint d'une simple bronchite ! S'agit-il de syphilis ? C'est pire encore, parce que le médecin d'hôpital lui-même, imbu des idées de l'école topologique, croyant qu'il existe des maladies locales, et des effets sans causes, ne pense pas à la syphilis, ne la recherche pas : la syphilis semble absente des services de médecine générale où elle emplit cependant le quart ou le tiers des lits ! Dans les hôpitaux spéciaux, l'étudiant, le jeune médecin apprennent à considérer la syphilis comme une maladie externe, le malade n'intéresse que s'il représente une curiostié clinique, aucune préoccupation sociale ne se manifeste dans les actes de la vie quotidienne. L'étudiant reçoit des exemples quotidiens de négligence et d'indifférence, *qu'il suivra souvent pendant sa vie entière,* auprès d'hommes qui sont des hommes honnêtes, instruits, des médecins excellents, pleins de conscience, mais qui vivent encore dans les habitudes, dans les routines médicales où ils ont été élevés, et que l'organisation même des hôpitaux, qu'ils acceptent et qu'ils subissent, empêche de considérer tout malade comme intéressant, comme important, et d'autant plus qu'il est atteint d'une maladie contagieuse, susceptible de dissémination et curable, et de traiter chaque syphilitique avec l'attention que le traitement exige, dans tous les cas.

La prophylaxie de la syphilis, comme celle de la tuberculose, exigera une rééducation complète du milieu médical, en dehors des hôpitaux, et, dans ceux-ci, des mœurs nouvelles et un esprit nouveau. Et cette rééducation, sans laquelle tout effort de prophylaxie restera à peu près inefficace, doit avoir pour centre les dispensaires eux-mêmes, pour maîtres les médecins qui en assumeront la direction. Il ne s'agit pas de créer un corps nouveau, mais de découvrir dans le milieu médical, à Paris comme en province, des hommes capables d'exercer, au point de vue moral et au point de vue technique, une autorité sur les autres médecins, aussi bien que sur les malades qu'ils auront à soigner.

Nous ne connaissons qu'un moyen d'y parvenir ; confier la nomination de ces médecins aux praticiens eux-mêmes, ou à des commissions techniques dont les membres seront choisis par les Syndicats, nommer des médecins connus personnellement de leurs confrères, assez âgés pour que leur expérience soit certaine, assez jeunes pour conserver une pleine activité — médecins qui continueront à exercer la profession médicale, qui ne deviendront pas des fonctionnaires de la tuberculose et de la syphilis, et qui, au bout de quelques années d'exercice, rentreront, naturellement, dans la vie professionnelle commune.

Ici se présente une objection, dont l'importance est nulle quand on y réfléchit. Les syphiligraphes, qui ont été toujours, jusqu'ici, des dermatologistes, sont disposés à croire que la direction des dispensaires doit être confiée à des syphiligraphes, au sens où ils le sont eux-mêmes, c'est-à-dire à des médecins capables de distinguer un cas d'érythrasma d'un cas d'épidermophytie inguinale de Hebra. Leur conviction est sincère, ils l'ont imposée aux praticiens. Or, pour diriger un dispensaire antisyphilitique, les connaissances dermatologiques sont de peu d'importance. Le diagnostic de la syphilis récente, qui s'appuie sur l'aspect des lésions visibles, doit être, dans chaque cas, confirmé ou infirmé par les recherches de laboratoire ; quant à la syphilis ancienne, elle se présente, dans les dispensaires indépendants des hôpitaux de dermatologie, sous forme d'affections nerveuses, cardiaques, viscérales. Le médecin qui dirige un dispensaire de syphiligraphie doit être médecin d'abord, il n'est pas nécessaire qu'il soit dermatologiste et un stage dans un dispensaire déjà créé, lui suffit, s'il a une réelle valeur médicale, pour apprendre *en deux ou trois mois* les notions relatives au diagnostic et au traitement de la syphilis qui peuvent lui être étrangères.

De l'organisation même du dispensaire, nous ne donnerons que les grandes lignes. Dans les grandes villes, et à Paris en particulier, ces dispensaires doivent être nombreux, en raison du nombre immense de malades à traiter, desservir un arrondissement ou même un ou deux quartiers, comme les dispensaires antituberculeux. Les dispensaires de quartiers ou les dispensaires intrahospitaliers auront une complète autonomie. Le nombre de malades devra être limité, chacun devant être examiné par le chef de service avec la même attention qu'un malade

au cabinet du médecin, comme le réclamait déjà Fournier. Le rôle du chef de Service est d'examiner *lui-même* tout malade nouveau, de rédiger ou de dicter une fiche, de revoir le malade chaque fois qu'il revient et de prescrire le traitement, qui peut être appliqué par des aides, de donner une direction morale, d'examiner tous les membres de la famille du malade, de faire l'éducation des médecins qui viennent au dispensaire.

La valeur du laboratoire, comme celle du dispensaire même auquel il est annexé, dépend de la valeur de l'homme qui le dirige. Médecin ou non médecin, il doit être *sérologiste*, ce qui suppose une éducation spéciale de chimie biologique, et une « spécialisation » réelle.

Conclusions.

La lutte antisyphilitique doit être menée par le corps médical lui-même : elle nécessite la création, à Paris et dans la banlieue, de dispensaires multiples, en dehors des hôpitaux, dispensaires dont l'organisation répondra aux conditions précises que nous avons énumérées et n'aura rien de commun avec l'organisation présente.

Le Conseil d'Administration du Syndicat des Médecins de la Seine agira auprès des pouvoirs publics et en particulier du Conseil Général et du Conseil Municipal, pour provoquer la création de ces dispensaires, sur les bases syndicalistes, qui auront pour but d'examiner avec l'attention nécessaire chacun des malades des hôpitaux, adultes et enfants, qui ne seront pas soignés dans les salles et les malades envoyés par les praticiens et les membres de leur famille.

D'autre part, la Commission d'hygiène du S. M. S. étudiera les questions relatives :

à l'éducation du public, et d'abord à l'éducation des éducateurs, hommes politiques, administrateurs, etc., au point de vue de la lutte antisyphilitique ;

à l'interdiction de la publicité relative aux maladies vénériennes, qui a été réalisée en Angleterre ;

aux mesures destinées à protéger les non syphilitiques, etc.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

I

La ballade des complémentaires.

Aide-major à barbe blanche,
Dont frémissait tout le poil blanc,
Quand il fallait raidir la hanche,
Devant un capitaine enfant,
Tu sus mourir à gorge franche,
Sans ruban rouge à ton dolman,
Avec un galon sur la manche.
Que c'était beau, le Complément !

Près du poilu qui se retranche,
Sur les talons de l'Allemand,
Dans un tremblant abri de branche,
Tu goûtas le bombardement ;
Pour l'attaque qui se déclanche,
Tu te masquas élégamment,
Comme, en carnaval, le dimanche.
Que c'était beau le Complément !

Cependant, d'Autres, sur la Manche,
Sur l'Estérel, sur le Léman,
Vivaient, sans émoi, la Revanche.
Pour célébrer ton dévouement,
La gloire vint en avalanche :
Citations au régiment,
Croix de bois et cercueils de planche.
Que c'était beau le Complément !

Envoi.

Prince, Ministre de la Guerre,
Notre confrère de naguère,
Dont le vote du Parlement,
Fit le Maréchal de l'Arrière,
Si tu n'étais Gouvernement,
Tu verrais en complémentaire,
Que c'était beau le Complément !

II

Le premier client.

Dans le cabinet morne, où vit le débutant,
Chaque jour apporta son attente inutile,
Depuis un mois, il vit, étranger à la ville,
Sans client, sans ami, sans rôle, inexistant.
Il doute de demain ; or, voici qu'à l'instant
Dans le salon désert un homme se faufile,
Le voici donc enfin, ce client qu'il attend !
Il le reçoit avec une hâte fébrile.

Mais l'homme est bien portant, et fort comme un (lutteur.
« De quoi vous plaignez-vous ? Monsieur », fait le (docteur,
« Veuillez, dit le client, excuser mon passage,

« Je me suis seulement permis la liberté
« De venir vous montrer un sirop réputé,
« Dont vos nombreux clients feront un gros usage ».

Docteur Léon LEBRU.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. Enriquez. — **Enseignement complémentaire : Maladies du tube digestif.** — Une série de leçons pratiques a commencé le jeudi 10 février, à 2 h. 1/2, et se continuera les mardi, jeudi et samedi à la même heure.

Pour s'incrire, s'adresser à M. Krebs, interne de M. Enriquez, à la Pitié.

— **Ministère de l'hygiène sociale.** — M. le professeur Quénu est nommé président de la Commission supérieure des maladies professionnelles.

Sont nommés membres de ladite commission : MM. les docteurs Heim, professeur d'hygiène industrielle au Conservatoire des Arts et Métiers, et Got, directeur de la Société mutuelle d'assurances « La Mutualité industrielle ».

Sont nommés membres du Comité supérieur de la protection du premier âge : MM. Desmars, directeur de l'assistance et de l'hygiène publique, et Méry, agrégé, médecin des hôpitaux.

Des professeurs, des agrégés, soit ! mais un simple praticien n'y serait-il pas tout autant à sa place ?

— **Nécrologie.** — Le Dr TRIBOULET, médecin des Hôpitaux de Paris, vient, jeune encore, de succomber à une longue et douloureuse maladie.

La disparition de ce charmant confrère, qui était aussi un excellent clinicien, sera vivement ressentie dans les milieux scientifiques et professionnels.

— **Médecins des hôpitaux de Paris.** — Sont nommés : MM. MONIER-VINARD, N. FIESSINGER, SÉZARY, BRULÉ et PINARD.

— **Enseignement de clinique infantile à l'hôpital des Enfants-Malades.** — Ce cours, plus spécialement réservé aux étudiants stagiaires de 3e année, aura lieu tous les jours.

Les leçons de chirurgie infantile, sous la direction de M. le professeur Broca, le lundi et le vendredi, à 10 h. 1/2.

Les leçons d'hygiène et de clinique de la 1re enfance, sous la direction de M. le professeur Marfan, le mardi, à 10 heures, et jeudi, à 10 heures 1/2.

Les leçons de médecine des enfants, sous la direction de M. le professeur Hutinel, le mercredi et le samedi, à 10 h. 1/2.

— **Cours de stomatologie.** — M. le Dr Léon Frey, chargé de cours, a commencé le cours de stomatologie le mardi 2 mars 1920, à 14 heures (petit amphithéâtre), et le continue les samedis et mardis à la même heure.

Ce cours, plus spécialement réservé aux étudiants de 5e année d'études, comportera 15 leçons théoriques avec démonstrations pratiques. Les 5 leçons de travaux pratiques auront lieu à des dates qui seront ultérieurement fixées.

— **Dispensaire de salubrité de la Ville de Paris.** — Un concours pour l'admission à 7 emplois de médecin-adjoint au Dispensaire de salubrité aura lieu à la Préfecture de Police, le lundi 26 avril 1920.

MM. les docteurs en médecine qui désireront prendre part à ce concours se feront inscrire à la Préfecture de Police (Bureau du Personnel).

Le registre d'inscription sera ouvert le 20 février et clos le 20 mars 1920 à 4 heures du soir.

Les candidats devront justifier de la qualité de Français, être âgés de moins de 35 ans (cette limite d'âge sera reculée d'autant d'années que les intéressés en auront passé sous les drapeaux pendant la guerre).

Il devront être docteurs en médecine d'une des Facultés de l'Etat.

Ils devront déposer, en même temps qu'un extrait de leur acte de naissance, leur diplôme de docteur en médecine et leurs états de services militaires, une note donnant l'indication précise de leurs titres scientifiques, universitaires et hospitaliers. Cette note comprendra obligatoirement l'énumération des services médicaux ou chirurgicaux civils et militaires, des formations sanitaires de guerre auxquels les candidats ont été attachés ou qu'ils ont dirigés, avec des certificats officiels à l'appui.

Tous liens de parenté ou d'alliance entre des concurrents et un membre du Jury devront être signalés à l'Administration en vue de la modification du Jury.

Tous renseignements nécessaires sur les conditions du concours seront fournis aux candidats, à la Préfecture de Police (Bureau du Personnel).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON,
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison [illegible] our public[illegible]tion [illegible]ériodiques médicales

SAVONS ANTISEPTIQUES VIGIER
HYGIÉNIQUES & MÉDICAMENTEUX

SAVON doux ou pur, **S.** hygiénique **S.** surgras au Beurre de cacao, **S.** à la glycérine (*pour le visage, la poitrine, le cou etc.*), **S.** Panama, **S.** Panama et Goudron, **S.** Naphtol soufré **S.** Goudron et Naphtol *pour les soins de la chevelure, de la barbe, pellicules, séborrhée, alopécie maladies cutanées.* **S.** Sublimé, **S.** Phéniqué, **S.** Boriqué, **S.** Créoline, **S.** Eucalyptus, **S.** Eucalyptol, **S.** Résorcine, **S.** Salicyle, **S.** Salol, **S.** au Solvéol, **S.** Sulfate de cuivre, **S.** Thymol (*accouchements, anthrax, rougeole, scarlatine, variole*, etc.). **S.** au Pétrole contre *la gale, parasites.*
SAVON à l'Ichthyol, **S.** Panama et Ichthyol, **S.** Sulfureux, **S.** à l'huile de Cade, **S.** Goudron, **S.** Boraté. Goudron boriqué, **S.** Iodé à 5 o/o d'iode, **S.** Mercuriel à 33 o/o de mercure, **S.** au Tannoforme contre *les sueurs*, **S.** à l'huile de Chaulmoogra, contre *la lèpre, le psoriasis*, **S. B.** du Pérou et pétrole, *gale, parasites.*

Pharmacie VIGIER, 12, boulevard Bonne-Nouvelle, Paris

URACÉTOSE

GRANULÉE

Lycétol, Héxaméthylénetétramine. (Syn. Urotropine) Sels de Lithine, etc.

Le plus complet dissolvant de l'ACIDE URIQUE

et le plus puissant des Diurétiques antiseptiques

(2 à 6 cuillerées à café par 24 heures)

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE :
Laboratoires de l'URACETOSE, 26, Rue de Sévigné, PARIS

Gaïacalcine Latour

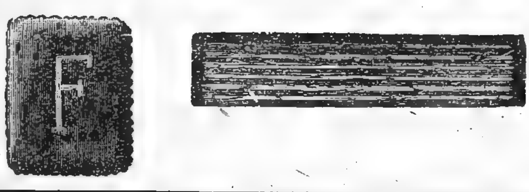
Polyphosphate Gaïacolé calcifiant
Modificateur des Sécrétions

Présentée en cachets. Boites pour 15 jours de traitement.

Bronchite chroniq. Emphysème pulmonaire. Tuberculose pulmonaire et osseuse. Dilatation des bronches. Catarrhe. Bronchite aiguë. Trachéo-bronchite. Anémie.

Vente en gros : Laboratoires Latour, 17, Place des Vosges, Paris
DÉTAIL TOUTES PHARMACIES

(1)



DIABÈTE
PAIN FOUGERON

EXTRA-CUIT - TRES FRIABLE

37, rue du Rocher — **PARIS**

"MANNITINE" SIROP PURGATIF POUR BÉBÉS

Manne. Extr. de Rhamnées. Sérum sulfaté. GOUT DÉLICIEUX

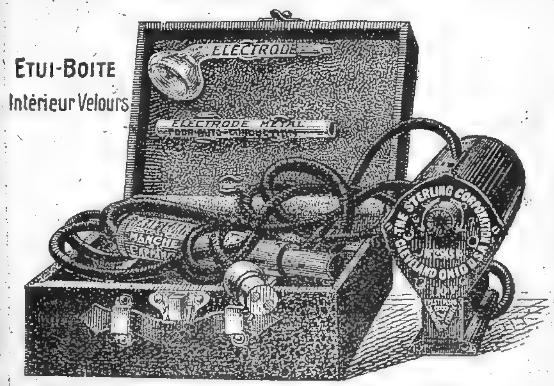
LAXATIF ET DÉPURATIF POUR SECONDE ENFANCE

Dose purgative : 1 cuillerée à dessert ou à soupe suivant l'âge.

Dose laxative : 1 cuillerée à café ou à dessert suivant l'âge.

LABORATOIRE MOYAL, VERNON (EURE).

APPAREIL PORTATIF DE HAUTE FRÉQUENCE



80 APPAREILS VENDUS EN TROIS MOIS A PARIS

Le plus petit Appareil de Haute Fréquence QUI EXISTE

Cet appareil, qui s'adapte instantanément sur toute douille de lampe ou prise de courant, qui fonctionne sur tous courants continu, alternatif, triphasé, etc., qui a été reconnu par les Electrothérapeutes les plus éminents *aussi qualifié que les grands appareils*, permet *une utilisation des plus pratiques* de courants de haute fréquence en : Dermatologie, Oto-Rhino-Laryngologie, Urologie, Gynécologie et Ophtalmologie, en raison des nombreuses électrodes de toutes formes qui s'y branchent. Il permet également l'*Auto-conduction* ou D'Arsonvalisation, la Fulguration, de même que le traitement des affections des voies respiratoires par l'*Ozone*. — Sa consommation est de 22 watts et son poids, dans une élégante boîte gainée de 27 × 20 × 10 c/m avec 2 électrodes (comme représenté ci-contre) : 2 kil. 1/2. — Extrême simplicité de maniement, absence absolue de tout danger, même employé par des Docteurs non spécialisés en Electrothérapie.

Prix : 525 francs.

THE STERLING Co DE FRANCE —:— ***68, rue Condorcet, PARIS (9e).***

Fournisseur de la Faculté de Médecine et de l'Assistance publique de Paris.

TOUT DOCTEUR NOUS ENVOYANT SA CARTE RECEVRA UNE NOTICE COMPLÈTE SUR L'APPAREIL

avez commencé à exercer à Paris avant d'avoir complètement cessé l'exercice de votre profession à X.

La patente est due depuis le premier jour du mois au cours duquel l'exercice de la profession a été commencé ou repris, et pour tout ce qui reste à courir de l'année, même si le patenté a cessé d'exercer sa profession.

Si donc vous avez recommencé à exercer à X en février, vous étiez passible de la patente du 1er février au 31 décembre, même si vous avez complètement cessé d'y exercer à compter du 1er juillet.

Par contre, à Paris, si vous avez commencé à y donner des consultations ou à y faire des visites avant votre installation définitive, vous avez pu à bon droit être patenté avant cette installation.

Si votre patente a été établie trop tôt, vous pouvez réclamer dans les formes indiquées au dos des avertissements.

Il s'agit, bien entendu, dans l'un et l'autre cas, non de la patente principale, que la loi du 31 juillet 1917 a supprimée, mais des centimes additionnels.

Contribution sur les bénéfices de guerre.

Permettez-moi de faire appel à vos lumières au sujet du cas suivant : Je viens de recevoir une lettre recommandée du Directeur des Contributions directes m'invitant à souscrire une déclaration de mes bénéfices supplémentaires ou exceptionnels réalisés du 1er janvier au 31 décembre 1918. Pendant cette année j'ai en effet été mobilisé à mon lieu de résidence comme appartenant à la classe 1887 de par mes 4 enfants.

Je ne chercherai pas à me soustraire à la loi, bien que les modestes bénéfices supplémentaires que j'ai faits cette année là soient loin de compenser la brèche subie par mon capital pendant la période qui va du 10 août 1914 au 1er janvier 1918, où j'aurais dû vivre et faire vivre ma famille avec la maigre solde de médecin aide-major de 1re classe.

Non, je viens seulement vous demander ;

1° Si la solde militaire doit entrer dans le total des bénéfices réalisés.

2° Si la déduction de 5.000 fr. prévue par la loi pour les bénéfices exceptionnels s'applique également aux bénéfices supplémentaires. Ce point n'est pas spécifié sur l'imprimé de déclaration que le fisc m'a fait parvenir. Mais M. Dumesny a l'air de pencher pour l'affirmative dans la conclusion de son article paru dans le *Concours* du 22 février.

3° Si je dois faire dès maintenant une déclaration pour l'année 1919 ou si je dois attendre d'avoir reçu une nouvelle lettre recommandée, analogue à celle de 1918.

Réponse

1° Ce sont les bénéfices supplémentaires provenant, en ce qui concerne les personnes passibles de la contribution des patentes, de l'exercice de leur profession patentée qui tombent sous le coup de la loi du 1[er] juillet 1916.

On ne saurait donc soutenir que la solde militaire doive entrer dans le total des bénéfices sur lesquels doit être calculé l'impôt, attendu que cette solde est complètement en dehors des recettes faites par le médecin exerçant sous le couvert de la patente. Si, en effet, il n'avait pas exercé la médecine civile, il ne serait pas soumis à la patente pour le seul accomplissement des fonctions militaires en rémunération desquelles il reçoit sa solde.

Dans la déclaration en vue de l'impôt sur le revenu, le médecin mobilisé qui a, au cours de la même année, touché à la fois une solde et des honoraires pour l'exercice de la médecine civile, devra porter l'une et les autres dans deux catégories différentes.

2° C'est pour les bénéfices supplémentaires des sociétés et des personnes passibles de la contribution des patentes que le taux de 50 % n'est applicable qu'à la portion de bénéfice excédant 5.000 fr. (art. 12 de la loi).

Pour les personnes ayant réalisé des bénéfices exceptionnels (2[e] et 3[e] §§ de l'article 1[er]), il est bien déduit également une somme de 5.000 frs du bénéfice exceptionnel réalisé par elles, mais en vertu de l'art. 4 de la loi.

3° Si vous avez fait des bénéfices supplémentaires aux termes de la loi de 1919, comme pour l'année précédente, il est préférable de les déclarer sans attendre la réception d'une nouvelle lettre recommandée, et ce avant le 1[er] avril prochain, pour éviter la majoration de 10 % des droits afférents au bénéfice imposable, édictée par l'article 14.

Prescription des honoraires accidents du travail.

La prescription des honoraires en matière d'accident du travail est d'un an si je ne me trompe. Par la guerre et le moratorium, l'effet de cette prescription a été suspendu ; mais les délais de prescription doivent (aujourd'hui en 1920) courir de nouveau et depuis le 24 octobre 1919.

Dans ce cas, comment doit-on compter le délai de « un an » ? Est-ce depuis le 24 octobre 1919 (et par conséquent jusqu'au 24 octobre 1920) ou bien pour une facture de mai 1914 doit-on compter la prescription par 3 mois en 1914 jusqu'à la guerre plus 9 mois à partir du 24 octobre 1919.

Par la même occasion, veuillez me préciser quelle est la date de départ des délais de prescription (peut-être la date du certificat de reprise ou de consolidation ?).

Je crois que ces différentes questions peuvent intéresser beaucoup de lecteurs du *Concours*.

Dr L.

Réponse.

Il est bien exact que le délai de la prescription des honoraires en matière d'accidents du travail a été suspendu pendant la durée des hostilités, c'est-à-dire du 2 août 1914 au 24 octobre 1919.

Pour le calcul de cette prescription, qui est d'un an, ainsi que l'a décidé la Cour de Cassation par arrêt du 4 février 1919, il y a lieu d'ajouter, au temps couru à la date du 2 août 1914, celui qui court depuis le 24 octobre 1919.

Aux termes de l'article 18 de la loi du 9 avril 1898, la prescription court du jour de l'accident ou de la clôture de l'enquête du juge de paix, ou de la cessation du payement de l'indemnité temporaire.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

La névrose d'angoisse.

Les études de SOLLIER, les travaux plus récents de F. HECKEL, DEVAUX et LOGRE, fixent de façon claire (et ce n'est point là un mince mérite) les caractères de la *constitution anxieuse*. A vrai dire, ce terme, nous le connaissions déjà. N'est-il pas le rajeunissement du vocable « complexion » dont se servaient nos pères ?..

« L'insécurité, le doute, l'irrésolution, premier terme. L'inquiétude, l'ânxiété, l'angoisse, deuxième terme. » : Troubles psychiques.

« Angoisse respiratoire, digestive, cardiaque, céphalique » SPASMOPHILIE, en un mot : Troubles somatiques.

Inutile de dire que l'état de guerre favorise singulièrement, crée ou aggrave la névrose d'angoisse.

Toute cause morale ayant disparu, la cure de désintoxication (hétéro ou auto-intoxication) étant faite, le traitement psychothérapique bien institué, il reste à établir le traitement médicamenteux.

Celui-ci a une action directe et, s'il est une des armes de l'arsenal de « la psychothérapie armée », on doit reconnaître qu'il agit « par ses propres moyens ».

Dubois de Saujon préconise 6 gouttes, 3 à 4 fois par jour, de :

1°	Bromhydrate d'hyoscine.......	dix millig.
	Alcool....................	5 gr.
	E. D.	15 gr.

A la formule de GRASSET, on peut associer

la Teinture de *passiflora incarnata* dont L. RÉNON a démontré, à la Société de Thérapeutique, l'action éminemment sédative :

2° Bromure d'ammonium ...... } ââ 4 gr.
Hydrate de chloral .... }
Teinture de passiflora incarnata. 2 gr.
Ext. de cannabis indica...... 5 centigr.
Julep .... 150 gr.

(ajouter quelques gouttes d'eau chloroformée pour la conservation de la potion). — 3 à 4 cuillerées à café par 24 heures.

3° Pour aider le sommeil du matin, si reposant, si réparateur pour les malades, donner, vers 3 ou 4 heures, après minuit, un cachet de Véronal (marque française) avec une infusion peu abondante (une demi-tasse) d'infusion de tilleul ou de feuilles d'oranger.

Le *traitement hydrominéral* de cette affection pourrait être suivi, avec efficacité, à Néris, à Bagnères-de-Bigorre, à St-Sauveur, à Luxeuil, à Luchon (source Bordeu), etc., suivant telle ou telle manifestation de la névrose d'angoisse si celle-ci est nettement causée par un trouble fonctionnel ou organique du foie, de l'intestin, du rein, etc., adresser les malades aux stations spécialisées dont la France est si richement dotée.

Dr R. MOLINÉRY.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses ministérielles.

A propos de la prorogation des baux et locations verbales.

M. Perreau-Pradier, député, demande à M. le ministre de la justice : 1° quel est le délai maximum accordé à un locataire à location verbale par le second alinéa de l'article 1er de la loi du 4 janvier 1919 pour faire sa notification ; 2° si la notification par acte extrajudiciaire est indispensable. (*Question du 17 février* 1920).

Réponse. — En cas de location verbale, le preneur doit notifier sa demande de prorogation au bailleur au plus tard le vingtième jour après la réception du congé : 2° sauf accord des parties, l'acte d'huissier constitue pratiquement la seule preuve vraiment efficace pour le locataire qu'il a accompli la formalité à laquelle est subordonné le bénéfice de la prorogation, parce qu'il n'exige aucun concours ou acquiescement du bailleur et qu'il a date certaine. Mais il est évident que l'accusé de réception adressé par le bailleur, sans protestation, en réponse à une lettre du locataire réclamant le bénéfice de la prorogation et, à plus forte raison, un acte sous

seings privés constatant que le locataire a fait sa demande et que le bailleur l'a agréée, auraient, au point de vue du droit de prorogation du preneur, la même valeur que la notification par exploit d'huissier. Dans cet ordre d'idées, rien ne s'oppose à ce que les parties bloquent dans une convention liée, avec acceptations réciproques, le congé amiable du bailleur et la demande amiable de prorogation du locataire.

1036. — M. PERREAU-PRADIER, député, demande à M. LE MINISTRE DE LA JUSTICE si le bénéfice prévu par l'article 56 de la loi du 9 mars 1918, pour les locataires à locations verbales court à compter du décret fixant la cessation des hostilités ou à compter de la notification prévue par l'article 1er de la loi du 4 janvier 1919. (*Question du 17 février* 1920).

Réponse. — La prorogation d'une location verbale régulièrement réclamée court du jour où cette location eût normalement pris fin par l'effet du congé donné dans les délais d'usage, ou est réputée prendre fin par l'accord des parties. Toutefois, aucune prorogation n'a pu courir avant le 24 octobre 1919, date de la publication au *Journal Officiel de la loi* fixant la cessation des hostilités.

La solution donnée par le Ministre en ce qui concerne la forme de la notification faisait doute jusqu'ici et généralement les juristes conseillaient l'emploi de l'acte extrajudiciaire, seul prévu par la loi.

Il est regrettable, sauf pour les huissiers, que cette réponse n'ait pas été donnée plus tôt.

Les mobilisés sont assujettis à l'impôt sur les bénéfices de guerre.

847. — M. BOUTEILLE, député, demande à M. LE MINISTRE DES FINANCES si un mobilisé ayant suivi le sort de sa classe et n'ayant exercé aucun commerce avant et pendant la guerre, est assujetti à l'impôt sur les bénefices de guerre (*Question du 10 février* 1920).

Réponse. — En vertu de la législation en vigueur, la contribution extraordinaire sur les bénéfices de guerre est applicable jusqu'à l'expiration du douzième mois qui suivra celui de la cessation des hostilités, c'est-à-dire jusqu'au 31 octobre 1920. Dans ces conditions et alors même qu'ils n'auraient exercé aucun commerce avant et pendant la guerre, les contribuables démobilisés sont susceptibles d'être assujettis à cette contribution si, dans la période comprise entre la date de leur démobilisation et l'époque à laquelle l'application de la contribution prendra fin, ils réalisent des bénéfices exceptionnels ou supplémentaires au sens de la loi du 1er juillet 1916. (*J. O.* 10 mars 1920.)

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Etablissement de la contribution mobilière du médecin.

CONSEIL D'ETAT.

Séance du 30 avril 1915.

Le Conseil d'Etat statuant au Contentieux (section spéciale du Contentieux).

Vu la requête présentée par le sieur H., docteur en médecine, demeurant à N., tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler un arrêté, en date du 18 octobre 1913, par lequel le conseil de préfecture du département de la Seine a rejeté sa demande en réduction de la contribution mobilière, à laquelle il a été imposé, pour l'année 1912, sur le rôle de la ville de N.,

Considérant qu'il résulte de l'instruction que le cabinet de consultations du sieur H. fait partie intégrante de son habitation personnelle et ne peut être considéré comme exclusivement affecté à l'exercice de sa profession ;

Que, dans ces conditions, c'est à bon droit, que le requérant a été imposé et maintenu à la contribution mobilière, à raison de la valeur locative de l'ensemble de son habitation ;

Décide :

La requête susvisée du sieur H est rejetée.

NOTE. — En principe, il y a lieu de déduire de la valeur locative servant de base au calcul de la contribution mobilière les locaux affectés à l'exercice d'une profession, telle que celle de médecin, alors qu'ils ne se confondent pas avec l'habitation personnelle du contribuable. Si, au contraire, ces locaux, par exemple le cabinet de consultation, font partie intégrante de l'appartement du contribuable et n'en peuvent être distingués, il n'y a lieu d'opérer la déduction de leur valeur locative.

C'est une question de fait qui, dans l'espèce de l'arrêt qui précède, a été tranchée au détriment du requérant.

La contribution personnelle-mobilière, nous le rappelons, a été supprimée en principal par la loi du 31 juillet 1917 établissant des impôts cédulaires sur certains revenus, notamment sur les bénéfices de la profession médicale. Mais il en subsiste les centimes additionnels, de sorte que l'arrêt ci-dessous, antérieur à la dite loi, conserve son intérêt pour les médecins.

J. D.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 13 — DIMANCHE 28 MARS 1920

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, administrateur

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

DIRECTION

Dr A. GASSOT, directeur
Dr P. BOUDIN, secrétaire général
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, avocat
J. DUMESNY, avocat, secrétaire de la direction

RÉDACTION

Dr J. NOIR, rédacteur en chef
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE secrétaires de la rédaction

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. N° 13 28 Mars 1920

LE CONCOURS MÉDICAL

QUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

(Voir numéros précédents).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur DUTHEUIL, de St-Leu-d'Esserent (Oise), la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

Toute demande de renseignements doit être accompagnée d'un timbre pour la réponse.

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du **Concours Médical** *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

N° 130. — Docteur achèterait la « collection complète des œuvres de J.-J. Rousseau » in-4° 1782-1789, 17 volumes avec gravures.

N° 131. — A céder à Paris, dans beau quartier, petit noyau de clientèle. Très bel appartement moderne, avec bail. Petite indemnité. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, V^e.

N° 132. — A céder dans chef-lieu de canton région Sud, ancienne clientèle av. guerre 18.000 frs., en 1919 (10 mois) 25.000frs. Grande maison, loyer 650 fr. Indemnité 6.000 fr. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, V^e.

N° 133. — A vendre machine à écrire Oliver n° 3, écriture visible, bon état, 700 fr.

CORRESPONDANCE

Notes d'honoraires accidents pour soins donnés depuis le 1er janvier 1920.

Si mes souvenirs sont exacts, assureurs et médecins étaient tombés d'accord pour majorer les honoraires pour accidents réglés par tarif Dubief de cent pour cent, à partir du 1er avril 1919, et ce, pour un an, à charge de dénoncer le contrat 3 mois à l'avance.

Ce qui a été fait par les Compagnies, récemment paraît-il.

Cette majoration de 100 p. 100 s'applique-t-elle encore à toutes les notes pour soins donnés pour des accidents survenus avant le 1er avril 1920, ce contrat devant durer un an ?



Ou bien cette majoration ne s'applique-t-elle qu'aux notes pour les accidents dont la consolidation est ou sera antérieure au 1er avril 1920 ?

Dr D.

Réponse

La sentence arbitrale de M. Bienvenu-Martin n'avait pas effet pour un an, mais seulement jusqu'au 1er janvier 1920 et devait être prorogée de trois mois en trois mois si elle n'était pas dénoncée par les parties un mois avant la fin de chaque période.

Or, elle a été dénoncée par les assureurs en temps utile pour prendre fin au 1er janvier 1920. En conséquence, depuis cette date, la majoration de 100 % n'est plus applicable et rigoureusement le tarif Dubief simple l'est redevenu.

Il avait été question d'un arrangement consistant à appliquer, à la période du 1er janvier au 31 mars 1920, le tarif Dubief révisé s'il avait été publié à cette dernière date. Dans le cas contraire, le 100 % aurait été applicable encore à cette période.

Mais les assureurs n'ont pris aucun engagement et, dans l'incertitude où l'on se trouve actuellement, il y a lieu d'attendre pour l'établissement et l'envoi des notes afférentes à des soins postérieurs au 31 décembre 1919.

On peut espérer qu'un arrangement interviendra entre les médecins et les Compagnies. Dans tous les cas, il paraît impossible que le tarif Dubief simple soit appliqué. Les Compagnies le sentent si bien que certaines d'entre elles offrent aux médecins une majoration de 75 %

La demi-taxe des autos des médecins.

Un médecin, possédant pour sa profession deux automobiles, doit-il payer demi-taxe sur chacune de ses voitures ou bien demi-taxe seulement sur la plus forte des deux ?

Réponse.

Bénéficient de la demi-taxe, les voitures automobiles d'un médecin servant *habituellement* à l'exercice de sa professi

Si donc vous avez deux autos, vous pouvez bénéficier de la demi-taxe pour les deux, si elles servent habituellement l'une et l'autre à l'exercice de votre professio

Si une seule auto était utilisée par vous pour l'exercice de votre profession, ce serait celle-là qui bénéficierait de la demi-taxe qu'elle soit ou non la plus forte.

Enregistrement du certificat provisoire à défaut du diplôme de docteur en médecine.

Je vous prie de me donner un renseignement d'ordre professionnel ; je ne suis pas encore en possession de mon diplôme, quoique ayant passé ma thèse le 14 novembre ; la Faculté m'a remis le certificat provisoire, que le sous-préfet de mon arrondissement a refusé d'enregistrer en me disant qu'on n'enregistrait que le diplôme. Que dois-je faire ?

Dr M.

Réponse.

Le sous-préfet de votre arrondissement a eu tort de vous refuser l'enregistrement de votre certificat provisoire et a ainsi contrevenu à la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, dont l'article 9, modifié par la loi du 14 avril 1910, porte textuellement, à la fin de son premier paragraphe, la phrase suivante :

« Et s'il s'agit de débutants n'étant pas encore en possession de leur titre ou diplôme, ils devront faire enregistrer et viser comme il est dit ci-dessus, le certificat provisoire qui leur a été délivré par la Faculté ou par l'Ecole professionnelle dûment autorisée ».

Vous pouvez donc insister auprès du Sous-Préfet et lui demander d'enregistrer votre certificat provisoire, en lui signalant le texte de la loi, provenant de la modification, qui lui est sans doute restée inconnue.

Prorogation de bail.

Je vous serais reconnaissant de m'indiquer dans votre journal mes droits relativement à mon loyer :

En juin 1918, mon bail de 6 ans est expiré ; mobilisé, je continue à occuper l'immeuble aux mêmes conditions. Espérant refaire un nouveau bail en juin prochain, ma propriétaire ne veut pas relouer. Dites-moi, je vous prie, si je bénéficie des 5 ans donnés par la loi. A partir de quelle date et quelles formalités y a-t-il à remplir ?

Dr B.

Réponse

Votre bail étant expiré depuis le mois de juin 1918, vous vous trouvez actuellement sous le régime des locations verbales. Vous n'auriez donc de notification à faire à votre propriétaire, pour bénéficier de la prorogation à laquelle vous avez droit, que si vous receviez congé de lui, et dans les vingt jours qui suivraient ce congé. La notification doit être faite par ministère d'huissier, à moins que le propriétaire n'ait reconnu formellement par lettre que vous y avez droit.

Dans votre cas, puisqu'il s'agit d'un local où vous exercez votre profession, la prorogation à laquelle vous avez droit est celle de la durée des hostilités.

Protection du 1er âge.

Voilà bien la tuile. Voici de quoi il retourne. Nommé médecin inspecteur des enfants du premier âge en 1919 ; sitôt après avoir pris connaissance des prix offerts 3 fr. et 1 fr. la visite à des distances souvent considérables, j'ai envoyé ma démission à la préfecture. On n'a pas eu l'air de prendre ma démission au sérieux et on m'a répondu gentiment qu'on espérait quand même que je voudrais bien leur continuer mon concours et que, d'ailleurs, ma réclamation pour augmentation d'honoraires était unique. Je n'ai jamais vu un nourrisson, envoyé aucune note et perçu aucun centime pour ce service. Tout allait pour le mieux, quand ce matin je reçois une lettre d'une dame se plaignant que son petit bébé n'a pas été visité. Je réponds que j'ai donné ma démission et que je ne me considère plus comme médecin inspecteur.

Il faut donc s'entendre. Suis-je médecin inspecteur ou ne le suis-je plus ?

Et dans le cas où je le serais toujours, bien malgré moi, peut-on prendre contre moi des sanctions ?

Que me conseillez-vous de faire ? De récrire ma démission au préfet ou de patienter et attendre qu'on augmente le tarif des inspections et assurer alors le service.

Je me suis adressé à un confrère, conseiller général, j'ai écrit à mon syndicat pour essayer de relever les honoraires afférents à ce service. Comme me l'écrivait M. l'Inspecteur, tous mes confrères semblent contents de leur sort.

Je veux bien ne rien percevoir pour ce service, mais je ne veux pas recevoir les remontrances des mamans et encore moins me voir adresser un blâme par une autorité quelconque pour un service que je n'ai plus voulu dès que j'en ai eu connu les conditions.

Dr R.

Réponse

Vous n'êtes pas inspecteur du premier âge, du moment où vous avez envoyé votre démission au préfet. Celui-ci semble ne pas vouloir accepter cette démission, en vous laissant entendre que que vous voudrez bien continuer votre concours ; mais aucune loi ne vous oblige à accomplir ce service public. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser d'inspecter les nourrissons

En fait, le maire doit vous avertir par lettre, dès qu'un enfant protégé est placé dans sa commune. Tant que vous n'avez pas reçu cette noti-

fication, vous ignorez tout du service et n'avez nullement à vous inquiéter du placement ou du retrait des enfants.

Mais viendriez-vous à recevoir un avis du maire, pour aller visiter un nourrisson, que vous n'auriez qu'à avertir ce magistrat communal que vous n'êtes plus chargé du service, ayant démissionné le .... Vous pourriez alors seulement rappeler à la préfecture votre lettre de démission.

En attendant, restez tranquille et ne prenez aucun souci de la réclamation de la maman : à elle de s'adresser à qui de droit pour faire surveiller son rejeton.

Personnellement, je vous donne raison de refuser à faire presque gratuitement un service d'inspection, qui sera toujours mal fait par le médecin traitant.

Mal payé, le praticien doit attendre d'avoir d'autres malades à examiner dans la commune.

En second lieu, quel est le docteur assez indépendant pour faire retirer le nourrisson à une nourrice indigne, alors que cette femme, par vengeance, risquerait de détourner la clientèle du médecin consciencieux ?

Cette inspection du premier âge constitue un des rares cas où le médecin est vraiment fonctionnaire : le docteur est le représentant scientifique du préfet ; comme homme de l'art, il doit surveiller les nourrices et, au nom de la puissance publique, faire réprimander, interdire ou punir celles qui ne remplissent pas les conditions requises.

Un tel médecin ne devrait pas exercer la médecine, pour ne jamais être mis en conflit avec son devoir et son intérêt personnel de clientèle.

Tant que la loi du 23 décembre 1874, dite loi Roussel, ne sera pas modifiée, je conseillerai toujours à mes confrères de ne pas accepter ces fonctions, qui ne servent pas à grand'chose, qui sont très mal payées et qui exposent votre responsabilité civile, au cas de certificat mal rédigé (voir mon article du *Concours*, 1919, p. 1793), ou pour un enfant contaminé par une nourrice syphilitique, etc., ou enfant mal tenu, alors que le médecin inspecteur sera accusé par les parents de n'avoir pas assez mis de zèle pour surveiller la nourrice.

Ah, si les médecins voulaient s'entendre ! Mais, ils préfèrent faire cavalier seul et quémander ces places officielles, mal rétribuées, sans savoir à quoi ils s'exposent. Ils s'imaginent recruter de la clientèle, grâce à ces tournées d'inspection et empêcher le voisin, c'est-à-dire le concurrent, d'aller dans certains villages. Quel mauvais calcul et combien exploité par ceux qui nous exploitent.

Dr P. B.

Le Tarif Dubief est-il obligatoire pour le médecin ?

Merci pour votre longue lettre du 10 février.

Je vais proposer au Syndicat de S., de rompre toutes relations avec les assureurs. Mais, d'après quel tarif nous ferons-nous payer les certificats et les soins aux sinistrés du travail ? — d'après le tarif Dubief ou d'après le tarif ouvrier du Syndicat ? — Vous avez dit, une fois : « le tarif Dubief n'est pas pour les médecins et n'a pas été fait pour eux ». Ce soir, dans le n° 8 du *Concours*, je lis, page XXIX-505 : « Si le médecin a été choisi par l'ouvrier... tarif Dubief. S'il a été choisi par l'entreprise (*le patron*)... tarif ouvrier local ou syndical ». — Je ne comprends plus et ne sais plus quel tarif proposer à mes confrères... Veuillez bien m'éclairer, je vous prie. La plupart du temps, les blessés nous sont envoyés par les patrons avec un bulletin d'avis, pour soins à donner. Après le premier pansement d'urgence, nous faudra-t-il faire signer l'engagement de payer les soins par le patron, ou bien le bulletin d'avis qu'il nous aura envoyé suffit-il pour prouver que c'est lui qui demande les soins pour son ouvrier et qu'il s'engage à les payer ?

Veuillez bien me répondre par courrier, je vous prie, car nous sommes bien éloignés de vous et de vos bons conseils.

Envoyez-moi une vingtaine de feuilles de propagande pour le « Sou » que je distribuerai.

Dans le cas où nous devrions appliquer le tarif Dubief, quel est le prix de la visite pour S., et les villages des environs ?

Devrons-nous attendre le nouveau tarif Dubief, remanié, pour dresser nos notes d'honoraires ?

Comme tarif ouvrier, pourrions-nous prendre le tarif moyen de la Loi des Pensions diminué d'un tiers, d'un quart ou de moitié ?

Et le tarif Jeanne, dans tout cela, que devient-il ? A-t-il été détrôné par celui de la Loi des Pensions ?

D[r] M.

Réponse

Quel tarif appliquer aux blessés du travail ? En doctrine pure, le médecin est libre de demander, au consommateur de soins, les honoraires qu'il croit devoir lui réclamer, eu égard à la difficulté des soins, au service rendu, à la situation du blessé, à la notoriété du praticien.

Les lois sur les accidents du travail ont consacré ce principe en n'imposant pas de tarif aux médecins.

Mais, en fait, il en est autrement. Si les lois n'ont pas imposé de tarif aux docteurs, elles ont fixé le tarif des frais médicaux, jusqu'au maximum duquel est tenu le chef d'entreprise, lorsque c'est la victime qui a choisi son docteur.

Il s'en suit que lorsque c'est le patron qui en-

(*Voir la suite page XXIX-825*).

PROPOS DU JOUR

De la Prophylaxie administrative en général et de l'Hygiène scolaire à la campagne en particulier.

A Monsieur le Ministre de l'Hygiène.

Quelques mois avant la guerre, au cours d'une conférence à l'Ecole des Hautes Etudes sociales, sur la défense sanitaire, conférence à laquelle nous avions été conviés, le regretté Dr Mosny, membre de l'Académie de médecine, conta deux anecdotes pour caractériser les méthodes hygiéniques de l'Administration française :

« Mon Maître, le Professeur Monod, le grand hygiéniste officiel de cette époque, dit en substance M. Mosny, me fit confier, il y a quelques années, une mission en Bretagne, où sévissait le choléra. Il espérait que je pourrais circonscrire d'abord, éteindre peu après, un foyer épidémique menaçant.

A peine arrivé au terme de mon voyage, je reçus par télégramme des instructions d'une extrême précision ; je ne vous en citerai que quelques-unes :

Faire placer les lits des malades au milieu des chambres. Faire laver avec des solutions désinfectantes appropriées leur plancher, etc.

J'allais visiter les victimes de l'épidémie, bien résolu à veiller à la stricte application des ordres que j'avais reçus. Hélas ! les malades étaient couchés dans les lits-armoires que vous connaissez bien et qui, faisant corps avec le mur, ne pouvaient être placés au milieu de la chambre, et le plancher de cette dernière, formé de terre battue, ne pouvait supporter de lavage.

A mon retour à Paris, je racontai ma déconvenue : Ne vous étonnez pas, me répliqua quelqu'un, je vais vous apprendre mieux. Vous savez qu'une surveillance sanitaire est établie à la gare de l'Est pour empêcher l'importation du fléau cholérique qui règne en Turquie et en Roumanie.

Or j'ai été témoin d'une amusante scène, en descendant du train. Un brave douanier, chargé de la surveillance sanitaire des voyageurs et qui était impitoyable en matière de consigne, voulait à toute force faire passer à l'étuve une sellerie neuve que rapportait avec lui un officier de cavalerie. Il insistait avec énergie, montrant les instructions officielles contre le choléra, où il était écrit :

Les déjections, les *selles*, seront toujours désinfectées ».

Sans insister davantage sur ces anecdotes, que rapportait malicieusement le Dr Mosny, nous ferons remarquer qu'à elles deux, elles symbolisent parfaitement ce qu'est, jusqu'à ce jour, la Prophylaxie officielle en France. Elle consiste dans des instructions, des circulaires, où ceux qui les rédigent montrent une ignorance absolue des milieux auxquels elles sont destinées et un dédain parfait de leur adaptation, partant de leur utilité. D'autre part, c'est la démonstration parfaite de l'incompétence des agents d'exécution.

La guerre n'a pas jusqu'à ce jour modifié ces méthodes. Des milliers de travailleurs polonais ont été introduits en France pour remplacer dans les régions dévastées les prisonniers de guerre rapatriés. Ils viennent d'un pays où sévit terriblement le typhus exanthématique ; n'empêche, s'il faut en croire un article de M. Barthélemy, député, dans le journal, le *Pas-de-Calais libéré* (nº du 25 janvier 1920), qu'on les parque en Artois dans des camps dont l'installation est déplorable, sans se soucier de l'hygiène, ni même de la propreté.

M. le préfet n'a-t-il pas déclaré à un membre éminent de l'Académie de médecine que les questions d'hygiène ne sauraient l'intéresser. Le temps passe, l'on constate quelques cas de maladie suspecte, même à Paris ; la crainte du typhus exanthématique étreint tout à coup le cœur de notre administration paternelle. Que faire ? Mais, comme toujours... des circulaires ! Le pou est l'agent transmetteur du typhus. Faisons la guerre au pou. Le pou se plaît surtout sur la tête des enfants. Veillons donc à l'enfance. Les enfants fréquentent les écoles. Banissons le pou de l'école.

Jusqu'ici, c'est admirable de logique.

Qui peut, qui doit veiller à la disparition des poux dans les écoles ? Le médecin inspecteur de l'école. Evidemment, il pourrait le faire, il le ferait si on lui donnait deux toutes petites choses qui lui font totalement défaut, l'autorité et les moyens. L'autorité ! souvent il la possède : non l'autorité policière, tracassière, administrative, mais l'autorité morale, paternelle, persuasive, s'il est un praticien sérieux, apprécié, et qui a donné des gages par le souci qu'il a toujours eu de la santé publique. Les moyens ! C'est une toute autre affaire. Il faudrait créer des services d'épouillage, doter d'infirmières scolaires les écoles. On y songe lorsqu'il y a une menace d'épidémie. Puis, le danger disparu, on se moque du saint, comme l'on dit à Naples. Tout cela coûterait très cher. L'on fait dans la lutte prophylactique ce que l'on a fait au début de la guerre, où l'on attendit l'invasion pour songer à fabriquer de la grosse artillerie. Et l'on a recours au merveilleux système D, où nous excellons, paraît-il, mais dont nous nous apercevons actuellement du prix.

Nous ne faisons jusqu'alors allusion qu'aux grandes villes, à Paris tout au moins, où fonctionne un service d'inspection médicale des écoles qui serait peut-être suffisant, s'il était pourvu d'infirmières scolaires. Mais, à la campagne, c'est tout autre chose ; il n'y a pas d'inspection médicale des écoles.

Notre si dévoué confrère, le Dr Doizy, alors qu'il était député des Ardennes, avait bien déposé une proposition de loi à ce sujet. Elle a dormi dans les cartons de la Chambre et a subi le sort de la proposition de loi sur les maladies professionnelles de M. J. Breton, notre actuel ministre de l'hygiène. L'inspection médicale scolaire n'étant pas encore sur le point d'être réalisée, les préfets, alors, s'adressent aux praticiens et leur envoient instructions et circulaires, oubliant qu'ils ne sont pas des fonctionnaires, et que les relations que leur Administration entretient parfois avec le corps médical et les syndicats médicaux, ne leur donnent droit à aucune condescendance de la part des médecins. Mais il s'agit de l'intérêt public et le praticien s'incline, il renseigne le préfet : les poux pullulent à l'école, M. le maire s'en moque et le médecin indépendant n'a ni le pouvoir, ni le désir de remplir le rôle de policier préfectoral d'occasion.

Un confrère habitant un de nos départements de l'Est, qui n'a cependant pas été dévasté, nous a fait part de ses impressions à cet égard et nous décrit l'école du chef-lieu de canton où il exerce, école qu'il connaît bien puisque ses enfants la fréquentent.

« L'école des filles, nous écrit-il, est installée dans un vieux bâtiment qui manque absolument d'entretien. Il n'appartient pas à la commune, qui en est locataire. Le plancher s'effondre par endroits. Les portes des classes ne ferment pas. Les fenêtres non plus, elles sont pourries. L'une des classes n'est pas blanchie à la chaux ; elle est tapissée de papier peint, qui se décolle d'ailleurs par grands lambeaux. Aucune mesure d'hygiène n'est prise, qu'un vague lavage du plancher une ou deux fois par an. Les fenêtres donnent sur une cour étroite où le soleil ne pénètre jamais et sont masquées par un bâtiment élevé de l'autre côté de la cour. La lumière est insuffisante et le soleil ne pénètre jamais dans les classes. Personne ne se plaint de cet état de choses. Cela a toujours été ainsi. »

Et cette école, ô dérision ! n'existe pas dans quelque coin sauvage d'Auvergne ou de Bretagne, mais dans le pays de celui que l'on a accusé de couvrir la France de Palais scolaires, dans le pays de Jules Ferry.

Nous dédions ces renseignements à M. le ministre de l'hygiène sociale, dans l'espoir qu'il voudra bien les communiquer à son collègue, grand-maître de l'Université. Nous osons espérer que que ce dernier, en souvenir de Jules Ferry, son grand prédécesseur, voudra bien avoir quelque souci de l'hygiène scolaire à la campagne.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

UNIVERSITÉ DE NANCY

M. le professeur Paul SIMON.

Sur un cas de paralysie faciale.

La malade dont je veux vous parler aujourd'hui est une femme, jeune encore, atteinte d'une paralysie faciale dont l'origine et la localisation méritent de retenir l'attention.

En examinant cette malade, on constate tout d'abord l'intégrité parfaite des membres supérieurs et inférieurs ; par contre, on s'aperçoit immédiatement que la face est asymétrique ; la bouche est fortement tirée vers la droite, le sillon naso-génien est beaucoup plus accusé à droite qu'à gauche, et ces déformations s'accentuent encore quand la malade parle et sourit. Les rides du front sont effacées du côté gauche, et la différence est plus prononcée quand la malade plisse le front ; l'occlusion de l'œil gauche est possible, mais l'œil ne se ferme pas complètement et il persiste une fente palpébrale nettement accentuée ; les larmes s'écoulent constamment sur la joue par suite de la paralysie du muscle de Horner, la langue et la luette ne sont pas déviées ; il n'existe aucun trouble de l'ouïe ni du goût ; la sécrétion salivaire est normale. Notons enfin que la contractilité faradique des muscles est considérablement affaiblie du côté paralysé.

Il s'agit donc incontestablement d'une paralysie isolée, c'est-à-dire sans paralysie des membres, portant à la fois sur le facial supérieur et sur le facial inférieur, paralysie d'ailleurs peu intense relativement, mais accompagnée, comme il a été du reste assez souvent signalé, de douleurs vives, névralgiformes dans le côté affecté.

En quel point du trajet du facial doit-on situer cette paralysie ? S'agit-il d'une lésion centrale, corticale ou capsulaire, ou bien d'une lésion périphérique ? Dans les lésions centrales, surtout dans celles qui affectent la corticalité, il peut certainement y avoir des monoplégies faciales isolées, mais bien plus souvent, il existe en même temps une hémiplégie du même côté ; dans ces cas, les réflexes subsistent et la contractilité faradique est conservée. Mais, surtout, la paralysie faciale d'origine centrale n'intéresse que le facial intérieur, respectant l'orbiculaire des paupières, et la participation du facial supérieur, quand elle existe, est toujours peu marquée, ne se traduisant guère que par l'impossibilité d'ouvrir ou de fermer *séparément* les paupières du côté paralysé.

Nous sommes donc en présence d'uue paralysie périphérique, et par ce mot, il faut entendre, non seulement la paralysie du tronc nerveux lui-même, mais toutes les paralysies produites par des lésions siégeant sur le facial, depuis son origine protubérantielle, jusqu'à sa terminaison. Sans doute les paralysies nucléaires du facial peuvent être parfois des paralysies dissociées ; le noyau du facial se subdivise en quatre colonnes, dont les trois premières donnent naissance aux fibres du facial inférieur, la quatrième à celles du facial supérieur ; mais, en dehors de la paralysie labio-glosso-laryngée qui atteint d'une façon progressive et systématique les noyaux d'origine, les processus ordinaires, tels que les hémorragies, les ramollissements, les tumeurs, à moins d'être extrêmement limités, doivent les atteindre tous à la fois.

D'autre part, dans les lésions protubérantielles et pédonculaires, la paralysie faciale est rarement isolée ; elle est associée à une paralysie des membres, à la paralysie de l'oculo-moteur commun, parfois de l'oculo-moteur externe ou du trijumeau.

C'est donc plus bas encore qu'il nous faut chercher l'origine de la paralysie ; le tronc du facial émerge du sillon horizontal qui sépare le bulbe de la protubérance ; il s'engage dans le conduit auditif externe, faisant un assez long trajet dans l'os temporal, et sort par le trou stylo-mastoïdien, après avoir donné naissance au nerf de l'étrier et à la corde du tympan. Le ganglion géniculé, placé sur le trajet du facial, fournit de son côté les grands et petit pétreux superficiels ; ce dernier innerve le muscle interne du marteau.

Dans certaines paralysies faciales périphériques, on observe une déviation de la langue et de la luette, de la sécheresse de la bouche par diminution de la sécrétion salivaire, de l'hyperacousie par défaut de tension de la membrane du tympan. Nous n'avons rien constaté de semblable chez notre sujet, peut-être parce que la paralysie n'est pas absolument complète ; mais l'absence de ces symptômes, tous contingents, ne saurait infirmer notre diagnostic. Nous avons affaire à une paralysie faciale périphérique, dont le siège se trouve entre l'origine apparente du nerf et son émergence du trou stylo-mastoïdien.

Il nous reste maintenant à remonter à la cause première de l'affection.

L'étiologie de la paralysie faciale périphérique est des plus complexes ; l'action du froid est indéniable, encore que mal expliquée ; les lésions des méninges ou de la base du crâne, celles du rocher et de la parotide sont plus fréquentes encore, qu'elles soient de nature traumatique, infectieuse ou néoplasique.

Chez notre malade, nous ne relevons aucune lésion de ce genre ; l'appareil auditif est absolument normal ; elle n'a subi aucun traumatisme ; rien ne peut faire admettre une vulgaire paralysie *a frigore*. Par contre, la malade nous dit avoir eu, il y a huit ans, la syphilis : elle a eu du reste trois enfants morts sur quatre naissances, et l'enfant survivante aurait eu à plusieurs reprises des éruptions cutanées. De plus, au cours de sa dernière grossesse, la malade a présenté de l'albuminurie et des crises d'éclampsie ; cette albuminurie a disparu depuis. Etait-elle de nature spécifique ?

Quoi qu'il en soit, la syphilis a été souvent incriminée, et il semble qu'on doive, à juste titre, l'invoquer ici.

S'agit-il d'une lésion osseuse de la base du crâne ou de l'aqueduc de Fallope ? Il est probable que, dans ce cas, la paralysie aurait été précédée de douleurs, comme il est de règle dans la syphilis osseuse. Ou bien, faut-il admettre une plaque de méningite ou un foyer hémorrhagique dû à une artérite gommeuse ? Sans prétendre à une certitude, c'est cette dernière hypothèse qui me paraît cadrer le mieux avec les faits ; la malade avait présenté en effet, trois jours avant de s'apercevoir de sa paralysie, un léger ictus sans perte complète de connaissance, et la rapidité de l'amélioration de la paralysie faciale paraît plaider également en faveur de notre hypothèse.

Quoi qu'il en soit, un traitement spécifique s'impose pour prévenir de nouveaux accidents qui pourraient revêtir une forme plus grave que ce dernier.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Toulouse : M. J. P. TOURNEUX, chirurgien des hôpitaux (1).

Les pseudarthroses.

Vous avez vu opérer récemment par notre maître, M. le professeur Mériel, un certain nombre de malades atteints de pseudarthroses ; je veux employer cette leçon à étudier avec vous cette intéressante complication des fractures.

On désigne sous le nom de pseudarthrose la difformité qui résulte du défaut de consolidation définitive des solutions de continuité osseuse constituant cet état de fractures non réunies dans lequel il n'y a pas seulement motilité anormale des fragments, mais aussi cessation de tout travail ostéogénique, ce qui se traduit par une indolence parfaite du foyer de la lésion.

Pour qu'une fracture puisse se consolider normalement, c'est-à-dire pour qu'un cal puisse se développer entre les fragments, il faut un certain nombre de conditions permettant aux diverses sources d'ossification (périoste, moelle osseuse, tissu compact) de se livrer à leur travail d'ostéogenèse. C'est ainsi qu'il ne faut pas seulement qu'il n'y ait pas entre les fragments de déplacement trop considérable (écartement ou chevauchement), qu'il n'y ait pas de perte de substance osseuse trop étendue ou encore d'interposition de substances étrangères ; il faut encore que les extrémités osseuses ne présentent pas d'altérations locales, et que l'état constitutionnel du sujet soit suffisant.

Lorsqu'une de ces diverses conditions ne sera pas remplie, au lieu d'assister à la prolifération osseuse et de voir la formation du cal, vous constaterez que les extrémités osseuses, que le foyer de fracture, ne présentent aucun travail de consolidation.

Les pseudarthroses peuvent donc tenir soit à des causes générales, soit à des causes locales, pathologiques ou mécaniques, et c'est en s'appuyant sur ces faits que Moty avait basé sa classification.

Les pseudarthroses relevant de causes générales, les pseudarthroses trophiques, sont dues à des phénomènes d'ostéite raréfiante, de dégénérescence, amenant l'atrophie des extrémités osseuses. Ce sont des lésions assez rares dont la cause première nous échappe entièrement : on a incriminé toutes les affections entraînant la déminéralisation du système osseux : l'ostéomalacie, la syphilis, le diabète, l'alcoolisme, le tabès, et il est bien probable qu'il s'agit là d'un ensemble de troubles relevant d'altérations de la sécrétion interne de certaines glandes, comme la thyroïde, l'hypophyse et la surrénale.

Les pseudarthroses pathologiques reconnaissent pour cause l'altération locale des extrémités osseuses par un processus connexe de la fracture ou étranger à elle ; telle l'absence de consolidation dans certaines fractures ouvertes par suite d'ostéites nécrosantes des fragments, ou dans des cas de fractures spontanées pour ostéomyélite, ostéosarcome ou kyste hydatique.

Mais il est bien certain que ces deux variétés de lésions que je viens de vous signaler ne cons-

(1) Notre excellent collaborateur, le Dr J. Tourneux, dont nos lecteurs goûtent si instructivement les intéressantes leçons, vient d'être nommé chirurgien des hôpitaux de Toulouse. Nous lui adressons nos bien sympathiques félicitations.

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Notes d'ordonnances. — Notes d'ordonnances portant comme en-tête des instructions aux blessés du travail.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Notes d'honoraires ordinaires

Notes d'honoraires d'un modèle spécial établies selon les indications du tarif Jeanne.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien*).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50.....	4 fr. » »
Le 100.....	6 fr. » »
Les 500.....	28 fr. » »
Les 1000...	50 fr. » »

Affiches. — Affiches indiquant sous forme d'avis les droits des blessés et les pénalités encourues par ceux qui entravent le libre choix du médecin. Prix franco : les 50, 7 fr., le cent, 12 fr.

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, *132, faubourg St-Denis, Paris.*

tituent que la minime partie des pseudarthroses, et que c'est dans la troisième classe, celle des absences de consolidation résultant de causes mécaniques, qu'il faut ranger l'immense majorité des faits observés.

Pendant très longtemps, le défaut de coaptation était rapporté à un mauvais traitement de la fracture, et on pensait que la contention trop étroite, l'immobilisation insuffisante, ou au contraire prolongée, pouvaient être incriminées dans la pathogénie des pseudarthroses. Les recherches d'Ollier, de Cornil et de Vignal ont fait justice de ces conceptions, et ont montré que trois causes seules pouvaient être invoquées : un déplacement considérable, une perte de substance très étendue, et une interposition de substances étrangères.

Le déplacement considérable se réalisera soit par l'écartement, soit par le chevauchement des fragments. Dans certains cas, comme dans les fractures de la rotule et de l'olécrâne, l'action musculaire produit l'ascension plus ou moins considérable du fragment supérieur qui peut arriver à être séparé du fragment inférieur par un intervalle de plusieurs centimètres : il tombe sous le bon sens qu'une pareille disposition exclut toute possibilité de réunion osseuse. De même, Malgaigne et Ollier ont montré que le cal ne pouvait se produire à la suite des fractures des os longs, que s'il existait un contact plus ou moins étendu entre les deux surfaces cruentées, ou que si elles étaient réunies l'une à l'autre par un pont périostique ; l'absence d'une de ces deux conditions entraîne fatalement une pseudarthrose.

Dans d'autres cas, c'est à une perte de substance très étendue qu'il faudra rattacher le défaut de consolidation ; à la suite d'un écrasement, d'une fracture esquilleuse, pour lesquels on n'a pas su se montrer conservateur, il existe un écartement fragmentaire par trop considérable qui ne saurait être comblé par un cal osseux. Et cela doit vous indiquer que dans le traitement des fractures comminutives, il faut savoir se montrer prudent, ne pas sacrifier toute une série d'esquilles encore pleines de vie qui peuvent servir utilement dans la régénération osseuse. On a beaucoup trop observé, au cours de la dernière guerre, des esquillotomies étendues, procédé déplorable qui n'a rendu infirmes que trop de blessés et contre lequel notre maître, M. Mériel, s'est élevé dès 1916, dans un article paru dans le *Paris médical*.

Enfin, et c'est là le fait que vous pourrez observer le plus fréquemment, la cause de la pseudarthrose réside dans la présence de parties étrangères entre les deux surfaces osseuses. Parfois il s'agira d'un corps étranger véritable (projectile, débris de vêtement, esquille privée de vitalité), d'un anévrysme, d'un nerf, d'un lambeau d'aponévrose ou de synoviale, d'un tendon ; mais dans l'immense majorité des cas, c'est une interposition musculaire que vous constatez. Cette interpositson, signalée pour la première fois par White, en 1770, a été étudiée par S. Cooper, par Bonnet, Dupuytren, etc., et bien mise en évidence par Ollier et par Tillaux. Elle est extrêmement fréquente, puisque, d'après Cornil et Coudray, on la rencontrerait 8 fois sur 10 cas de pseudorthrose, siège de préférence sur l'humérus et le fémur et se trouve nettement favorisée par le chevauchement et l'obliquité du trait de fracture. L'extrémité acérée d'un fragment pénètre, soit primitivement, soit secondairement, au sein d'une masse musculaire qui s'interpose peu à peu entre les deux surfaces osseuses, et produit l'irréductibilité de la fracture.

Guret avait prétendu que les interpositions musculaires ne constituaient qu'un obstacle passager, car, disait-il, les faisceaux s'atrophient rapidement, et se transforment en tissu fibreux, première étape du cal. Cette opinion, qui a eu une certaine vogue outre-Rhin, ne peut plus être admise aujourd'hui, depuis que Cornil a montré que l'atrophie était extrêmement lente, et que, pendant que ce processus dégénératif évoluait, les extrémités osseuses se cicatrisaient isolément.

L'ancienne conception de Tillaux, que l'on peut formuler ainsi : interposition = pseudarthrose, ne saurait plus non plus être admise aujourd hui. Ainsi que l'ont montré les recherches expérimentales de Niccolo Pacci, dans toute inposition musculaire, il faut tenir compte de l'étendue de l'interposition.

Si, entre les deux fragments, est venu se placer un très gros fragment musculaire, il n'y aura aucun phénomène de dégénérescence des faisceaux, les extrémités osseuses resteront séparées l'une de l'autre et se cicatriseront isolément.

Une interposition moyenne pourra se transformer et donner naissance à du tissu conjonctif, mais comme il s'agit là de phénomènes très lents, pendant qu'ils se produisent, il se fera en même temps du côté osseux une disparition de l'activité ostéogénique ; et lorsque le tissu musculaire dégénéré sera remplacé par un tissu propre à évoluer en tissu osseux, cette dernière transformation sera impossible, car le périoste, privé de ses ostéoblastes, sera incapable de fournir les éléments nécessaires à l'ossification. Enfin, lorsqu'il ne s'agira que d'une interposition très faible, ou n'occupant qu'une partie du foyer de fracture, on assistera, si les conditions générales sont bonnes et s'accompagnent d'une activité ostéogénique intense, à une dégénérescence assez rapide : dans ce cas, il n'y aura pas de pseudarthrose, le cal souvent s'effectuera, un peu lentement il est vrai, donnant lieu à une consolidation simplement retardée.

◆◆

Si nous examinons maintenant la nature même de ces substances, nous verrons qu'elles peuvent se diviser en trois grandes classes, suivant les rapports qu'effectuent entre elles les extrémités osseuses. Bérenger Féraud avait décrit cinq variétés de pseudarthroses, mais on n'admet plus ces pseudarthroses incomplètes qui ne sont que de simples retards de consolidation et les pseudarthroses ostéophytiques qui rentrent dans la classe des lésions pathologiques.

Le premier groupe sera constitué par les cas dans lesquels il y aura absence complète de tout processus réparateur. Ils se produisent à la suite de grands déplacements fragmentaires avec interposition musculaire : le canal médullaire se comble, les extrémités osseuses se cicatrisent isolément et s'effilent, donnant ainsi lieu à ce qu'on désigne sous le nom de *pseudarthroses flottantes ou libres.*

Dans le deuxième groupe, nous pourrons ranger tous les cas dans lesquels les extrémités osseuses cicatrisées isolément sont réunies l'une à l'autre par des liens fibreux, s'étendant sur toute la surface fracturée ou seulement sur sa périphérie. Ce groupe comprendra donc toutes les *pseudarthroses fibreuses* de beaucoup les plus fréquentes, et qui sont constantes dans la réparation spontanée des fractures de l'olécrâne et de la rotule. Les deux fragments sont unis par un cal fibreux, tantôt court, uni et solide, tantôt long, mince et élastique et dont la nature dépend du degré d'écartement des deux fragments.

Enfin, dans le troisième groupe se trouveront des pseudarthroses se caractérisant par l'existence d'une fausse articulation siègeant dans la continuité de l'os, et présentant des surfaces articulaires, une capsule doublée d'une synoviale et des ligaments. Ce sont là des cas très rares, dont il n'existe qu'un très petit nombre d'observations et dont Alglave a publié en 1910 un très bel exemple. Ces pseudarthroses fibro-synoviales constituent de véritables articulations douées de mouvements d'amplitude notable, et pouvant devenir le siège d'entorses et de tumeurs blanches.

C'est au moment où l'on enlève l'appareil de contention d'une fracture que l'on s'aperçoit généralement de l'existence d'une pseudarthrose, et voici les principaux symptômes qui vous permettront de reconnaître l'existence de cette complication.

Vous noterez tout d'abord une déformation plus ou moins considérable du membre, due à la disposition des fragments osseux, qui ne se trouvent plus dans le même axe, déformation s'accompagnant de raccourcissement en rapport avec le degré de chevauchement des extrémités osseuses. Par la palpation, vous pourrez vous rendre compte des attitudes vicieuses prises par les fragments et en particulier par le fragment inférieur qui reproduit souvent la déformation primitive de la fracture, et vous constaterez la présence de deux signes qui vous permettront d'éliminer toute idée de retard de consolidation : c'est l'absence de toute tuméfaction traduisant la cessation de tout travail osseux, et l'absence de toute douleur à la pression du foyer de fracture ce qui montre bien que les lésions se sont cicatrisées.

Si vous essayez de mouvoir le membre, vous trouverez de la mobilité anormale qui présentera toute une échelle de degrés suivant la variété à laquelle vous aurez affaire. Très facile à mettre en évidence dans les pseudarthroses flottantes, elle l est beaucoup moins dans les fibreuses, et surtout dans celles où le cal est court et serré. Cette manœuvre ne s'accompagne pas de crépitation, les extrémités étant recouvertes de tissu fibreux, et vos recherches vous permettront également de vous rendre compte de l'impotence fonctionnelle dont la gravité variera également selon les degrés de pseudarthrose. Il ne faudra pas oublier de penser à l'examen radiographique qui, tout en précisant votre diagnostic, vous donnera des renseignements importants sur la situation des fragments osseux.

Vous pourrez ensuite rechercher à quelle variété de lésions vous avez affaire : une mobilité anormale considérable, s'obtenant facilement à la suite de contractions musculaires avec absence de crépitation, devra vous faire songer à une pseudarthrose flottante, l'adaptation de surfaces contiguës, séparées par un léger intervalle, jointe à la possibilité de mouvements anormaux étendus indiquera plutôt une pseudarthrose fibro-synoviale, enfin l'existence d'une attache entre les deux fragments ne permettant plus qu'une mobilité restreinte sera le propre de la pseudarthrose fibreuse.

Dans la plupart des cas, il faudra penser à une interposition musculaire, et le signe de Hucter (suppression de la transmission du son par l'os brisé) vous donnera à ce sujet d'excellentes indications ; une douleur caractéristique quand vous rapprochez l'une contre l'autre les extrémités osseuses vous indiquera l'enclavement d'un nerf.

Il me resterait maintenant à vous parler des indications opératoires et du traitement des pseudarthroses : c'est ce que je ferai dans la prochaine leçon (1).

(1) Cette leçon sera publiée dans le numéro du 4 avril 1920.

Le médecin a l'impérieux devoir d'être prévoyant.
Il doit s'assurer contre l'incapacité de travail que peuvent lui causer la maladie ou les accidents.
Il doit s'assurer une retraite pour ses vieux jours.

Actualités médicales

LARYNGOLOGIE

Les injections intra-trachéales.

Les injections intra-trachéales redeviennent un sujet d'actualité.

Il y a une trentaine d'années, elles furent préconisées par certains laryngologistes, de Lajarrige entre autres, en France, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Je me rappelle qu'à cette époque, tant dans le service de laryngologie de Gouguenheim, à Lariboisière, qu'à la clinique de Baratoux, dont j'était l'assistant, nous commençions chaque jour la consultation externe par un nombre important d'injections intra-trachéales d'huile gaïacolée ou mentholée faites à des tuberculeux, sous le contrôle du laryngoscope.

Depuis, la méthode continua à être employée, d'une façon moins systématique, il est vrai. On s'éloigna même un peu de sa technique rationnelle et on tenta de substituer à l'injection guidée par le laryngoscope l'injection à l'aveugle, en des points divers du pharynx ou du larynx, laissant à la trachée le soin d'aspirer le liquide...!

Actuellement, on revient aux injections intra-trachéales pour d'autres affections que la tuberculose et en se servant d'une troisième technique, d'injection directe. C'est ainsi que M. Besredka (*Annales de l'Institut Pasteur*, janv. 1920), recommande la voie aérienne, laryngée et trachéale, pour l'administration des sérums, sorte de sérothérapie intra-laryngo-trachéale qui offrirait un minimum de danger anaphylactique si l'on utilise du sérum à consistance sirupeuse, épaissi par l'addition de poudre de sérum. C'est ainsi que Rathery et Bonnard (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 16 janv. 1920) ont obtenu de bons résultats dans le traitement des broncho-pneumonies aiguës, en injectant de l'huile goménolée directement dans la trachée, par piqûre de l'espace inter-crico-thyroïdien. C'est ainsi encore que Paul Cantonnet, Rénon et Mignot (*Société de Biologie*, fév. 1920) ont utilisé avantageusement la voie laryngo-trachéale pour l'introduction des sérums thérapeutiques chez l'homme.

Laissant de côté les applications elles-mêmes, en thérapeutique, des injections intra-trachéales, nous décrirons aujourd'hui simplement la technique de ces injections. Elles peuvent se pratiquer suivant 3 prodédés différents qui sont : l'injection à l'aide du miroir laryngoscopique, l'injection à l'aveugle dans la cavité pharyngo-laryngée, et l'injection directe par piqûre de l'espace inter-crico-thyroïdien.

Injection intra-trachéale par la méthode laryngoscopique.

Les injections intra-trachéales par la méthode laryngoscopique se font avec des seringnes spéciales, de deux centimètres cubes de contenance (ou plus, si nécessaire) dont l'extrémité (bec de la seringue) est coudée presque à angle droite sur une longueur de six à sept centimètres. L'instrument présente 3 anneaux, deux sur l'armature du corps de la seringue et un qui termine la tige du piston.

Pour faire une injection intra-trachéale, on prend l'instrument de la main droite, le pouce dans l'anneau du piston, l'index et le médius dans les deux autres anneaux. On remplit la seringue en plongeant son bec dans le liquide médicamenteux et en aspirant. Puis, avec le miroir laryngoscopique tenu de la main gauche, le malade fixant lui-même sa langue, on procède comme pour un examen et un pansement laryngoscopiques. Le miroir placé sur le voile palatin, on repère le larynx, les cordes vocales, et, amenant le bec de la seringue dans la cavité sus-laryngée, on profite d'une large inspiration qui écarte les cordes vocales pour pénétrer rapidement dans la glotte ouverte et dans la trachée. L'injection est alors poussée avec rapidité, et l'instrument retiré aussitôt. Pour calmer l'accès de toux que provoque généralement l'arrivée du liquide dans les voies aériennes, on conseille au malade de fermer la bouche, de retenir un peu sa respiration et de faire des inspirations lentes, par le nez.

Injections intra-trachéales, sans miroir, à l'aveugle.

L'injection intra-trachéale par la méthode laryngoscopique nécessite une certaine habitude des examens au laryngoscope.

Il faut, en effet, non seulement bien voir le larynx, mais encore se guider nettement dans le miroir et pénétrer avec rapidité dans la glotte ouverte, au moment d'un large mouvement inspiratoire. Dans le but de simplifier cette petite opération, on a proposé diverses techniques d'injections sans laryngoscope. On a conseillé d'injecter le liquide dans la cavité pharyngo-laryngée, sus-glottique, en plaçant le bec de la seringue derrière l'épiglotte (repérée par le doigt mis dans la bouche), au milieu de l'espace qui sépare la paroi pharyngée postérieure de la base de la langue. Pour permettre la pénétration du liquide dans la trachée (le liquide est en effet injecté alors dans le pharynx ou tout au plus dans le larynx) les auteurs de ces méthodes ont recommandé l'emploi de différents artifices (Mendel) : position penchée en avant du malade et inspirations aspiratrices ; ouverture large de la bouche et tractions sur la langue, manœuvres qui s'op-

posent à la déglutition du liquide (Paul Cantonnet), etc. (1).

Malgré les arguments apportés par Paul Cantonnet dans sa récente communication à la *Société de Biologie*, arguments qui ne m'ont pas convaincu, je crois que ces techniques à l'aveugle sont de pures théories, qui donnent en pratique des résultats généralement illusoires. Elles peuvent réussir l'injection intra-laryngée (sus-glottique) mais non l'injection intra-trachéale, du moins quant à la règle. A peine, en pareil cas, quelques gouttes de liquide, ou pas du tout même, pénètrent-elles dans la trachée. A ces injections intra-trachéales à l'aveugle s'opposent trois ordres de faits : expérimentaux, cliniques et physiologiques.

Expérimentalement, la glotte ne laisse pas passer les liquides. Elle arrête souvent même, en grande partie, les simples buées, les buées les plus fines. En 1899, j'ai fait, avec le professeur Laborde, au laboratoire des travaux de Physiologie de la Faculté de Paris, une série d'expériences sur les chiens, relatives à la pénétration des gaz et des vapeurs dans les voies aériennes. Pour ce qui concerme les vapeurs, nous avons vu les buées de l'atomiseur et les vapeurs du pulvérisateur, colorées au bleu de méthylène pour en suivre la marche, être généralement arrêtées au-dessus du larynx, filtrées pour ainsi dire par la glotte, une quantité minime seulement arrivant dans la trachée.

Cliniquement, tous ceux qui ont manié le laryngoscope, savent que la simple approche d'un instrument au-dessus des cordes suffit à provoquer une contraction spasmodique de celles-ci. Dès qu'on laisse tomber une goutte de liquide dans la cavité sus-glottique du larynx, on voit immédiatement la glotte se fermer spasmodiquement.

Physiologiquement — et c'est heureux pour nous — la glotte se ferme, comme c'est son rôle de défense, chaque fois qu'une substance liquide ou solide arrive sur elle pour la franchir. J'estime que, dans ces conditions, toutes les techniques d'injections intra-trachéales sans miroir, à l'aveugle, sont de pures illusions. Le liquide est tout simplement rejeté par la toux ou dégluti et va, en définitive, dans le pharynx et l'œsophage où il procure d'ailleurs des sensations trompeuses pour le malade : l'œsophage et la trachée sont deux canaux parallèles et la sensation d'une huile médicamenteuse (l'huile mentholée par exemple) qui coule dans l'œsophage est semblable à celle qui suit la pénétration de la même huile dans la trachée.

En règle générale donc, pour faire une injection intra-trachéale vraie, par les voies naturelles, il faut *franchir la glotte*, et employer pour cela la méthode laryngoscopique.

(1) Voir plus loin, dans la *Revue des Sociétés Savantes* le procédé de P. Cantonnet.

Injections intra-trachéales directes, par ponction inter-crico-thyroïdienne.

Les injections intra-trachéales peuvent se pratiquer directement, par piqûre du canal trachéal sans passer par les voies naturelles, sans passer par la glotte. C'est là évidemment un procédé d'une sûreté absolue, au moins égale à la méthode laryngoscopique.

Le siège d'élection de ces injections intra-trachéales directes est l'espace inter-crico-thyroïdien : son accès est facile et l'épaisseur des tissus à traverser est minime.

Deux mots d'anatomie à ce propos. Lorsqu'on explore extérieurement le larynx, par le palper, on rencontre, de haut en bas, le cartilage thyroïde, facile à sentir, en haut, et plus bas l'anneau du cricoïde, qui surplombe la trachée. Entre le bord inférieur du cartilage thyroïde et le bord supérieur de l'anneau du cricoïde, existe un espace dépressible, l'espace inter-crico thyroïdien, que comble une membrane fibreuse simplement recouverte de tissu cellulaire et de peau. Cet espace, qui conduit dans la partie sous-glottique du larynx et par conséquent dans la trachée, est facile à repérer et non moins facile à ponctionner puisqu'il comporte seulement la peau, le tissu cellulaire et une membrane fibreuse. On y pratique quelquefois d'ailleurs la trachéotomie (trachéotomie inter-crico-thyroïdienne), opération qui serait beaucoup plus souvent adoptée si l'espace était plus large pour la pénétration de la canule.

Pour pratiquer une injection intra-trachéale directe, dans l'espace inter-crico-thyroïdien, il suffit d'une seringue de 10 ou 20 cent. c. (seringue à sérum) et d'une aiguille ordinaire à biseau court, de préférence.

Le malade étant couché, le cou un peu soulevé, l'opérateur repère avec l'index gauche l'espace inter-crico thyroïdien, et, dans cet espace, sur la ligne médiane, un peu au-dessus du bord supérieur du cricoïde, il enfonce l'aiguille d'une profondeur de 15 à 18 millimètres. L'entrée dans la trachée est annoncée par un petit sifflement dû à la pénétration de l'air à l'intérieur de l'aiguille comme cela se passe pour la canule trachéale au cours de la trachéotomie. Il suffit alors d'adapter la seringue au canon de l'aiguille et de pousser l'injection. On retire finalement l'aiguille.

L'injection intra-trachéale par la voie inter-crico-thyroïdienne, employée par R. Rendu, Rosenthal, Weil, Rathery, peut être répétée plusieurs fois. On a d'ailleurs imaginé des dispositifs permettant de laisser une aiguille-canule à demeure, des aiguilles recourbées, etc. La méthode on le voit, est assez simple. L'épaisseur des tissus est peu considérable : seule, la membrane crico-thyroïdienne, fibreuse, offre une petite ré-

sistance, aisée à vaincre. La peau de cette région étant très mobile, on la fixera avec le pouce et le médius de la main gauche. Pour le praticien non familiarisé avec la laryngoscopie, cette méthode est beaucoup plus sûre, comme résultat, que les injections par les procédés dits sans miroir.

Dr P. LACROIX.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Injections intra-trachéales sans miroir.

(M. Paul CANTONNET. — *Société de Biologie.*)

M. Cantonnet emploie depuis 1904 le procédé suivant d'injections intra-trachéales sans miroir : la main gauche de l'opérateur, debout, exerce une traction continue sur la langue du sujet assis, et maintient l'abaissement du maxillaire inférieur. Le liquide est alors injecté rapidement, le bec recourbé de la seringue placé derrière l'épiglotte. A ce moment, pour empêcher les mouvements de déglutition, la traction linguale est fermement maintenue et les mâchoires écartées. On encourage le sujet à respirer largement, malgré la toux.

L'auteur estime que l'on obtient ainsi la pénétration du liquide dans la trachée. Il en donne pour démonstration expérimentale un fait observé au dispensaire Léon Bourgeois, le 13 février 1920. Ayant injecté par ce procédé 12 c. c., d'une émulsion de bleu de méthylène à un malade, il soumit le malade au contrôle de M. Palenweck qui, quelques minutes plus tard, fit les constatations suivantes : 1° au miroir; cordes et ventricules colorés en bleu ; 2° à l'examen direct, par l'autoscopie laryngée de Kirstein-Brünnings, anneaux de la trachée colorés en bleu.

Sérothérapie par la voie respiratoire.

(MM. RÉNON et R. MIGNOT. — *Société de Biologie*).

Dans une étude expérimentale récente, M. Besredka a montré que la voie aérienne se prête aisément, chez le lapin et le cobaye, à l'absorption de grandes quantités de sérum. La voie laryngée et trachéale, en particulier, si l'on a soin d'employer un sérum rendu plus consistant, diminuerait le danger anaphylactique et pourrait devenir une voie de prédilection pour la sérothérapie.

MM. Rénon et Mignot se sont proposés de vérifier chez l'homme les propositions de Besredka. Utilisant la technique d'injections sans miroir de M. Paul Cantonnet, ils ont injecté chaque jour 12 à 20 cc. de sérum anti-pneumococcique liquide ou concentré à des pneumoniques, du sérum antistreptococcique à des tuberculeux dont les crachats contenaient du streptocoque, du sérum antidiphtérique épaissi par l'addition de poudre de sérum antidiphtérique à un hémophile, comme traitement anti-hémorrhagique. Le résultat intéressant a été l'absence de production de tout choc anaphylactique. La protection anti-anaphylactique, prévue par Besredka, serait due à la résorption lente du sérum de consistance sirupeuse par la muqueuse laryngée, ce qui permet aux premières portions de sérum dissous de vacciner contre les portions absorbées ensuite.

Cette question de l'administration des sérums par voie endo-laryngo-trachéale n'est encore évidemment qu'un sujet à l'étude.

Le diagnostic de l'alcoolisme aigu sur le cadavre.

(BALTHAZARD et Marcelle LAMBERT. — *Société de Biologie.*)

Depuis longtemps, le diagnostic toxicologique de l'alcoolisme aigu sur le cadavre a préoccupé les médecins légistes. La question est entrée dans une ère nouvelle avec la méthode précise et simple indiquée par Nicloux pour le dosage de l'alcool dans les humeurs et dans les organes, méthode qui consiste à oxyder l'alcool par le bichromate de potasse et en permet ainsi le dosage toxicologique.

M. Balthazard a utilisé le procédé de Nicloux dans un certain nombre de cas concernant des individus ayant succombé en état d'ivresse ou en dehors de toute prise d'alcool. Les teneurs du sang en alcool supérieures à 4 p. 1000 correspondent à une ivresse caractérisée. Les recherches permettent aussi, dans une certaine mesure, d'apprécier la quantité d'alcool ingérée par l'individu. Les expériences de Gréhant et Nicloux ont établi, en effet, que le pourcentage en alcool du sang représente *au minimum* la quantité d'alcool ingérée par kilogr. Ainsi, une teneur de 5 p. 1000 chez un sujet de 51 kilos permet de conclure à l'absorption minima de 5 c. c. $\times$ 51, soit 255 cent. c. d'alcool absolu ou un demi-litre d'eau-de-vie environ.

Les auteurs estiment que la recherche, le dosage de l'alcool dans les humeurs, dans le sang et l'urine, renseignent d'une façon précise sur l'imprégnation éthylique de l'individu au moment où la mort est survenue et permet de diagnostiquer très souvent l'ivresse, à condition de faire une autopsie précoce. Lorsque l'autopsie est pratiquée plusieurs jours seulement après la mort, les phénomènes de putréfaction interviennent dans les résultats, pour une mesure que M. Balthazard se propose d'exposer ultérieurement.

Chimiothérapie de la tuberculose par le cyanure double de cuivre et de potassium.

(MM. HOLLANDE et GATÉ. — *Société de Biologie.*)

Depuis que Koch a montré l'action inhibitrice *in vitro* du cyanure d'or et de potassium sur le développement des cultures du bacille tuberculeux, plusieurs auteurs ont tenté d'utiliser les cyanures doubles dans un but thérapeutique, pour le traitement de la tuberculose pulmonaire. Récemment, Koga a eu

recours au cyanure de cuivre et de potassium en injections intra-veineuses chez l'homme, à la dose de 6 à 12 milligrammes et il aurait obtenu des améliorations appréciables. Sa formule consiste en une solution de cyanure de potassium et de cuivre, à 0 gr. 2 % additionnée de chlorure de calcium (1 %), le tout étant saturé de gaz carbonique.

MM. Ch. Hollande et J. Gaté ont expérimenté, chez des cobayes tuberculeux, la méthode de Koga. Sous l'influence du cyanure double de cuivre et de potassium, ils ont noté de la polynucléose, et une tendance à la formation de tissu conjonctif sclérosant. Toutefois, il leur a semblé que si l'on appliquait le traitement de Koga à l'homme, il y aurait lieu de ne pas injecter des doses trop fortes de cyanure qui, bien que non nocives en apparence, pourraient à la longue déterminer des troubles périphériques importants (chute des poils, des ongles, etc.), observés chez le cobaye.

Insuffisance surrénale fruste.

(MM. Crouzon et Bouttier. — *Société médicale des Hôpitaux.*)

M. Crouzon relate l'observation d'un malade atteint depuis un an d'un ensemble de symptômes dont le diagnostic paraît relever d'une insuffisance surrénale fruste.

Ces symptômes sont les suivants : vomissements survenant en l'absence de toute infection digestive, crises de fatigue générale durant plusieurs jours, ligne blanche de Sergent, pigmentation cutanée à la racine des cuisses, à la partie inférieure de l'abdomen et au niveau de la muqueuse bucco-gingivale. Pas d'hypotension artérielle nette toutefois (Tmx = 14 Tmi = 9).

La pigmentation buccale, qui est intense, est associée à un lichen de la muqueuse des joues et de la langue.

Diabète syphilitique par pancréatite scléro-gommeuse.

(MM. P. Carnot et Harvier. — *Société médicale des hôpitaux.*)

L'association de la syphilis nerveuse et d'un diabète a été relevée déjà, par de nombreux cliniciens. Mais, les observations de diabète par pancréatite syphilitique, sont rarissimes. MM. Carnot et Harvier en rapportent un cas contrôlé par l'autopsie.

Énucléation du semi-lunaire avec fracture du scaphoïde. Bons résultats de la réduction sanglante.

(M. Lapointe. — *Société de Chirurgie.*)

L'énucléation du semi-lunaire accompagnée de fracture du scaphoïde est un état traumatique dont le traitement a soulevé quelques discussions. La réduction non sanglante ou sanglante est rejetée par beaucoup de chirurgiens, M. Delbet, M. Mouchet, entre autres. M. Lapointe estime ce jugement un peu sévère. Il a eu l'occasion déjà de présenter un cas de réduction non sanglante suivie d'un excellent résultat. Il rapporte aujourd'hui un nouveau cas où la réduction, sanglante cette fois, a donné les meilleurs effets.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE

La « grippe espagnole » et le sérum antipesteux.

Le *Concours Médical* du 7 mars, sous la signature du Dr Fernand Decourt, m'invite à exposer mes idées sur la « grippe espagnole » et son traitement par le « sérum antipesteux ». Je ne me formaliserai pas de l'ironie, d'ailleurs courtoise, de l'article de mon respecté confrère, le Dr Decourt, que je m'excuserai simplement de ne pouvoir suivre avec autant d'esprit sur une matière où mon tempérament ne me permet pas d'ironiser.

Mais d'ailleurs, n'y a-t-il pas déjà une consolation pour moi à pouvoir parler aujourd'hui en « médecin à des médecins » ? C'est la première fois que les publications médicales m'en donnent la possibilité, et cela ne justifierait-il pas, si besoin en était, l'opportunité et l'utilité de mon appel à l'opinion publique, puisque c'est grâce à elle que les journaux médicaux s'intéressent enfin à la question ? Les confrères qui ont pu lire la dizaine d'articles que j'ai publiés dans la *Bataille syndicaliste*, le seul journal qui ait voulu, au début, m'ouvrir ses colonnes, savent quelle a été ma pensée. Je l'ai dit et redit. Je n'ai fait appel à l'opinion publique que comme seul moyen qui restât pour me faire entendre de mes confrères, porter enfin un débat technique devant les techniciens qui seuls peuvent juger et se prononcer, devant les praticiens qui, eux, adoptent une méthode, si elle est bonne, avec ou sans la consécration académique.

Les systèmes ont beau se succéder en médecine en se démentant avec régularité à travers le cours des âges, les novations médicales n'en ont pas moins toujours trouvé devant elles l'opposition irréductible des corps constitués, et des maîtres qui érigent leur infaillibilité comme un dogme. Je rappellerai simplement Pasteur, Jenner, *si parvum licet componere magnis*. Les « modestes médecins » dont je suis, estimeront, j'en suis persuadé, comme je l'ai estimé, que notre devoir est de guérir nos malades en danger, fût-ce contre la thèse officielle. Nous sommes à une époque où les systèmes ne doivent plus prévaloir longtemps contre les faits. Aujourd'hui

que l'affranchissement est l'idéal de tant de pensées, nous ne pouvons plus reconnaître comme maîtres que ceux dont notre raison admet l'enseignement. L'harmonie collective est une amélioration et un progrès dans l'organisation sociale. Elle doit imposer assez de souplesse et de bonne volonté à nos institutions pour qu'une découverte heureuse soit consacrée en temps utile et non étouffée comme on a l'habitude de le faire.

Et pour conclure cet exorde, je laisse mes confrères, médecins praticiens comme moi, juger cette réponse, faite par un des grands maîtres de la science officielle au Dr Hazeman, secrétaire du syndicat de médecine sociale. Comme notre confrère Hazeman lui exposait la question, il s'écria en tapant du poing sur la table qui les séparait : « Comment, n'importe quel médecin pourrait prétendre avoir trouvé quelque chose et on m'imposerait, *à moi*, de le contrôler ? Cela, jamais ! »

La Grippe espagnole. — Nous nous trouvons donc en présence de la situation suivante : La « grippe espagnole » est une maladie redoutable. Qu'elle frappe sous la forme, tantôt de grandes vagues épidémiques dévastant le monde à intervalles irréguliers et principalement à la suite de grandes guerres, ou tantôt par cas multiples bien que plus isolés, chaque année à travers la terre, elle tue plusiuers millions d'individus. Elle est vieille comme le monde ; on la retrouve avec ses formes pneumonique, hémorrhagique, encéphalique et même léthargique, dans les auteurs, depuis la plus haute antiquité jusqu'à nos âges. Elle ne disparaîtra donc pas toute seule.

Pourtant, en face du fléau, les grands maîtres continuent à se livrer à des discussions byzantines. L'un d'eux constitue de toutes pièces une entité morbide, « l'encéphalite léthargique », alors qu'il aurait pu retrouver dans l'histoire de la médecine la description de cette forme encéphalique de torpeur, constatée à la suite des grandes épidémies de grippe ; « Schlaftkrankeit » en 1718, « sporosites » en 1745, « coma gomnolentum » en 1768, « fièvres grippales avec sommeil » en 1800, « nonna » en 1889-90, la forme n'est évidemment pas nouvelle. Quant aux traitements conseillés, la multiplicité en décèle vite l'insuffisance, car lorsque l'on a un traitement spécifique et efficace, on s'y tient. Les morts, du reste, qui n'ont pas chômé, sont la preuve, hélas ! de l'impuissance officielle.

La Sérothérapie et le Sérum antipesteux. — Que proposons-nous en face de cela ? Un traitement dont nous avons constaté le résultat et qui n'est pas le nôtre, puisqu'il est dans le domaine public : l'emploi du sérum antipesteux, préparé par l'Institut Pasteur. La sérothérapie n'est plus discutée à l'heure actuelle ! Est-il un confrère qui, par crainte des accidents sériques, hésitera à traiter par le sérum antidiphtérique un enfant mourant du croup, ou par le sérum antiméningococcique un malade de méningite cérébro-spinale, ou de faire préventivement du sérum antitétanique en présence d'une plaie souillée ? Le sérum antipesteux est, nous dit l'instruction de l'Institut Pasteur, inoffensif, même à fortes doses. On l'emploie, entre autres, indistinctement et préventivement sur tous les passagers d'un bateau où l'on suspecte la possibilité d'une épidémie. Autrefois, alors que la sérothérapie était une méthode nouvelle, on l'a expérimentée. Il n'y a aujourd'hui qu'à appliquer une méthode connue depuis 20 ans et qui a fait ses preuves. Rien ne s'oppose donc à l'emploi du sérum antipesteux. On ne risque avec lui que de guérir.

Quelle est la théorie du Dr Folley ? Folley, au cours d'une expérience de laboratoire, fut mordu au pouce par un rat dont il badigeonnait le museau avec des crachats sanguinolents de grippés. Il fut atteint consécutivement gravement de grippe espagnole, Il isola de son propre sang un petit coccobacille qu'en raison de ses caractères culturaux et biologiques, il classa dans le groupe des septicémies hémorragiques de Lignières.

Folley, malade très gravement, se traita au sérum antipesteux et se guérit. Il guérit ensuite par sa méthode de nombreux malades.

Ne soulevons pas ici la question complexe de la spécificité des sérums. Admettons-nous, à l'exemple de Chamberlan et Jouhaux, qui l'ont démontré en 1906, qu'un sérum obtenu avec une pasteurellose guérit toutes les autres pasteurelloses et qu'il s'agit d'un fait analogue pour le sérum antipesteux vis-à-vis de la grippe espagnole ? Je suis porté à le faire. Poussé par les mêmes idées sur les sérums et leurs antitoxines, j'avais moi-même, avant de connaître Folley et ses travaux, expérimenté d'autres sérums sur des grippés graves. Je dois signaler les résultats impressionnants que j'avais constatés à la suite d'injections intrarachidiennes de sérum antiméningococcique.

Mais aucun sérum ne donne les résultats du sérum antipesteux qui paraît être le sérum spécifique, tellement son action est immédiate et nette. Il fait disparaître les symptômes morbides comme dans une neutralisation *in vitro*.

Laissons de côté ,pour le moment, la question doctrine. Allons au plus pressé, constatons les faits et les guérisons qu'une controverse de doctrine ne doit pas retarder. Hésitons-nous aujourd'hui à vacciner par la méthode de Jenner ? En nions-nous les résultats ? Je ne crois pas, et pourtant nous ne savons pas par quel processus la vaccine immunise contre la variole.

Nous ne connaissons pas même les microbes de ces deux maladies.

Or, ce que j'affirme avee force, ce sont les résultats que j'ai constatés et obtenus avec la méthode de Folley.

Le Diagnostic. — Il convient que je place ici quelques notes de diagnostic et de descriptions cliniques. Il faut bien se garder en effet de confondre la grippe espagnole avec tous ces états fébriles accompagnés de toux, de phénomènes pulmonaires, de céphalée, de courbature, états vagues, produits par des infections microbiennes multiples et indéterminées que l'on a tôt fait de cataloguer sous le nom global de grippes en évitant de faire un diagnostic précis.

Au cours des vagues épidémiques successives de grippe espagnole durant l'épidémie de 1918-1919 on a vu des formes que l'on disait anormales, touchant les unes l'intestin et faisant croire au choléra, d'autres, comme dans le midi de la France, donnant de gros abcès articulaires ou intramusculaires, d'autres encore purement nerveuses avec morts très rapides, quelquefois subites. Un certain nombre de malades mouraient en ayant de la température, en toussant, en crachant du sang, en ayant des maux de tête et de la courbature. Cette symptomatologie rappelant ce que l'on avait coutume d'appeler grippe, cette forme était prise pour la forme pure de grippe espagnole. Parmi ces malades, certains guérissaient, c'est-à-dire ne toussaient plus, ne crachaient plus, n'avaient plus de fièvre, mais il leur restait des troubles nerveux touchant principalement le cœur, les centres du mouvement et de la pensée, et que l'on appelait des séquelles. Toutes les formes considérées comme des séquelles ou des formes anormales de grippe à forme pulmonaire semblent l'avoir été à tort. Les formes intestinales et suppurées paraissent des manifestations d'infection microbienne de même ordre que les manifestations pulmonaires, c'est-à-dire surajoutées. Les « séquelles » constituées uniquement par des troubles nerveux sans température paraissent être la véritable forme pure de la maladie, identique à celle que l'on produit expérimentalemen par inoculation sur des animaux tels que la souris. La grippe espagnole, en effet, à l'inverse de la grippe, est une véritable entité morbide.

Le syndrome de Folley. — Un des grands mérites de l'œuvre de Folley consiste en ce qu'il l'a déterminée et délimitée nettement. A travers le labyrinthe confus des multiples symptômes plus apparents, il a isolé un syndrome qui est un véritable fil d'Ariane. J'ai retrouvé ce syndrome presque toujours au complet chez tous les malades que j'ai vus, et il pourra servir de base à nos confrères dans leur diagnostic différentiel, ainsi que dans le traitement, car les symptômes qui le composent doivent disparaître sous l'influence du sérum antipesteux. Le voici :

1° Troubles du système circulatoire, caractérisés par un assourdissement constant du 1er bruit du cœur, sa disparition parfois, des variations d'amplitude et de régularité du pouls, de l'hypotension constante, portant principalement sur la tension minima, (et ces signes constatables objectivement à l'oscillomètre de Pachon sont presque immédiatement, en quelques minutes, modifiés par les injections de sérum antipesteux) de la cyanose, des syncopes.

2° Troubles de l'appareil nerveux moteur commandant à la vie de relation, caractérisés par de la diminution et même de la perte du sens de l'espace personnel et relatif, du signe de Romberg, de la perte du sens musculaire, ataxie avec mouvements désordonnés et imprécis, adiadococynésie.

3° Troubles sympathiques : oscillations, dans les pupillaires à la lumière. La pupille fixant un champ lumineux varie de diamètre, troubles de la vision.

4° Elargissement de la matité splénique, avec douleur à la pression dans le flanc gauche.

5° Angoisses avec souvent sensations de mort prochaine, obnubilation intellectuelle variant d'intensité, allant parfois jusqu'à cette torpeur spéciale avec insomnie que l'on a dénommée encéphalite léthargique.

Je vais ajouter à ce trop bref énuméré de signes cliniques quelques observations, en regrettant que la crainte d'être trop long me force à abréger.

Observation I. — Je vois le 12 janvier 1920, rue des Epinettes, Madame B..., dont le mari est mort 4 jours auparavant de grippe espagnole. Elle est en période agonique, présentant des signes graves de broncho-pneumonie, des troubles cardio-vasculaires intenses avec cyanose, du stertor, l'abolition de tous réflexes pupillaires, une matité splénique élargie. Le médecin traitant a perdu tout espoir. Elle reçoit, à 10 heures du soir, 60 centimètres cubes de sérum antipesteux, dont 20 cc. intraveineux. Le lendemain matin, tous les signes graves ont disparu ; elle est en convalescence et sur pied, quelques jours après.

Obs. II. — Je vois le 28 janvier 1920, faubourg Saint-Antoine, Madame K...... A la suite d'une « grippe » à forme pulmonaire, elle a été prise, après une phase d'excitation, de torpeur durant depuis trente jours. Elle a été vue par plusieurs médecins, dont un médecin des hôpitaux de Paris (Saint-Antoine). Troubles intenses de la vue, troubles cardio-vasculaires graves, arythmie et hypotension, mesurée à l'oscillomètre de Pachon, cyanose des extrémités, troubles du sens de l'espace et de la coordination des mouvements, obnubilation intellectuelle,

douleurs et matité augmentée de la rate, rien ne manque au tableau symptomatique. Elle reçoit quatre ampoules de 20 c. c. de sérum antipesteux. Vingt minutes après, les troubles cardio-vasculaires ont disparu comme dans une véritable expérience de laboratoire, la malade peut lire et se tenir debout sans Romberg. Elle est guérie aujourd'hui.

Obs. III. — Le jeune L...., âgé de 5 ans, avenue Parmentier, « dormait » depuis 8 jours dans un hôpital de Paris. Il était considéré comme perdu. On le ramène chez lui à 4 heures du soir, le 29 janvier 1920. Je signale seulement les symptômes alarmants notés par le Dr Hervé : à 7 h. 25 soir, plus de pouls, cœur : 44 pulsations à la minute, on n'entend qu'un des bruits du cœur à l'auscultation. A ce moment, la tension artérielle ne peut être mesurée au Pachon. On a une ébauche de l'oscillation de l'aiguille entre 5 1/2 et 6. La température est à 34°. Il reçoit trois injections hypodermiques de 20 cc. de sérum antipesteux. 35 minutes après la première, trois minutes après la dernière, la tension artérielle était à 13 1/2-9, le pouls à 60 très net. Les deux bruits du cœur étaient déjà nets deux minutes après la première injection. Le 31 janvier, le petit malade parlait, mangeait, jouait. Il est guéri aujourd'hui.

Obs. IV. — M. F....., rue de Ménilmontant, a été soigné par 4 confrères dont un médecin des hôpitaux de Paris (Charité), appelé en consultation. Ils ont porté un pronostic fatal. Le malade est abandonné par eux. Je le vois le 23 février 1920. Il est dans un état de torpeur avec obnubilation intellectuelle complète, hémiparésie du côté droit du corps, secousses myocloniques du côté droit, secousses fibrillaires de tous les muscles, y compris ceux de la langue, disparition totale du 1er bruit du cœur, hypotension, arythmie, pouls incomptable, cyanose des extrémités, danse de la pupille à droite, abolition du réflexe pupillaire à gauche. En le secouant, on lui arrache quelques monosyllabes. On essaye de le lever à côté de son lit, il retombe en arrière. Je lui injecte 4 ampoules de 20 cent. cubes de sérum antipesteux. 25 minutes après, les bruits du cœur sont nets, le pouls est régulier à 110. Il se tient debout sans aide, et reprend conscience ; le syndrome a disparu. Il est aujourd'hui en bon état général ; il présente encore un peu de parésie droite. L'hémiparésie datait de plus d'un mois.

Je pourrais publier de multiples et analogues observations aussi probantes les unes que les autres, mais cet article est déjà long, car j'ai dû faire une synthèse de la question pour pouvoir répondre à la critique ironique et donner à nos confrères la vue d'ensemble nécessaire. Il contient pourtant encore de nombreuses omissions et imprécisions. Il faudrait être trop long pour être complet. L'essentiel n'est-il pas que j'aie parlé « en médecin à des médecins et apporté les références habituelles » ? J'ai cité des *faits contre lesquels aucun système ne doit prévaloir.* Et j'ai, quant à moi, la conviction indiscutablement nette que les malades dont je donne les observations ne seraient plus en vie sans le sérum antipesteux.

Le Dr Folley a envoyé des rapports à l'Académie de Médecine, à l'Académie des Sciences, à la Commission d'hygiène de la Chambre, des notes à des journaux médicaux. Ç'a été partout la conspiration de l'indifférence et du silence. Mes confrères jugeront si j'ai bien fait de m'adresser à l'opinion publique pour pouvoir enfin arriver jusqu'à eux.

Pour moi, j'ai la conscience tranquille et je considère que j'ai rempli un devoir. Je ne cherche pas à imposer mes idées. Je demande à mes confrères de contrôler et de juger. Le corps médical français saura trouver la vérité et défendre les vies humaines dont il a la responsabilité, et par delà les maîtres officiels, puisqu'il le faut.

Dr Félix Paoli.

A TRAVERS LA PRESSE

L'auto-vaccinothérapie de la fièvre typhoïde.

Après avoir exposé la conception scientifique actuelle du développement de l'infection éberthienne, M. Minelle (*Journ. des Prat.*, 14 février 1920) fournit les raisons pour lesquelles il donne la préférence à l'auto-vaccinothérapie, en les appuyant sur une statistique de 23 cas, fort suggestive.

Il a employé l'auto-vaccin à l'exclusion de toute autre médication, sauf la diète, les lotions et les lavages intestinaux. La méthode est d'autant plus efficace qu'elle est mise en œuvre aussi précocement que possible. La chose est facile puisque l'hémoculture est positive, en cas d'infection éberthienne, avant que celle-ci soit cliniquement caractérisée.

On fait aseptiquement une prise de sang de 10 cmc. au malade soupçonné d'être atteint de fièvre typhoïde. Avec la moitié de ce prélèvement, on fait des ensemencements et des cultures, qu'on émulsionne en sérum physiologique, et qu'on atténue par la chaleur (58°) ou un antiseptique. La numération des bacilles étant effectuée, on possède des ampoules dosées à 15, 20... 50 millions de bacilles.

Cet auto-vaccin est injecté par la voie sous-cutanée, tous les trois jours, à la région supéro-externe de la fesse. Trois injections sont la moyenne. 4 furent quelquefois nécessaires ; souvent 2 suffirent.

En ce qui concerne les doses des vaccins atténués, on injectera au malade « des doses d'autant plus faibles que son état général est plus sérieux,

et la symptomatologie plus compliquée, et qu'on est plus éloigné du commencement de la maladie ».

Ce serait un procédé inoffensif, ne comportant aucune contre-indication, sauf la durée déjà longue de la maladie. La vaccination préventive antérieure elle-même ne réclame qu'une extrême prudence.

« Elle provoque souvent une amélioration « brusque de l'état général (euphorie) suivie « d'une sédation des symptômes et d'une chute « rapide de la température. Presque constamment, elle écourte la maladie, qui évolue brièvement au-dessous de 39°, sans complications « ni rechutes. L'apyrexie est définitive entre « le quinzième et le vingtième jour. La convalescence est abrégée, presque nulle, permettant « une alimentation précoce. »

Le radium dans le cancer de l'utérus.

M. Gagey (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 février 1920) résume ainsi l'intéressant exposé de cette question de radiumthérapie :

« La radiumthérapie est actuellement une « arme des plus précieuses contre le cancer du « col utérin, et nous pouvons ajouter, contre le « cancer du vagin.

« Dans les cas avancés, elle donne des résultats immédiats qu'on est tenté d'appeler miraculeux, et tels qu'aucune autre méthode ne « peut lui être comparée ; résultats palliatifs « d'ailleurs dans les cancers avancés, il faut le « répéter.

« Dans les néoplasmes qui n'ont dépassé que « de peu la limite de l'opérabilité, on obtient des « résultats beaucoup plus intéressants encore, « surtout en ce qui concerne l'avenir de la malade. On connaît nombre de cas avec des survies dépassant cinq, six ans et plus, et qui semblent pouvoir être considérés comme des guérisons définitives.

« Dans les cancers opérables eux-mêmes, le « moment n'est peut-être pas éloigné où la chirurgie cédera le pas au radium ; d'ores et déjà, « l'action du radium sur la néoplasie est si évidente qu'il semble difficile au chirurgien de ne « pas demander à la radiumthérapie un complément de l'acte opératoire ».

Deux cas d'hypertrichose.

MM. Carrieu et Milhaud rapportent deux cas d'hypertrichose survenus, l'un à la suite d'une phlébite, l'autre au cours d'une névrite du sciatique.

Les poils, exagérément développés, ont poussé sur la jambe malade, en des régions qui sont habituellement dépourvues de végétation pileuse.

Il s'agit là de troubles trophiques en rapport avec des lésions nerveuses.

D'après Villaret, hypertrichose et hyperhydrose seraient l'indice d'une névrite incomplète comportant un pronostic favorable.

L'une des observations des auteurs infirme cette proposition.

Aussi concluent-ils : « L'hypertrichose paraît « donc avoir une certaine importance au point « de vue anatomo-pathologique, mais sa valeur « pronostique est loin d'être aussi nette que certains auteurs veulent bien l'admettre ». (*Languedoc médical*, 10 février 1920.)

La radiothérapie des tuberculoses locales.

La radiothérapie est une méthode curative dont les excellents effets se révèlent de jour en jour plus nombreux, au fur et à mesure que ses indications augmentent. Aussi a-t-elle cessé d'être l'apanage de quelques grandes villes privilégiées pour devenir de plus en plus répandue et pratiquée, à la faveur de la création de laboratoires locaux installés dans une foule de localités de moindre importance.

Elle devient donc à la portée du praticien qui a intérêt à être tenu au courant des cas dans lesquels elle peut être avantageusement mise en œuvre.

M. Cottenot range parmi ces cas certaines tuberculoses locales (*Paris médical*, 7 février 1920).

Le lupus tuberculeux réclame l'excision chirurgicale quand la lésion est très localisée. S'il est inopérable, on combinera les scarifications et les pointes de feu à l'action des rayons X. Seuls, ils sont impuissants, à moins de les utiliser à haute dose, auquel cas, ils déterminent des radiodermites suivies de désastres cicatriciels. La finsenthérapie (lumière) donne d'admirables résultats esthétiques, mais elle est rarement applicable. Dans les formes végétantes, papillomateuses, infiltrées, l'action combinée des scarifications et de la radiothérapie tarit les sécrétions, fait fondre les infiltrations, fait tomber les croûtes et cicatrise les ulcérations.

Il en est de même dans la tuberculose cutanée verruqueuse, qui, lorsqu'elle est inopérable, réclame le grattage suivi immédiatement de radiothérapie.

Les adénites bacillaires se trouvent mieux des rayons X que de l'intervention sanglante. Les formes non suppurées, non compliquées de périadénite diminuent rapidement de volume et les masses se réduisant rapidement à de petits noyaux scléreux éteints. S'il existe de la périadénite, la gangue périganglionnaire disparaît, les ganglions sont libérés et se comportent comme précédemment.

Quand l'adénite est suppurée, il est avantageux de vider préalablement la collection au moyen d'une ponction à l'aide d'un petit trocart.

On ne sera pas surpris si, tout d'abord, la suppuration paraît augmenter d'intensité. Il ne s'agit là que d'un phénomène momentané qui cède vite le pas au processus de régression.

Les adénites fistulisées sont également rapidement taries. On note aussi parfois une augmentation de l'écoulement, augmentation temporaire avec, souvent, une réaction thermique sans gravité.

Les ostéo-arthrites des os courts de la main et du pied bénéficient des propriétés des rayons X, surtout quand les lésions sont superficielles. L'auteur recommande alors de combiner l'immobilisation en appareil plâtré des jointures malades avec la radiothérapie.

Les formes hypothermiques du paludisme.

MM. Gutman et Porak attirent l'attention sur certaines particularités que peuvent présenter les courbes hypothermiques relevées chez des paludéens, et qui seraient caractéristiques d'une évolution pathologique dont il est imprudent de se désintéresser.

Ces courbes apparaissent comme nettement systématisées et se dessinent avec des caractères très nets de périodicité. Elles offrent à l'examen les particularités suivantes : des sommets, correspondant à des accès extrêmement frustes qui partent d'un plateau hypothermique, atteignent ou dépassent à peine 37° ; dans un rythme comparable à celui des accès francs ; — des cassures, analogues également à celles qui sont classiques et pathognomoniques dans les formes fébriles franches ; — des pentes, ascendantes ou descendantes, marquant soit l'imminence de l'accès franc, soit, au contraire la régression.

Ces faits sont des plus importants au point de vue diagnostic ; l'étude attentive de la courbe hypothermique dans les périodes où le malade n'a pas de fièvre, peut donner la signature de la maladie et transformer un paludisme latent en paludisme fruste. Il en résulte que le traitement ne doit pas s'appliquer seulement à la fièvre, mais être poursuivi en dehors des accidents fébriles nets. Ces formes frustes conduisant le malade, en effet, vers la cachexie et les complications graves. L'apparition d'une forme hypothermique chez un malade traité indiquerait même que le traitement est insuffisant.

Au point de vue pathogénique, les auteurs hasardent une hypothèse, selon laquelle l'hypothermie serait conditionnée par des poussées de destruction globulaire, au cours desquelles la déficience du sang en hémoglobine aurait pour conséquence une insuffisance dans l'oxygène transporté dans le torrent circulatoire, et nécessaire à la thermogénèse.

Quoi qu'il en soit, ces faits présentent pratiquement un intérêt indiscutable au moment où l'on se préoccupe des répercussions que peut avoir sur la santé publique l'existence en France de nombreux paludéens de guerre. (*Presse médicale*, 4 février 1920.) G. D.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

A propos du codoforme. Recherches modernes de chimio-thérapie.

Existe-t-il une thérapeutique spécifique, ou, tout au moins, rationnelle de la toux ? Est-elle d'ailleurs réalisable ?

La réponse au premier point du problème nous est facilement fournie par les mille et une panacées, les innombrables sirops pharmaceutiques de toutes marques et de toutes couleurs, représentant une médication aussi empirique que désuète.

Toute recherche sérieuse de chimio-thérapie doit être basée sur la physio-pathologie. Or, il y a deux causes tussigènes : l'une qui réside dans la nécessité de désencombrer les bronches, c'est la taux qu'il faut savoir respecter, tout en la modérant cependant ; l'autre, la toux réflexe, phénomène inutile, voire nuisible.

Ce qu'il faut donc employer, c'est un médicament qui diminuera à la fois la sensibilité de la muqueuse, point de départ du réflexe, et l'excitabilité des centres nerveux qui président aux réflexes.

Si, à cette action calmante, on adjoint un fluidifiant des mucosités encombrantes, tout l'effet thérapeutique nécessaire et suffisant sera obtenu.

Les narcotiques : jusquiame, belladone et même opium, sont impuissants, sinon funestes. Par contre, la codéine, et, qui plus est, une codéine solubilisée par combinaison benzoatée, sera plus active et moins toxique, tout en étant expectorante à la fois.

Quant à la toux inutile et dangereuse, il faut résolument la combattre par un agent chimique spécifique des plexus nerveux (pneumogastrique et trijumeau) qui sont en relation intime avec les centres respiratoires. A cette fin, il existe, dans l'arsenal thérapeutique, une arme merveilleuse, beaucoup trop méconnue, c'est le bromoforme. Par sa trame moléculaire dérivée du méthane, il possède une action anesthésique précieuse à laquelle viennent se juxtaposer ses qualités neurosédatives, dues à sa constitution tribromée.

Ces données étant établies, il est bien évident que l'originalité d'une entité chimique nouvelle dépendra moins du choix des matériaux que de la forme particulière dans laquelle ils seront

présentés. De même que le cacodylate est un complexe d'arsenic, l'urotropine une forme composante du formol, le codoforme est une combinaison définie et solide du bromoforme, associé à la codéine et au benzoate de soude. L'intérêt essentiel de ce produit est de supprimer toute suspicion sur le maniement du bromoforme, dont l'administration, en sirops ou en émulsions, ne met jamais le praticien à l'abri des accidents dus à un dosage défectueux ou à une mauvaise conservation. Avec ce composé chimique défini, dont la teneur en bromoforme, latent et chimiquement pur, est rigoureusement constante, l'emploi des comprimés dosimétriques de codoforme permet d'obtenir les avantages suivants : sécurité et certitude d'action, faculté d'employer une progressivité dans les doses, absolument sans danger, et donnant des résultats véritablement surprenants.

L'expérimentation clinique du codoforme a été faite dans les services de pulmonaires de Necker, Cochin, La Charité, l'Hôtel-Dieu, et dans les nouveaux pavillons de tuberculeux de l'Hospice d'Ivry.

Des nombreuses observations recueillies, il résulte que dans la toux en général, et plus particulièrement dans les formes incoercibles : toux émétisante des tuberculeux, quintes coqueluchoïdes et spasmodiques, trachéites post-grippales, les comprimés de codoforme Bottu calment parfaitement, sont très pratiques et mieux tolérés que les préparations sirupeuses.

Il est important de recommander aux malades d'avaler les comprimés comme une pilule, sans les sucer ni les croquer, et de les prendre avec une certaine quantité de liquide : eau, lait ou tisane.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

CHEZ MASSON ET Cie EDITEURS A PARIS.

H. Roger, doyen de la Faculté de Médecine de Paris. — **La Médecine.**

Ce livre ne fait pas double emploi avec le *Précis* devenu classique et si souvent réédité du Pr Roger, Doyen de la Faculté de Paris. Le sujet en est plus vaste, et le public auquel il s'adresse plus étendu, bien qu'il contienne un nombre de pages beaucoup moins important.

Dans le sens le plus large et le plus élevé du terme, c'est un ouvrage de « vulgarisation » scientifique qui s'adresse, non seulement aux étudiants désireux de connaître une spécialité, mais encore à ceux qui, sans être le moins du monde médecins ou appelés à le devenir, veulent connaître de la médecine contemporaine, ses lois, ses méthodes, ses postulats, ses limites et ses résultats.

R. Legendre. — **Alimentation et ravitaillement.**

Ce livre est le premier d'une collection « Les Leçons de la Guerre » dont le but est de rassembler dans une série de courts volumes l'essentiel de nos expériences — de présenter au public cultivé les données générales qui doivent guider l'œuvre de notre restauration nationale — de rechercher enfin, en s'inspirant des meilleures méthodes, quelles doivent être nos idées directrices et nos techniques générales.

Parmi les questions qui se posent, il n'en est pas de plus pressante que celle de l'Alimentation. La guerre a mis tous les peuples en présence des difficultés les plus complexes.

L'auteur, qui a soigneusement étudié cette crise en France, en raison des situations qu'il a occupées, expose le problème avec une précision remarquable.

En trois chapitres parfaitement ordonnés, il montre d'abord les besoins de nourriture de l'homme, la consommation de la France comparée à ses productions et à ses échanges, l'organisation du ravitaillement pendant la guerre, depuis les mesures prises par le Gouvernement jusqu'aux efforts des savants et des techniciens. — Dans un dernier chapitre, il expose la situation actuelle et nous donne un aperçu sur ce qu'elle sera demain.

A ce titre, l'ouvrage de M. R. Legendre mérite d'être lu par tous ceux qui s'intéressent au rétablissement de la prospérité nationale.

L'EDITION MÉDICALE ILLUSTRÉE

Astaffort (Lot-et-Garonne).

M. Franck Duprat. — **Le secret de la procréation volontaire. Garçon ou fille à volonté.**

Le Dr Franck Duprat publie l'exposé d'une méthode de la Procréation Volontaire du sexe qu'une argumentation précise et de nombreux succès rendent particulièrement troublante. Cette méthode communiquée le 3 octobre 1919 à l'Académie des Sciences, est venue en discussion publique à la séance de la Société de Pathologie comp. du 14 octobre.

Lisez ces pages ; faites-vous sur elles une opinion impartiale ; contribuez à grossir l'énorme dossier d'observations que recueille partout l'auteur.

LE SOU MÉDICAL

Ligue de Protection et de Défense Professionnelles

SIÈGE SOCIAL, 132, Faubourg Saint-Denis, PARIS

Le **Sou médical**, ligue de protection et de défense professionnelles, fondé en 1897, est destiné à couvrir ses adhérents contre tous les risques professionnels, et prend, en outre, la part la plus active à la défense générale des intérêts médicaux.

Pour la protection individuelle de ses membres, il est intervenu dans **un nombre incalculable d'affaires** : procès devant toutes les juridictions (y compris la Cour de Cassation, le Conseil d'Etat et le Tribunal des Conflits), litiges, revendications, arbitrages, consultations, etc. Pour les luttes d'intérêt général, il marche d'accord avec le Concours Médical, l'Union des Syndicats, l'Association générale des médecins de France, etc.

Il a créé une caisse spéciale destinée à garantir ses membres en outre des frais du procès jusqu'à concurrence de **10.000 francs** contre les actions en dommages-intérêts qui pourraient leur être intentées en raison des faits cliniques et thérapeutiques accomplis dans l'exercice de leur profession, et cette Caisse est dotée de ressources suffisantes pour lui permettre d'envisager tous les aléas.

Faut-il ajouter que tous les avis possibles sont donnés, toutes les démarches sont faites en vue de rendre des services même extra-professionnels ?

Pour être membre du **Sou médical**, il faut être membre d'un Syndicat ou d'une Association médicale ou bien être présenté par deux confrères déjà membres du Sou Médical.

La cotisation annuelle est de 25 francs, comprise la participation à la Caisse de garantie.

Les membres ne sont admis qu'après envoi de leur adhésion et PAIEMENT DE LA COTISATION.

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné (noms, prénoms, qualités)..

médecin à .... *dépt* ....

né le .... *à* ....

reçu devant la Faculté de...

membre de (1)..

ou présenté par MM. (2) ....

déclare adhérer à la Ligue de protection et de défense professionnelle **LE SOU MÉDICAL** *et envoie au Trésorier la somme de vingt-cinq francs pour la cotisation de l'année courante.*

A ...., *le*......................................

SIGNATURE :

(1) Syndicat médical ou Association médicale.
(2) Deux confrères, membres du Sou Médical.

Envoyer ce Bulletin affranchi AVEC LE MANDAT INCLUS au Trésorier du *SOU MÉDICAL* **:**
Dr GASSOT, à Chevilly (Loiret) ou au *CONCOURS MÉDICAL*, **132, rue du Faubourg Saint-Denis, PARIS**

Revue des Thèses.

Thèses de Montpellier.

Dr J. Le Boulc'h. — **Des méthodes non sanglantes de traitement des corps étrangers de l'œsophage.**

Ce travail inaugural fixe un point de pratique médico-chirurgicale qui est de nature à interresser les praticiens : l'œsophagoscopie doit être employée dans le plus grand nombre de cas possible.

C'est à ce titre d'abord qu'il a retenu mon attention. Ensuite, parce qu'il a pour auteur mon ancien collaborateur de guerre au 285e R. I. T., puis à l'Hôpital auxiliaire no 294.

Si ces lignes lui tombent sous les yeux, il verra que je ne l'ai pas oublié et que j'ai conservé de lui le meilleur et le plus sympathique souvenir. G. Duchesne,

Dr Gabriel Parry — **Contribution à l'étude du traitement des kystes hydatiques du poumon.** (Thèse de Montpellier).

Le traitement médical des kystes hydatiques du poumon avec ses 64 p. 100 de décès n'existe pas, puisque c'est une absention déguisée.

La ponction d'urgence est indiquée dans de rares cas d'asphyxie.

La ponction thérapeutique, suivie d'injection de liquide parasiticide, est à peu près abandonnée malgré les quelques guérisons qu'elle a pu obtenir à cause des accidents auxquels elle expose les malades. Elle est d'ailleurs totalement inopérante dans les kystes suppurés.

Dans le cas de kyste non suppuré, le traitement de choix consiste dans l'extraction de la membrane mère, précédée de la résection uni ou bilatérale étendue et du formolage de la poche, suivi de la suture primtive sans drainage.

Si le kyste intrapulmonaire est suppuré, avec ou sans communication extérieure, le mieux est de pratiqur la marsupialisation de la poche après l'avoir préalablement vidée de son contenu purulent et débarrassée des moindres fragments de membrane mère.

Telles sont les principales conclusions de ce travail consciencieux et intéressant.

Dr Jean Lambert. — **Contribution à l'étude de l'endocardite infectieuse généralisée.**

Parmi les formes d'endocardite rhumatismale, il existe bien une forme infectieuse, c'est-à-dire à allure clinique maligne.

La grippe peut agir comme cause prédisposante au rhumatisme articulaire aigu et à l'endocardite consécutive.

Cette endocardite infectieuse rhumatismale se distingue des endocardites infectieuses décrites par des lésions plastiques non exubérantes, non ulcéreuses.

La symptomatologie de cette cardiopathie la rapproche de l'endocardite rhumatismale par la netteté de ses signes physiques, par ses complications, et de l'endocardite infectieuse par ses symptômes généraux, la fièvre à type rémittent en particulier.

L'évolution de l'endocardite infectieuse rhumatismale est semblable à celle des endocardites malignes subaiguës. Son pronostic est le même.

Le traitement n'a aucune influence sur la durée et l'évolution de la maladie.

Telles sont les principales conclusions de cet intéressant travail.

Dr Jean Roch. — **Contribution à l'étude du prolapsus de l'urètre chez la femme et en particulier chez la petite fille.**

Pour J. Roch, le prolapsus de la muqueuse de l'urèthre se rencontre chez la femme dans les 2/3 des cas de 1 à 15 ans.

Les causes produisant ce prolapsus sont :

a) L'effort susceptible d'augmenter la pression abdominale (toux, effort de défécation et de miction) ;

b) Les phénomènes d'infection issus de la vulve ou de l'urèthre ;

c) L'affaissement des tissus dû à la plupart des maladies infectieuses et en particulier à la tuberculose.

Le diagnostic est facile, la présence du méat urinaire signe le diagnostic.

Le pronostic est bénin.

Un grand nombre de cas sont susceptibles de guérison par des applications de nitrate d'argent ou d'ignipunctures profondes.

Les cas graves et anciens relèvent de l'excision méthodiquement menée.

Dr Robert Martin-Péridier — **Traitement des lésions traumatiques des nerfs.**

Selon R. Martin-Péridier, les méthodes proposées ont été et sont encore nombreuses comme dans toutes les affections où le résultat est inconstant. Il faut bien l'avouer, en effet, si parfois on obtient des récupérations complètes ou le plus souvent partielles, un grand nombre de blessés des nerfs restent des infirmes qui souffriront toute leur vie et exerceront pendant longtemps la capacité des commissions chargées d'évaluer le taux d'incapacité.

G. S.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Les rubans et les croix ne suffisent pas à honorer les médecins pour les soins qu'ils donnent aux gendarmes.

Permettez-moi de vous transmettre, à toutes fins utiles, cet éloge, intéressé si non intéressant, des gendarmes par un gendarme :

Le 20 février 1920.

Le Lieutenant Y. à M. le Dr X., à Z.

Monsieur,

En inspection ces jours derniers à Z, j'ai eu la vive contrariété de ne pas vous trouver à votre domicile, et j'ai appris par la suite que j'avais eu l'avantage de vous rencontrer sur la route de W.

J'ai été ainsi doublement contrarié de ne pas vous avoir été présenté, car je désirais vous entretenir un instant, venant en délégué de mes Chefs, pour vous demander s'il vous était possible de faire quelque chose en faveur de nos militaires de la gendarmerie de Z. Je sais bien, hélas ! que les ressources de notre circonscription sont modestes, mais nos gendarmes sont cependant bien dignes de l'intérêt que l'on veut bien leur porter ; sérieux, dévoués à tous, assumant la charge, ingrate entre toutes, de faire respecter les lois, peu payés pour les immenses services qu'ils rendent au pays, ils méritent que l'on s'intéresse à leur sort.

La grande majorité des Docteurs et des Pharmaciens de France ont bien voulu consentir, soit à leur accorder leurs soins gratuits, soit à les faire bénéficier d'un tarif de faveur, en raison précisément de leur situation intéressante et modeste, et en considération de leur éloignement des centres militaires. Aussi, je viens aujourd'hui m'adresser à vous, vous demandant s'il vous est possible d'avoir à leur égard la même générosité. Croyez-bien que nous vous serions tous grandement reconnaissants. Naturellement, cette faveur ne pourrait s'appliquer qu'aux militaires de Z et à leur famille ; ils sont peu nombreux, et il n'y a pas d'exemple qu'ils aient jamais abusé de la situation privilégiée qui leur est ainsi faite.

Il serait, de ma part, déplacé de vous parler en détail des récompenses que le Gouvernement accorde dans ces cas aux Docteurs soignant gratuitement nos militaires : lettres d'éloges officielles, médailles d'argent, d'or, et Légion d'honneur. Ces récompenses honorifiques, appréciables sans doute, ne sont point suffisantes pour tenter un homme de bien tel que je me plais, Monsieur, à vous considérer.

En m'excusant de cette démarche que je fais auprès de vous, et en espérant avoir une réponse favorable, je vous prie, Monsieur, d'agréer l'expression de mes sentiments distingués.

Lieutenant Y...

J'aurais pu à cette épître, dont la longueur n'a rien de militaire, répondre en développant les arguments sur lesquels je base mon obligatoire refus ; mais j'ai préféré, avec une concision qui n'a peut-être rien de civil, le faire par la lettre que voici :

Le Docteur X. à Z. à M. le Lieutenant Y., commandant les brigades de gendarmerie de l'arrondissement de Y...

Avec vous, Monsieur, je reconnais que les gendarmes sont de fort braves gens ; je les estime en outre très utiles à la Société, puisque la crainte salutaire qu'ils inspirent est le commencement de la sagesse.

Mais, comme il ne m'est pas permis, un seul instant, d'espérer que mon boulanger se contentera jamais, pour règlement, d'une « lettre d'éloges », j'ai le regret (vos subordonnés n'étant pas des indigents), de ne pouvoir leur accorder mes services à un autre tarif que celui en vigueur dans ma circonscription.

Veuillez, Monsieur, agréer l'expression de mes sentiments distingués. Dr X...

P. S. — Je vous laisse le soin de commenter, si vous le jugez à propos, et de conclure.

Remarques.

Nous approuvons pleinement l'attitude de notre Confrère.

Encore que le gendarme soit parfois sans pitié, il a droit à toute la vigilance et à tout le dévouement du médecin quand il est malade.

Celui-ci, d'autre part, a tout naturellement le droit d'être honoré, en bonne monnaie ayant cours, celle que ne manqueront pas de lui réclamer son propriétaire, son tailleur, son boulanger.

Mais le gendarme n'a qu'une maigre solde.

A son patron, l'Etat, de la lui donner plus forte, ou de régler, en ses lieu et place, au tarif moyen, les honoraires des soins médicaux dont il a besoin.

A moins que, *militaire*, il soit fondé à récla-

mer les soins du médecin militaire le plus rapproché.

Telle est notre conception des rapports de la gendarmerie et du Corps médical.

N. D. L. R.

II

Syndicat des médecins de l'Oise.

(*Séance du 1er février 1920*).

Le Docteur Leraître, président-sortant, prononce le discours suivant :

« En 1919, nous avons eu 3 assemblées très fréquentées, surtout si l'on tient compte des moyens de transport.

Dans ces assemblées, nous avons érigé en principe, que le libre choix devait s'appliquer à tous les malades ou blessés dans tous les cas, comme le secret professionnel, que les tarifs médicaux (assistance, inspection du 1er âge, vaccinations, accidents du travail) devaient être les mêmes pour toute la France.

Nous avons obtenu le relèvement de ces tarifs. Des pourparlers sont en cours pour la question des soins aux blessés de guerre. Nous avons fait pour tout cela de nombreuses et longues démarches; bien d'autres ont été faites pour des confrères, en particulier. Les fonctions de président et de secrétaire d'un syndicat départemental sont très absorbantes. Nos représentants doivent d'abord étudier les questions, puis les discuter avec les pouvoirs publics. Convoqués à jours fixes, ils délaissent leur clientèle et perdent un temps précieux. Aussi, bientôt serez-vous obligés de remplacer le président et le secrétaire par un syndic qu'il vous faudra rétribuer si vous voulez qu'il remplisse sa fonction avec tout le zèle et le savoir qu'elle exige.

Ceux qui comme vous ont suivi la marche du syndicat pendant l'année écoulée se rendront compte qu'il y a quelque chose de changé et que les pouvoirs publics veulent entrer en pourparlers avec les organisations professionnelles. »

Vérification des pouvoirs des délégués. — A ce propos, le président vous invite tous à venir aux réunions du syndicat général avec les pouvoirs de votre syndicat local (de canton ou de commune) pour donner plus de poids à nos votes. Dans ce but et afin de transmettre les désidérata de tous les confrères, chaque réunion plénière devrait être précédée partout d'une réunion du syndicat local. On s'efforcera de former des syndicats locaux dans tout le département entre soi ou avec l'aide du Bureau.

Le Docteur Valette, nouveau président, après avoir indiqué le zèle de ses prédécesseurs, souligne l'urgence de la lutte pour la défense de nos intérêts :

« L'Union des Syndicats nous a rendu d'immenses services. Mais elle n'est forte que par nous. Elle a besoin de notre appui constant. Envoyons des réponses précises aux questions qu'elle nous pose. Au point de vue financier, il ne suffit pas d'avoir doublé nos cotisations. Si chacun de nous prélevait pour l'Union seulement 0 fr. 50 par accident de travail règlé, l'Union serait riche et ses moyens d'action accrus. Si notre action syndicale se ralentit, nous sommes mûrs pour la servitude. »

Résultat du questionnaire referendum. — 68 médecins ont répondu. C'est trop peu. Nous devons tous faire de nouveaux efforts pour faire comprendre aux médecins non syndiqués qu'il est de leur intérêt d'adhérer à notre syndicat s'ils veulent ne pas se voir imposer par les administrations, les mutualités, les Cies d'assurances, des honoraires de famine. Notre nombre fera la force de nos revendications.

Vœux émis. — La majorité se prononce : contre le tarif à l'abonnement.

Pour le tarif à la visite à 3 fr., soit aux assistés, soit aux protégés du 1er âge. Relèvement du tarif de l'assistance, surtout pour les petites interventions. Relèvement du tarif des vaccinations et de la protection du 1er âge.

Délimitation des circonscriptions médicales et des services publics par les syndicats locaux.

Libre choix pour les employés des chemins de fer.

Envoi à chaque syndiqué d'affiches indiquant les tarifs.

Sanctions pour les confrères qui n'appliquent pas le tarif syndical.

Envoi de délégués pour la fondation de Syndicats de canton.

Soins aux blessés et réformés de guerre. — Le Syndicat des Médecins de l'Oise, réuni à Creil le 1er février 1920, considérant qu'aucune organisation de soins aux blessés ou réformés de guerre n'est encore en vigueur, décide que les soins médicaux et chirurgicaux donnés à ces anciens militaires devront être réglés comptant par eux, au tarif qui leur est appliqué comme civils. Un reçu leur sera donné pour leur permettre d'être par la suite remboursés par l'Etat, conformément à la loi. (Voté à l'unanimité.)

Le Syndicat maintient le mandat qu'il a donné à l'Union pour arriver à une entente conformément à la loi, sur la base d'un tarif unique pour toute la France. (Unanimité.)

Examen médical d'assurance-vie. — Le syndicat demande que le prix de cet examen soit de 40 fr., y compris l'analyse d'urine, pour toute assurance au-dessus de 5.000.

Et de 25 francs pour toute assurance au-dessous de ce chiffre.

III

Syndicat médical de la région de Bourg

Le Président a adressé une lettre à un médecin non syndiqué, qui aurait établi un cabinet forain dans une localité autre que sa résidence. Aucune réponse ne lui est parvenue.

Union des Syndicats. — Le Dr Bouilloud, délégué de notre groupement à l'assemblée générale de l'Union des 12 et 13 juillet, rend compte de son mandat.

Le compte rendu in-extenso des séances ayant été publié dans le « Médecin syndicaliste », organe de l'Union, il est inutile de le reproduire ici.

Le Dr Bouilloud présente un ordre du jour de félicitations au bureau intérimaire de l'Union pour son activité pendant la guerre et un ordre du jour de confiance et d'encouragement au bureau actuel. Ces deux motions sont adoptées à l'unanimité.

Médecine sociale. — L'assemblée émet le vœu suivant :

1° Dans toutes les organisations de Médecine sociale d'après-guerre, les concessions à faire aux ayants droit incombent à la charge de l'Etat et non à celle du médecin.

2 La collaboration des médecins à toutes les œuvres de médecine sociale est acquise, à condition que cette collaboration ne soit pas une charge supplémentaire imposée aux seuls médecins, mais soit rémunérée par l'Etat après entente avec les Syndicats médicaux.

Accidents du travail. — Communication est donnée de la sentence d'arbitrage de M. Bienvenu-Martin, sénateur, autorisant la majoration provisoire de 100 % du tarif Dubiel, jusqu'à la révision du dit tarif. — Une proposition de forfait d'une compagnie d'assurances est repoussée comme contraire aux principes syndicaux. A ce sujet, il est rappelé aux confrères qu'aucune offre de ce genre faite individuellement ne doit être acceptée avant d'en avoir référé au Syndicat. De plus, des officines de traitement des accidentés du travail font en ce moment des offres de dichotomie plus ou moins honnête aux médecins, en particulier aux débutants. Il y a lieu de se tenir en garde contre ces exploiteurs de l'ouvrier et du médecin.

Soins aux réformés. — L'entente n'a pu se faire entre la commission de l'Union et les représentants du Gouvernement au sujet des tarifs à appliquer. Il semble même que tous les pourparlers soient à reprendre.

Tribunal des pensions. — La préfecture a demandé au Président de lui donner une liste de 10 membres du Syndicat parmi lesquels devraient être désignés un juge titulaire et deux suppléants pour le tribunal départemental des pensions.

Il est décidé que ces dix noms seront choisis par le Président parmi les démobilisés. Les honoraires afférents à ces fonctions sont de 7 à 10 francs par heure d'audience, mais il n'est pas question d'indemnité de déplacement ou de séjour. L'administration devra donc, avant de désigner ces juges, s'enquérir de leur acceptation préalable.

Il est rappelé, à propos dn tribunal des pensions, que les justiciables ont le droit de se faire assister par un médecin rémunéré par eux. Il y aura donc lieu, à la prochaine assemblée, de fixer un minimum d'honoraires pour les médecins appelés comme défenseurs devant le tribunal des pensions.

Médecins experts. — Il est décidé qu'un vœu sera adressé au Procureur près la Cour d'appel pour lui demander de tenir compte des médecins démobilisés dans la désignation des médecins experts près les tribunaux.

Syndicat des pharmaciens. — Le Syndicat des Pharmaciens demande que les médecins, pour éviter un relevé d'ordonnances souvent fort long, en particulier les jours de foire ou de marché, formulent à part les préparations renfermant des substances toxiques sur une feuille distincte des régimes, etc., et, d'autre part, de formuler en toutes lettres les doses des substances prévues aux tableaux A et B.

Bonne note est prise de cet avis.

Caisse nationale des retraites. — Quelques médecins ont été sollicités de faire pour la Caisse nationale des retraites des certificats analogues à ceux demandés par les Compagnies d'assurances vie et ce pour le prix fixé par l'administration de 10 francs. Tous les confrères sollicités ont refusé ce tarif dérisoire en faisant valoir que le prix syndical minimum de ces certificats, qui reposent sur un examen complet, est tarifié 20 francs. Une longue correspondance a été échangée à ce sujet avec la préfecture et le ministère des finances sans qu'aucune solution ait encore pu intervenir. Il y a donc lieu de s'abstenir dorénavant de procéder à ces examens.

Fédération départementale. — Afin de maintenir l'Union entre les trois Syndicats du département telle qu'elle existait avant la guerre, il est décidé de proposer aux deux autres syndicats de constituer une commission fédérale comprenant les trois présidents, les trois secrétaires plus deux membres de chaque syndicat. Cette commission se réunirait au moins deux fois chaque année. Les deux délégués du Syndicat de Bourg sont désignés immédiatement, ce sont MM. Pitre et Saint-Pierre.

Enfants assistés du Rhône. — Par une lettre du 5 juillet, M. l'Inspecteur départemental de l'Assistance publique du Rhône fait connaître qu'il accepte pour les soins donnés aux enfants assistés du Rhône le tarif adopté par le Conseil général de l'Ain.

Relèvement des honoraires. — Il est décidé qu'une réunion inter-syndicale des médecins de l'Ain aura lieu le 23 novembre jour fixé pour l'assemblée générale de l'Association amicale à Bourg.

Cette assemblée aura à s'occuper exclusivement de la question du relèvement des honoraires et le nouveau tarif entrera en vigueur à partir du 1er février 1920.

Modification aux Statuts. — En présence de l'augmentation de la cotisation à l'Union des Syndicats, portée de 3 à 10 francs par membre, et d'autre part du prix beaucoup plus élevé du banquet annuel, le président propose la modification suivante aux Statuts, sur l'avis du trésorier :

« Art. 12. — La cotisation est fixée à trente francs donnant droit au banquet gratuit ».

Cette modification est adoptée à l'unanimité.

A partir de 1920 la cotisation est donc fixée à 30 francs.

MÉDECINE SOCIALE

L'Office public d'hygiène sociale de la Seine-Inférieure (1)

....

Le gouvernement, par un décret, le Conseil général de la Seine-Inférieure, par ses délibérations, ont doté ce département de trois institutions dont les tâches respectives convergent en réalité vers un objectif unique d'intérêt national et qui l'atteindront d'autant plus sûrement qu'entre elles la collaboration sera constante. Ce sont :

1° *L'Office public d'hygiène sociale de la Seine-Inférieure* créé, en vertu de la délibération du Conseil général du 3 octobre 1919, par arrêté perfectoral du 20 décembre 1919, sous le bénéfice de la loi du 15 avril 1916 (loi Léon Bourgeois relative aux dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse).

Cet Office doit lutter contre l'ensemble des fléaux dits « maladies sociales », depuis l'insuffisance de la natalité, la morti-natalité et la mortalité infantile, jusqu'à la tuberculose, aux maladies vénériennes, au paludisme, aux affections oculaires contagieuses, etc., en s'attaquant aux causes qui les font naître ou en favorisent les ravages, comme la misère, l'égoïsme, l'ignorance, l'alcoolisme, la débauche, le taudis, et en pratiquant les interventions prophylactiques et préservatrices recommandées, de concert avec le corps médical.

2° *L'Office public d'habitations à bon marché de la Seine-Inférieure.........*

3° *La Commission départementale de l'assistance publique et de la bienfaisance privée de la Seine-Inférieure. ......*

***

On est ainsi naturellement conduit à envisager, entre les trois organes qui viennent d'être cités, de périodiques contacts dont les résultats ne peuvent qu'être excellents.

Réunis en Assemblée générale commune :

Le Conseil de surveillance de l'Office public d'hygiène sociale,

Le Conseil d'administration de l'Office public d'habitations à bon marché,

La Commission départementale de l'Assistance publique et de la bienfaisance privée,

représenteront, presque dans son intégralité, l'œuvre d'hygiène sociale à accomplir et les moyens de l'accomplir ; le commerce de leurs membres, momentanément confondus pour l'étude et la réalisation de communes aspirations humaines et patriotiques, aura ainsi les plus heureux effets.

S'agissant de favoriser la venue au monde de nouveaux Français, d'empêcher ensuite qu'ils végètent malades ou infirmes, enfin de retarder, autant que possible, leur invalidité et leur mort, l'union étroite de tous ces éléments s'impose.

Ces considérations générales exposées, revenons à l'*Office public d'hygiène sociale de la Seine-Inférieure* pour indiquer dans quelles conditions il va pouvoir fonctionner et quelle sera sa tâche immédiate et de quoi il dispose pour la mener à bien.

Je rappellerai d'abord que nous avons dû, sur l'avis du ministère de l'intérieur, renoncer à en faire un établissement absolument autonome. Les formalités imposées par la loi du 15 avril 1916 (loi Léon Bourgeois) pour qu'un « Dispensaire public d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse » ait l'autonomie complète sont telles que nous n'eussions pas abouti en ce sens pour un dispensaire départemental. Il eût fallu, notamment, recueillir des délibérations contenant l'avis des 759 communes de la Seine-Inférieure, ce qui était parfaitement inutile, puisque le Conseil général s'était substitué à leur ensemble pour créer et doter l'institution, et ce qui eût demandé un temps infini.

La même difficulté s'était d'ailleurs présentée pour le département de la Seine, qui avait dû y parer en établissant son Dispensaire Office d'hygiène sociale en vertu de l'article 10 de la loi, comme émanation directe du département, par

(1) *Revue Philanthropique.* — XLI. 15 février 1920.

un arrêté préfectoral basé sur la délibération du Conseil général.

Le résultat est le même quant à l'œuvre qui peut être accomplie, puisque ledit article 10 assure à un tel dispensaire départemental le bénéfice des dispositions essentielles de la loi.

Ainsi fut donc fait pour la Seine-Inférieure, dont un arrêté préfectoral du 20 décembre 1919, exécutant la délibération du Conseil général du 3 octobre 1919, a institué l'Office public d'hygiène sociale.

Un second arrêté a déterminé la composition de son conseil de surveillance résultant des désignations faites par le Conseil général, par des groupements de médecins et par le préfet.

Enfin, un projet de règlement a été établi, qui s'inspire à la fois de l'exemple de la Seine et des préoccupations et desiderata qui se sont manifestés dans notre département.

Le Conseil de surveillance, pour remplir sa mission, est assisté d'un *directeur technique médecin* et d'un secrétaire général fonctionnaire, lesquels entrent dans la composition du Bureau avec le président et les deux vice présidents élus par leurs collègues.

L'Office s'appuie sur les services de la préfecture, notamment sur le service de la comptabilité, ce qui lui épargne le souci d'une organisation financière spéciale, tout en laissant à sa disposition l'emploi des crédits départementaux et des autres ressources destinées à l'accomplissement de son œuvre.

Comme il est qualifié par la volonté du Conseil général et conformément aux prévisions de la loi (article 7, § dernier) comme « service auxiliaire de l'Assistance médicale gratuite et de l'Hygiène publique », et qu'en réalité la plupart de ses interventions reposeront sur l'application de la loi de 1893 et des autres lois d'assistance et de la loi de 1902 sur la protection de la santé publique, il n'y a qu'avantages à ce qu'au lieu de vivre dans un isolement sans profit, l'Office, tout au moins à ses débuts, soit intimement lié à l'entité départementale dont il est issu.

***

Un certain nombre de crédits figurant au budget départemental et des ressources d'autre origine (Croix rouge américaine, Fondation Rockefeller, Comité départemental d'assistance aux tuberculeux), avec ou sans affectation préalablement déterminée, permettront à l'Office d'exécuter, dès cette année 1920, un programme important dont le développement, il faut encore le répéter, est d'ailleurs assuré par le jeu même des lois et des services d'assistance et d'hygiène, la dotation financière de ceux-ci étant, on le sait, proportionnée aux besoins révélés.

En quoi consiste ce programme, tant pour 1920 que pour les années suivantes ?

Nous pensons que le Conseil de surveillance pourra arrêter comme suit les différentes directions de son activité :

1° Maternité. Natalité. Morti-natalité. Mortalité infantile. Puériculture. Première enfance. Hygiène scolaire. Inspection médicale des écoles ;

2° Tuberculose ;

3° Paludisme. Maladies vénériennes. Maladies oculaires contagieuses et autres maladies dont la généralisation compromettrait la valeur sociale de la population ;

4° Hygiène sociale en général, dans ses rapports avec l'édilité, la formation ménagère, le travail, l'habitation, la culture physique, l'occupation des loisirs des travailleurs, la moralité publique, etc. Salubrité, taudis, alcoolisme, débauche, relations avec les divers services et œuvres publics ou privés dont le concours est nécessaire.

Il est expressément entendu, et cette pensée dominera l'action générale de l'Office comme tous les actes particuliers accomplis par lui-même ou en son nom, que *jamais on ne se substituera au médecin traitant au regard des malades.*

L'Office, son directeur technique, SES MÉDECINS AGRÉÉS, *ses infirmières sociales, sont des collaborateurs ou des auxiliaires pour le corps médical dans la grande tâche de salut national à laquelle celui-ci prête son concours, et nous avons la certitude que le développement de l'action de l'Office, loin de restreindre la clientèle des médecins traitants, y dirigera un nombre considérable de candidats à la maladie ou de malades débutants, dont la préservation ou la guérison seront ainsi mieux assurées, double avantage de la satisfaction professionnelle et de l'intérêt public.*

***

Passons maintenant rapidement en vue les réalisations acquises ou les éléments de réalisations prochaines dont l'Office va disposer dès le début de ses opérations. Son Conseil de surveillance sera fort encouragé en constatant qu'ils lui permettront de doter rapidement la Seine-Inférieure d'une organisation de défense du corps social peut-être unique en France.

A. — MATERNITÉ ET ENFANCE.

A Rouen, le dispensaire départemental pour la protection de la maternité et de l'enfance, fondé par la Croix-Rouge américaine (20, rue Poisson) et repris par le département, est en pleine activité et étend ses bienfaits dans la banlieue. Il aura bientôt des annexes à Petit-Quevilly, Darnétal, etc.........

A *Elbeuf*, un Dispensaire pour la maternité et l'enfance, décidé en principe, sera aisément organisé et réussira parfaitement.........

A *Dieppe*, un service annexe du Dispensaire départemental fonctionne déjà, avec deux infir-

mières détachées. Une mise au point en assurera facilement l'extension.

A *Yvetot*, grâce à l'affectation d'une partie de l'établissement départemental (ancien séminaire) au bon vouloir de dons personnels, ainsi qu'aux bons concours locaux, nous sommes assurés d'un excellent résultat.

Au *Havre*, enfin, autour du Dispensaire du Dr Gibert, s'est formée l'*Union des œuvres pour la maternité et l'enfance*, qui va comprendre la totalité de ces groupements, à laquelle le département et la ville se sont associés et qui a pris la suite de l'action de la Croix-Rouge américaine, constituant ainsi le type d'une bonne organisation, appelée à rayonner sur l'ancien Graville et sur l'ensemble de la banlieue havraise.

Un peu partout, enfin, à Bolbec, à Fécamp, etc., des municipalités, des œuvres privées n'attendent que l'intervention de l'Office pour agir plus efficacement en faveur de la maternité et de l'enfance.

B. — Tuberculose.

Le Comité départemental d'assistance aux militaires tuberculeux, qui était devenu Comité d'assistance aux tuberculeux en général et auquel on doit d'intéressants résultats, a décidé de s'effacer, dès à présent, devant l'Office public d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de la Seine-Inférieure. Sa liquidation sera effectuée au 1er février prochain, et la partie de son actif qui ne revient pas aux Comités locaux de Rouen, du Havre et de Dieppe, sera remise à l'Office.

L'Office se trouvera en présence des éléments d'action suivants :

Inspection départementale des services d'hygiène dont la collaboration, pour le dépistage des tuberculeux, la prophylaxie et le service de désinfection lui est pleinement assurée.

Sanatorium d'Oissel (hommes) avec annexe de Saint-Etienne-du-Rouvray (femmes), dépendant de l'Œuvre du Sanatorium rouennais, en rapports étroits avec le département, pour le placement des malades débutants.

Hôpital spécial en voie d'organisation par l'Administration des hospices de *Rouen* et pavillon spécial de l'hôpital du *Havre* pour les malades plus accentués.

Sanatorium de Canteleu, remis au département par le Comité fondateur et qui, à la belle saison, sera réorganisé en *Œuvre de Grancher (préservation de l'enfance contre la tuberculose)* ; *Dispensaire antituberculeux de Rouen*, Dispensaire Calmette, dépendant du Comité rouennais contre la tuberculose.

Dispensaire d'*Elbeuf*, en fonctionnement.

Dispensaires de *Petit-Quevilly*, de *Darnétal*, de *Saint-Etienne-de-Rouvray*, en voie d'organisation sur l'initiative du département, avec les concours locaux.

Dispensaire de *Dieppe*, qui va être réorganisé par le Comité local.

Dispensaire d'*Yvetot*, dont la réorganisation est imminente dans l'établissement départemental, d'accord avec le Comité local.

Œuvre havraise antituberculeuse, dont l'action remarquable devra s'étendre hors de l'agglomération, et qui déjà dispose du *Dispensaire Pasteur* (à agrandir ou à dédoubler), d'une *Œuvre de Grancher*, etc.

La Fondation Rockefeller (Commission pour la prévention de la tuberculose en France), à la suite de sa campagne de propagande en Seine-Inférieure, au vu des efforts déjà faits et surtout en considération du programme d'action départementale que nous lui avons exposé, a décidé de subventionner largement l'Office public, pour permettre de provoquer l'extension des dispensaires existants et l'augmentation de leur nombre, ainsi que pour procurer au corps médical la collaboration de praticiens dont les connaissances en phtisiologie seraient plus développées et le concours d'infirmières-visiteuses capables de plus en plus nombreuses.

Le Conseil général, de son côté, a voté des crédits spéciaux qui, complétant les éléments financiers afférents à l'exécution des lois d'assistance (1893, assistance médicale gratuite, 1919, loi Honnorat, et de santé publique, 1902) permettront d'accentuer, dès à présent et d'une manière croissante, le dépistage des tuberculeux, d'en traiter davantage et mieux et de pratiquer la prophylaxie plus complètement.

Conformément à la logique et au désir des donateurs américains, un *Centre départemental technique pour la tuberculose* (fichier central, matériel, laboratoire, dispensaire-type, centre des infirmières-visiteuses, etc...) fonctionnera auprès de l'Inspection départementale des services d'hygiène, à Rouen, ce qui facilitera grandement la tâche de l'Office public d'hygiène sociale, celui-ci l'ayant à son entière disposition.

Le Conseil de surveillance de l'Office peut donc aborder avec confiance l'énorme tâche antituberculeuse, aujourd'hui reconnue indispensable et urgente par tout le monde. Aidé comme il le sera par les Services publics et par les Groupements et Œuvres privés, certain d'être compris et suivi dans les milieux ouvriers, il pourra la mener à bien, avec le concours du temps.

C. — Maladies diverses dont la généralisation compromet la valeur sociale de la population.

Sans entrer dans des développements au sujet de l'action contre ces « maladies sociales », notons seulement que :

Pour les *maladies vénériennes*, les centres puissants de vénéréologie de Rouen et du Havre, soutenus par le ministère de l'Intérieur, constituent un excellent point de départ ;

Et que, pour les *maladies oculaires contagieuses, l'hôpital ophtalmologique départemental Forbras*, à Rouen, si bien dirigé, permet de lutter efficacement contre cette autre menace.

***

Nous ferons remarquer que l'Office, en s'attaquant à tous ces fléaux simultanément, en s'employant à venir à l'aide de toutes les détresses en même temps, fera par cela même œuvre de simplification, de rapidité et d'économie. Ainsi, dans de nombreux cas, sous réserve d'un aménagement convenable et d'une judicieuse utilisation, un même local (à plusieurs pièces) pourra abriter dispensaire pour la maternité et l'enfance, dispensaire antituberculeux et tous autres services ! De même les infirmières sociales ou visiteuses, bien que spécialisées, étant qualifiées pour coopérer à l'ensemble des dépistages, c'est à la moindre peine et aux moindres frais qu'elles révéleront le plus grand nombre de grossesses à surveiller, de menaces de mortalité infantile, de tuberculose, de maladies oculaires contagieuses et d'autres affections dont se soucie l'Office ; toutes d'ailleurs s'emploieront à la diffusion de l'hygiène en général : hygiène corporelle, hygiène du logis, hygiène alimentaire, etc....

Ces infirmières seront, au surplus, les meilleures contrôleuses de l'allaitement maternel et de l'hygiène infantile, si bien qu'avec le minimum de personnel on pourra, dans tous les domaines, obtenir le maximum de résultats.

Chez Lallemand, Préfet de la Seine Inférieure.

Ch. Lallemand,
Préfet de la Seine-Inférieure.

Remarque

Nous publions les parties essentielles du rapport du Préfet de la Seine-Inférieure, parce qu'il est indispensable que le corps médical soit tenu au courant des efforts que fait l'Administration pour organiser la médecine et l'hygiène sociales.

Il est évident qu'en bonne logique, toute entreprise de ce genre n'est viable qu'à la condition de s'appuyer sur les techniciens, en l'espèce le corps médical ; nous aurions donc aimé savoir dans quelle mesure les médecins organisés de la Seine-Inférieure ont collaboré ou collaborent à des œuvres qui réclament nécessairement leur concours.

Sans vouloir reprendre ici une discussion dans laquelle le Syndicalisme médical a, à juste titre, le droit de dire son mot — nous retenons dans le rapport précité, la déclaration formelle que *jamais on ne se substituera au médecin traitant au regard des malades.*

En revanche, *les médecins agréés* dont il est question à l'alinéa suivant, qui paraphrase la déclaration précédente, nous laissent rêveur.

Médecins agréés ! Agréés par qui ? Nommés par qui ? Choisis comment ? Il y a sept à huit ans, un ministre éphémère avait rêvé, lui aussi, de *médecins agréés*.

Assistons-nous à une résurrection départementale de la conception nationale de M. Chéron ?

Nous nous bornons à signaler ce côté particulier de la question à nos lecteurs.

Ils apprécieront et pourront agir.

N. D. L. R.

LÉGISLATION

Loi du 12 mars 1920 sur l'extension de la capacité civile des syndicats professionnels.

Art. 1er. — Les articles 4, 5, 6 et 7 de la loi du 21 mars 1884, relative à la création de syndicats professionnels, sont modifiés conformément aux dispositions ci-après :

« *Art.* 4 (paragraphes additionnels). — Les femmes mariées exerçant une profession ou un métier peuvent, sans l'autorisation de leur mari, adhérer aux syndicats professionnels et participer à leur administration et à leur direction.

« Les mineurs âgés de plus de seize ans peuvent adhérer aux syndicats, sauf opposition de leurs père, mère ou tuteur. Ils ne peuvent participer à l'administration ou à la direction.

« Pourront continuer à faire partie d'un syndicat professionnel les personnes qui auront quitté l'exercice de leur fonction ou de leur profession, si elles l'ont exercée au moins un an.

« *Art.* 5. — Les syndicats professionnels jouissent de la personnalité civile. Ils ont le droit d'ester en justice et d'acquérir sans autorisation, à titre gratuit ou à titre onéreux, des biens, meubles ou immeubles.

« Ils peuvent, devant toutes les juridictions, exercer tous les droits réservés à la partie civile relativement aux faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de la profession qu'ils représentent.

« Ils peuvent, en se conformant aux autres dispositions des lois en vigueur, constituer entre leurs membres des caisses spéciales de secours mutuels et de retraites.

« Ils peuvent, en outre, affecter une partie de leurs ressources à la création d'habitations à bon marché et à l'acquisition de terrains pour jardins ouvriers, éducation physique et hygiène.

« Ils peuvent librement créer et administrer des offices de renseignements pour les offres et les demandes de travail.

« Ils peuvent créer, administrer ou subventionner

AVIS

TARIF DUBIEF

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs le TARIF DUBIEF avec son Répertoire alphabétique.
Prix franco : 1 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales.

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arcachon : Cazaban, Dechamp.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu : Bertier Louis, Ricoux.
Beausoleil : Audoly, Picard P.,
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles, Baradat, Bayle, Fournier, Kent-Gazet, Seytre, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Frank-Duprat, Comoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Durond, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Jaubert.
Menton : Jean Fornari aîné, P. de Langenhagen.
Monaco : Jolivot.
Monte-Carlo : Vivant.
Nice : Ardoin, S. Baudry (*oculiste*), Bermondy, Bernarbeig, Carlotti (*ophtal.*) Cauvin (*oculiste*), Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Gruzu, Laugier, Larue, Leblanc, Leriche Emile, Liotard, Martinaud (*Mon cure-repos*), Piétri, Rosanoff Seney, Sorel (*gyn. chir.*), Stefani.
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy, Gain.
St-Raphaël-Valescure Caldagues, Vadon.
Toulon : Gilbert Pignet (*urol. derm.*), Regnault (*chir., gyn.. orth.*).

des œuvres professionnelles, telles que : institutions professionnelles de prévoyance, laboratoires, champs d'expériences, œuvres d'éducation scientifique, agricole ou sociale, cours et publications intéressant la profession.

« Ils peuvent subventionner des sociétés coopératives de production ou de consommation.

« Ils peuvent, s'ils y sont autorisés par leurs statuts et à condition de ne pas distribuer de bénéfices, même sous forme de ristournes à leurs membres :

« 1° Acheter pour les louer, prêter ou répartir entre leurs membres tous les objets nécessaires à l'exercice de leur profession, matières premières, outils, instruments, machines, engrais, semences, plants, animaux et matières alimentaires pour le bétail. ;

« 2° Prêter leur entremise gratuite pour la vente des produits provenant exclusivement du travail personnel ou des exploitations des syndiqués ; faciliter cette vente par expositions, annonces, publications, groupement de commandes et d'expéditions, sans pouvoir l'opérer sous leur nom et sous leur responsabilité.

« Ils peuvent passer des contrats ou conventions avec tous autres syndicats, sociétés ou entreprises. Tout contrat ou convention, visant les conditions collectives du travail, est passé dans les conditions déterminées par la loi du 25 mars 1919.

« Les syndicats peuvent déposer, en remplissant les formalités prévues par l'article 2 de la loi du 23 juin 1857, modifiée par la loi du 3 mai 1890, leurs marques ou labels. Ils peuvent, dès lors, en revendiquer la propriété exclusive dans les conditions de ladite loi.

« Ces marques ou labels peuvent être apposés sur tout produit ou objet de commerce pour en certifier l'origine et les conditions de fabrication. Ils peuvent être utilisés par tous individus ou entreprises mettant en vente ces produits.

« Les peines prévues par les articles 7 à 11 de la loi du 23 juin 1857, contre les auteurs de contrefaçons, apposition, imitation ou usage frauduleux des marques de commerce, seront applicables, en matière de contrefaçons, apposition, imitations ou usages frauduleux des marques syndicales ou labels. L'article 463 du code pénal pourra toujours être appliqué.

« Les syndicats peuvent être consultés sur tous les différends et toutes les questions se rattachant à leur spécialité.

« Dans les affaires contentieuses, les avis du syndicat seront tenus à la disposition des parties qui pourront en prendre communication et copie.

« Il n'est dérogé en aucune façon aux dispositions des lois spéciales qui auraient accordé aux syndicats des droits non visés dans la présente loi.

« Les immeubles et objets mobiliers nécessaires à leurs réunions, à leurs bibliothèques et à leurs cours d'instruction professionnelle seront insaisissables.

« Il en sera de même des fonds de leurs caisses spéciales de secours mutuels et de retraites dans les limites déterminées par l'article 12 de la loi du 1er avril 1898 sur les sociétés de secours mutuels.

« *Art.* 6. — Les syndicats professionnels régulièrement constitués d'après les prescriptions de la présente loi peuvent librement se concerter pour l'étude et la défense de leurs intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles.

« Les dispositions des articles 3 et 4 sont applicables aux unions de syndicats qui doivent, d'autre part, faire connaître, dans les conditions prévues audit article 4, le nom et le siège social des syndicats qui les composent.

« Ces unions jouissent, en outre, de tous les droits conférés par l'article 5 aux syndicats professionnels.

« Leurs statuts doivent déterminer les règles selon lesquelles les syndicats adhérents à l'union sont représentés dans le conseil d'administration et dans les assemblées générales.

« *Art.* 7. — Tout membre d'un syndicat professionnel peut se retirer à tout instant de l'association, nonobstant toute clause contraire, sans préjudice du droit, pour le syndicat, de réclamer la cotisation afférente aux six mois qui suivent le retrait d'adhésion.

« Toute personne qui se retire d'un syndicat conserve le droit d'être membre des sociétés de secours mutuels et de retraite pour la vieillesse à l'actif desquelles elle a contribué par des cotisations ou versements de fonds.

« En cas de dissolution volontaire, statutaire ou prononcée par justice, les biens de l'association sont dévolus conformément aux statuts, ou, à défaut de dispositions statutaires, suivant les règles déterminées par l'assemblée générale. En aucun cas, ils ne peuvent être répartis entre les membres adhérents ».

Art. 2. — L'article 8 de la loi du 21 mars 1884 est abrogé.

Art. 3. — L'article 9 de la loi du 21 mars 1884 devient l'article 8.

Art. 4. — Il est ajouté à la loi du 21 mars 1884 un article 9 nouveau, ainsi conçu :

« *Art.* 9. — La présente loi est applicable aux professions libérales.

« Une loi spéciale fixera le statut des fonctionnaires ».

Art. 5. — L'article 10 de la loi du 21 mars 1884 est rédigé ainsi qu'il suit :

« *Art.* 10. — La présente loi est applicable à l'Algérie et aux colonies.

« Toutefois, les travailleurs étrangers et engagés sous le nom d'immigrants ne pourront faire partie des syndicats ».

(*J. O.*, 14 mars 1920.)

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année 1919 au trésorier Dr Gassot à Chevilly (Loiret).

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Mutualité et politique

J'avais toujours cru que, dans les statuts régissant les sociétés françaises, il y avait un article leur interdisant de s'occuper de politique et de religion.

Nous savions aussi que cette loi était toujours violée, comme beaucoup d'autres, mais cette violation se faisait toujours discrètement.

Mais en temps d'élections, bas les masques, pas de contrainte. Vous vous en rendrez compte en lisant la lettre suivante, adressée par le Comité général des sociétés de Secours mutuels et de Retraites du Rhône, aux présidents des sociétés de son ressort.

Lyon, le 5 novembre 1919.

Monsieur le Président et cher Collègue,

Jusqu'à présent, la Mutualité n'avait, à aucune des élections législatives, pressenti les candidats pour faire insérer ses revendications dans leurs programmes.

Ignorante de ses forces et par timidité sans doute, elle était restée ce qu'elle avait toujours été, tranquille, et continuait sans bruit son excellente besogne de rénovation et de paix. Elle n'a pas toujours été récompensée de son calme et de son silence.

Aujourd'hui, qu'elle sait avoir plus de *six millions d'adhérents*, la situation change.

Confiante dans son bon droit, fière de son passé et du concours qu'elle a toujours apporté aux œuvres sociales, elle a le devoir, sinon d'entrer dans les luttes politiques, d'où l'écartent, avec juste raison, sa charte du 1er avril 1898 et ses statuts, tout au moins d'exiger des candidats qui sollicitent les suffrages des mutualistes, *et ce, à quelque parti qu'ils appartiennent*, d'inscrire dans leurs programmes ses désirs légitimes et leur promesse de l'aider et de la soutenir.

Il ne faut pas qu'elle soit ignorée ou délaissée par ceux qui seront chargés d'élaborer les lois futures auxquelles, en ce qui la concerne, elle continuera sa collaboration active et désintéressée.

C'est pour cela que le Conseil d'administration de votre Comité Général a cru opportun de dresser une formule de revendications et de les soumettre à tous les Comités électoraux.

Cette formule sera également communiquée aux journaux.

Nous vous serions obligés de vouloir bien faire part de notre décision à votre Conseil et à vos Sociétaires, en leur demandant d'appuyer notre action et d'exiger de leurs candidats les engagements et promesses que nous réclamons d'eux.

Leur voix ne serait assurée qu'à ceux qui nous assureraient de leur appui.

Dans l'espoir que vous serez de notre avis et nous accorderez votre concours et celui de vos Sociétaires, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président et cher Collègue, l'assurance de nos sentiments les plus dévoués.

Pour le Conseil d'administration :

Le Président : A. VOLPELIER.

Le Comité Général des Sociétés de Secours mutuels du Rhône a adressé aux divers Comités électoraux la lettre suivante :

Le Comité Général des Sociétés de Secours mutuels et de Retraites du département du Rhône, au nom des 225 Sociétés et des 64.000 Sociétaires qui lui sont affiliés, a l'honneur de demander la pleine et entière adhésion de vos candidats aux revendications qui sont un minimum pour les Mutualistes de France :

1° Qu'il soit réservé dans toutes les maisons communes, construites ou à construire, des locaux à la disposition des Sociétés de Secours mutuels;

2° Que, dans le projet de loi sur l'Assurance-Maladie et Invalidité, qui sera soumis au Parlement au début de la prochaine législature, la Mutualité soit choisie comme l'organe essentiel pour l'application de cette loi ;

3° Que le taux de la subvention « Maladie » fournie par l'Etat, actuellement de 12 %, soit porté à 25 % et qu'aucun maximum ne soit fixé au total des subventions ;

4° Que l'Etat vienne en aide aux Sociétés spécialement éprouvées par la Guerre pour combler leur déficit ;

5° Que le taux de 4,5 % alloué aux fonds confiés à l'Etat par les Sociétes soit relevé ;

6° Que les droits et intérêts de la Mutualité soient soutenus et défendus en toute circonstance.

Mutualistes, exigez de vos candidats que les desiderata exprimés ci-dessus soient insérés dans leur programme et votez pour ceux qui prendront l'engagement de soutenir et défendre la Mutualité.

Il ne s'agit pas ici de relever le prestige de la Mutualité, d'accroître son action sociale, d'aider au relèvement économique de la France ; non, elle poursuit toujours le même but : accroître ses avantages pécuniaires.

La mendicité seule, sous toutes ses formes, reste son éternelle préoccupation.

Et pour cela, elle a besoin de politiciens qui aient partie liée avec elle. Arrivistes qui fondent des sociétés mutuelles ou s'y enrôlent, membres honoraires pour s'en servir comme de tremplin politique. Celles-ci leur donnent leur appui sous conditions : flots de rubans pour les administrateurs, subventions pour les sociétaires. En réalité, c'est toujours le contribuable qui paye.

L'incursion des sociétés mutuelles dans le do-

maine politique n'est donc pas chose nouvelle. Depuis longtemps, nous sommes habitués à considérer ces sociétés comme des offices de cuisine électorale et de quelle cuisine ! aux dépens d'une foule de gogos.

Dr M. VIMONT.

VARIÉTÉS

Anecdotes médico-militaires.

Puisqu'on en est aux histoires héroï-comiques dont nous avons, les « médecins de complément » été plus ou moins tous les témoins et quelquefois les victimes au cours de la guerre, permettez-moi d'en raconter une aux lecteurs du *Concours*, que j'intitulerai, si vous voulez :

Histoire de poux.

Ceci se passait en Macédoine serbe, au cours de l'hiver **1916-17**, dans la brave ne division, la division B....., celle qui se fit si copieusement massacrer aux Dardanelles et sema ensuite tant de ses morts sur les pentes arides des montagnes de la nouvelle Serbie.

J'étais médecin de bataillon au ne Régiment d'infanterie de marche. Le médecin chef était de l'active, un des bons de l'active, du reste, pas téméraire évidemment, mais pas froussard outre mesure. Il ne s'était d'ailleurs, au moins jusqu'alors, jamais accroché comme tant d'autres, aux H. O. E., Groupes de G. B. D., gares régulatrices et autres postes de choix du même goût. Mais il avait l'affection chronique inhérente à son état, l'« avancite ».

Etant de ceux que les tirs de l'ennemi isolaient des patrons de l'arrière, des 5 galons de Florina, et à plus forte raison des pachas de Salonique, il prit une initiative destinée à appeler malgré tout l'attention de ces messieurs.

Les douches et l'épouillage des hommes fonctionnaient en Orient comme en France, avec plus de raison même là-bas où le typhus exanthématique était si facilement véhiculé par les parasites du corps. Monsieur le Médecin Chef donnait des ordres polycopiés très sévères pour le douchage, l'épouillage et le repassage des effets par nos brancardiers qui, aux périodes de repos, manœuvraient sans arrêt le fer à repasser. Nos médecins auxiliaires de bataillon devaient être présents à chaque minute aux séances d'épouillage. Un moment, il fit plus, et c'est là que l'histoire devient drôle.

Les médecins des bataillons reçurent l'ordre d'établir et de tenir rigoureusement à jour un état dit « Etat des Pouilleux ». Ces malheureux devaient se répartir en 3 catégories : les grands pouilleux, les moyens pouilleux et les petits pouilleux. Il en fut ainsi fait et le caporal brancardier, le caporal infirmier se mirent en devoir de dénombrer comme ils purent les *pediculi* d'un chacun pour lui assigner sa place parmi les grands, les moyens ou les petits. Entre temps, bien entendu, grand succès de l'affaire dans les popotes des bataillons, chacun tenant à occuper une place respectable, de préférence dans la catégorie des grands, histoire de rire.

Monsieur le Médecin Chef, lui, ne riait pas. Il collationnait soigneusement les états de pouilleux et, après chaque séance de douchage, décrétait des promotions. Les moyens devenaient des petits, les grands n'étaient plus que des moyens et bientôt des tout petits. Des courbes furent établies, des chiffres y figurèrent en rouge, en noir, en bleu, marquant, sur le papier tout au moins, la destruction rapide des vilains poux bulgares. Et, par la voie hiérarchique, les états filèrent vers les grands patrons de Salonique, qui les virent avec complaisance, admirèrent ces diagrammes destructeurs de poux et, peu de temps après, décorèrent le médecin chef.

Le Journal de marche du ne régiment d'infanterie ne portera sans doute pas trace des fameux états des pouilleux, qui nous valurent pourtant des minutes de franche hilarité dans les bataillons, aux jours les plus monotones de la campagne.

J'ai cru que cette histoire amuserait les lecteurs du *Concours*. Si elle tombe, en tout cas, sous les yeux de quelques confrères, anciens camarades du régiment, elle évoquera dans leur âme tant de souvenirs peu moroses !

Dr J. F.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Maison du médecin. —La vente de charité au bénéfice de « La Maison du médecin » aura lieu les 27 et 28 mai prochain, à la Faculté de Médecine.

Le Comité des Dames patronnesses comprend, outre un certain nombre de femmes et filles de confrères, Madame Thion de la Chaume, présidente ; Mesdames Maurice de Fleury et Jean-Louis Faure, vice-présidentes ; Mesdames Schmitt Claisse, Milian, Lauth, Harvier, qui chacune dirigeront un comptoir.

Le Comité des Dames fait un pressant appel au corps médical de Paris et de province ; il sollicite de lui des dons en nature pour achalander les comptoirs : objets d'alimentation, ouvrages

de dames, objets d'art, articles de Paris, etc., etc. Plus ces dons seront nombreux, plus le succès de la vente sera assuré.

Ce Comité est convaincu que son pressant appel sera entendu par la famille médicale tout entière, dont chaque membre aura à cœur de participer à cette manifestation charitable au bénéfice des vieux confrères hébergés à la Maison du médecin.

Envoyer indistinctement tous les dons, quels qu'ils soient, en nature ou en espèces, au siège social, 9, rue d'Astorg.

— Cours complémentaire de médecine légale. — Des conférences complémentaires seront faites, pendant le semestre d'été, sous la direction de M. le Pr Balthazard, les lundi, mercredi et vendredi, à 6 heures, au grand amphithéâtre. Elles porteront sur la toxicologie, les accidents du travail et la législation médicale.

Toxicologie. — Neuf leçons, par M. le Pr Balthazard, et MM. Duvoir et Dervieux, chefs des travaux de médecine légale. Ces leçons commenceront le 8 mars et seront continuées pendant le mois de mars.

Accidents du travail. — Vingt leçons, par M. le Pr Balthazard, MM. H. Claude, Laignel-Lavastine, Mauclaire, agrégés ; Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux.

Deux leçons seront en outre faites sur les accidents oculaires, par M. le Pr de Lapersonne, et sur les accidents oto-rhino-laryngés, à des dates qui seront ultérieurement indiquées.

Un enseignement pratique, comportant l'examen des blessés, aura lieu tous les jeudis, à 2 heures, au laboratoire de médecine légale, à partir du jeudi 15 avril.

Législation médicale. — M. le Pr Garçon fera 4 leçons complémentaires les samedis, à 6 heures, à partir du samedi 6 mars.

— Cours d'orthopédie de M. Calot (de Berck), 10e année. — Du lundi 17 mai au 23 mai, en sa clinique de Paris, 69 quai d'Orsay. — En 7 jours, de 2 heures à 7 heures, enseignement de l'*Orthopédie indispensable aux praticiens* (Orthopédie, Tuberculoses externes, Fractures). Avec exercices pratiques, pour médecins et étudiants français et étrangers. Les explications peuvent être données en espagnol et en anglais par M. Calot et ses assistants. — Droit d'inscription : 100 fr. Le nombre des places étant limité, écrire dès maintenant à M. Calot, 69 quai d'Orsay, Paris.

— Laboratoire de sérologie (direction Leredde et Rubinstein), 54, rue Saussure (XVIIe), métro Rome.

M. Rubinstein, chef du Laboratoire, fera du 22 avril au 20 mai un cours sur la *Sérologie appliquée à la clinique.* Les cours *publics* auront lieu à 14 heures, les mardis, jeudis et samedis et seront suivis, *pour les élèves inscrits*, de travaux pratiques et de manipulations. Le Laboratoire est également ouvert à ceux-ci, les autres jours de la semaine. Le but de ces leçons est de former des sérologistes et de les initier aux recherches du laboratoire.

Le nombre des inscriptions est limité à dix. Prix à verser : 150 francs. Le programme des leçons sera envoyé sur demande.

— Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires, parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supéreur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de *directeur du bureau municipal d'hygiène de la ville du Mont-Dore-les-Bains* (Puy-de-Dôme) est déclarée ouverte.

Le traitement alloué est fixé à 2,400 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours expirant le 10 avril 1920 pour adresser au ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales leurs demandes, accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 19 mars 1920.)

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

voie son blessé au médecin, en priant celui-ci de donner les soins nécessaires, le tarif médical applicable est le tarif de tout le monde : mais lorsque c'est le blessé qui a fait choix du praticien, ce dernier a le droit de réclamer au blessé ce que bon lui semble, mais le blessé ne sera remboursé par son patron, que du quantum fixé par le tarif dit Dubief.

Aussi, bon nombre de médecins préfèrent renoncer au droit qu'ils ont de fixer librement leurs honoraires, pour se contenter des prix du tarif Dubief, ne voulant pas laisser à la charge de l'ouvrier la différence entre le tarif ouvrier local et le tarif Dubief.

D'autant que les compagnies d'assurances, procédurières jusqu'à la gauche, font des procès pour savoir si vraiment c'est bien le patron et non l'ouvrier qui a désigné le docteur, etc.

Nous disons donc aux médecins, ou aux syndicats médicaux, exaspérés par les procédés des assurances : « Vous ne devez pas connaître ces sociétés financières. Soignez vos blessés en toute conscience, mais aussi en toute liberté et, pour être sûrs d'être payés, ajoutez à la responsabilité du consommateur de soins — le blessé —, celle du chef d'entreprise, responsable aux termes de la loi de 1898. Que celui-ci signe un bulletin par lequel il s'engage à payer vos soins, au tarif normal, et vous aurez toute liberté de travail ».

Mais si le docteur est isolé, si son syndicat est craintif ou caricature de syndicat, nous lui disons : « Acceptez le tarif Dubief, lorsque vous ne pouvez pas faire la preuve que c'est le patron qui vous a désigné, ou lorsque vous craignez de ne pas être honoré complètement par l'ouvrier. Vous perdrez ainsi un total annuel d'honoraires assez appréciable et vous n'aurez pas la certitude, en échange, d'être régulièrement payé, car vous aurez affaire aux assurances, toujours prêtes à recevoir l'argent, mais récalcitrantes lorsqu'il faut décaisser. Votre faiblesse corporative, votre peu de cohésion est la seule cause de cette capitulation ».

Vous parlez du tarif des pensions. Mais il n'existe pas, puisque les pourparlers ont été rompus entre le ministère et l'Union des syndicats médicaux. Attendez le nouveau tarif Dubief remanié, pour envoyer vos notes, si votre groupe décide de n'appliquer que le tarif Dubief, pour les accidents du travail.

Quant au tarif Jeanne, il sert de modèle et de base de discussion, lorsqu'il n'existe pas de tarif médical local. Ce dernier existe dans beaucoup de régions : le syndicat local, de concert avec les autres syndicats médicaux voisins, arrête le prix afférent aux différents actes médicaux et ce tarif comporte des quantum médicaux, selon que le client est un ouvrier, un bourgeois, ou un riche.

Dr P. B.

Enregistrement du diplôme en cas de changement d'arrondissement.

Installé dans l'arrondissement de C., j'ai fait enregistrer mon diplôme dans cette sous-préfecture.

J'ai changé d'arrondissement. Le Sous-Préfet d'A. me réclame l'enregistrement de mon diplôme.

Doit-on, si l'on change d'arrondissement (dans le même département) faire enregistrer son diplôme dans la sous-préfecture de son nouveau domicile ou bien le premier enregistrement suffit-il pour tout le département ?

Réponse.

Le paragraphe 2 de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 est formel :

« Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre dans le même délai. »

Il en résulte donc sans conteste que le fait de changer d'arrondissement ne suffit pas pour que le médecin soit contraint de faire enregistrer à nouveau son diplôme.

Cette disposition a évidemment été perdue de vue par le Sous-Préfet, auquel il devra suffire de la rappeler.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Trib. civ. de Lyon (Ch. correct.. 5 juin 1918).

Faux certificats délivrés par un médecin. Massages et visites inexistantes. Manœuvres frauduleuses. Condamnation.

Constitue le délit prévu et puni par l'article 405 du Code Pénal le fait par un médecin de délivrer des certificats constatant l'existence d'un accident du travail sans avoir examiné l'ouvrier, et d'adresser une note à la Compagnie d'Assurances mentionnant deux visites non effectuées et deux massages non opérés.

(La P... c. G...)

Le Tribuna

Attendu que l'intervention de la compagnie d'Assurances « La P... » comme partie civile est régulière en la forme et qu'il y a lieu de l'accueillir ;

Au fond : attendu que, du témoignage de M. B., il résulte que ce dernier, en décembre 1916 et au commencement de 1917, a été reconnu par le Dr G., *sujet bulgare*, comme ayant été victime d'un accident de travail, alors qu'il lui avait déclaré lui-même que cet accident n'avait jamais existé

Que G. ne s'est livré à aucun examen sur la per-

sonne de l'ouvrier B., et ne lui a fait subir aucun traitement, s'en rapportant aux déclarations mensongères qui lui avaient été faites ;

Attendu que les déclarations de B, sont corroborées par des certificats du Dr L. qui affirment n'avoir constaté sur B. l'existence d'aucune lésion résultant d'un accident du travail ;

Attendu qu'à la suite de ces faits, G, délivrait trois certificats successifs constatant que B. avait été victime d'un accident du travail nécessitant un repos de douze jours et qu'il n'avait pu reprendre son travail que le 26 décembre 1916 ;

Que G. adressait ensuite, le 28 février 1917, sa note d'honoraires à la Compagnie d'Assurances La P..., s'élevant à trente-huit francs et mentionnant, outre deux visites, huit séances de massages, alors que, d'après B., ces massages n'avaient pas été opérés ;

Qu'il y a ainsi de la part du prévenu un ensemble de manœuvres frauduleuses accompagnées d'actes extérieurs dans le but d'escroquer certaines sommes à la Compagnie La P...

Attendu que le fait reproché au prévenu ne paraît pas avoir été isolé ; qu'en effet les déclarations du sieur B. sont corroborées par celles de la demoiselle G., qui a attesté qu'ayant été victime d'un accident sans gravité, G. avait insisté auprès d'elle pour qu'elle continuât à se dire malade, alors qu'elle était complètement rétablie et désirait elle-même reprendre son travail ;

Attendu que ces faits constituent le délit prévu et puni par l'article 405 du Code Pénal ;

Attendu qu'il y a lieu, dans l'application de la peine, de se montrer sévère pour de tels agissements surtout émanant d'un étranger et même d'un sujet ennemi, profitant des avantages de la nationalité française sans en supporter les charges;

Attendu qu'il existe toutefois des circonstances atténuantes en faveur du prévenu ;

Attendu qu'il y a lieu d'allouer la somme de un franc réclamée par la partie civile à titre de dommages-intérêts ;

Par ces motifs ;

Le tribunal, statuant en premier ressort et contradictoirement

Reçoit la Compagnie La P... en son intervention comme partie civile

Déclare le prévenu coupable du délit ci-dessus spécifié, et par application des articles 405, 463 du Code Pénal, 194 du Code d'Instruction Criminelle, 52 du Code Pénal, 2 et 9 de la loi du 22 juillet 1867, dont la lecture a été faite à l'audience par Monsieur le Président

Statuant sur les réquisitions du Ministère Public ;

Condamne G. à trois mois d'emprisonnement et cinq cents francs d'amende ;

Statuant sur les conclusions de la partie civile ;

Condamne G. à payer à la Compagnie La P... la somme de un franc à titre de dommages-intérêts ;

Ordonne que le présent jugement sera publié

in extenso par les soins de la Compagnie La P... dans cinq journaux au choix de la Compagnie, et aux frais du docteur G. ;

Condamne la partie civile aux dépens, sauf son recours contre le prévenu qui est condamné à les lui rembourser ;

Fixe au minimum la durée de la contrainte par corps.

Ce jugement a été confirmé par arrêt de la Cour d'Appel de Lyon, et maintenu par arrêt de la Cour de Cassation.

Note. — Nous ne saurions trop applaudir à cette condamnation sévère de pratiques qui ne s'expliquent, sans doute, dans le cas présent, que par une conception de l'honneur professionnel qui a peut-être cours en Bulgarie, mais qui est généralement ignorée, désavouée et honnie par le corps médical français.

Autant nous sommes prompts à publier les décisions de justice qui frappent les Cies d'assurances quand elles prétendent atteindre le praticien dans ses intérêts les plus légitimes, autant nous mettrons d'empressement à ouvrir nos colonnes aux jugements qui châtient comme ils le méritent des agissements délictueux qui assimilent leurs auteurs aux escarpes de grande envergure.

La Direction.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponse ministérielle.

Le calcul du revenu des contribuables restés en régions envahies.

395. — M. Léon Escoffier (Nord), député, signale à M. le Ministre des Finances la nécessité de régler d'urgence les conditions relatives à l'établissement des déclarations d'impôt global sur le revenu pour l'année 1919 en ce qui touche les contribuables qui sont restés dans les régions envahies pendant la durée de l'occupation et qui, par suite, se sont trouvés dans l'impossibilité de toucher effectivement des revenus jusqu'en l'année 1919, ajoutant que si on appliquait littéralement les dernières lois fiscales, le résultat serait le suivant : pour les déclarations afférentes à l'année 1919, il y aurait lieu, si l'on s'en tient au texte, d'y incorporer tous les arrérages effectivement touchés au cours de ladite année 1919 et, en conséquence, même ceux afférents aux années 1915, 1916, 1917, 1918 et réellement perçus, en tout ou en partie, en 1919, de telle sorte que l'impôt serait calculé sur le revenu de cinq à six années parce qu'il a

été touché en cette même et seule année 1919, et demandé au ministre de prendre les mesures nécessaires pour protéger les sinistrés des pays envahis contre de telles éventualités. (*Question du 22 janvier 1920*).

Réponse. — Il résulte de l'article 10 de la loi du 15 juillet 1914 et de l'article 1er du décret du 17 janvier 1917 que, pour l'établissement de l'impôt général, tous les revenus perçus au cours d'une année quelconque doivent, en principe, être considérés comme des revenus de ladite année et compris, à ce titre, dans les bases de cotisation de l'année suivante. Toutefois, en raison de la situation créée par la guerre, il est possible d'admettre, par mesure d'exception, que les revenus dont les contribuables ont été privés pendant les années de guerre et qu'ils auront récupérés postérieurement à la cessation des hostilités soient rapportés, en vue de l'assiette de l'impôt, aux années pendant lesquelles ils auraient dû normalement être réalisés. Comme, d'autre part, l'impôt général n'est applicable aux personnes demeurées dans les régions envahies qu'à partir de 1919, ces contribuables n'ont pas à déclarer les revenus perçus par eux au titre des années 1915, 1916 et 1917. Quant aux revenus qu'ils auront réalisés en 1919 au titre de l'année 1918, ils seront admis à les comprendre dans leurs déclarations relatives à cette dernière année.

(*J. O.*, 17 mars 1920.)

Le sursis d'incorporation des étudiants.

520. — M. Guibal, député, expose à M. le Ministre de la Guerre que les étudiants, et en particulier les étudiants en médecine de la classe 1920 devaient, pour obtenir un sursis d'incorporation, en faire la demande lors de leur passage devant le conseil de révision, au cours de l'été 1918, que beaucoup renoncèrent au bénéfice de cette disposition, par un louable souci de patriotisme, que beaucoup de jeunes gens de la même classe, d'autre part, n'avaient alors pas achevé leurs études secondaires, qui, aujourd'hui, ont déjà commencé leurs études supérieures et demande s'il n'est pas injuste de priver du bénéfice du sursis d'incorporation ces jeunes gens, et s'il n'est pas préjudiciable aux intérêts du pays d'arrêter des études techniques alors qu'il suffirait de permettre aux étudiants de cette classe de formuler une demande de sursis d'incorporation avant leur appel prochain. (*Question du 23 janvier 1920.*)

2e *réponse.* — La question de l'attribution de sursis aux jeunes gens de la classe 1920 a été débattue à la séance du 26 février de la Chambre et résolue par la négative. Il est à remarquer que les étudiants en médecine pourront, au bout d'un an de service, demander le sursis renouvelable prévu par l'article 25 de la loi du 21 mars 1905 modifié par l'article 15 de la loi du 7 août 1913.

(*J. O.*, 17 mars 1920.)

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Soirs d'hiver....

Ah que ces soirs d'hiver sont des soirs de vieillesse !
Que ce ciel gris est lourd à porter, qui s'abaisse,
Tombe comme un linceul. . .
C'est à désespérer que le printemps renaisse,
Tant ce morne horizon exprime de détresse,
Remplit le cœur de deuil. . . . .

Ah ! les tourbillons fous des feuilles desséchées,
Au passage, on dirait de quelque chevauchée,
Que conduirait la mort !
Elles s'en vont au loin par brusques envolées,
On ne saurait dire où. . . dans un frisson mêlées,
Avec des tons vieil or. . . . .

Nos rêves de jeunesse ainsi nous abandonnent,
Et ceux qui restent, hélas ! le souci les moissonne,
Ou les ensevelit !
Malgré tout, en notre âme, on les sent qui frissonnent
Et très doux et cruel est le charme qu'ils donnent
En leur reflet pâli !

Dr Jean MONPLAISIR.

LE LIVRE D'OR DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Citation.

Dr L. DUBRISAY, de Paris, médecin major de 1re classe.

A l'ordre du Service de Santé.

« Volontaire aux Armées depuis le début des hostilités. Successivement médecin-chef de formations situées dans des villes fréquemment bombardées, telles que Reims, Verdun, Bar-le-Duc, Epernay, a toujours donné l'exemple du plus grand sang-froid. S'est particulièrement distingué le 28 mai à Epernay ou malgré un bombardement des plus violents, il assurait l'évacuation méthodique des blessés, du personnel et du matériel de l'hôpital Rolland ». (25 novembre 1916).

Soufre Colloïdal Electrique
+
Arséno-benzo-vanadate de Hg
ni nodule — ni douleur
SYPHILIS
et toutes ses manifestations.
(Ampoules)

SULFARÈNE

Fie et Méth. du Dr R. Molinéry (de Barèges)

GYNÉCOLOGIE
Soufre Colloïdal + Aromates.
(Ovules)

BL. DE GUERRE — DERMATOSES
(Tube-Bain de Synthèse sulfurée)

RENSEIGNEMENTS : *Laboratoire, Droguerie Centr. du Sud-Ouest,* **AGEN.** — **PARIS** : *Michelat et Souillard, grossistes.*

VITTEL

GRANDE SOURCE



Goutte - Gravelle - Rhumatismes goutteux

Régime des ARTHRITIQUES

SAISON DU 20 MAI AU 25 SEPTEMBRE

RÉGYL

A base de peroxyde de magnésium et de fluorure de sodium organique
Échantillons gratuits à MM. les Docteurs.

DYSPEPSIES
GASTRALGIES

***7 fr. 50** la boîte. Traitement d'un mois.*
Laboratoires FIEVET, 53, rue Réaumur, PARIS

TRAITEMENT DE
L'INSOMNIE NERVEUSE

LABORATOIRES **DURET ET RABY**
5, Avenue des Tilleuls. PARIS
MARQUE DÉPOSÉE
Échantillons sur demande à tous les Docteurs

COMPRIMÉS DE
NYCTAL

Syn. Bromdiéthylacétylurée = Adaline française

VÉRITABLE SOMMEIL DE DÉTENTE

BENZOLACTOL

GRANULÉ
Pérox. Magnésium (Syn: Hopogan), Benz. Naphtol, Salol, etc.
Le Meilleur Antiseptique dans toutes les
Infections du TUBE DIGESTIF
(3 à 6 cuillerées à café par 24 heures)
ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE:
Laboratoires du BENZOLACTOL, 26, Rue de Sévigné, PARIS

BRONCHITES
ASTHME · TOUX · GRIPPE
GLOBULES DU Dr DE KORAB
A L'HÉLÉNINE DE
EXPÉRIMENTÉS DANS LES HOPITAUX DE PARIS
2 à 4 par jour
L'HÉLÉNINE DE KORAB calme la toux, les quintes même incoercibles, tarit l'expectoration; diminue la dyspnée; prévient les hémoptysies. Stérilise les bacilles de la tuberculose et ne fatigue pas l'estomac
CHAPES 12, RUE DE L'ISLY PARIS

PARAFFINOLÉOL HAMEL PARAFFINE LIQUIDE CHIMIQUEMENT PURE

INDICATIONS : **Constipation opiniâtre, Colites, Entérocolites, Appendicite chronique.**
DOSE : Une cuillerée à soupe au repas du midi et du soir.
Pour les Enfants, Crème de Paraffinoléol au Cacao, d'un goût très agréable.

HAMEL, *Docteur en Pharmacie, LE MANS.*

Dépôt à Paris : **Laboratoires TRIOLLET, 64, rue de La Rochefoucauld. — Téléph. Central : 72-15**

Le VIN GIRARD



IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD,** de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE



UN VERRE A MADÈRE
AVANT LE REPAS

VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 14 — DIMANCHE 4 AVRIL 1920

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

DIRECTION

Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT, DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

AVIS

TARIF DUBIEF

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs le TARIF DUBIEF avec son Répertoire alphabétique. Prix franco : 1 fr.

TARIF

général minimum raisonné des honoraires médicaux.

(*Ancien tarif Jeanne*).

Etabli par une Commission spéciale nommée par le *Concours médical* et comprenant des chirurgiens et des spécialistes. *Volume de 208 pages relié.*

PRIX : 3 francs.

Adresser les commandes, accompagnées du montant en un mandat, à M. C. BOULANGER administrateur du Concours médical, *132, faubourg Saint-Denis, Paris.*

DON

Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Lesur, de Pornic (Loire-Inf.), la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

AVIS

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 en timbres pour frais de réimpression de bande.

Quarante-deuxième année. N° 14 4 Avril 1920

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

(Voir numéros précédents).

AVIS

Automobilisme

Le groupement du Dr de Vaubercey, Miribel (Ain), demande au plus tôt adhésions pour voiturette 4 roues, 8 HP., 2 cyl. à air, ventilateurs, ne chauffant pas, bien suspendue, élégante, économique et robuste. Grand constructeur nous réserve fabrication sérieuse, livraisons rapides et prix avantageux (moins de 6.000 fr.) si commandes nombreuses. 4 cyl. à eau inutiles et trop chers pour praticiens moyens.

DEMANDES et OFFRES

Toute demande de renseignements doit être accompagnée d'un timbre pour la réponse.

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

N° 133. — A céder grande ville Ouest, pour raisons de santé, clinique accidents du travail.

N° 134. — Pièce à louer dans clinique, rive gauche, convenant à spécialiste yeux et larynx.

N° 135. — Dame, docteur en médecine et pharmacien, demande emploi médical ou para-médical pour après-midi. Ecrire Dr Casabianca, 80, Bd. St-Germain, Paris.

N° 136. — Région de l'Ouest. A prendre à la campagne poste médical vacant sur grande ligne de chemin de fer et proximité de la ville. On fait la pharmacie. Seul médecin, clientèle payant bien, pays agréable, chasse et pêche.

N° 137. — A vendre : 1° moto Rupta, monocyl. 2 HP., transformée avec magnéto haute tension. Bon état de marche ; 2° corne d'auto tout cuivre. Poire à remplacer ; 3° fourneau à gaz d'essence (avec tuyaux) 2 trous, fonte émaillée bleue. Bon état ; 4° davier pour canines et incisives supérieures ; davier pour molaires supérieures dr. Clef de Garengeot. Neufs. Faire offres : Dr Gabriault, Lusignan (Vienne).

N° 138. — Ancien poste d'un rapport de 25 à 30.000 fr. A céder dans jolie petite ville de l'Ouest. Très belle villa moderne, à vendre ou à loucr. Rapport facile à augmenter. S'ad. Breitel et Goret 1, rue Dante, Paris.

N° 139. — Poste dans chef-lieu de canton de l'Ouest, clientèle ayant rapporté 30.000 fr. avant-guerre. Plusieurs fixes. Maison à vendre ou indemnité pour clientèle 3,000 fr. S'ad., Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

Le Codoforme.

Pourriez-vous me dire où se prépare le *Codoforme*, dont il a été parlé dans le n° 13 du *Concours*.

Réponse

Le *Codoforme* est préparé par les Laboratoires du *Néol*, 9, rue Dupuytren, Paris.

A propos des soins aux mutilés.

Le *Concours médical* annonce que probablement les conférences pour l'application de l'article-64 vont reprendre. Cela ne serait pas trop tôt, car c'est le gâchis.

Depuis le 11 janvier, j'ai bien eu l'occasion de donner mes soins à une dizaine de bénéficiaires et on me dit à la préfecture : soignez, faites donner les médicaments et on paiera plus tard.

Quand ces pauvres diables réclament leurs carnets, on leur demande tellement de pièces pour établir leurs droits qu'ils ne s'y reconnaissent plus. Et le travail est si bien fait dans les hôpitaux de réforme ! J'en ai vu un à qui on réclamait son certificat de réforme n° 1, qu'il n'a jamais eu. Il le demande au centre de réforme où il a été réformé, on lui a envoyé à la place la copie de sa feuille de sortie *guéri* d'un autre hôpital en 1915, alors qu'il avait été réformé en 1917 dans l'hôpital où il s'adressait.

J'ai vu hier pour la première fois un carnet venant du Ministère. C'est insensé. Le sous-secrétaire d'Etat d'alors ignorait tout de la médecine parce que médecin ne s'étant jamais occupé que de médecine électorale, ce qui est tout différent de la médecine tout court. Le successeur de M. B. avait appris l'administration comme secrétaire général du R. où il avait été spécialisé peut-être à la police politique, ou à la cuisine électorale, mais n'y avait pas appris le français, puisque pour lui, entente et consultation sont synonymes. Ils n'ont pas eu l'idée que, dans quelques 70 départements, il y a le libre choix pour l'Assistance, et qu'on trouverait dans ces préfectures des modèles de bons d'assistance plus ou moins parfaits, mais du moins sanctionnés par l'expérience de plus de 20 ans — 24, pour les départements ayant eu le libre choix et qu'on n'avait qu'à imiter ces modèles en les complétant.

Au lieu de cela, on fait un carnet en triptyque : 1re partie : certificat constatant que c'est bien la suite de la cause de la réforme. Mais, pour montrer qu'on se f..... des carnets médicaux, le carnet ne porte aucune marque d'identité, aucune indication de l'affection pour les suites de laquelle le bénéficiaire a droit aux soins médicaux. Par conséquent, pas de contrôle possible, car pratiquement, jamais les porteurs d'un carnet ne viendront avec toutes leurs pièces nécessaires, ou s'ils en portent, ils auront laissé au tiroir, pour ne pas le perdre, le certificat de réforme avec les motifs.

2° Une autre partie pour le médecin, dont une ligne pour le prix de la visite, et une pour le nombre de kilomètres. Et les interventions chirurgicales qui ne nécessiteront pas l'hospitalisation ? Mais deux lignes pour indiquer la liste, la section, et la couverture du carnet porte un numéro d'ordre, mais n'indique ni liste, ni section.

3° Une feuille pour les médicaments : le verso seul est réservé à l'ordonnance. Par conséquent complication pour la vérification des comptes (un auxiliaire de plus à payer. La France en a tellement payé d'inutiles qu'elle peut en payer 90 de plus (un par département).

Ce verso a exactement 78 cmq. et est insuffisant pour une ordonnance complète avec la date, le lieu, la signature.

C'est de plus en plus le règne du désordre et l'incompétence hiérarchisée ! !

Quand la loi des pensions fut en discussion, à propos de l'article 64 (Tribunal des pensions), notre confrère Peyroux, qui a toujours bien défendu les intérêts du corps médical, se déclara satisfait quand il eut fait accepter par le sous-secrétaire d'Etat, la rédaction actuelle : membre médecin nommé sur une liste de deux noms proposés par les syndicats médicaux ou sur la liste des experts. Je trouvai alors qu'il se contentait de peu, comme le sage ; et qu'ainsi le ministère nommerait qui il voudrait.

Je n'avais pas tort. Je connais un juge-médecin, qui a fait, comme tous les médecins non mobilisés, quelques vagues expertises civiles pendant la guerre, mais qui n'était pas porté sur la liste des experts ; le vote des syndicats médicaux ne lui a pas donné une seule voix en dehors de la sienne, sans doute.

Il a, il est vrai, des services exceptionnels et une compétence toute particulière :

Classe 97, service auxiliaire ; 8 mois de service dans un hôpital temporaire de sa résidence comme infirmier, est embusqué dès le 2 octobre 1914 dans des postes civils de sa résidence, et trouve, après 8 mois, moyen de se faire rayer des cadres militaires, non par réforme, mais par mise à la disposition de l'administration civile de sa résidence, pour qu'il y remplisse les postes bien payés que la mobilisation des titulaires lui avait fait confier. J'espère qu'on lui attribuera une des croix supplémentaires de la Légion d'honneur que la Chambre vient de voter. Et ce sera de la vraie justice népotique.

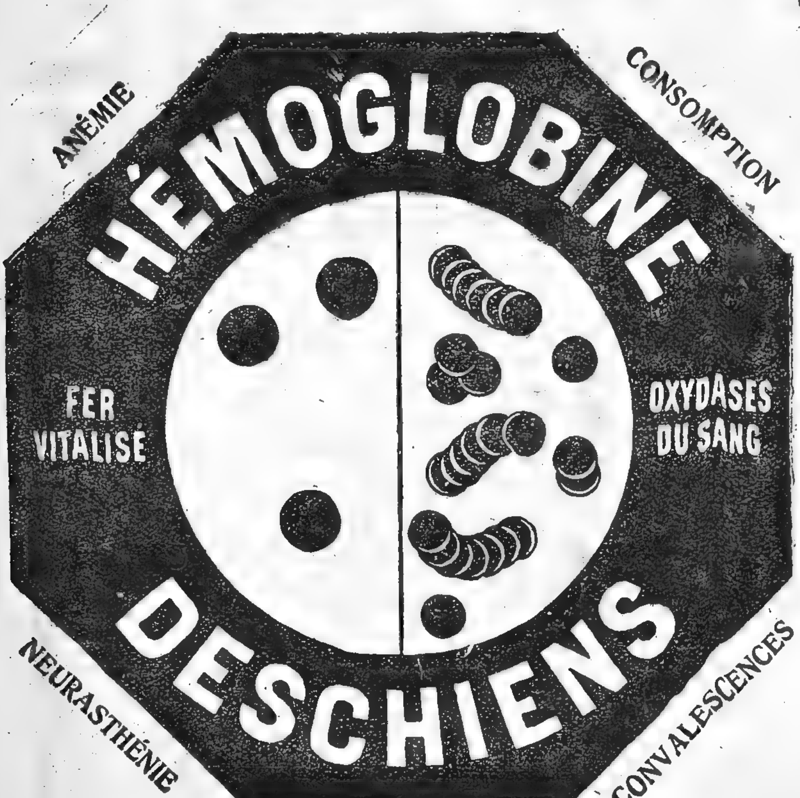
Dr G.

Comment on se fait payer intégralement ses honoraires.

J'ai l'honneur de vous envoyer le détail d'une petite affaire qui s'est passée avec une Compagnie d'assurance et jugerez vous-même s'il y a lieu de publier cet incident, qui pourrait servir d'exemple à certains confrères timorés.

Je vous envoie un duplicata, tenant les originaux à votre disposition, si vous le jugez nécessaire et vous verrez s'il y a lieu de publier les noms propres. Le prix de la visite ou consultation était à ce moment-là de 5 fr. Le prix de la visite à la G., campagne située à 5 kilomètres était de 20 fr. Que diront-ils donc maintenant, alors que la visite ou consultation se paye 10 fr.

Dr V.



Pièce n° 1.

M. A., représentant la Compagnie d'assurances X., suivant les usages, et ne tenant pas de comptabilité, j'ai l'honneur de vous remettre la note mensuelle de mes honoraires, qui s'élève à deux cent vingt francs, pour soins donnés accident B., chez F., à la « G. », commune de B.

(Voir détails plus loin).

Note d'honoraires du docteur G. V., domicilié à V. pour soins donnés au sieur B., ouvrier *agriculteur*, chez Madame Vve F.

Accident survenu le deux novembre 1919.

Fracture des 5e, 6e, 7e, 8e côtes, thorax latéral droit avec pleurite.

2 novembre 1919, visite d'urgence à domicile, grand bandage, certificat	30 fr.
3 nov., visite d'urgence à domicile, grand bandage	25 fr.
4 nov., visite d'urgence à domicile, grand bandage	25 »
5 nov., visite d'urgence à domicile, grand bandage	25 »
7 nov., visite d'urgence à domicile, grand bandage	25 »
9 nov., cabinet, massage	10 »
11 nov., id. id.	10 »
14 nov., id. id.	10 »
17 nov., id. id.	10 »
20 nov., id. id.	10 »
23 nov., id. id.	10 »
26 nov., id. id.	10 »
29 nov., id. id.	10 »
2 décembre cabinet, certificat de guérison	10 »
Total	220 »

V., le trois décembre 1919,
Dr V.

Le 18 décembre, je reçois la lettre suivante :

Pièce n° 2.

Paris, le 15 décembre 1919,

Monsieur le Docteur,

Nous avons bien reçu votre note d'honoraires pour soins donnés à M. B., au service de Madame Vve P., à l'occasion de l'accident du 1er novembre.

Permettez-nous de vous faire observer que votre tarif est sensiblement plus élevé que ceux de vos confrères. Messieurs les médecins, en effet, ne nous appliquent pas de tarif plus élevé que celui du 30 septembre 1905 doublé (convention homologuée par M. Bienvenu-Martin).

Etablie sur cette base, votre note s'élève à 143 fr. Je vous demande d'en accepter le règlement à cette somme.

Nos charges de toute nature ont considérablement

augmenté ; en ce qui concerne les frais médicaux, nous devrions statutairement nous en tenir au tarif du 30 sept. 1905 *simple* (tarif Dubief).

Par esprit de conciliation, nous consentons à appliquer le tarif doublé, qui de l'avis même de MM. les médecins, est largement rémunérateur pour eux.

Il nous est impossible de faire plus.

Nous ne doutons pas que, de votre côté, vous voudrez faire preuve de bonne volonté, et que, de bonne grâce, vous nous accorderez la petite concession que nous vous demandons.

Veuillez agréer, Monsieur le docteur, avec nos remerciements anticipés, l'assurance de nos sentiments distingués,. Signé : B.

Au reçu de cette lettre, voici ma réponse, *par lettre recommandée* :

Pièce n° 3.

V., le 18 décembre 1919

Monsieur X, représentant la X.,

Monsieur,

J'ai l'avantage de vous accuser réception de votre honorée du quinze courant et de vous retourner un duplicata détaillé de mes honoraires (*deux cent vingt francs*), à vous envoyée le trois décembre dernier, concernant l'accident B., chez F., *à la G.*

Ne connaissant pas de tarif Dubief applicable aux assurances agricoles, j'applique strictement mon tarif local, aux nombreuses assurances avec lesquelles, j'ai affaire, et que je maintiens absolument.

Comme vous le trouvez exagéré, je n'accepterai plus à l'avenir d'accident sur votre compte, à moins que les patrons veuillent me solder directement. Cela vous permettra de trouver des confrères qui appliquent un autre tarif « largement rémunérateur » me dites-vous.

Vous prie, en attendant le règlement, d'agréer mes salutations empressées. Dr G. V.

P. S. — Me permets de vous faire remarquer, à l'occasion, que vous m'avez soldé dernièrement *au même tarif*, une note, à vous envoyée le vingt-cinq novembre, note de *cent trente-cinq francs pour quinze jours de traitement*, pour le nommé F. (Joseph), ouvrier à la même campagne, *la G.* Pour la note de B., il s'agit de *trente jours* de traitement.

N'ayant pas reçu de réponse, je leur envoie la lettre suivante :

Pièce n° 4.

V., le 25 février 1920,

Monsieur A., représentant la X.,

Monsieur,

J'ai l'avantage de vous rappelez que vous avez à votre compte, la somme de « *deux cent vingt francs* »,

(*Voir la suite page XXIX-889*).

ATOPHAN-CRUET

Produit Français

Fabrication Française



Rhumatismes articulaires

♣

CACHETS de 0,50

3 à 8

par 24 heures.

GOUTTE

♣

CACHETS de 0,50

3 à 8

par 24 heures

Littérature et échantillons . 13, rue des Minimes, PARIS

USINES CHIMIQUES DU PECQ
CHIMIOTHÉRAPIE ANTITUBERCULEUSE

BACTIOXYNE

MANGANATE CALCICO-POTASSIQUE

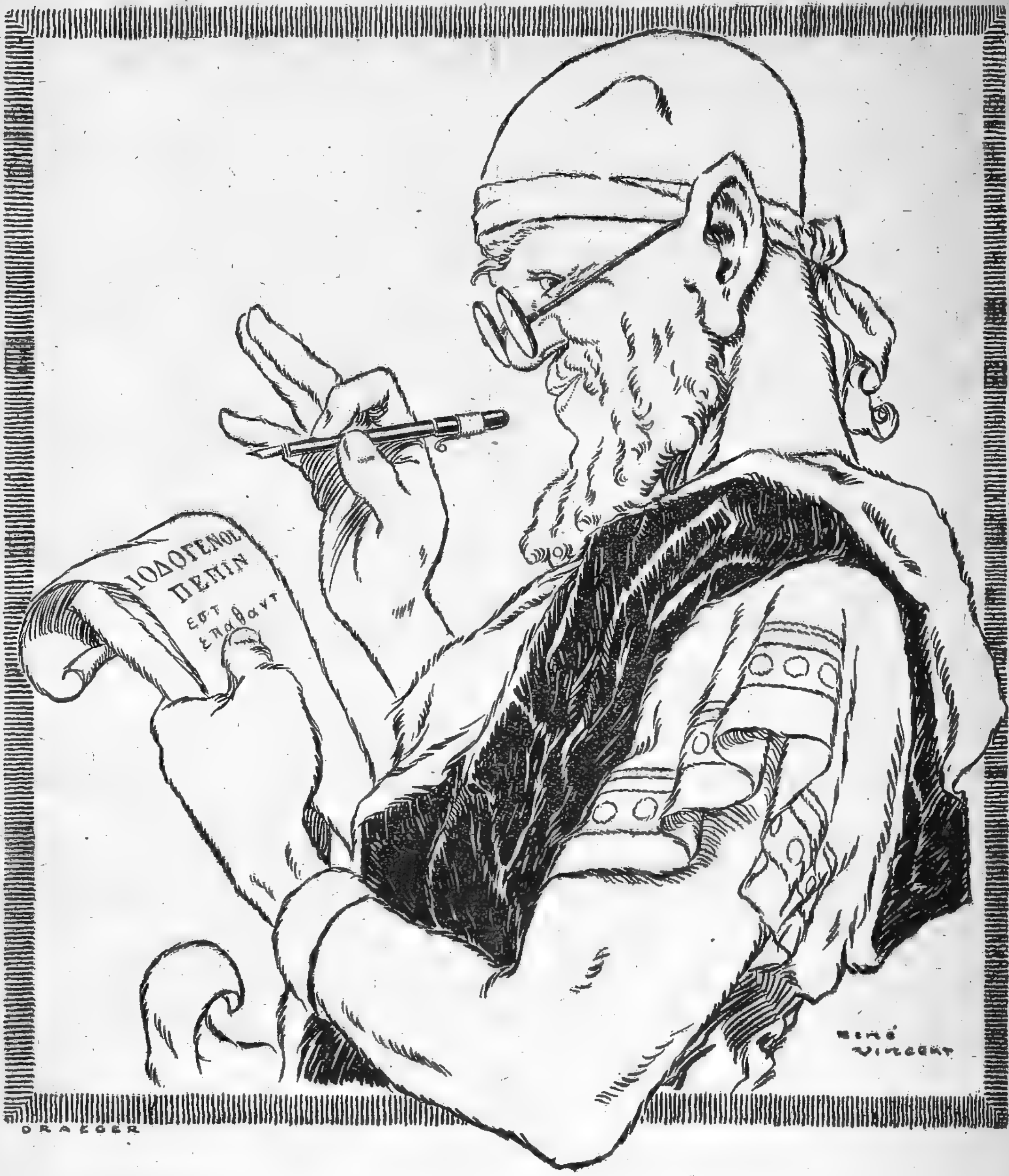
en ampoules de 5cc.

pour injections intraveineuses et instillations rectales.

Adresser toute la Correspondance et les demandes d'Echantillons aux

USINES CHIMIQUES du PECQ. 39, Rue Cambon, PARIS

Dépôt dans les principales Pharmacies de France et à PARIS, Pharmacie **BAUDRY**, 68, *Boulevard Malesherbes.*


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
RENÉ VINCENT
DRAEGER

PROPOS DU JOUR

Le résultat des efforts des groupements médicaux. — Une conférence au Musée social. — La bonne volonté de M. le Ministre de l'hygiène. — Dans les régions libérées : les infirmières des Postes de secours. — La question des autos. — L'histoire navrante d'un praticien des Ardennes.

Nous avons eu le plaisir d'assister, mercredi 24 mars, au Musée Social, à une Conférence de notre ami, le Dr Leredde, sur la lutte contre la syphilis. M. J.-L. Breton, ministre de l'Hygiène, présidait, et de nombreuses hautes personnalités officielles assistaient à la Conférence.

Avec un remarquable talent d'exposition, accru par une conviction d'apôtre, le Dr Leredde exposa quelle est l'importance du péril syphilitique, au moins aussi dangereux socialement que le péril tuberculeux, et exposa de quels moyens efficaces nous disposons pour le faire disparaître. Nous ne développerons pas ici les projets de Leredde que connaissent bien les lecteurs du *Concours Médical* ; mais, après les avoir sommairement exposés, le conférencier s'adressant directement à M. le Ministre de l'Hygiène, lui affirma qu'on ne devait pas craindre de dire la vérité tout entière quand il s'agissait de la santé publique. Il montra le danger qu'il y a à laisser s'éterniser les déplorables mœurs médicales actuelles, comme celles des consultations de l'hôpital Saint-Louis où 300 malades défilent devant le consultant en une séance, pour y recevoir les soins et des conseils qui ne peuvent avoir, aussi hâtivement donnés, qu'une valeur illusoire et il conclut avec force que, pour engager une lutte réellement efficace contre la syphilis, il faut faire appel au concours de tous les praticiens et que cette croisade ne pouvait être sérieusement organisée que par les syndicats médicaux.

M. le Ministre de l'Hygiène prit aussitôt la parole. Il remercia le Dr Leredde, approuva complètement ses conclusions, l'assura de son vif désir d'obtenir la collaboration des groupements médicaux dans l'organisation de l'hygiène sociale, et rappela qu'il n'avait pas attendu pour faire appel aux médecins praticiens.

Ces paroles, que nous n'avons pas l'habitude d'entendre tomber de la bouche des Ministres, nous donnent l'espoir que les efforts, faits par les Syndicats médicaux et leur Union, de concert et en parfaite entente avec l'Association Générale des Médecins de France, efforts que le *Concours Médical* a tâché de seconder de son mieux, ne sont pas restés sans résultats.

D'ailleurs, nous sommes heureux de constater qu'un esprit nouveau, à l'éclosion duquel nous ne sommes pas absolument étrangers, gagne les sphères administratives. Nous allons en signaler quelques exemples :

Voici une circulaire adressée par le Ministère des Régions Libérées à toutes les inspectrices déléguées, au sujet des Infirmières des Postes de Secours. Cette circulaire a été inspirée par un de nos distingués confrères, M. le Dr Paquet, inspecteur départemental d'hygiène de l'Oise qui, voyant l'intérêt que nous portons à la question des Infirmières visiteuses, a bien voulu nous la communiquer, en nous autorisant à la publier :

MINISTÈRE
DES RÉGIONS LIBÉRÉES

Mission Sanitaire.

Madame la Surintendante communique à Mesdames les Inspectrices copie d'une lettre écrite par un médecin des départements libérés. Cette lettre, si juste et si mesurée dans ses appréciations, mérite d'être lue par les Inspectrices qui s'en inspireront pour les directives données aux Infirmières placées sous leur contrôle.

« J'ai vu Mme X..., après avoir reçu ta lettre relative à sa visite. Cette dame, très intelligente, très instruite, a reçu comme instructions, ainsi que ses collègues des autres départements sinistrés, de créer partout des Dispensaires, et elle s'efforce de s'acquitter de cette mission, qui rentre dans les attributions qui lui ont été conférées.

Personnellement, j'estime que les Dispensaires peuvent et doivent rendre de grands services dans les Régions dévastées, même dans les localités peu importantes. Mais, il ne faut pas vouloir y faire autre chose que de l'Assistance matérielle et morale. Qu'est-ce que le service de Mme X..., si ce n'est *une partie* de celui d'un Dispensaire ? Il en est de même dans tous les autres centres où il y a des « postes de secours » créés.

« Mais j'estime également que les dames chargées de ces Dispensaires ne doivent, en aucun cas, faire acte médical, de quelque sorte que ce soit, à moins d'y avoir été invitées directement par le seul qui a qualité pour le faire, c'est-à-dire par le médecin lui-même.

« Tu as, je crois, dirigé des consultations de nourrissons et tu as pu te rendre compte de l'importance des mêmes vérités souvent redites : là est, avant tout, le rôle de l'Infirmière visiteuse de Dispensaire, qui peut pénétrer dans les maisons où le médecin n'est appelé que rarement parce qu'il n'y a pas de malades sérieux.

« Le rôle réel, à mon sens, de l'Infirmière de Dispensaire rural est, en effet, celui de chercher par des visites à domicile, à répandre parmi les familles pauvres les notions d'hygiène et de propreté qui ne peuvent y pénétrer qu'avec de grandes difficultés, et avec un véritable rabâchage des mêmes principes sou-

vent répétés sous diverses formes. Elle peut y dépister des maladies latentes et conseiller aux intéressés de voir le médecin au plus tôt.

« Si les Infirmières des Dispensaires organisés par Mme B..., dans le département de l'Oise comme par ses collègues dans les autres départements, veulent se cantonner dans ce rôle, qui leur paraîtra peut-être peu reluisant et peu en rapport avec les aptitudes qu'elles croient avoir acquises comme infirmières pendant la guerre, si elles veulent se contenter de faire de l'« Hygiène Sociale », je suis très partisan de ces Dispensaires, aussi répandus que possible. Si elles veulent *aider* le médecin pour les services d'Hygiène scolaire, c'est-à-dire uniquement pour la constitution, sous sa direction et après son examen, des fiches des écoliers et la visite consécutive des familles, afin de leur faire comprendre par le rabâchement déjà cité la nécessité d'être propre, de soigner les prétendus bobos, les glandes, les conjonctivites, les écoulements d'oreilles, etc..., j'approuve entièrement le dévouement qu'elles peuvent y déployer. Si elles veulent encore, le cas échéant, mais rare, servir de véritable sœur de charité civile et assister à son chevet, sous la direction du médecin, tel malade grave qui a besoin de soins continuels, je trouve leur rôle parfait.

« Mais, si elles veulent faire acte médical, si elles veulent se considérer comme des médecins au petit pied, je ne puis que m'élever hautement contre cette manifestation de l'exercice illégal de la médecine. Leur rôle, compris comme je l'ai expliqué, me paraît déjà assez vaste pour utiliser toute leur activité ».

Nous voyons que dans l'Oise, comme dans l'Aisne, nous pouvons compter sur le concours administratif, et qu'au Ministère des Régions libérées, il arrive parfois de prendre en considération les observations des praticiens.

D'autre part, nous sommes encore heureux de publier ici quelques documents montrant que l'intervention de l'Union des Syndicats Médicaux de France et de l'Association générale dans la question des Autos, a provoqué un effort de la part de l'Administraiton, effort que nous trouvons bien minime, mais que nous nous plaisons à souligner comme l'indication d'un changement dans la manière de procéder :

Voici une lettre adressée par le Secrétaire général de l'A. G. à M. le Ministre des Régions Libérées :

5 mars 1920.

à Monsieur le Ministre des Régions Libérées,
233, rue Saint-Honoré, Paris (1er).

Monsieur le Ministre,

La presse a publié, il y a environ 4 semaines, une note indiquant que, sur la demande de l'Union des Syndicats Médicaux, votre prédécesseur avait bien voulu mettre à la disposition des médecins un *premier* lot de 100 autos légères.

Notre association doit tenir prochainement son Assemblée Générale annuelle, et la question de l'automobile du médecin y sera discutée à nouveau.

Pour me permettre de documenter mes collègues, je viens vous demander, Monsieur le Ministre, de vouloir bien avoir l'extrême obligeance de me faire savoir dans quelles conditions a été appliquée jusqu'ici la mesure prise par votre prédécesseur ; si ces 100 voitures ont pu être délivrées et si vous êtes dans l'intention d'augmenter le nombre de voitures automobiles à mettre à la disposition des médecins.

Je vous serais infiniment reconnaissant, Monsieur le Ministre, si vous vouliez bien me documenter sur cette question, capitale pour les médecins, et je vous adresse à l'avance tous mes remerciements.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments de haute considération.

Le Secrétaire général de l'A. G.,
Signé : Dr LEVASSORT.

Cette lettre reçut la réponse suivante, accompagnées des documents que nous reproduisons ci-après :

MINISTÈRE
DES RÉGIONS LIBÉRÉES

V. L. S. Bureau V. L.

Affaires diverses 624.

Paris, le 15 mars 1920.

Monsieur le Secrétaire Général,

Dans le but de renseigner les membres de votre Association sur les mesures prises par mon Département en vue de pourvoir les médecins des Régions Libérées de la voiture automobile nécessaire à l'exercice de leur profession, vous avez bien voulu me demander de vous fournir sur cette question tous renseignements utiles, notamment en ce qui concerne l'attribution du premier lot de 100 voitures légères achetées par mon Administration.

Je ne puis mieux faire, pour répondre à votre désir, que de vous transmettre ci-joint copie de la circulaire adressée à ce sujet, le 27 janvier dernier, à MM. les Préfets des Régions libérées.

Sur le lot de 100 voitures achetées, 75 ont été livrées par la Maison Ford et réceptionnées à Bordeaux. Des expéditions ont été aussitôt effectuées aux départements du Pas-de-Calais (10), de la Somme (8), de la Marne (6), de l'Oise (7), de l'Aisne (12), et de la Meuse (6). D'ici peu, les autres départements recevront également, en totalité ou en partie, le contingent de véhicules qui leur a été attribué.

Veuillez agréez, Monsieur le Secrétaire général, l'assurance de ma considération la plus distinguée,

Pour le Ministre :
Le Directeur :
Signature : ILLISIBLE.

MINISTÈRE
DES RÉGIONS LIBÉRÉES

Affaires diverses 624

Le 27 janvier 1920.

Le Ministre des Régions Libérées à MM. les Préfets des départements atteints par les événements de guerre.

Je viens de faire acquérir un premier contingent de voitures « Ford » destinées à être mises à la disposition des médecins et vétérinaires dans les Régions libérées.

Ces voitures sont sur le point d'être expédiées au Service des T. G. de votre département jusqu'à concurrence de et elles recevront par ses soins un numéro d'immatriculation.

Leur attribution se fera d'après les directives suivantes dont je vous prie de vous inspirer :

Ces voitures sont destinées à être affectées au service de tel ou tel praticien, en considération de l'importance du secteur qu'il dessert et de ses besoins et non à être vendues.

L'Etat en reste donc propriétaire et perçoit de leur utilisation un prix de location.

Ce prix de location — que je vous laisse, pour chaque cas, le soin de fixer — devra autant que possible être en rapport avec le prix d'achat de la voiture.

Ce prix est approximativement de 10.000 fr. et doit être amorti en 5 ans, c'est donc une somme moyenne de 2.000 fr. que l'usage de chacune de ces voitures devrait annuellement rapporter à l'Etat pendant cette période.

J'estime toutefois que des avantages sérieux de location doivent être faits à des praticiens dont les conditions d'existence demeurent si difficiles, et je suis disposé à admettre un prix de location mensuel moyen de 100 fr. Ce n'est que dans des cas exceptionnels et si l'intérêt public le justifiait à vos yeux que vous devriez descendre au-dessous de ce chiffre.

Ce prix de location serait versé par le médecin ou vétérinaire, soit trimestriellement au vu d'un état dressé par vous, soit par voie de retenue mensuelle opérée sur l'indemnité de réinstallation de 500 fr. dont il peut être bénéficiaire.

La remise de chaque voiture n'aura lieu qu'après un inventaire.

Tous les mois, le praticien affectataire devra présenter sa voiture au représentant qualifié du Service T.G.

Aucun chauffeur ne pourra être fourni par vos services.

Dans le contrat de location à intervenir, l'obligation de l'assurance en cas d'accidents causés à des tiers devra être stipulée.

Pneus et essence. — Quant aux pneus et à l'essence, lorsque l'intéressé ne pourra s'en procurer dans le commerce, je consens à ce que les parcs et ateliers de T. G. dans les départements fassent ces fournitures, mais à titre remboursable. Un bon devra être, dans ce cas, demandé au service départemental T. G. Ce bon donnera lieu à la perception immédiate du prix de la fourniture demandée.

Réparations. — En ce qui concerne les réparations, il va de soi que les parcs et ateliers des T. G. dans les régions libérées devront y procéder puisqu'il s'agit de voitures appartenant à l'Etat. Mais ces réparations seront naturellement faites à titre remboursable, au même titre d'ailleurs et dans les mêmes conditions que sont effectuées les réparations des voitures appartenant aux Croix-Rouges par exemple.

Ce régime est particulièrement avantageux, car les prix des réparations ainsi faites reviennent à moitié de ceux pratiqués dans le commerce.

Tels sont les nouveaux avantages que j'ai pu, sans plus tarder, réaliser en faveur des médecins et vétérinaires des Régions libérées. J'espère les poursuivre dans ce même ordre d'idée et d'ici 2 à 3 mois, augmenter considérablement le nombre de voitures légères mises dans ces conditions à leur disposition.

Signé : E. Ogier.

Enfin, voici une dernière réponse du Ministère de l'Hygiène au Secrétaire général de l'A. G. montrant bien que M. J.-L. Breton prend réellement en main les intérêts des médecins praticiens ce dont nous ne saurions trop le remercier :

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE
DE L'ASSISTANCE
ET DE LA
PRÉVOYANCE SOCIALES

République Française

Direction de l'Assistance et de l'Hygiène Publiques

3e Bureau.

Paris le 20 mars 1920.

Monsieur le Secrétaire Général,

J'ai l'honneur de vous faire connaître que je suis intervenu auprès de mon Collègue des Travaux Publics, pour qu'un droit de priorité soit accordé aux médecins en vue d'obtenir les quantités d'essence nécessaire à la marche de leur automobile.

J'ai également demandé à mon Collègue du Commerce de rechercher les moyens de réserver aux médecins la possibilité de renouveler les pneus dont ils pourraient avoir besoin, le priant de faire étudier telle solution qui lui paraîtrait la plus efficace et même, au besoin, la réquisition.

Cette double intervention qui, je l'espère, sera suivie d'une solution favorable, répond aux desiderata dont vous aviez bien voulu vous faire l'interprète, et je ne manquerai pas de vous tenir au courant de la suite qui aura été donnée à mes démarches.

Agréez, Monsieur le Secrétaire Général, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le Ministre,
Signé : J.-L. Breton.

***

Nous devons constater qu'il y a quelque chose de changé dans les méthodes administratives à notre égard. Il faudra que MM. les Préfets de quelques départements des régions libérées fassent de sérieux efforts pour arriver à dissiper la déplorable impression où nous plongent des lettres comme la suivante, prise au hasard de plusieurs autres, et qui nous montrent, hélas ! le revers de la médaille :

20 mars 1920.

Il serait peut être intéressant, — à coup sûr utile pour beaucoup de nos confrères —, nous écrit un de nos correspondants des Ardennes, de connaître les raisons qui m'ont déterminé à quitter T... Si vous le jugez à-propos, publiez ces lignes explicatives... et justificatives.

Le poste que je quitte est un de ces fameux postes ruraux du sud du département des Ardennes, dont il fut question ici-même, dans le *Concours* ; poste perdu dans l'immense solitude des Régions libérées et.... dévastées « où l'on ne trouve pas plus d'un médecin « par 10.000 kil. »... et même davantage.

Or, je le quitte, ce poste — mon poste d'avant-guerre — avec d'infinis regrets. La raison tient en une phrase : il m'était absolument impossible d'y vivre de mon métier.

Lorsque, après ma démobilisation, en mars 1919, je vins me réinstaller dans ce poste, essentiellement rural, vous imaginez-vous ce qu'y put être ma vie ? J'étais pourtant, alors, plein d'ardeur et d'enthousiasme ! Aujourd'hui, il me semble sortir d'un rêve douloureux... Car ma vie y fut sincèrement très misérable. Sans doute, beaucoup de confrères le pensent ainsi — en ce moment, si Monsieur le Préfet des Ardennes fait de nombreux et louables efforts pour trouver, particulièrement à la Faculté de Paris, des médecins pour différents postes ruraux ardennois (le mien : T... ; un autre : R., etc.), et si ses efforts demeurent complètement vains, la faute en est, non aux médecins, pas davantage au pays désenchanté qu'il s'agit de desservir... mais à l'Administration préfectorale elle-même. Monsieur le Préfet se doute-t il de ce que fut ma vie, pendant un an ? la vie d'un médecin de campagne... dans les Régions libérées ?? Non ! Autrement, il ne m'aurait pas refusé son aide pas plus qu'à ceux, qui en ont le plus besoin, il n'aurait refusé les indemnités auxquelles ils ont droit légitimement (indemnités pourtant à valoir sur les dommages de guerre). Au contraire, il aurait pu, peut-être, me procurer au moins l'automobile indispensable, surtout après l'avoir promise... pendant un an,

Oui ! j'ai pu, *sans automobile*, exercer la médecine pendant un an, dans une région comprenant — par suite de la disparition des confrères voisins (non rentrés ou morts pendant la guerre), toute la zone sud du département des Ardennes, située entre l'Aisne et la Suippe... c'est-à-dire des villages, nombreux (dont les 2/3 sont presque complètement détruits). Pourtant, pour l'obtenir cette automobile nécessaire, j'ai tout fait. Les Boches m'ayant détruit la mienne en septembre 1914, j'en voulais une en remplacement.

N'était-ce pas mon droit ? Et pendant un an, j'ai reçu de toutes les personnalités officielles auxquelles je me suis adressé, — M. le Préfet surtout —, les plus belles promesses ; en moyenne une lettre par quinzaine... de quoi faire un beau volume !

Inutile d'ajouter que, dans chaque lettre ... on s'occupait de moi ! que la solution était prochaine ! — Par ailleurs, j'ai soumissionné, dans les ventes sur les stocks. Hélas ! des marchands de voiture, en général, l'emportaient sur moi, et sur mes confrères, qui, comme moi, y laissèrent tout espoir.

Il me revient en mémoire que dans la dernière lettre « officielle », on me « promettait » de faire le « possible » pour me « *louer* », une voiture Ford, à des conditions à débattre ! ! Avis aux confrères ! — Donc, j'ai attendu un an, pour rien. Donc, pendant un an, j'ai fait ce métier d'aller visiter un malade par jour, *un seul*, vous lisez bien ; les clients prévenus venant me chercher en voiture (au moins ceux qui en avaient), et quelle voiture et quel cheval... tous deux de réforme de l'armée ! Le malade à visiter étant souvent à 15 kil. de chez moi, toute ma journée était prise. Un seul malade visité, pour 10 en moyenne demeurant sans soins... et mécontents !

Connaissez-vous, pour un médecin, pire souffrance ?

D'autre part, pour moi, quelle rémunération ? Comment prendre plus du prix d'une simple visite, à des gens, — des malheureux parfois — ayant fait, en somme, les frais du voyage, et sachant bien (on l'a tellement écrit dans les journaux) que les médecins ardennais touchent une indemnité mensuelle... Certains mêmes ne se gênaient pas pour le dire.

Le voilà bien, l'autre supplice. Faut-il compter avec vous mes... recettes journalières ? Ainsi des « salaires » dérisoires, gagnés sans joie — pour ne pas dire sans dignité —, et ce, tout en trimant comme un galérien ; la plupart des malades ne pouvant être visités, demeurant, mourant même, sans soins. Voilà !

Ah ! que de fois, au long des routes désertes et misérables, sur les bords desquelles stagnent toujours des tas d'obus, à la place des traditionnels tas de cailloux, que de fois, secoué sans relâche par les cahots d'une voiture sans ressorts, parfois trempé jusqu'aux os, des heures durant, sous la pluie, que de fois me suis-je pris à songer tristement à ce qu'il fût advenu de ce coin de notre France dévastée, si, par hasard, nous avions été vaincus ? Quelle autre figure aurions-nous ici bien pu faire ? ?

Et l'idée, peu à peu, tout naturellement, me vint de fuir cet enfer...., idée qui m'eût semblé autrefois sacrilège. Et ma santé s'altérant (surtout après mes mois de front), j'ai cherché un poste plus calme... et où l'absence d'automobile ne me fût pas aussi préjudiciable. Qui me blâmera ? Peut être les seuls coupables... comme toujours ; ceux, dans le genre de cet administrateur — un sous-préfet — à qui, un jour, je téléphonais pour avoir une automobile, quelques instants seulement (cas urgent), et qui me répondit : « Impossible, pas d'essence, pas de pneus ; eh ! mais,.. vous, profession libérale, vous avez touché 10.000 fr. Achetez-en une d'automobile... » Jalousie ? Inconscience ?

— Mais, Monsieur le Sous-Préfet, ils sont dépensés, ces 10.000 francs,

J'ai dû acheter quelques meubles professionnels, des instruments, surtout un fonds de pharmacie ; car, je dois faire ici de la pharmacie, point sur lequel j'ai d'ailleurs vainement insisté. Comment voulez-vous que j'achète encore une automobile ?

— Eh ! mais... moi je n'y puis rien ! coupa le Sous Préfet. Vraiment dans votre pays, ça n'est pas comme ailleurs ! »

— Hélas ! Monsieur le Sous-Préfet ! Trois fois hélas ! ».

Je m'arrête sur cette répartie administrative. Ce qui précède, n'est-ce pas, suffit pour apprécier et conclure.

Veuillez agréer, etc., Dr A. S.

Cette lettre est signée, mais qu'importe les noms. L'exactitude des faits est indiscutable.

Nous prions M. le Ministre des Régions Libérées de prendre connaissance de ces faits navrants et nous laissons à sa conscience de Français et de Ministre d'une République démocratique le soin d'en tirer les conclusions qu'ils comportent.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

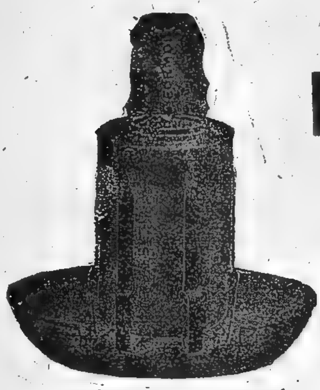
UNIVERSITÉ DE PARIS

Hôpital Saint-Antoine : M. le prof. Chauffard.

La maladie de Recklinghausen.

Nous allons examiner ensemble un malade atteint d'une affection dont la première description globale fut donnée en 1882 par Recklinghausen. En réalité ce syndrome avait été signalé déjà par une série d'observateurs. Aussi, faut-il prendre le nom de « maladie de Recklinghausen » pour ce qu'il vaut, pour un simple hommage scientifique, sans autrement préjuger de sa valeur. En médecine, quand on est embarrassé pour adopter un qualificatif qui s'appuie sur la nature du processus morbide, on adopte un nom d'auteur.

Le mot de maladie, d'ailleurs, s'applique assez imparfaitement à cet état, qui est plutôt une association de signes et de symptômes qu'une affec-



tion, à proprement parler, avec des causes et une évolution particulières.

Quoi qu'il en soit, considérons notre malade. C'est un homme de 32 ans, qui n'offre rien dans ses antécédents. Pas de syphilis ; Wassermann négatif. Au point de vue général, on note chez lui une adénopathie bacillaire de la région sous-maxillaire gauche ancienne de 4 années.

Quand on l'examine, on constate deux ordre de faits objectifs : une série de petites tumeurs cutanées et une coloration spéciale des téguments. On voit, au niveau du tronc, des membres, un nombre assez considérable de petites tumeurs, indolentes, qui se ramènent à deux types : d'une part, des tumeurs molles, à tendance pédiculée, à demi-vides, correspondant à ce qu'on appelle en dermatologie, le molluscum pendulum ; d'autre part, des tumeurs, plus rares, donnant l'impression d'une masse fibroïde dans l'hypoderme. Le nombre des tumeurs semble à peu près égal des deux côtés et la répartition se trouve ainsi symétrique.

Le deuxième élément est la coloration particulière, teinte pain d'épice, sépia, de la peau. Certaines régions, la ceinture, le fourreau de la verge, les mamelons, sont plus colorés. Sur le revêtement cutané se voient des taches, les unes café au lait clair, les autres plus pigmentées, avec des grains mélaniques, comme des grains de tabac.

Pour terminer cet examen objectif, je signalerai deux choses. L'absence de pigmentation sur les muqueuses et une malformation faciale qui rappelle l'ébauche d'un bec-de-lièvre opéré, sans en être un cependant. Nous n'avons trouvé aucun antécédent spécifique, ni héréditaire, ni acquis, et le Wassermann est négatif. J'ajoute que, au point de vue intellectuel, le malade est un peu arriéré. Son intelligence s'est cependant améliorée depuis son entrée à l'hôpital, pour deux raisons : sa santé est meilleure et l'hypotension qu'il présentait (11 au Pachon) a été favorablement influencée par la médication surrénale, la tension étant remontée à 15,7.

Confrontons maintenant ce cas avec ce que nous savons sur la maladie de Recklinghausen. Un point nous échappe. Nous ignorons la date du début de la maladie. Il y aurait un certain intérêt à la connaître, car, on a décrit deux catégories de faits, les uns d'ordre congénital, et les autres acquis. Il est probable que la plupart sont d'ordre congénital, mais en s'entendant sur la signification de ce mot. Si l'on veut dire par là que les caractères de la maladie existent dès la naissance, il n'en est rien. Ce que l'on trouve, c'est l'existence, dès l'enfance, de tumeurs cutanées, un prologue, une ébauche précoce de l'affection.

Non seulement, la maladie est souvent congénitale, mais encore elle est héréditaire. Il y a des cas d'hérédité similaire et on a signalé, par exemple, une famille dont 3 générations furent atteintes de cette affection. De même, quelquefois, on a noté l'influence des traumatismes pour la localisation des tumeurs cutanées, soit des traumas violents, soit des frottements prolongés. Chez notre malade, nous observons, effectivement, une localisation au niveau de la ceinture abdominale qu'il a l'habitude de porter.

Que penser de ces tumeurs dermiques et sous-dermiques. Les fibromes en question avaient été vus depuis longtemps, mais ils ont été bien étudiés par Recklinghausen, qui a précisé leurs rapports avec les filets nerveux et leur a donné le nom de neuro-fibromatose.

Cette notion, toutefois, ne correspond pas à tous les faits, et il est des cas où la localisation fibromateuse s'effectue en dehors des nerfs, dans l'atmosphère conjonctive. Il y a donc lieu d'admettre une dermo-fibromatose à côté de la neuro-fibromatose. Le malade actuel, en particulier, rentre dans cette catégorie.

Les cas à nodules névromateux sont plus importants que ceux à fibromatose pure. On peut rencontrer alors des tumeurs volumineuses que l'on a nommées névromes plexiformes, qui sont constituées par des paquets entrelacés de tubes nerveux réunis en pelotons, comme des pelotons de lombrics. Ces grosses tumeurs, suivant leurs sièges, déforment la face, pendent au cou, forment un état éléphantiasique aux membres.

De plus, devant un mal de ce genre, on ne doit pas oublier qu'à côté des tumeurs tangibles, il en est qui échappent à notre observation. A l'autopsie, on constate parfois des centaines de petites tumeurs fibroïdes disséminées sur l'estomac, l'intestin et même la vessie. Il faut en tenir compte notamment pour ce qui concerne les surrénales. Par conséquent, il peut exister des lésions objectives, périphériques, et des lésions profondes, viscérales. On a vu aussi des lésions sur le sympathique abdominal, le plexus solaire.

Voilà pour ce qui a trait aux tumeurs fibromateuses. Les molluscums sont peut-être ce qu'il a de plus énigmatique. Ce sont des tumeurs essentiellement bénignes, au bas de l'échelle de la bénignité. Les unes sont sessiles, les autres pédiculées (pendulum). Nous ne savons pas, pourquoi parmi ces nodules, les uns évoluent vers le type fibrome, et d'autres, vers le type lâche du molluscum. On a signalé cette particularité, pour les molluscums, qu'en général au milieu des autres tumeurs se rencontre une tumeur plus grosse, première en date, dite tumeur majeure, royale. Ici, la tumeur majeure est nettement accusée et nous la trouvons à la région lombaire. Pour le molluscum, comme pour les fibromes, l'indolence est habituelle. La différence est très grande avec certains névromes essentiellement douloureux, dont le type est le névrome des amputés, qui s'observait surtout autrefois.

Nous avons à considérer ensuite l'élément pig-

mentaire. Rappelez-vous ce que je vous ai fait voir, les taches café au lait en nappes, la mélanodermie de certaines régions surtout et le tatouage en grains. L'intégrité des muqueuses est la règle, mais non absolue.

Je ne reviens pas sur les troubles psychiques, la fréquence des lésions tuberculeuses concomitantes, et j'arrive à la question controversée de la nature de la maladie. On a discuté, un peu théoriquement, sur l'origine tératologique, le point de départ ectodermique ou mésodermique du tératome. On a discuté également sur les affinités ou, tout au moins, les ressemblances avec la lèpre. Ces ressemblances sont de deux ordres. Dans la lèpre maculeuse, il y a des macules plus ou moins café au lait. Mais, le lépreux est aussi dyschromique, avec des parties décolorées, d'autres café au lait. De plus, ces plaques sont analgésiques et anesthésiques. Rien de pareil dans la maladie de Recklinghausen. Pas de dyschromie, pas de troubles de sensibilité. Autre ressemblance, superficielle, avec la lèpre. Il y a, chez les lépreux, une hypertrophie de certains nerfs et il est classique de rechercher l'état du nerf cubital qui est épaissi dans la gouttière olécrânienne. Mais, dans la maladie de Recklinghausen, l'hypertrophie du cubital ne se voit pas. Enfin, dernier élément de diagnostic. Les lépreux ont toujours une rhinite spécifique avec bacilles de Hansen. La lèpre est, en outre, une maladie mutilante, qui fait tomber les orteils, altère la face. Rien de pareil, ici. Il faut donc connaître les affinités des deux maladies, mais savoir qu'elles sont grossières.

Les données pathogéniques que je viens de signaler sont d'ordre négatif. Je vais en indiquer d'autres qui sont plus positives et vont expliquer certains symptômes, les pigmentations et l'asthénie par exemple. Je veux parler de l'état des capsules surrénales. La question s'est posée en 1896 et je l'ai abordée dans un travail avec M. Ravaut, à propos d'un cas typique terminé par la mort. A l'autopsie, nous avons trouvé une énorme lésion (adéno-cancer) des deux surrénales et du corps pancréatique, englobant le sympathique. Si bien que nous nous sommes demandé si nous n'étions pas en droit d'établir une connexion entre le syndrome pigmentaire et asthénique et la lésion surrénale. La question a reçu depuis une confirmation, dans d'autres autopsies, il est vrai assez rares, et dans des observations cliniques où l'on a noté des pigmentations des muqueuses, des signes d'asthénie, de l'hypotension et des troubles digestifs rappelant 'état addisonnien.

Chez le malade actuel, nous avons trouvé quelques éléments (hypotension, pigmentation en grains de tabac) faisant penser à une association d'addisonnisme fruste. Cette conception est justifiée par les effets de l'opothérapie. Nous avons prescrit deux cachets par jour d'extrait surrénal total et rapidement, en 5 à 6 jours, la tension est passée de 11 à 15, en même temps que cet homme s'est senti amélioré.

L'action favorable de l'opothérapie surrénale est un argument en faveur de la participation des surrénales.

Retenez ce fait que la pathogénie primitive de la maladie de Recklinghausen nous échappe. Nous ne connaissons pas le départ de cette fibromatose. Ce que nous savons, c'est que dans des cas de ce genre, il est possible qu'intervienne un état de fibromatose ou une lésion surrénale et péri-surrénale, conditionnant un syndrome addisonnien plus ou moins fruste.

Leçon recueillie par le Dr LACROIX.

CLINIQUE CHIRURGICALE

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Hôtel-Dieu de Toulouse : M. J.-P. TOURNEUX, Chirurgien des hôpitaux.

Le traitement des pseudarthroses (1).

Dans une de mes précédentes leçons, je vous ai montré en quoi consistait une pseudarthrose, et quelles en étaient la pathogénie et la symptomatologie ; aujourd'hui, je vais vous parler du traitement de ces complications des fractures, en insistant tout particulièrement sur les méthodes nouvelles d'ostéosynthèse.

Mais avant d'aborder ce point si important du traitement chirurgical des fractures, il importe d'examiner auparavant les indications opératoires des pseudarthroses, afin de nous rendre compte si une intervention pourra modifier heureusement le pronostic assez fâcheux de ces lésions.

Les indications opératoires résultent de l'examen d'un certain nombre d'éléments d'appréciation tenant à la nature, au siège, à la variété anatomique de la lésion, aux altérations concomitantes, à l'âge du sujet. Les pseudarthroses mécaniques et pathologiques peuvent et doivent guérir après une intervention ; elles tiennent, en effet, à des causes purement locales sur lesquelles nous possédons une action directe, et lorsque nous aurons réalisé d'une manière ou d'une autre la suppression de cet agent causal, nous verrons le processus ostéogénétique se développer et amener la production d'un cal osseux. Au contraire, les pseudarthroses trophiques qui relèvent de causes générales, ayant produit de l'ostéite raréfiante ainsi que de la dégénérescence graisseuse, ne donneront aucun résultat satisfai-

(1) Cf. *Concours Médical*, n° 13, p. 782.

sant; malgré tous les procédés opératoires que nous pourrons employer, elles sont, de par leur nature même, toujours vouées à un échec complet.

L'importance du défaut de consolidation varie considérablement suivant le point où il siège : si la pseudarthrose constitue, en effet, une infirmité très importante quand elle se trouve au niveau du membre inférieur (tibia et surtout fémur), elle est un peu moins grave pour le membre supérieur, surtout lorsqu'elle n'existe que sur un seul os de l'avant-bras. En d'autres points, tels qu'une côte, la clavicule ou l'omoplate, elle peut être complètement négligée, car elle n'entraîne pour ainsi dire aucune gêne fonctionnelle.

Il en sera de même en ce qui concerne la variété anatomique de la lésion; les formes fibro-synoviales et flottantes par l'impotence et la mobilité anormale qu'elles déterminent, produisent une véritable infirmité, comme d'ailleurs les pseudarthroses fibreuses dont le cal est mince et long. Il n'en sera pas de même lorsque le cal sera court, solide, épais, car il aura tous les caractères et toutes les propriétés d'un véritable col osseux.

Enfin, il faudra tenir compte également de l'âge des blessés, car une pseudarthrose entraîne fréquemment, chez les jeunes, un arrêt de développement qui peut parfois frapper le membre tout entier, ainsi que des lésions concomitantes, consistant en atrophies musculaires et en raideurs articulaires dont la pathogénie n'est pas difficile à élucider. Un membre immobilisé pendant de longs mois, qui ne travaille plus, voit ses muscles s'infiltrer progressivement de tissu scléreux pendant que les surfaces articulaires subissent également un certain nombre de modifications, dont le résultat est la limitation des mouvements.

Il résulte donc de tout ce que je viens de vous dire, que s'il existe une série de cas bien délimités auxquels il faudra bien se garder de toucher, pseudarthroses trophiques, pseudarthroses siégeant au niveau de certains os (côtes, clavicule) pseudarthroses fibreuses à cal court et solide, il importera, au contraire, d'intervenir dans tous les autres cas, et le plus rapidement possible, dès que le diagnostic de non consolidation aura été posé, de manière non seulement à guérir le malade de son affection, mais à empêcher les complications qui ne tardent pas à survenir du fait de la non utilisation du membre.

Ces indications générales étant posées, voyons de quelle manière vous pourrez intervenir le plus efficacement pour guérir ces lésions.

Il est bien évident que la meilleure manière de soigner les pseudarthroses est d'abord de tâcher d'éviter leur production. Vous savez que ces complications s'observent surtout au niveau des segments de membre pourvus d'un seul os, et dont les faisceaux musculaires sont parallèles à la tige osseuse. Il nous faudra donc apporter un soin tout particulier à l'examen des blessés qui présenteront une fracture du bras ou de la cuisse, voir si vous pouvez amener au contact l'une de l'autre les extrémités osseuses, et si elles ne sont pas séparées par une interposition musculaire. N'oubliez pas non plus de faire procéder chaque fois à un examen radiographique qui vous donnera des notions précises sur l'état du foyer de fracture, et lorsque vous vous serez rendu compte que vos fragments osseux ne peuvent être coaptés à l'aide de manœuvres externes, au lieu de mettre le membre lésé dans un appareil qui ne lui servira de rien, proposez d'emblée à votre malade une intervention chirurgicale qui pourra seule le guérir, intervention à laquelle, il serait d'ailleurs obligé de recourir ultérieurement s'il ne voulait pas rester impotent. N'oubliez pas non plus que dans les fractures ouvertes comminutives, il faut savoir résister à la tentation des grandes esquillotomies, qu'il faut être avare de tissus osseux sous peine de créer de grands délabrements incapables de se combler eux-mêmes par prolifération cellulaire, et nécessitant plus tard des interventions assez complexes, comme vous le verrez dans un instant.

Si, malgré tous vos soins, vous constatez, au moment où vous enlèverez l'appareil d'immobilisation, l'existence d'une pseudarthrose, facile à différencier du retard de consolidation, par l'absence de toute douleur et de toute tuméfaction au niveau du foyer de fracture, il faudra songer de suite à une intervention chirurgicale, afin de ne pas faire perdre un temps précieux à votre blessé.

Autrefois, on n'osait pas aborder directement un os fracturé de peur d'infection, et cette crainte s'est poursuivie jusque dans ces dernières années. Aussi se bornait-on à essayer d'exciter l'ostéogénèse en frottant les deux extrémités osseuses l'une contre l'autre, et en pratiquant des injections locales d'acide osmique ou de sang selon la méthode de Beer. Ces procédés, qui peuvent peut-être donner quelques résultats dans les cas de pseudarthrose fibreuse en voie d'ossification, ne peuvent avoir aucune action dans les grandes interpositions musculaires, dans les pseudarthroses flottantes ou fibro-synoviales; aussi, vaut-il bien mieux ne pas s'attarder à ces petits moyens locaux et en arriver d'emblée à une thérapeutique plus active.

Votre intervention chirurgicale devra différer complètement suivant que vous aurez affaire à une pseudarthrose, résultant d'une interposition étrangère, ou à une pseudarthrose causée par une perte de substance ; dans le premier cas, vous devrez pratiquer une suture osseuse, une ostéosynthèse; dans le second, il faudra recourir à une greffe osseuse pour combler le vide existant entre les deux fragments.

Comment réaliserez-vous la suture osseuse ? Il faudra ouvrir largement la région fracturée, de manière à bien vous rendre compte de la disposition de vos fragments. Vous pratiquerez l'ablation de tout le tissu fibreux de nouvelle formation qui s'est constitué autour du foyer, vous supprimerez l'agent d'interposition, puis, à l'aide de la rugine et de la curette, vous gratterez soigneusement vos extrémités osseuses afin de les dégager de tous les tractus celluleux qui les recouvrent. Vous les aviverez, et pour cela, il sera presque toujours nécessaire d'enlever à la scie les couches superficielles, couches cicatricielles qui s'opposeraient complètement à l'ostéogénèse. Ceci une fois fait, et lorsque vous aurez disposé vos fragments de manière à ce qu'ils puissent s'adapter l'un à l'autre, ce que vous réaliserez par de petites excisions osseuses, il ne restera plus qu'à procéder à la coaptation de vos deux surfaces osseuses.

Vous pourrez à ce moment là faire un choix entre les divers procédés de réunion. Certains chirurgiens, redoutant de voir apparaître des lésions d'ostéite raréfiante du fait d'une prothèse métallique perdue, se bornent à laisser les fragments au conatct l'un de l'autre, traitant en somme leur opéré comme s'il était atteint d'une fracture ouverte, en immobilisant le membre dans une gouttière plâtrée dans laquelle ils découpent une large fenêtre de manière à pouvoir surveiller l'évolution du foyer. D'autres, toujours en proie aux mêmes craintes, mais redoutant un chevauchement, entaillent les extrémités osseuses en marches d'escalier afin de produire une sorte d'engrenage. Ces pratiques peuvent certes donner de bons résultats, mais les échecs se produisent bien souvent par suite de la disjonction des surfaces insuffisamment maintenues au contact l'une de l'autre. Aussi ne vous conseillerais-je pas d'utiliser ces procédés ; vous avez pu voir d'ailleurs les excellents résultats que notre maître a obtenus ici au moyen de l'ostéosynthèse métallique, et nous n'avons jamais eu à constater d'accidents d'ostéite chez aucun de nos opérés.

Il faudra donc fixer, unir étroitement vos surfaces osseuses ; il y a quelques années, on se servait pour cela, soit de fil d'argent en ligature ou en suture, soit d'agrafes métalliques, car l'enchevillement n'a guère été usité par suite des lésions qu'il occasionnait. Actuellement, on se sert, et ce procédé est courant dans notre service, de plaques métalliques, les plaques de Lambotte, qui épousent exactement le contour osseux, et qui, fixées au moyen de petites vis, assurent une coaptation parfaite des fragments. Vous avez pu vous rendre compte de la facilité avec laquelle on pratique cette ostéosynthèse qui produit les résultats les plus heureux. Dans quelques cas, comme dans les fractures très obliques du fémur, où la contraction musculaire tend sans cesse à amener le chevauchement des fragments, les plaques de Lambotte sont parfois d'une contention insuffisante, et alors, il vaut mieux, plutôt que de voir se reproduire la lésion primitive, user d'un autre procédé de coaptation, qui consistera dans l'emploi du fixateur de Lambotte. Cet appareil, que vous avez vu poser, il y a quelques jours, a, pour principe, l'immobilisation des fragments par le moyen de longues vis enfoncées en plein tissu osseux et rendues solidaires par un tuteur externe. C'est là, également, un excellent procédé qui n'a pas l'inconvénient, d'ailleurs un peu théorique, de laisser une plaque métallique au contact du tissu osseux.

Voilà donc les deux techniques que vous devez employer chaque fois que vous avez à réaliser une suture osseuse, plaque ou fixateur ; mais vous ne vous livrerez à ces interventions que sous le couvert d'une aseptie des plus rigoureuses, de peur de voir survenir des phénomènes infectieux extrêmement graves, qui compromettraient d'une façon complète votre opération et pourraient peut-être vous entraîner ultérieurement à une amputation.

Lorsque la pseudarthrose est due à une atrophie très marquée, à une perte de substance considérable, ou quand le périoste n'a plus aucune vitalité, il est bien évident que l'ostéosynthèse doit être complètement mise de côté, et céder le pas à une greffe ostéo-périostique ; il en sera de même pour les pseudarthroses congénitales où la suture osseuse ne donne aucun résultat, car il s'agit là d'os atrophiés.

Vous pouvez alors employer, soit l'ostéoplastie libre, soit une greffe autoplastique à pédicule temporaire ou permanent. Mais chaque fois que vous prélèverez un greffon, il ne faudra pas oublier de conserver, avec le périoste, un certain nombre de lamelles osseuses afin de garder intacte la couche des ostéoblastes, qui devra fournir l'os nouveau.

Quand l'écartement à combler se a faible, vous pourrez prélever votre greffe sur l'os lui-même, mais lorsqu'il s'agira d'une large perte de substance à remplacer, il vaudra mieux s'adresser à un autre os, et prélever sur la crête iliaque ou sur l'omoplate les matériaux qui vous seront nécessaires. Enfin, dans certains cas, vous pourrez, comme l'ont fait Stone et Codivilla, combler une large perte de substance du tibia en transportant, dans l'intervalle compris entre les deux fragments, la diaphyse péronière entière.

Je ne vous ai parlé jusqu'ici que du traitement des pseudarthroses mécaniques : pour ce qui est des défauts de consolidation dues à des causes pathologiques, vous pourrez leur appliquer les mêmes procédés opératoires. Vous pourrez faire une ostéosynthèse dans des cas de fractures ouvertes où les premières infections ont empêché

toute réunion osseuse ; mais, il vaudra mieux, dans la plupart des cas, avoir recours aux greffes ostéoplastiques après avoir réalisé les sacrifices nécessaires, c'est-à-dire avoir débarrassé le foyer de fracture du processus local ayant déterminé l'altération osseuse.

Vous voyez donc qu'il n'y a que devant les pseudarthroses trophiques que le chirurgien reste désarmé, que toutes les pseudarthroses mécaniques et pathologiques doivent logiquement guérir, lorsqu'elles ont été convenablement traitées ; et ce que je voudrais vous voir retenir de cette leçon, c'est qu'il importe, pour cette chirurgie osseuse, de traiter ces lésions de bonne heure, avant que des altérations concomitantes ne se soient produites. Sans perdre de temps, dès que le diagnostic aura été posé, dès que la pseudarthrose aura été constatée cliniquement, il faudra intervenir, quelquefois par greffe, le plus souvent par ostéosynthèse.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Erythrémie ou maladie de Vaquez.

(M. VAQUEZ. — *Société de médecine de Paris.*)

En 1892, M. Vaquez a attiré l'attention sur un syndrome alors inconnu, caractérisé par de la cyanose, de la splénomégalie et de la polyglobulie. Depuis cette époque, les cas de maladie de Vaquez se sont multipliés et M. Lutembacker a pu en citer 150 observations dans sa thèse.

La caractéristique essentielle de ce syndrome est l'érythrose. Le malade est haut en couleur et sa figure est rouge, comme enluminée. Comme lésions organiques, on constate une augmentation considérable du volume de la rate et une augmentation du nombre des globules rouges, qui peut aller de 5 millions à 8 millions et même 10 et 12 millions.

La pathogénie de l'affection reste obscure. M. Vaquez a pensé dès le début qu'il s'agissait d'une exagération du pouvoir hématopoiétique par irritation de la moelle osseuse. L'évolution se fait en 4, 5 et 6 ans, et jusqu'à présent la terminaison a toujours été mortelle, quel que soit le traitement mis en œuvre. Au point de vue thérapeutique, la radiothérapie, le benzol ont été essayés sans grand résultat. La splénectomie a eu des effets plutôt désastreux.

L'érythrémie est une maladie de l'âge moyen. Elle apparaît habituellement vers 35 ou 40 ans.

M. TISSIER demande si l'on a examiné le sang de ces malades quant à la réaction de Wassermann. Chez une femme érythrémique syphilitique, il a obtenu une certaine amélioration par l'hectine.

M. VAQUEZ répond que si la syphilis se rencontre dans quelques cas, on ne peut l'incriminer toujours. On a signalé également des faits où la tuberculose semblait en cause. L'étiologie reste imprécise.

Radiothérapie des fibromes utérins.

(M. LACAILLE. — *Société de Médecine de Paris.*)

M. Lacaille apporte sa statistique des trois dernières années relative au traitement radiothérapique des fibromes utérins. Elle comporte 60 cas, tous suivis de guérison, de disparition totale ou d'une diminution d'au moins les 3/4 du volume de la tumeur.

Ces 60 cas comprennent 12 malades jeunes, de 20 à 40 ans, et 48 malades, de 40 à 55 ans. Les premières, encore assez éloignées de l'époque normale de la ménopause, n'ont pas été traitées comme celles qui approchent de l'âge critique. L'irradiation fut faite seulement sur le fibrome, en respectant les ovaires ou du moins en les traitant très peu. Chez une de ses malades, M. Lacaille a vu, après rétraction de la tumeur, survenir une grossesse, alors que cette femme était restée mariée pendant 12 ans, sans enfants.

M. DE KEATING-HART énumère les trois méthodes de traitement radiothérapique des fibromes utérins : l'irradiation des ovaires seuls, l'irradiation de la tumeur, l'irradiation simultanée des ovaires et de la tumeur.

Chez une femme jeune, en respectant les ovaires, la grossesse est possible. En agissant sur la tumeur, on arrête les hémorrhagies et on amène la régression du néoplasme.

M. ZIMMERN rappelle que c'est Foveau de Courmelles qui a le premier traité un fibrome utérin par la radiothérapie. A ce moment, on ne visait que l'ovaire, et l'on recherchait par l'ovaire une ménopause prématurée. Mais, dans ces derniers temps, on a été conduit à penser que le fibrome lui-même diminuait par l'irradiation, d'où un traitement du fibrome sans intervention sur l'ovaire.

Quant à l'accusation portée contre la radiothérapie d'être susceptible de provoquer la dégénérescence du fibrome en sarcome, il est probable qu'elle se rapporte à des diagnostics incomplets, à des faux fibromes.

M. GASTOU appuie l'argumentation de M. Zimmern sur la nécessité d'un diagnostic précis, en matière de fibrome utérin. Il rapporte un cas, catalogué fibrome, qui guérit par le traitement spécifique.

M. OZENNE signale aussi la confusion possible d'une tumeur de l'utérus avec un syphilome de cet organe. Les manifestations du tertiarisme sur l'utérus ne sont pas très bien connues et l'on ne pense pas toujours à elles.

Sur le microbe bactériophage de d'Hérelle.

(M. KABESHIMA. — *Société de Biologie.*)

Dans une note présentée à l'Académie des Sciences, en 1917, M. d'Hérelle a signalé l'existence, dans l'intestin des convalescents de dysentérie, d'un microbe filtrant antagoniste des bacilles dysentériques. Dans une série de notes postérieures, il a étendu cette

notion à d'autres maladies intestinales et il a étudié les modalités d'action de ce microbe bactériophage.

M. Kabeshima se refuse à admettre qu'il s'agisse là d'un microbe. Il attribue le phénomène, réel, de la destruction des bactéries, à une diastase, à une sorte de catalyseur, qu'il aurait isolé. Il propose d'appeler ce ferment « ferment d'immunité bactériolysant ».

M. d'Hérelle combat l'hypothèse de diastase. Il s'agit bien d'un microbe, dit-il, puisque l'on peut obtenir des colonies sur gélose. Si petit soit-il, c'est bien un microbe parasite des bactéries, bactériophage.

Péricardite syphilitique secondaire.

(MM. Oddo et Mattéi. — *Société biologique de Marseille.*)

L'observation présentée par MM. Oddo et Mattéi se résume ainsi : homme de 54 ans, porteur de plaques muqueuses labiales et scrotales. Frottements péricardiques nets. Asystolie subite et mortelle. A l'autopsie, péricardite néo-membraneuse, sans lésions de l'endocarde, ni du myocarde.

Elimination urinaire de l'émétine.

(M. Ch. Mattéi. — *Société biologique de Marseille*).

Par des analyses d'urine de sujets soumis aux injections sous-cutanées de chlorhydrate d'émétine, M. Mattéi a montré que cet agent médicamenteux s'éliminait d'une façon discontinue et prolongée. Dans le but de vérifier s'il ne s'agissait pas là d'une particularité attribuable au mode d'administration du médicament, l'auteur a pratiqué les mêmes recherches après trois injections intra-veineuses successives de 4 centigr. de chlorhydrate d'émétine. L'élimination s'est montrée également irrégulière et prolongée. On pouvait en déceler encore, dans l'urine, six semaines après la dernière piqûre.

L'accumulation de l'émétine est donc une accumulation vraie. Il importe, dans ces conditions, après une série d'injections de cette substance, de laisser une assez longue période de repos, si l'on veut éviter des accidents — accidents d'ailleurs souvent observés en clinique lorsque cette précaution n'est pas prise.

P. L.

BIOLOGIE

I. Les facteurs complémentaires de la croissance et l'équilibre.

(Vitamines).

Dans un article précédent (1), j'ai montré comment les connaissances nouvelles touchant la constitution des albuminoïdes et le rôle des aminoacides dans la nutrition nous permettent désormais d'arrêter à volonté la croissance d'un organisme jeune pendant un temps qui peut être très prolongé, ou de déterminer fatalement le dépérissement et la mort de l'animal en expérience, même si la quantité d'azote protéique introduite dans sa ration journalière est infiniment supérieure au chiffre de ses pertes : il suffit pour cela que la ration albuminoïde soit *déficiente en certains aminoacides, indispensables* à la fois en qualité et en quantité, et dont l'organisme animal semble incapable de faire la synthèse. Mais son incapacité ne se limite pas à cette seule classe de corps, et les recherches des dix dernières années ont mis en évidence que pour qu'un régime soit suffisant, il est encore de toute nécessité qu'il apporte à l'organisme une certaine quantité de substances complexes spéciales sur la nature chimique desquelles nous sommes loin d'être fixés, et que nous ne connaissons que par leurs propriétés biologiques. Ces substances ont-elles même une existence réelle ? Quoique la plupart des auteurs considèrent la chose comme hors de doute, elle n'est pas absolument démontrée, et comme pour les ferments, il peut être permis de se demander s'il ne s'agit pas là de propriétés de la matière dues à un état moléculaire particulier plutôt qu'à la nature même des molécules. Quoi qu'il en soit, tout se passe comme si ces substances existaient réellement, et laissant de côté les doutes qu'on pourrait élever à leur sujet, qu'elles soient corps chimiques plus ou moins exactement définis, ou simples manifestations de propriétés physiques, pour en parler plus commodément nous les considérerons comme des entités et les désignerons avec la plupart des auteurs sous le nom générique de *Vitamines*, en élargissant le sens de ce terme proposé par C. Funk : ce sont les « *Facteurs accessoires de la croissance et de l'équilibre* » de Mc Collum et Davis, pour lesquels Abderhalden et Schaumann ont encore proposé le nom d' « *Eutonines* ».

La première expérience qui ait mis sur la voie de la découverte des vitamines date de 1897. A cette date, Eykmann, en nourrissant des oiseaux (pigeons, poules...) avec du riz « glacé », c'est-à-dire privé artificiellement de la pellicule argentée qui recouvre le grain, constata qu'au bout de peu de temps ces animaux présentaient fatalement des troubles nerveux à évolution mortelle, analogue à ceux du béribéri de l'homme et auxquels il donna le nom de *polynévrite expérimentale*. Ces troubles font toujours défaut quand on nourrit les animaux avec du riz brut, non glacé, dit « paddy », et il suffit, pour les faire disparaître, d'ajouter à la ration journalière de riz glacé une très minime quantité de son de riz. La valeur alimentaire

(1) Voir *Concours Médical* du 15 février 1920, page 407.

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Notes d'ordonnances. — Notes d'ordonnances portant comme en-tête des instructions aux blessés du travail.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Notes d'honoraires ordinaires

Notes d'honoraires d'un modèle spécial établies selon les indications du tarif Jeanne.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client. (*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien*).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50.....	4 fr. »
Le 100.....	6 fr. »
Les 500.....	28 fr. »
Les 1000...	50 fr. »

Affiches. — Affiches indiquant sous forme d'avis les droits des blessés et les pénalités encourues par ceux qui entravent le libre choix du médecin. Prix franco : les 50, 7 fr., le cent, 12 fr.

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, *132, faubourg St-Denis, Paris.*

de ce dernier étant des plus médiocre, tout portait à conclure que le son de riz renferme une substance spéciale, sans valeur alimentaire personnelle, mais indispensable à l'équilibre des fonctions de nutrition, et possédant un pouvoir curatif vis-à-vis des troubles de la polynévrite expérimentale. Eykmann tenta d'isoler cette substance et constata qu'on peut l'extraire par l'eau ou l'alcool. Ce résultat fut confirmé ultérieurement par Stepp (1909), qui fit porter ses expériences sur le pain. Celui-ci constitue à lui seul un aliment complet pour les souris, mais cesse de pouvoir entretenir la vie si on l'épuise au préalable par l'alcool, même si on le supplémente artificiellement à l'aide de toutes les substances grasses ou analogues que l'alcool aurait pu dissoudre. Au contraire l'adjonction au pain de son propre extrait alcoolique lui rend toutes ses qualités primitives, et empêche l'apparition des troubles de nutrition qui amènent la mort.

Rapidement, on constata alors que la ou les substances actives existent en bien d'autres aliments que le riz, par exemple dans la levure de bière ou le petit lait, qu'elles sont détruites par un chauffage prolongé à 120° à l'autoclave, et C. Funk réussissait en 1912 à extraire du son de paddy un corps dont l'existence, comme espèce chimique, ne fut pas confirmée ultérieurement, mais qui possède la plupart des propriétés du son de riz vis-à-vis de la polynévrite expérimentale : il lui donna le nom de « vitamine » et les troubles qui résulte d'une alimentation privée de ces corps sont désormais réunis sous le nom d'« avitaminoses » ou encore de maladies de *carence.*

Toutefois une première objection peut se présenter immédiatement à l'esprit. Maintenant que nous connaissons les troubles déterminés par l'absence de certains aminoacides, ne pourrions-nous attriuer à une cause de ce genre ceux observés par Eykmann, plutôt que faire intervenir une action nouvelle de substances plus ou moins hypothétiques ? A cette suggestion viennent répondre les expériences d'Abderhalden et Schaumann, qui ont, d'une part, reconnu que dans le riz glacé existent les aminoacides indispensables, et, d'autre part, constaté que l'adjonction d'un mélange de ces derniers en supplémentation est dépourvue de toute influence sur l'apparition des symptômes morbides chez les pigeons nourris au riz glacé. L'action des vitamines est donc bien indépendante de celle des acides activement, et la distinction de ces deux sortes de corps parfaitement légitime.

Depuis les premiers travaux relatés ci-dessus, les recherches se sont rarement multipliées au cours des dernières années, donnant aux vitamines une importance autrement générale que celle qu'on pouvait leur supposer au premier abord. Quoiqu'à vrai dire nous ne sachions rien de positif sur la nature exacte de ces substances, nous pouvons du moins juger de leurs propriétés respectives par les troubles divers qu'entraîne leur absence, et ceux-ci viennent éclairer d'un jour tout nouveau l'étiologie de certaines maladies et de certains troubles de nutrition inexpliqués jusqu'ici : si le problème des vitamines est passionnant au point de vue de la biologie générale, il n'est pas moins important pour le médecin et l'hygiéniste, comme je me propose de le montrer au cours de cet article.

Quel est l'état actuel de nos connaissances au sujet des vitamines, ou « Facteurs accessoires de la croissance et de l'équilibre », suivant al dénomination de l'Ecole américaine (1) ?

Il semble y avoir lieu d'en distinguer dès maintenant trois catégories :

Les *vitamines antiscorbutiques* sont surtout abondantes dans les légumes et fruits juteux, en particulier dans les oranges et les citrons qui sont depuis longtemps considérés comme le remède spécifique du scorbut ; elles sont moins abondantes, quoique présentes néanmoins, dans le lait. Ces vitamines sont particulièrement sensibles à la chaleur et la simple pasteurisation du lait suffit à les détruire. Leur privation, réalisée dans les régimes composés uniquement de conserves, par exemple ; lors des expéditions polaires, ou encore dans une alimentation stérilisée totalement et exclusivement par la chaleur, détermine des troubles divers (scorbut, maladie de Barlow...), trop connus pour que j'en parle plus longuement ici.

Les *vitamines solubles dans l'eau* (*facteur* B de Mac Collum et Davis, vitamine de Funk) sont les premières dont l'action fut mise en évidence, comme nous l'avons vu plus haut, et celle-ci fut confirmée depuis par de nombreuses expériences. Si, par exemple, on nourrit un jeune rat à l'aide d'un régime privé de vitamines B (caséine pure, sucre, amidon, sels minéraux, agar et beurre qui apporte le facteur A dont nous parlerons plus loin, et évite ainsi les carence, multiples), l'animal cesse rapidement de croître et commence à présenter vers le 40e jour des signes de paralysie absolument comparables à la polynévrite fatale des oiseaux nourris au riz glacé. L'adjonction au régime d'une quantité minime de levure de bière (6 °/₀ de la ration

(1) Remarquons en passant que ces facteurs sont tout aussi indispensables à l'entretien de la vie que les autres aliments proprements dits, et que, s'ils n'agissent pas par leur apport matériel propre, ils n'en sont pas pour cela des aliments « *accessoires* », ce mot impliquant une idée tout à fait erronée de leur valeur et de la nécessité de leur présence. Aussi vaudrait-il mieux modifier la formule de Mac Collum et Davis, comme l'a proposé Thiébaut, et les dénommer « Facteur s *complémentaires* de la croissance et de l'équilibre ».

guérit en quelques jours tous les symptômes observés, et fait reprendre la croissance avec une intensité et une rapidité véritablement stupéfiantes.

On obtiendrait exactement le même résultat en se servant, au lieu de levure de bière, d'un extrait sec de lait privé préalablement de ses graisses et de ses protéiques (proteen-free milk), ou encore d'un extrait aqueux d'embryon de blé ou de jaune d'œuf, ce qui prouve que tous ces corps sont également riches en vitamines B. Depuis les premières recherches, on a pu mettre celles-ci en évidence dans la plupart des aliments animaux, en particulier dans les tissus glandulaires qui en sont beaucoup plus riches que le tissu musculaire, et chez les végétaux dans la cuticule ou l'embryon des graines, ainsi que dans la plupart des légumes verts et des fruits où elles sont néanmoins beaucoup moins abondantes. Enfin les vitamines B manquent dans les tissus de réserve proprements dits, par exemple, dans la partie centrale des graines amylacées, etc.

Sans insister sur les caractères chimiques du facteur B, il faut néanmoins signaler que ces vitamines sont solubles dans l'eau et l'alcool, et stables à la température de l'ébullition, mais détruites à 120° ; enfin elles sont facilement fixées par absorption par les substances colloïdales ou analogues. Il est certain que la vitamine isolée par Funk rentre dans la catégorie des facteurs solubles B, mais qu'elle n'en est pas le type unique, et quant à sa constitution en tant qu'espèce chimique, j'ai dit plus haut qu'elle n'a pas été confirmée.

Les symptômes de l'avitaminose B sont tout d'abord l'arrêt de croissance, puis une inappétence absolue et un dépérissement que le gavage se montre incapable d'enrayer. En même temps se manifestent des troubles paralytiques et cérébelleux rappelant de très près certaines formes du béribéri de l'homme, et l'identité de l'étiologie de cette maladie et de la polynévrite expérimentale se trouve démontrée par l'efficacité contre ces deux affections des mêmes vitamines curatives. C'est ainsi que l'épidémie de béribéri qui sévit sur les troupes britanniques pendant le siège de Kut-el-Amara (1916) se trouva enrayée lorsque les hommes partagèrent avec les soldats indiens la farine complète qui figurait dans la ration habituelle de ceux-ci : cette farine renfermant l'embryon et la couche protéique du grain est très riche en vitamine B, alors que les farines très blanches en sont à peu près complètement dépourvues.

Les *vitamines solubles dans les graisses* (*facteur A* de Mac Collum et Davis) constituent la troisième catégorie de vitamines. La démonstration de leur existence, par les troubles dus à leur suppression est beaucoup plus aisée que celle des substances de la catégorie précédente, car la présence du facteur A est bien moins générale que celle du facteur B et l'on peut sans difficultés réaliser des régimes qui en soient totalement dépourvus.

En nourrissant des rats avec un régime synthétique où les substances grasses sont uniquement représentées par du saindoux, on constate que la croissance se poursuit encore près de trois semaines, tout en se ralentissant progressivement, puis que brusquement les animaux se prennent à dépérir et meurent en moins de trois mois avec des lésions caractéristiques. Le remplacement du saindoux par une huile végétale ne modifie en rien les résultats de l'expérience ; au contraire, tous les troubles résultant de ce régime sont guéris d'une façon quasi miraculeuse par la substitution au saindoux d'une quantité équivalente de beurre ou d'une proportion correspondante de lait frais : ces dernières substances introduisent donc bien dans l'alimentation une vitamine spéciale, que n'y apportaient pas les graisses de réserve animales ou végétales, et que l'on a qualifiée de « Facteur A ».

Les troubles d'avitaminose par absence du facteur A sont faciles à reconnaître. Outre les symptômes de dénutrition communs avec la carence du facteur B, l'animal présente d'abord de l'œdème des paupières, puis la conjonctive se dessèche et devient opaque, en même temps que les yeux sont le siège d'un prurit intense qui peut entraîner des lésions de grattage comportant un pronostic grave. Ces ulcères de la prunelle sont d'ailleurs connus en pathologie humaine, où ils portent le nom de *xérophtalmie*. Signalés par les médecins japonais, on les a retrouvés récemment chez des enfants de diverses régions d'Europe (en particulier en Scandinavie) nourris exclusivement de céréales et de lait écrémé, et l'amendement immédiat de ces accidents sous l'influence de la seule introduction dans le régime des malades de lait complet ou d'huile de foie de morue, est absolument caractéristique.

Mais à côté de ces lésions spécifiques, l'avitaminose A commence toujours par déterminer un arrêt de croissance suivi d'un dépérissemnte à évolution fatale : le facteur A est donc aussi indispensable que le facteur B pour la croissance et le développement normal des jeunes mammifères. Au reste, la carence à son égard peut encore se manifester sous d'autres aspects, et les expériences de Mendel semblent démontrer que cette catégorie d'avitaminose joue un rôle dans l'apparition de la pellagre. Enfin Hift a signalé de nombreux cas d'héméralopie avec scorbut chez des prisonniers de guerre soumis à une alimentation sans graisses, qui furent rapidement guéris par l'ingestion de foie : il est certain

que ces troubles résultaient, au moins en partie, d'une avitaminose A, et il n'est pas déraisonnable de penser que la même étiologie était en cause lors de l'épidémie de xérosis héméralopique observée jadis à Bordeaux par Bitot (1863).

Le facteur A a à peu près la même répartition dans les aliments que le facteur B, à quelques exceptions près (par exemple, pour la levure, qui n en contient pas trace, alors qu'elle est une des sources les plus riches de facteur B). D'une façon générale, les huiles ou graisses de réserve, tant animales que végétales, en sont dépourvues. En revanche il est extrêmement abondant dans les corps gras extraits des parties vertes des plantes, ainsi que dans les graisses d'origine glandulaire (huile de foie de morue, par exemple, dont ces vitamines expliquent ainsi les extraordinaires propriétés thérapeutiques).

Nous sommes aussi peu fixés sur la nature chimique du facteur A que sur celle du facteur B. On sait seulement que ce n'est pas un lipoïde ou un dérivé des graisses, et il n'accompagne sans doute ces derniers corps qu'à la suite d'une sorte d'entraînement. Enfin le facteur A semble le plus résistant à la chaleur de toutes les catégories de vitamines, et porté à la température du beurre fondu pendant 2 h. 1/2, il n'en conserve pas moins intégralement ses propriétés spécifiques.

(A suivre). Dr J. PACAUT.

A TRAVERS LA PRESSE

Presse française

Sérothérapie de la fièvre typhoïde.

Il s'agit d'un sérum préconisé par MM. RODET et BONNAMOUR (*Presse médicale*, 31 janvier 1920), et qui s'emploie avantageusement aux doses de 15 cmc. en injections sous-cutanées à la paroi abdominale de préférence, à raison d'une injection tous les deux jours, en surveillant la courbe thermique. Trois injections sont habituellement suffisantes. Quelquefois, on est obligé d'en pratiquer une quatrième. Rarement, une cinquième a été nécessaire. Ce sérum « exerce « sur l'évolution de la fièvre typhoïde une action « des plus nettes, qui se traduit par des modifi- « cations évidentes de la courbe thermique, « mieux encore, par une atténuation très accen- « tuée des troubles toxiques, par une désintoxi- « cation de l'organisme. Agissant au maximum « lorsqu'il est appliqué précocement, il peut ce- « pendant produire des effets favorables à tous « les stades de la maladie, s'il intervient avant « l'existence de complications. Il est inoffensif « et ne rencontre pas de contre-indications. Ap- « pliqué assez tôt, il prévient les complications et « abaisse la mortalité. Enfin, son action foncière « se traduit par une abréviation de la durée de la « maladie. Il ne peut pas seulement être mis en « balance avec le traitement hydrothérapique ; il » présente sur lui de multiples avantages ».

Nous poserons maintenant aux auteurs de ce travail les deux questions suivantes que ne manqueront pas de nous adresser nos lecteurs : l'emploi de ce sérum est-il autorisé ? où peut-on se le procurer

L'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

Notre collaborateur, le Dr Fradkine, a traité largement cette intéressante question de pratique dans le *Concours médical* du 29 février (nº 9, p. 589). Voici un travail de M. GINESTOUS (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 15 février 1920), sur le même sujet, qui confirme l'exposé fait par notre confrère.

On préviendra l'ophtalmie purulente des nouveau-nés en employant, immédiatement après la naissance, la méthode de Crédé (instillation d'une goutte de solution de nitrate argentique à 1 %). On la soignera au moyen de grands lavages antiseptiques, dont le meilleur agent est le permanganate de potasse (solution à 1/2000e) et de cautérisations au nitrate d'argent, faites prudemment, en surveillant soigneusement l'état de la cornée. Comme Fradkine, Ginestous déclare qu'il serait « imprudent de vouloir préférer sys- « tématiquement au nitrate les autres sels ar- « gentiques, protargol, argyrol, etc...... Ces « sels, utiles dans certains cas, sont loin d'avoir « les propriétés curatives du nitrate ».

En outre, l'auteur recommande de soigner l'état général des enfants atteints de cette affection.

Enfin, il expose les résultats qu'il a obtenus en utilisant le sérum anti-gonococcique de Nicolle et Blaizot : sur deux cas, un succès et un insuccès.

Aussi est-il d'avis que le vaccin a une réelle valeur anti-gonococcique ; il doit être employé toutes les fois que l'occasion s'en présente, mais sa mise en œuvre ne dispense nullement le praticien de faire bénéficier les petits malades de la thérapeutique locale, qui a fait ses preuves.

Epilepsie et traitement spécifique.

S'appuyant sur les faits nombreux que renferme la littérature médicale, M. BABONNEIX (*La Médecine*, février 1920) préconise le traitement spécifique dans l'épilepsie essentielle.

Il serait indiqué dans tous les cas où l'hérédo-syphilis est patente ; dans ceux où, en l'absence de toute cause évidente, telle que traumatisme crânien, tumeurs cérébrales, etc..., l'hérédo-syphilis peut encore être incriminée.

Il est contre-indiqué dans tous les cas où l'hérédo-syphilis n'est pas manifestement en cause

Il comprend l'emploi alternatif de l'iodure de potassium, du mercure et des composés organiques arsénicaux.

Il sera commencé le plus tôt possible, et mené vigoureusement, à doses suffisantes.

On le continuera aussi longtemps qu'il sera nécessaire. C'est ainsi qu'on pratiquera deux ou trois séries d'injections intraveineuses de cyanure de mercure par an, chaque série séparée de la suivante par une cure d'iodure de potassium ou de sirop iodo-tannique. Le novarsénobenzol, manié prudemment, fera l'objet de deux cures annuelles.

L'hectine est recommandable surtout chez les enfants.

Les conséquences de ce traitement sont : ou bien la disparition définitive et immédiate des crises (rare), ou bien, une aggravation temporaire, suivie d'amélioration et de guérison durable. Elle indique que la médication ne reste pas inactive.

Cette méthode peut échouer. On ne renoncerait pas à son emploi ultérieur, à l'occasion d'un échec.

L'arsenic chez les paralytiques généraux.

De nombreux travaux ont paru à ce sujet depuis quelques mois. M. Laignel-Lavastine (*La Médecine*, février 1920) esquisse une mise au point de la question. suffisante pour renseigner le praticien.

La composition arsénicale à employer est le néo-arsénobenzol, selon la méthode classique de Ravaut.

La paralysie générale étant toujours mortelle, à plus ou moins bref délai, on est en droit de recourir à une méthode qui peut faire fléchir cette règle, même s'il était avéré que, dans certains cas, la mort a paru hâtée. On ne cesse pas d'opérer les cancéreux, bien qu'il en soit mort de l'opération.

Mais, les chances de succès de cette méthode sont subordonnées à l'époque où on y recourt. A la période démentielle, elle est inutile. Plus tôt, elle a, entre certaines mains, donné des résultats favorables, amenant des rémissions durables chez des paralytiques généraux excités. Mais, c'est surtout comme préventif qu'il faut pratiquer ce traitement.

« Chez tout syphilitique, on pratiquera donc « systématiquement une ponction lombaire au « cours de la quatrième année. Si elle est posi- « tive, la continuation du traitement s'impose « jusqu'à la disparition ; si elle est négative, il « faudra recommencer cet examen à la dixième « année, tout en subordonnant, entre les deux « ponctions, le traitement aux règles générales ».

La voie la meilleure pour l'administration de l'arsenic est la voie intra-veineuse. On la combinera avec une simple ponction lombaire évacuatrice, ou avec une injection intra-rachidienne de quelques milligrammes de néo-arsénobenzol.

L'antithermie de la tuberculose pulmonaire.

On a cru longtemps que la fièvre, chez le tuberculeux, quelle que fût son origine, devait être toujours combattue, quoique simple élément symptomatique, comme constituant par elle-même un processus de consomption. Il n'en est plus de même aujourd'hui où l'on se rend mieux compte de la complexité du problème. Tous les antipyrétiques, en effet, présentent à la longue des inconvénients sérieux ; leur action est souvent éphémère et illusoire, la fièvre réapparaîssant dès leur cessation. De plus, ils exagèrent les sueurs et on a vu des cas de collapsus suivre leur administration ; il est rare, enfin, qu'ils n'augmentent pas l'anorexie et ne déterminent point des troubes dyspeptiques plus ou moins prononcés. Pour toutes ces raisons la plupart des phtisiologues ont renoncé à leur emploi systématique et ne s'en servent plus guère qu'à titre plus ou moins exceptionnel.

Cependant l'observation clinique montre que dans certaines fièvres tuberculeuses les antithermiques ont assez fréquemment une action favorable. M. L. Cantrelle, (*Médecin Français*, 15 août 1919), après avoir expérimenté la plupart de ceux d'un usage courant, a trouvé les meilleurs résultats dans l'emploi d'une combinaison acide cinnamique-oxyphénylurée, plus communément connue sous le nom d'elbon. Ce corps possède une action antithermique peut-être moins prononcée que celles des dérivés du pyrazolone, mais s'exerçant d'une façon plus douce, plus progressive, sans l'effet dépressif de ces derniers. L'examen de nombreuses courbes thermométriques des malades soumis au traitement par l'elbon montre l'absence de ces chutes considérables mais momentanées qui suivent d'ordinaire l'administration des antithermiques chez les bacillaires. Ce que l'on note, dans la plupart des cas, c'est un mouvement régulier et continu de lente défervescence jusqu'à la normale. Cette défervescence est généralement durable et, parallèlement, on note aussi la diminution ou même la disparition complète des sueurs nocturnes. Au bout de quelques semaines de traitement l'apyrexie devient sensiblement plus solide, et dans un laps de temps variable, proportionné à la gravité de l'état des malades, elle acquiert souvent un caractère définitif. L'auteur a constaté un autre effet de l'elbon, déjà signalé par Minnich, c'est une action anticatharrale, avec modification quantitative et qualitative de l'expectoration, diminution sensible des bacilles de Koch et des strepto et staphylo si fréquemment associés chez les ca-

verneux. La médication doit être prudente chez les congestifs, il faut employer chez eux des doses moyennes, sans considérer le médicament comme contre-indiqué, les hémoptysies ne pouvant être vraiment favorisées que dans les cas très avancés ; dans les autres, au contraire, cette action légèrement congestive amorcera plutôt un processus réparatif des foyers. Même dans les cas avec cavernes une amélioration sensible peut être encore obtenue si les lésions ne sont pas trop étendues. Un tel traitement doit être poursuivi avec persévérance, parfois pendant plusieurs mois, les doses variant entre 3 et 6 grammes par jour, suivant l'état de la courbe thermique ; elles sont réduites ensuite peu à peu, la dose de 2 gr. *pro die* devant être maintenue longtemps encore après la stabilisation de la température. G. D.

PHTISIOTHÉRAPIE

La méthode Mélamet dans la tuberculose pulmonaire.

Par le Dr A. Astruc (de Saint-Cloud).
Ex-médecin chef de l'Hôpital sanitaire de Hérouville.

Depuis le mois de juillet 1919, nous traitons nos tuberculeux par le manganate calcico-potassique (bactioxyne), suivant la méthode de Mélamet, en administrant le médicament par voie intra-veineuse ou par voie rectale, suivant les indications.

Il serait prématuré de dire que nous guérissons les tuberculeux en appliquant ce traitement, mais les résultats que nous obtenons nous paraissent très encourageants, car ils sont manifestement supérieurs à ceux donnés par l'emploi des méthodes classiques.

La bactioxyne agit tout d'abord sur le bacille de Koch, comme le démontrent les analyses ; elle le fait disparaître, ou le met en état de désagrégation complète, lorsqu'il est très abondant. Les saprophytes sont également atteints. L'aspect du crachat se modifie, il est de moins en moins purulent, et finit par devenir salivaire, surtout dans les cas peu avancés de la maladie.

Le manganate calcico-potassique agit sur les symptômes généraux : les sueurs nocturnes cessent assez rapidement, la toux diminue, l'appétit s'améliore, la dyspnée est moins accusée. La température, quand elle ne dépasse pas 38°, revient à la normale assez rapidement. Chez une malade grande fébricitante, les oscillations ont cessé après les dernières injections. La pleurodynie, si elle existe, cède assez vite.

Nous avons employé le manganate calcico-potassique dans 3 cas d'hémoptysies, et nous n'avons pas trouvé de contre-indication à son emploi.

L'état général des malades s'améliore, la plupart du temps, après la dixième injection.

Le poids ne s'accroît pas d'une façon sensible pendant le traitement ; il augmente plutôt vers la fin.

Nous avons pratiqué actuellement plus de 250 injections intra-veineuses et nous n'avons jamais eu d'accidents à noter, autres que de petits incidents locaux, signalés par Mélamet lui-même : inflammations périveineuses, qui ont cédé à l'emploi de compresses chaudes et de massages légers.

Une seule fois, nous avons constaté une légère éruption, rappelant l'urticaire, localisée au bras injecté.

La voie intra-rectale a été employée lorsque les malades présentaient des veines trop peu apparentes. Elle nous a donné les mêmes résultats que la voie intra-veineuse. Toutefois, elle est d'une action moins rapide et nécessite une dose double de médicament.

La solution de manganate calcico-potassique est bien tolérée par l'intestin ; dans un cas de péritonite tuberculeuse, elle nous a donné un très bon résultat.

L'examen des quelques observations suivantes pourra éclairer le lecteur sur les avantages que l'on peut retirer de la méthode chimiothérapique du Dr Mélamet.

Observation I. — Mme B., 25 ans (suite de l'observation publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 25 octobre 1919).

Cette malade présentait, en juillet, une tuberculose pulmonaire à marche rapide, avec grandes oscillations fébriles, symptômes toxhémiques graves, signes de ramollissement au sommet gauche et d'induration du sommet droit.

Le traitement complet (40 inj. intra-veineuses) a été appliqué, avec périodes de repos pendant lesquelles la liqueur de Fowler et le tartrate ferrico-potassique ont été prescrits.

Aujourd'hui, sept mois après le début du traitement, la malade ne présente plus de température, les symptômes toxhémiques ont disparu, les lésions se sont stabilisées : au sommet gauche, caverne asséchée quelques râles péri-spélonchiques, expectoration diminuée, appétit bon. La malade vague aux soins du ménage, fait une promenade quotidienne.

Les divers examens des crachats ont donné les résultats suivants :

Analyse du 31 *juillet* 1919 : *nombreux B. K. granuleux et non granuleux. Index* 10.7.

Analyse du 13 *septembre* 1919 : *assez nombreux B. K., mais en voie de désagrégation. Ils se présentent en majeure partie sous forme de petits points, de petites virgules avec des espaces clairs : très peu sont intacts.*

Analyse du 29 *décembre* 1919. *Très rares B. K.* 1 *quelquefois* 2 *par champ puis il faut parcourir de nombreux champs pour en découvrir. Index* 0,9. *Tous*

les bacilles sont en état complet de lyse (Laboratoire Tulasne).

Espérant la maintenir dans cet état, nous prescrivons une série de 20 instillations rectales.

A notre avis, la solution mangano-calcique a manifestement enrayé là, une tuberculose fébrile évolutive à marche très rapide.

OBSERVATION II. — M. E., 33 ans, mécanicien.

Malade en traitement depuis le 2 septembre 1919 (suite de l'observation publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 25 octobre 1919).

Lésion du sommet droit (râles humides, expectoration bacillifère : index 4).

Examiné le 6 février, cinq mois après le début du traitement, le malade *ne présente plus de signes stéthoscopiques*; les crachats, très rares, sont salivaires, les bacilles ont disparu. *L'augmentation du poids est de 10 kilogs.* 22 injections intra-veineuses ont été faites en deux séries.

Analyse des crachats du 29 *août* 1919 : *quelques bacilles de Koch. Index* : 4.

26 *septembre* 1919 : *Pas de bacilles de Koch (après homogénisation).*

9 *octobre* 1919. *Id* *Id.*

5 *mars* 1920. *Id.* *Id.*

L'heureuse influence du traitement est manifeste, et le résultat obtenu se maintient depuis le mois de décembre, date à laquelle tout traitement a été cessé.

Le malade n'a interrompu son travail que du 2 au 25 septembre.

OBSERVATION III. — C., peintre.

A. H. père : bronchite chronique.

A. P. broncho-pneumonie à 14 ans. En mai 1919, refroidissement, toux. En août, entérite.

Le 20 novembre 1919, amaigrissement de 5 kilos en quelques mois. Facies pâle, état général mauvais ; asthénie. Pouls : 80. Appétit nul. Digestions mauvaises. Fièvre légère. Toux assez fréquente, expectoration gris clair. Pleurodynie.

Auscultation : S. D. : son — vibrations + (bronchophonie). Respiration : — Le traitement est commencé immédiatement.

Première série, 20 ampoules en instillations rectales.

Pendant ce traitement, le malade présente une assez forte atteinte de grippe, et doit cesser son travail pendant 8 jours, puis le traitement est repris. Après la première série d'instillations, liqueur de Fowler et tartrate ferrico-potassique.

Le 7 janvier, deuxième série, 20 ampoules en instillations.

Le 26 janvier, l'examen du malade donne les résultats suivants : Facies coloré, état général très bon. Pouls 72. Appétit bon. Digestions normales. Fièvre nulle. Toux très légère, le matin. Expectoration presque nulle. Pleurodynie disparue.

Auscultation : les signes stéthacoustiques ont disparu. A peine constate-t-on une très légère bronchophonie à l'apex droit.

Le malade a augmenté de 5 kilogs. — Résultats obtenus malgré une atteinte de grippe, et sans autre interruption dans le travail journalier que celle nécessitée par la grippe. Pendant la deuxième série, le malade a fait des travaux supplémentaires chaque dimanche et n'a pris aucun repos.

Une troisième série de 10 instillations sera faite pour consolider le résultat obtenu.

OBSERVATION IV. — B., 24 ans, mécanicien.

Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels.

Début en février 1917. Toux, amaigrissement, consécutifs à une grippe non soignée. En 1918, ganglion sus-claviculaire gauche qui suppure.

Le 4 octobre 1919, le malade présente les symptômes généraux suivants : facies très pâle, pommettes rouge vif, état général médiocre, le thorax est très amaigri. Pouls, 122. Respirations, 20. Spiromètre, 2.500 au lieu de 3.540. Dyspnée, fièvre oscillant entre 37 et 38°5. Sueurs. Toux incessante qui tient le malade éveillé la nuit. Expectoration épaisse, jaune. *Présence de B. K., index* 2.

Les deux sommets présentent : matité, vibrations accrues, bronchophonie, respiration rude et saccadée surtout à droite où l'on trouve quelques râles fins en arrière.

Le 11 novembre, après la 15e injection intraveineuse de bactioxyne, le poids s'est accru de 800 gr., le pouls tombe à 100. Le spiromètre marque 2.800. La fièvre n'existe plus, les crachats et la toux ont diminué, les symptômes stéthacoustiques s'amendent. *Bacilles, 1 par 15 à 20 champs.*

Le 20 décembre, le ganglion suppuré se cicatrise définitivement après la 30e injection.

La troisième série est faite en instillations rectales, et le 6 février, date à laquelle le traitement est terminé, le malade présente un état général très satisfaisant (il a repris son travail depuis le 1er novembre. Le pouls est à 90. La spirométrie se maintient à 2.800

Le poids s'est accru de 1 k. 350 depuis le 4 octobre) La dyspnée, la fièvre, les sueurs ont disparu. La toux a diminué considérablement et est limitée à une quinte le matin suivie d'une très légère expectoration. Les lésions apparaissent très atténuées à l'auscultation.

Analyse des crachats

7 *octobre* 1919 : *assez nombreux B K. Index* 2. *Nombreux streptocoques et staphylocoques.*

15 *novembre* 1919 : *très rares B. K.* 1 *par* 15 *à* 20 *champs microscop. Nombreux staphylocoques, assez nombreux streptocoques, quelques rares pneumocoques*

9 *mars* 1920 : *Pas de B. K. Flore saprophyte presque nulle. quelques staphylocoques. (Laboratoire Tusne.)*

OBSERVATION V. — F., 50 ans, tourneur.

Pas d'antécédents.

En janvier 1919, alité, présente des oscillations fébriles entre 38 et 39. Tousse, expectore abondam-

ment ; dyspnée, sueurs nocturnes, appétit presque nul.

Le sommet droit présente en avant et en arrière de la matité, de l'exagération des vibrations, une inspiration rude et prolongée. En avant, sous la clavicule, nombreux râles humides s'étendant jusqu'à la 4e côte ; léger épanchement pleural, base gauche en arrière.

Ce malade est soigné pendant un an par les moyens thérapeutiques classiques. Injections hypodermiques d'huile goménolée. Récalcification. Révulsion à l'aide de bandes de vésicatoires successives. Injections hypodermiques de gaïacol. Son état s'améliore, mais les râles persistent.

En novembre, poussée sérieuse de grippe qui le tient un mois au lit.

En décembre, nous commençons le manganate calcico-potassique en instillations rectales. Après deux mois de traitement, les phénomènes généraux disparaissent, le malade augmente de poids (2 k.). *L'auscultation démontre l'absence de râles sous-claviculaires droit, la disparition de l'épanchement.*

La toux et les crachats ont disparu. Le malade depuis décembre peut exercer la profession de jardinier et fait chaque jour environ 4 kilomètres à pied.

Observation VI. — Br., 56 ans, couturière.

Pas d'A. H.

A. P., volumineux ganglion induré sus-claviculaire gauche. datant de plus de vingt ans.

Au début d'octobre 1919, se plaint de douleurs abdominales très vives, ballonnement abdominal, amaigrissement prononcé, toux quinteuse et tenace. Expectoration abondante. Inappétence. Alternatives de constipation et diarrhée. Fièvre modérée. Sueurs nocturnes. Esoufflement au moindre effort. Les symptômes ont débuté il y a 4 mois environ et depuis cette époque, la malade a cessé tout travail, et garde la chambre.

A l'auscultation, sommet droit : matité, respiration soufflante, exagération des vibrations, quelques légers râles.

L'analyse des crachats est négative (absence de B. K.), bien que des filets de sang aient été constatés à plusieurs reprises dans les crachats.

Nous diagnostiquons : *tuberculose pulmonaire en voie d'évolution avec poussées péritonéales*, chez une femme âgée, consécutive aux privations, aux fatigues et aux émotions causées par la guerre.

Nous pratiquons 15 injections intraveineuses de bactioxyne, puis après repos, vingt instillations rectales.

A ce jour, la malade a repris son travail de couture à domicile, les symptômes généraux ont disparu, les symptômes locaux se sont amendés, plus de râles, à peine une légère différence entre les deux sommets. Le poids est accru de 2 kilogs. Le ganglion est sensiblement diminué.

Observation VII. — L., 60 ans, blanchisseuse.

Pas d'antécédents.

Contagion probable par le linge datant d'un an. Toux, amaigrissement, sueurs, mauvais état général, dyspnée, inappétence. Lésion du sommet gauche, râles humides.

Le 7 décembre, hémoptysie très abondante.

Le 10 décembre, le manganate calcico-potassique est prescrit en instillations rectales, en même temps que le traitement classique de l'hémoptysie (ipéca, opium, etc...) ; en quelques jours, le sang disparaît des crachats. L'état général s'améliore rapidement au point de faire commettre une imprudence à la malade qui présente, en janvier, une deuxième hémoptysie à la suite d'une marche prolongée par un temps de grande tempête.

De nouveau, le traitement par la bactioxyne en instillations rectales est appliqué. L'hémoptysie, cède après quelques jours, et l'examen de la malade, pratiqué le 6 février démontre une amélioration très nette de l'état général. Diminution de la toux et des crachats. Augmentation de l'appétit. Disparition de la dyspnée. La malade peut, sans fatigue, vaquer aux soins de son ménage.

L'hémoptysie n'est pas une contre indication à l'emploi de la méthode de Mélamet.

Observation VIII. — F., 47 ans, menuisier.

Frère mort tuberculeux à 38 ans.

Pleurésie en septembre 1918 ; depuis tousse, crache, présente des vomissements après quintes.

Examen le 7 octobre : a maigri de 7 kilogs. Très mauvais état général, fébricitant, 38°-39°. Pouls : 100. Spirométrie 2.000 au lieu de 3,360. Forte dyspnée, sueurs abondantes, pleurodynie, crachats hémoptoïques. *Bacilles très nombreux* (*index impossible à cause de quantité*). Auscultation : ramollissement du sommet droit.

Après 30 injections intra-veineuses : état général satisfaisant. Fièvre disparue. Pouls : 100. Dyspnée diminuée. Sueurs disparues, plus de pleurodynie. Toux et crachats très atténués, les vomissements ont cessé. L'examen des crachats démontre : *peu de B. K. Ceux que l'on décèle sont en lyse, présentant des espaces très clairs et ne formant que des petits points.* Index 2.9. Pendant le traitement, non seulement le malade a continué sa profession, mais il a fait des ouvrages supplémentaires le soir, il a même passé des nuits au travail, ceci, bien entendu à notre insu, au moment où le fait se produisait.

Nous regrettons que ce malade n'ait pu terminer sa cure.

Observation IX. — L., 50 ans, employé de banque.

Père mort tuberculeux.

Grippe en 1900 et en 1918. Pneumonie du sommet gauche. Laryngite. Soigné pour Σ en 1905 (gomme de la langue ?).

Le 22 novembre 1919, amaigrissement de 7 kil. Etat général assez bon. Spirométrie normale 3.180. Pulsations 84. Appétit assez bon. Température fréquemment au-dessus de 37 le matin. Toux et expectoration jaunâtre au réveil. Pleurodynie sous-claviculaire gauche. Hémoptysie en 1918.

La lésion localisée à 2 travers de doigt au-dessous de la clavicule gauche fait penser à une période active de Σ. Le Wassermann donne un résultat négatif. Les crachats ne présentent pas de B. K.

A l'auscultation : légère submatité et respiration soufflante au point indiqué.

Le malade est traité par la bactioxyne en instillations rectales.

Après 40 instillations, on constate une augmentation du poids de 1 k. 850.

La température redevient normale. Le pouls tombe à 76. La toux et l'expectoration disparaissent ; la pleurodynie disparaît et la respiration devient presque normale.

Observation X. — F., 29 ans, ménagère.

A. P., 8 mois de captivité pendant lesquels la malade devient anémique et perd du poids.

Le 3 juin 1919 : facies pâle, état général peu satisfaisant, dépression morale très accentuée. Pouls : 112. Toux légère. Expectoration le matin. Légère dyspnée. Pleurodynie sous-claviculaire gauche. Crachats hémoptoïques. Etat subfébrile. Le poumon droit présente au sommet : submatité, vibrations accrues (bronchophonie). Inspiration saccadée. Respiration rude et granuleuse. La malade est d'abord traitée par la reminéralisation et les injections sous-cutanées de gaïacol, le CaCl. jusqu'en décembre, sans que les symptômes s'amendent d'une façon notable.

En décembre, la bactioxyne est prescrite en lavements. Après une série de 20 lavements, la toux et les crachats diminuent. La température devient normale. La malade, qui avait des insomnies, a retrouvé le sommeil. L'appétit est très bon, et les symptômes de dépression morale vont en s'atténuant.

Le traitement sera continué.

Observation XI. — D., 27 ans, employé des chemins de fer de l'Etat.

A. H., père tuberculeux.

A. P., intoxication grave par les gaz en 1916.

Le 10 janvier : état général bon, malgré amaigrissement de 5 kilogs. Spirométrie 2.500 au lieu de 3.120 Quintes de toux incessantes et très violentes, simulant la coqueluche. Expectoration jaunâtre, surtout le matin. Légère dyspnée. Sueurs nocturnes. Pas de B. K. dans les crachats. Le poumon droit présente au sommet : S —, V +, R —.

La bactioxyne est prescrite en instillations rectales.

Après 40 instillations, les quintes ne se manifestent plus que le matin, très atténuées ; l'expectoration a disparu, la respiration est normale.

Le traitement sera continué pour consolider les résultats obtenus.

Observation XII. — D., 56 ans, employé de chemin de fer.

A. P., colonial. A eu des bronchites et plusieurs congestions pulmonaires. Hémoptysie très grave en décembre 1919, déterminant une syncope. (Traitement classique).

La bactioxyne est prescrite en instillations rectales, l'hémoptysie ne s'est pas reproduite. Après une série de 20, les symptômes généraux : fièvre, toux, dyspnée, sueurs ont disparu. Le pouls tombe de 100 à 80.

La lésion qui siège au sommet droit, s'amende : les râles s'atténuent.

Le traitement sera poursuivi pour consolider le résultat déjà obtenu.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Dr Etienne Charles. — **Etude sur les eaux minérales d'Euzet-les-Bains.**

Petit vade-mecum à l'usage des praticiens soucieux de connaître les qualités des eaux d'Euzet.

« Les eaux d'Euzet-les-Bains sont des eaux froides. Ce sont des eaux sulfatées mixtes dont l'une, la source Lavalette, est une sulfureuse accidentelle.

Ces eaux sont remarquables par leurs sels minéraux, et surtout par leurs sels de chaux.

Par l'acide sulfhydrique, l'hyposulfite de soude et le bitume qu'elle renferme, l'eau de la source Lavalette trouve une indication spéciale dans les maladies de l'appareil respiratoire.

Leur action, particulièrement accélératrice de la vie cellulaire ;

L'activité imprimée par elles à tous les organes éliminateurs ;

Leur action antiseptique ;

Les résultats reconstituants, toujours obtenus, font recommander Euzet dans les maladies par ralentissement de la nutrition, les scléroses, les suites rebelles de maladies infectieuses, et les associations microbiennes ».

Revue des Thèses.

Thèses de Montpellier.

Dr Paul Derrien. — **Contribution à l'étude du typhus récurrent.**

De ce travail consciencieux, nous extrayerons les principales conclusions :

I. Le typhus récurrent est produit par un spirille, le spirille Olermeieri, dont il existe plusieurs variétés voisines.

II. Le typhus récurrent est propagé par les poux.

III. Le pronostic de l'affection est relativement bon.

IV. Le diagnostic entre le typhus récurrent et le typhus exanthématique est parfois difficile au début.

V. Les symptômes constamment constatés sont : une courbe caractéristique de la température et de la fréquence du pouls ; la langue sèche; la constipation qui n'a jamais manqué ; la céphalée toujours très violente.

VI. Les principales complications sont : les douleurs articulaires constatées plusieurs fois ; les épistaxis, la diarrhée.

Dr Louis ROUJON. — **Traitement original d'une urétérite du tiers inférieur persistant après néphrectomie.**

Dr Louis MALLET. — **A propos d'une observation inédite de luxation congénitale de la rotule.**

A propos de cette observation, l'auteur fait une excellente revue générale de la question, et expose les traitements les plus récents.

Thèses de Lyon.

Dr A. BRULÉ. — **Les indications restantes de la voie périnéale dans la prostatectomie.**

Pour Brulé, les cas où la prostatectomie périnéale garde encore ses indications nettes, paraissent être les suivants :

I. Indications tirées de l'état général du malade, du degré d'infection de la vessie, de l'atteinte rénale elle-même.

II. Indications fournies par la nature de l'hypertrophie, nature qu'on peut soupçonner déjà par l'examen clinique de la prostate et qui influe considérablement sur la facilité opératoire.

III. Indications tenant à des complications inflammatoires récentes ou anciennes, développées dans la prostate ou autour d'elle. G. S.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Assemblée Générale extraordinaire

Convocation

Les Membres de la Mutualité Familiale du Corps Médical Français, *sont convoqués en Assemblée Générale extraordinaire, le Samedi* 8 *Mai* 1920, *à deux heures et demie, au Siège social*, 132, *rue du Faubourg Saint-Denis, Paris.*

Ordre du jour :

Modifications des articles 26, 27, 39 *et* 65 *des statuts.*

Le Président : A. MAURAT.

CHRONIQUE DE L'ASSISTANCE

L'assistance médicale partiellement gratuite.

Un quart environ de la population française va désormais payer le kilo de pain 0 fr. 50 alors que les trois autres quarts le paieront 1 fr. 05... pour l'instant, du moins ; cette majoration paraissant n'être qu'un acheminement, en douceur, vers des prix plus élevés. Sur quoi se base-t-on pour faire ainsi des catégories d'acheteurs, avec une différence de prix du simple au double ? Sur le manque de ressources du dit quart à l'aide duquel vient le reste de la nation, en payant la différence par le jeu d'impôts aussi variés, aussi nombreux que majestueux et lourds. Autrement dit, le Gouvernement, qui représente la nation et la concrétise en ses actes, fait remise de 50 % aux infortunés de la vie, quand il s'agit de leur fournir du pain.

Pourquoi n'en serait-il pas de même (ce premier exemple étant donné) quand il s'agit de fournir à ces mêmes infortunés les soins médicaux et les produits pharmaceutiques ? Pourquoi dans ce cas — et dans ce cas seulement — l'État ferait-il une remise de 100 % dans le fonctionnement de ce qu'on appelle l'Assistance médicale gratuite ?

Sans doute, quand il s'agit du pain, on peut objecter qu'il est déjà une catégorie de gens, ceux inscrits au Bureau de bienfaisance, à qui l'on fournit du pain avec 100 % de remise, c'est-à-dire avec une gratuité aussi complète que pour l'Assistance médicale. Mais (et j'en appelle à ceux qui voient de près le fonctionnement des Bureaux de bienfaisance, dans les campagnes tout au moins) si on fournit *du* pain gratuitement, aux indigents inscrits, on ne leur fournit presque jamais *leur* pain en entier, soit ce qui serait nécessaire à leur nourriture complète. On donne, en réalité, un, deux, trois kilos de pain par semaine suivant le nombre d'enfants, alors qu'il en faudrait plus du double. On y ajoute un pot-au-feu le samedi et un fagot de bois composé de brindilles qui

flambent en quelques minutes. Et c'est tout. Je crois donc l'objection négligeable et j'en reviens aux 50 % dont nous parlions plus haut qui va en somme, devenir la normale dans l'aide financière apportée par l'Etat à ceux qui ont besoin d'être soutenus.

Or, supposez un instant qu'on distribue *gratuitement* et *à la demande*, des kilos de pain aux indigents, à guichets ouverts. Il n'est pas besoin d'être prophète pour pronostiquer avec certitude qu'il y aurait, à la suite, un gâchis formidable de cette matière précieuse. L'Etat n'arriverait bientôt plus à fournir le blé nécessaire, qu'il le tire de la bonne terre de France ou des champs américains et, dans ce dernier cas, avec un change de 300 %. Il est donc naturel et compréhensible qu'on s'en tienne au 50 % de réduction dans la plupart des cas, ne fût-ce que pour que chacun ne réclame que ce dont il a honnêtement besoin.

Que fait-on, au contraire, dans l'A. M. G. ? C'est gratuitement et à la demande — à guichet ouvert, en vérité — qu'on distribue les soins et les médicaments. Et l'on s'étonne ensuite que les budgets départementaux de l'A. M. G. augmentent chaque année. Bien mieux ! On en fait grief au Corps médical qui, ne craint-on pas de dire, tire toute la couverture à lui et « se fait des rentes aux dépens de la misère publique ». Oui, j'ai eu l'avantage d'entendre cette phrase prudhommesque qui fait pendant à l'engraissement tiré de la sueur du peuple. « Demandez-donc, ai-je riposté au grincheux, qui proférait ces mots, demandez donc, tout d'abord, à n'importe quel médecin, si n'importe lequel de ses clients inscrits sur la liste d'assistance ne le demande pas deux ou trois fois plus souvent que n'importe quel autre client ? »

Pour le moindre ... souffle oblique, on réclame le médecin qui *doit* accourir au plus vite et sans rouspéter quelle que soit l'heure « puisqu'il est payé pour ça ». Et il lui faut venir signer une ordonnance pour un paquet de tilleul ou une purgation de sel dont l'inscrit sent le besoin : « Vous ne voudriez tout de même pas que je paye un médicament quand je suis du Bureau ! » Et le pauvre bougre de praticien « y va de son voyage », c'est le cas de le dire et fait la visite demandée. Oh ! il grogne en lui-même, il ronchonne quand il s'aperçoit qu'on l'a dérangé pour rien ... mais il y est si habitué, en bonne poire, trop souvent « tapée » par ces clients spéciaux ! Rentré chez lui, il « marque » mélancoliquement cette visite au rabais, afin que le Département la lui paye en fin d'année. A si bas prix qu'elle soit, il n'a pas les moyens de la dédaigner. Et c'est ainsi, de même que les petits ruisseaux font les grandes rivières, que le nombre de ces visites, d'une utilité fort contestable, finit par former, avec l'ordonnance qui s'y joint, une chiffre qui grossit chaque année.

L'ordonnance !.... Eh oui, l'ordonnance est obligatoire, et tout aussi imposée que la visite : « Ah ! Monsieur le docteur, n'oubliez pas de me marquer aussi de la teinture d'iode.... Et puis, du quinquina pour Jean qui n'a pas bonne mine ... Et puis aussi du sirop dépuratif pour Jeanne qui a eu un clou la semaine dernière ... Et puis ... Et puis ... » Le médecin inscrit la moitié, le quart de ce qu'on lui réclame ainsi, c'est entendu : mais la rivière grossit toujours et devient fleuve, torrent ... torrent de visites imposées, de médicaments exigés — gâchis, vous dis-je, gâchis économique, comme il y aurait gâchis de pain, en cas de distribution gratuite, à la demande.

***

Jusqu'à présent, cela marchait tout de même. Pour les frais médicaux, il n'en est plus de même que pour le blé. On n'a pas besoin de se procurer le surplus en Amérique. Le terroir national suffit. Le corps médical français n'a qu'à doubler, tripler sa peine, pour le même prix. Il n'y paraît pas dans le budget et tout le monde est satisfait, surtout les élus communaux qui se font des amis avec des largesses gratuites...

Seulement, voilà que, peu à peu, avec la vie de plus en plus chère, les médecins se sont aperçus que décidément ils ne pouvaient plus « tenir » et qu'ils devaient cesser de travailler à un rabais ruineux. D'où les réclamations des Syndicats médicaux aux Conseils généraux et leur intention de voir les honoraires de l'A. M. G. mis à un taux adéquat à la valeur actuelle de l'argent. D'où les appréhensions des Conseillers généraux de voir s'enfler, d'une façon insolite, le budget de l'Assistance. D'où enfin le malaise indubitable, non pas dans le fonctionnement même de l'A. M. G., — pour l'instant, du moins — mais dans les dispositions et l'état d'esprit de ceux qui, des deux côtés, sont intéressés pécuniairement à la question : les uns, pour leurs propres bourses, les médecins ; les autres, pour sauvegarder les finances départementales, comme les conseillers généraux et l'Administration préfectorale.

En somme quel est le problème ? Payer le praticien un prix raisonnable et ne pas enfler, outre mesure, les frais médicaux et pharmaceutiques de l'A. M. G.

La première pensée qui vient à l'esprit, pour la solution du problème, c'est de *diminuer le nombre des assistés*. Aussi bien une telle solution semble facile et élégante, à l'heure actuelle. Avec le flot d'or — en papier — qui ruisselle en notre doulce France, grâce aux allocations tout d'abord, puis aux taux nouveaux des salaires, il est incontestable que le nombre des

miséreux a diminué et que les « nouveaux riches » ne sont pas tous des millionnaires. Il y a plus de bien-être que jadis dans la classe ouvrière — et c'est justice. J'ose même espérer que ce n'est là qu'un début. — On pourrait donc diminuer le nombre des inscrits. Soit ! Mais qui le fera ? Quel est le Maire, quels sont les Conseillers municipaux assez dédaigneux de leurs sièges pour faire des coupes sombres parmi ceux qui bénéficient de l'A. M. G. ? Inutile d'insister, n'est-ce pas ? Le moyen est « inopérant », par axiome. L'autre moyen, nullement incompatible d'ailleurs avec le premier, c'est de *supprimer les abus de l'A. M. G.*, abus comparables au gâchis du pain, dans certains cas.

Ces abus peuvent être de deux sortes ou, plutôt, provenir de deux sources : 1° du côté médical, 2° du côté des assistés. On peut les supprimer du côté médical par l'institution d'une *Commision de Contrôle* composée de Conseillers généraux et de délégués des Syndicats médicaux et pharmaceutiques. Une telle Commission fonctionne, depuis peu, sur ma demande, dans mon département — et la pratique a justifié la théorie sur son efficacité. Elle a montré d'ailleurs, en outre, que ce n'est pas d'abus médicaux qu'est surtout composée la turgescence continue des budgets de l'Assistance.

L'autre source d'abus, la principale ,la source mère, si je puis dire, c'est le « guichet ouvert » dont je parlais plus haut : c'est le fait que les « consommateurs de soins » pour parler le langage cher à la C. G. T., peuvent, à volonté, les réclamer aux « producteurs ». D'où gâchis du « produit » demandé, soit, en l'espèce, visites et médicaments.

Comment y rémédier, cette fois ? D'une façon bien simple, ce me semble, en intéressant les consommateurs à ne jamais réclamer plus qu'ils n'ont réellement besoin. Disons plus clairement, en français : *Il faut intéresser pécuniairement les Assistés à ne demander le médecin et n'a exiger de médicaments que dans la proportion où ils le feraient s'ils payaient de leur poche, et le médecin et les médicaments.*

Et on ne les intéressera vraiment que si on fait pour l'A. M. G. ce qu'on vient de faire pour le pain, c'est-à-dire si on leur fait payer une quote-part des frais, la collectivité payant le reste. Si, comme moi, vous pensez que 50 % serait exagéré, qu'on leur réclame 30, 20 %, mais qu'on leur réclame quelque chose !

Ce serait d'ailleurs, je présume, aller au-devant des désirs des Syndicats ouvriers dont les chefs ne cessent de répéter, à tous propos : « Finie la charité, corollaire de la mendicité. Désormais, place à la solidarité, corollaire du droit que possède tout miséreux à être aidé par la collectivité, . » Donc, au lieu d'une gratuité complète, dédaigneuse de l'effort, si l'assisté apporte *lui-même* son obole, combien ce geste le libère de tout semblant d'humilité et doit le rendre fier et « conscient ».

Mais comment s'y prendre pratiquement ? Que les carnets de visite actuels renferment des tickets détachables indiquant une réduction de 75 %, si vous voulez, sur le prix ouvrier de la région. L'assisté paye 25 % de ce que paye son voisin, non assisté, et complète en remettant le ticket au médecin. De même pour les médicaments inscrits, comme actuellement, sur la feuille spéciale du carnet. Il en serait, en somme, comme il en est pour les billets de faveur dans les théâtres, si j'ose comparer ainsi *l'utile dulci*. L'administration préfectorale paiera les 75 % en fin d'année, sur présentation des tickets, comme elle paie actuellement quand le service se fait à la visite.

Et alors on n'aura plus le scandale de voir un médecin « consulté » ou même appelé en visite (cela m'est arrivé) parce qu'un inscrit avait besoin, pour sa femme, d'une purge de six sous. Lequel inscrit se serait cru déshonoré de payer les six sous de sa poche, quitte à dépenser vingt sous au cabaret en venant chercher le médecin.

***

Certes, ces réflexions sont loin de relever des théories transcendantales du syndicalisme dans l'espace. Mais trop souvent hélas ! *de minimis non curat prætor*. Il faut être praticien de campagne pour trouver quelque intérêt à un sujet aussi terre à terre. Il n'en est pas moins vrai que c'est là du pratique, du « vécu » qui pose le grave problème de la participation aux frais de l'A. M. G. par les assistés eux-mêmes. Et cela dans leur intérêt même puisque, moins il y aura de fuites, plus il y aura de « rendement » et plus largement on pourra répartir les secours.

Au reste, ce que je demande là pour l'A. M. G. devrait exister dans les Sociétés de Secours Mutuels également, et pour les mêmes raisons. Mais je me contente de l'indiquer en passant, laissant le soin de traiter ce sujet à mon ami Vimont, spécialiste en la matière.

Résumons-nous en terminant. On demande — et avec juste raison — la participation des ouvriers aux bénéfices dans les exploitations industrielles. On demande également leur participation à la gestion. Parfait. Mais, comme corollaire, qu'ils participent aux charges, dans la limite de leurs moyens. Ce sera la meilleure façon de les « intéresser » à l'affaire, dans le sens pécuniaire du mot et ils seront alors les premiers à signaler les abus et à éviter le « coulage ».

Dans l'A. M. G., on évitera les abus, on évitera le coulage, d'une part, par la Commission de Contrôle, d'autre part, par le frein automatique de la participation aux frais par pourcentage.

Et de cette façon, je suis persuadé que les ressources budgétaires de tout département seront largement suffisantes pour aider tous ceux qui auront légitimement besoin de l'A. M. G. et pour rémunérer honnêtement le Corps médical du labeur effectué.

Dr Fernand Decourt.

MÉDECINE SOCIALE

L'action administrative et législative en matière de tuberculose pulmonaire (1).

(*Rapport présenté par* M. Gravereaux, *inspecteur des services administratifs*),

Nous publions ce rapport à titre purement documentaire, nous réservant de le *commenter prochainement.* N. D. L. R.

La lutte contre la tuberculose pulmonaire revêt un caractère de nécessité absolue, tant en raison du danger que présente cette maladie par sa transmissibilité qu'en raison de son caractère de maladie « muette » à l'égard d'un grand nombre de malades qui ne connaissent la nature et la gravité de leur affection qu'au moment où elle est devenue incurable.

L'action antituberculeuse doit donc, d'une part, rechercher et dépister le malade, d'autre part, le soigner, le guérir et mettre, s'il y a lieu, son entourage à l'abri de la contagion. D'où nécessité d'une organisation spéciale plus « intime » que celle de notre assistance médicale gratuite à laquelle les malades ont recours de leur propre mouvement.

La tuberculose est une des causes de notre mortalité surélevée. D'une enquête à laquelle le ministère de l'Intérieur procède actuellement, et dont les résultats ne portent, à ce jour, que sur 58 *départements*, il résulte que la mortalité par la tuberculose pulmonaire a atteint les chiffres ci-après :

1914	1915	1916	1917	1918
42.897	44.403	42.091	41.544	43.903

Cette mortalité intense n'a pas été sans susciter une action énergique ; la lutte contre la tuberculose a été entreprise avec vigueur, à la fois par l'administration, par le parlement, les grandes associations d'assistance (2) et de bienfaisance et d'éminents philanthropes.

Nous examinerons seulement ici l'action administrative et législative en matière de tuberculose pulmonaire, avant la guerre, pendant la guerre, après la guerre ; périodes successivement caractérisées par une évolution et une progression de l'effort.

Avant la guerre.

La tuberculose est soumise au régime du droit commun. Le malade relève de l'assistance médicale gratuite (loi du 15 juillet 1893)) et de la loi du 14 juillet 1905 (assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables). Admis dans un hôpital, si la gravité de son cas nécessite cette mesure, le tuberculeux, dans les établissements importants, est soumis à l'isolement prescrit par plusieurs circulaires du ministre de l'Intérieur.

La loi du 14 juillet 1905 permet au tuberculeux comme à tout incurable, de bénéficier d'une allocation mensuelle à la condition que la gravité de son état l'empêche de se procurer par le travail les ressources nécessaires à l'existence.

La tuberculose n'est expressément visée que dans un seul texte réglementaire, le décret du 10 février 1903, dans lequel elle figure parmi les maladies dont la déclaration est facultative. D'où il s'ensuit que la désinfection, non plus, n'est pas obligatoire.

Enfin la tuberculose, comme toute autre maladie transmissible, est justiciable des mesures prévues par la loi du 15 février 1902, lutte contre le taudis, assainissement des localités, etc. A signaler également que la loi du 23 décembre 1912 sur les habitations à bon marché est de nature à restreindre les ravages de la tuberculose.

A côté d'un arsenal législatif aussi restreint, les moyens de la lutte antituberculeuse sont également peu développés. Au moment où la guerre a surgi, les établissements antituberculeux se composent de 21 dispensaires et de 8 sanatoriums, la plupart de ces établissements étant dus à l'initiative privée.

Pendant la guerre.

La guerre a révélé avec une triste évidence le danger de la tuberculose.

La nécessité d'opposer à l'ennemi le plus grand nombre de soldats a entraîné l'incorporation d'individus de santé débile dont l'état pulmonaire s'est vite ressenti des fatigues de la campagne ; un grand nombre de militaires ont dû être réformés, soit qu'ils aient contracté aux armées la tuberculose pulmonaire, soit que leur état ait été aggravé par le service.

Quelques mois après le début de la guerre, il a fallu envisager des mesures spéciales pour traiter et assister les militaires tuberculeux, alors que le service de santé militaire était entièrement pris par la tâche qui lui incombait.

Le ministère de l'intérieur est venu à l'aide du département de la guerre en organisant des stations sanitaires et en provoquant dans chaque

(1) *Revue Philanthropique*, janvier 1920.

(2) La question a été étudiée par M. le Professeur Letulle à l'association internationale pour l'étude des questions d'assistance.

département la création des comités départementaux d'assistance aux militaires tuberculeux. En même temps, le service de santé organisait des hôpitaux sanitaires, et il se créait à Paris, le 18 avril 1916, sous les auspices de la Commission permanente de préservation de la tuberculose, le Comité central d'assistance aux militaires tuberculeux, devenu, en 1917, le Comité national d'assistance aux anciens militaires tuberculeux.

Dans la même période, la loi du 15 avril 1916, dite « Loi Léon Bourgeois », relative à la création des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, fut promulguée.

Examinons rapidement l'organisation et le fonctionnement des rouages qui viennent d'être cités.

Stations sanitaires. — Les stations sanitaires sont plutôt des maisons d'éducation antituberculeuse que des établissements de cure. Il eût été, en effet, absolument impossible de créer immédiatement des établissements susceptibles de soigner tous les tuberculeux que l'armée éliminait. On a donc préféré, plutôt que de traiter un nombre forcément restreint de malades, faire l'éducation d'un nombre aussi élevé que possible de tuberculeux, leur apprendre à se soigner et aussi à ne pas contaminer leurs proches.

Les stations sanitaires ont été, pour la plupart, organisées dans des immeubles existants, soit avec le concours des départements, soit avec celui de personnalités ou d'œuvres privées, soit directement par l'administration préfectorale sous la direction du ministre de l'intérieur. Elles répondent aux exigences d'un programme dit « programme minimum », qui, en fait, assure aux malades une installation matérielle et des soins susceptibles de leur procurer une amélioration très sensible.

Sont admis dans les stations sanitaires, les militaires en instance de réforme, les militaires réformés n°s 1 e 2 pour tuberculose pulmonaire depuis le début des hostilités, dont l'état de santé est susceptible d'amélioration ou de guérison. Sont donc éliminés les tuberculeux parvenus au dernier degré de la maladie.

Le séjour en station sanitaire est théoriquement de trois mois, mais sa durée peut être prolongée d'une ou plusieurs périodes de trois mois, suivant l'avis du médecin-chef.

Si, au début du fonctionnement des stations sanitaires, le séjour des malades, en raison du très grand nombre de demandes eu égard au nombre de lits disponibles, a été, en pratique, limité à trois mois comme le prévoit d'ailleurs le règlement sur les stations sanitaires, il n'en est plus de même maintenant et rien ne vient limiter la durée du séjour, si ce n'est la guérison, le propre désir de l'intéressé ou bien des raisons disciplinaires. Du fait de cette possibilité actuelle de séjours prolongés, les stations sanitaires, tout en conservant leur caractère de maisons d'éducation antituberculeuse, sont aussi devenues de véritables maisons de cure, préparant ainsi le passage au régime légal des sanatoriums publics que nous envisageons plus loin.

Malgré la contre-indication climatique de certains établissements, des résultats intéressants ont été constatés et la cure, même à inégalité d'altitude, peut être considérée comme donnant, dans l'ensemble, de bons résultats, grâce à l'efficacité du repos, du grand air, de la suralimentation, de l'éducation hygiénique et de la surveillance médicale.

Dans ces établissements ont été également admis, s'ils remplissaient les conditions cliniques : les réfugiés et les rapatriés ; quant aux femmes et enfants réfugiés ou rapatriés atteints de tuberculose pulmonaire, le ministère de l'Intérieur (direction du contrôle), en a assuré l'hospitalisation, soit dans des établissements créés par lui, soit dans des établissements appartenant à des œuvres avec lesquelles il avait traité.

A la fin du mois d'août 1919, près de 19.000 malades étaient passés par les stations sanitaires.

Hôpitaux sanitaires. — Les hôpitaux sanitaires du service de santé (il y en a encore quelques-uns qui continuent à fonctionner actuellement) ont un triple rôle : 1° isolement des tuberculeux dont la présence est ainsi évitée aux hôpitaux généraux ; 2° triage des malades en vue, soit de leur envoi dans les stations sanitaires du ministère de l'Intérieur, soit de leur traitement dans un hôpital sanitaire à climat approprié ; 3° traitement des malades gravement atteints et non justiciables d'un séjour en station sanitaire.

Le nombre des lits des hôpitaux sanitaires s'est élevé jusqu'à 8.881 pour 37 établissements et 2 hôpitaux spécialisés.

Comités départementaux. — Les comités départementaux sont des associations déclarées, pleinement indépendantes, qui se sont constituées dans chaque département à l'appel du ministre de l'Intérieur, en vue d'assister les anciens militaires tuberculeux. Au-dessus de ces comités, il s'est fondé le Comité central d'assistance aux militaires tuberculeux, devenu récemment le Comité national d'assistance aux anciens militaires tuberculeux, dont la mission a été de coordonner les efforts des comités départementaux et de leur venir en aide de toutes manières.

L'assistance des Comités départementaux est extrêmement souple : conseils, démarches, aide maternelle, médicaments, suralimentation, secours à la famille du malade, etc.

En dehors des subventions de l'Etat et des ressources de la bienfaisance privée, les Comités ont bénéficié de subventions des départements et des communes.

Les Comités départementaux ont tous prévu dans leurs statuts leur transformation à la fin de la guerre en dispensaire d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse. De cette façon, les dévouements qu'ils ont suscités et l'expérience qu'ils ont permis d'acquérir sont utilisés au mieux des intérêts de la lutte antituberculeuse.

Dispensaires. — Nous quittons avec ces établissements le domaine des organisations de fait et des initiatives pour passer dans le domaine législatif.

Les dispensaires, en bien petit nombre, existaient avant la guerre. Les tristes constatations des premiers mois de lutte ont rendu plus évidente que jamais la nécessité de favoriser la création de ces établissements et de leur donner un statut légal pour en assurer l'existence et la stabilité.

Les dispensaires ont pour but de répandre la prophylaxie et l'éducation antituberculeuse. La loi du 15 avril 1916, dite « loi Léon Bourgeois », s'applique aux indigents et aux non indigents. A ce titre, elle a un véritable caractère de loi de prophylaxie sociale, bien plus qu'un caractère de loi d'assistance.

On a parfois qualifié le dispensaire « d'antichambre du sanatorium ». Si séduisante que puisse paraître cette expression, elle ne décrit pas le rôle entier du dispensaire. S'il y a un intérêt primordial à ce qu'aucun malade ne soit admis dans un sanatorium avant d'être passé par un dispensaire, si ce dernier établissement a pour but de dépister et rechercher les tuberculeux, il a aussi un rôle où il ne remplit pas du tout la fonction d'antichambre ; c'est de faire l'éducation du tuberculeux, de le soigner, et de ne pas l'enlever à son milieu quand c'est possible. C'est peut-être là la mission la plus importante du dispensaire en raison des moyens dont il dispose, de ses visiteuses d'hygiène, de la faculté qu'il offre aux malades de se présenter à la consultation, d'y recevoir des médicaments, des bons d'alimentation.

Ceci dit, il est utile de rappeler le fonctionnement d'un dispensaire tel que l'a entendu le législateur.

Le personnel médical plus ou moins nombreux suivant l'importance du dispensaire, examine les malades qui se présentent à la consultation et détermine autant qu'il est possible le caractère contagieux ou non de leur état, d'où nécessité absolue de l'examen bactériologique des crachats qui doit être fait au dispensaire même.

Les malades indigents reçoivent des prescriptions et, s'il y a lieu, des médicaments, des bons d'aliments, de vêtements, de loyers. Les dispensaires, pour remplir cette partie de leur mission, ont le plus grand intérêt à être en liaison étroite avec les institutions charitables, bureaux de bienfaisance, œuvres privées.

Les malades non indigents reçoivent des conseils d'hygiène, des crachoirs et des liquides antiseptiques.

Là ne se borne pas le rôle du dispensaire. Il suit, grâce à ses infirmières visiteuses, ses monitrices d'hygiène, les malades à leur domicile, étudie leurs conditions d'existence, se charge de leur éducation antituberculeuse, vient en aide à la famille et s'assure que les prescriptions du médecin sont exécutées. L'examen du malade à la consultation risque d'être sans effet, si le médecin n'est pas renseigné de façon précise sur le mode de vie et les habitudes du malade et de sa famille.

Enfin, le dispensaire doit présider à la désinfection du domicile et des objets du malade et de sa famille. S'il ne possède pas lui-même un service de désinfection, ce qui évidemment est assez difficile dans beaucoup de localités, il doit être en liaison avec le service départemental ou municipal de désinfection. Le dispensaire doit aussi posséder une buanderie. Un service de lavage du linge des malades est, en effet, de première utilité, d'autant plus que l'expérience a démontré que les malades éprouvent une répugnance pour la désinfection, souvent difficile à vaincre, alors qu'ils témoignent une préférence évidente pour le lavage de leur linge, lavage auquel ils ne procèdent eux-mêmes bien souvent que dans des conditions déplorables. Ceci n'empêche d'ailleurs pas les moniteurs d'hygiène d'encourager le plus possible les malades à user de la désinfection.

La loi du 15 avril 1916 a prévu que les dispensaires d'hygiène et de préservation antituberculeuse peuvent se constituer sous diverses formes ;

1° Dispensaires publics proprement dits ;

2° Dispensaires mutualistes et dispensaires privés ;

3° Dispensaires organisés par les communes, départements ou établissements publics ;

4° Dispensaires obligatoires.

Dispensaires publics. — Le dispensaire public est celui que le législateur a envisagé comme dispensaire type. Il bénéficie du maximum d'avantages, c'est un établissement public jouissant de la personnalité morale au même titre qu'un bureau de bienfaisance, un hôpital. Il a un budget propre et est administré par un Conseil d'administration, véritable commission administrative. L'Etat participe à la création des dispensaires publics au moyen des subventions sur le produit du pari mutuel et des jeux. Il intervient, en cas de déficit, par des subventions calculées, pour la somme restant à couvrir, suivant les barèmes de la loi de 1893.

Les dispensaires publics sont créés par décrets,

ACIDE THYMINIQUE — UROTROPINE — LYSIDINE

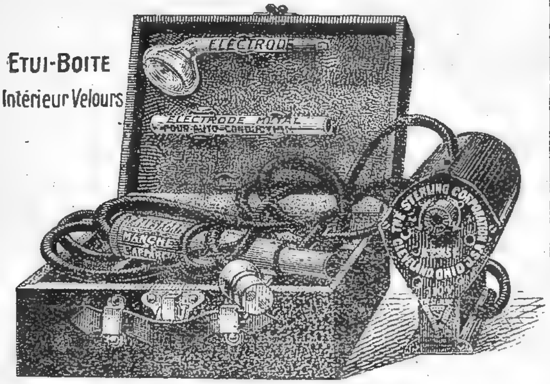
URALYSOL

DIATHESE URIQUE

Littérature et Echantillons : LABORATOIRE de THÉRAPIE BIO-CHIMIQUE, 159, Av. de Wagram, Paris

APPAREIL PORTATIF DE HAUTE FRÉQUENCE

Etui-Boite
Intérieur Velours



80 APPAREILS VENDUS EN TROIS MOIS A PARIS

Le plus petit Appareil de Haute Fréquence QUI EXISTE

Cet appareil, qui s'adapte instantanément sur toute douille de lampe ou prise de courant, qui fonctionne sur tous courants continu, alternatif, triphasé, etc., qui a été reconnu par les Electrothérapeutes les plus éminents *aussi qualifié que les grands appareils*, permet *une utilisation des plus pratiques* de courants de haute fréquence en : Dermatologie, Oto-Rhino-Laryngologie, Urologie, Gynécologie et Ophtalmologie, en raison des nombreuses électrodes de toutes formes qui s'y branchent. Il permet également l'*Auto-conduction* ou D'Arsonvalisation, la Fulguration, de même que le traitement des affections des voies respiratoires par l'*Ozone*. — Sa consommation est de 22 watts et son poids, dans une élégante boite gainée de 27 × 20 × 10 c/m avec 2 électrodes (comme représenté ci-contre) : 2 kil. 1/2. — Extrême simplicité de maniement, absence absolue de tout danger, même employé par des Docteurs non spécialisés en Electrothérapie.

Prix : 600 fr. (Sans engagement ce prix ne correspondant qu'au cours de Décembre 1919).

THE STERLING Co DE FRANCE — *68, rue Condorcet, PARIS (9e).*

Fournisseur de la Faculté de Médecine et de l'Assistance publique de Paris.

TOUT DOCTEUR NOUS ENVOYANT SA CARTE RECEVRA UNE NOTICE COMPLÈTE SUR L'APPAREIL

CHLOROBYL — MÉDICATION NOUVELLE — CHLOROBYL

DÉSINFECTION INTESTINALE
ENTÉRITES
AUTO-INTOXICATIONS

CHLOROBYL

A BASE DE CHLORAMINE T.
ET DE BILE PURIFIÉE ET DÉPIGMENTÉE

Comprimés Glutinisés

OXYDANT
BACTÉRICIDE
DÉSODORISANT

LABORATOIRE DE BIO-CHIMIE APPLIQUÉE
21, Rue Théodore de Banville, PARIS
J. LEGRAND, Pharmacien

DOSE
2 Comprimés
avant chaque repas

FANYAU, Pharmacien, LILLE.

Anti-Épileptique de Liége

Supprime les crises.

après enquête et avis des conseils municipaux compris dans la circonscription du dispensaire.

Dispensaires mutualistes. — Les sociétés et unions de sociétés de secours mutuels peuvent étendre à d'autres personnes que leurs membres l'action des dispensaires qu'elles créent ou administrent tout en conservant à ces établissements les avantages prévus par la loi du 1er avril 1898. Ces établissements n'ont pas la personnalité morale. Ils peuvent recevoir des subventions des communes, des départements, des établissements publics et de l'Etat.

Dispensaires privés. — Les dispensaires privés sont créés par des associations ou des personnes. Ils peuvent bénéficier de subventions des communes, des départements, des établissements publics et de l'Etat, et des facilités de crédit prévues par la loi sur les habitations à bon marché pour faire face à leurs dépenses de premier établissement.

Dispensaires organisés par les communes, les départements, les établissements publics. — Ils ne constituent pas des établissements publics et n'ont pas la personnalité morale. Ils peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, des départements, des communes aux dépenses extraordinaires et ordinaires, obtenir des cessions de terrains à titre gratuit par les communes, les départements et les établissements publics et bénéficier des facilités de crédit prévues par la loi sur les habitations à bon marché.

Dispensaires obligatoires. — Si, pendant cinq années consécutives, le nombre des décès dans une ou plusieurs communes dépasse la moyenne de la mortalité en France, un dispensaire peut être créé par décret rendu sur la proposition du ministre de l'Intérieur, sur l'avis conforme du Conseil supérieur d'Hygiène, après enquête et consultation du Conseil d'Hygiène départemental et du Conseil général.

La création des dispensaires a été poussée activement et la situation actuelle de ces établissements sera exposée plus loin.

A côté de l'action administrative et législative qui vient d'être rappelée, nous avons bénéficié très largement de l'aide des grandes associations charitables qui ont apporté à l'administration, malgré une immense tâche accomplie avec le Service de Santé *militaire*, le plus grand concours personnel et pécuniaire. Pour ne citer que deux exemples, l'Union des Femmes de France exploite actuellement encore les stations sanitaires de Monbran (Lot-et-Garonne), la Maison Russe, à Menton, Taxil (Var), la Société de secours aux blessés militaires, la station sanitaire de Bel-Air, près Tours. L'Association des Infirmières visiteuses de France, de son côté, assure dans des conditions parfaites l'éducation professionnelle des infirmières de station sanitaire et des Infirmières visiteuses des dispensaires.

Ces associations ont aussi créé des dispensaires et sont prêtes à gérer des sanatoriums départementaux. Ce serait sortir du cadre de ce rapport qu'essayer de résumer l'aide considérable qu'elles ont généralement donnée.

Des Etats-Unis nous est également venue une aide précieuse. La Croix-Rouge Américaine a efficacement contribué à la lutte antituberculeuse en permettant d'augmenter le nombre de lits de tuberculeux, en collaborant avec le Comité national et en associant ses efforts à ceux de la Commission Rockfeller qui a créé, dans certains départements, un réseau de dispensaires modèles et ne cesse d'apporter à la lutte antituberculeuse la participation la plus vigoureuse.

(A suivre.)

AUTOMOBILISME PRATIQUE

Les trois roues (*Suite*).

Un des reproches faits aux trois roues est la dualité de leur voie qui rend à peu près impossible le passage en dehors des trous d'une mauvaise route, alors qu'avec un quatre roues on peut souvent se mettre à cheval sur les deux bandes de terrain particulièrement mauvaises. L'objection a sa valeur, mais elle est plus théorique que pratique car en réalité sur routes vraiment mauvaises les trous sont si nombreux qu'il est difficile de trouver ces désirables parties vierges depuis longtemps disparues, et il est probable qu'avec la lenteur des travaux de réfection et l'intensité toujours plus grande du trafic, notre génération ne les retrouvera pas de sitôt.

On dit aussi que les chocs transmis par l'une des deux roues arrière d'un quatre roues sont moins considérables que ceux d'une roue unique centrale : le choc d'une roue latérale serait diminué d'une certaine quantité en rapport avec la longueur du bras de levier où s'appliquent les ressorts en partant de la ligne axiale de la voiture, considération qui aurait conduit à la solution des ressorts transversaux dont le point d'attache situé centralement reçoit en effet très atténués les chocs des roues : de même que si on avait une voie très large — 2 mètres par exemple — avec des ressorts placés seulement à cinquante centimètres d'écartement, la caisse n'aurait que des déplacements 4 ou 5 fois moindres, alors qu'avec une roue centrale tous les chocs verticaux sont transmis immédiatement au-dessus.

Nous croyons que toutes ces réflexions sont

un peu « chinoises » et sans bases mécaniques solides, car dans la transmission des chocs des éléments très compliqués entrent en jeu, le problème de la suspension étant très ardu et nous réservant encore bien des surprises, les principes admis comme classiques devant être peu à peu complètement démolis par deux ou trois solutions révolutionnaires qui pointent à l'horizon.

Donc, si la roue centrale de notre trois roues est montée avec des ressorts suffisamment souples et longs, nous ne voyons pas pourquoi les chocs transmis seraient plus considérables qu'avec de longs ressorts transversaux par exemple, les bras des leviers pouvant être les mêmes, ce qui n'est du reste qu'un côté de la question.

Mais nous voilà presque en terrain technique, bien dangereux ; par notre pratique, nous avons constaté qu'on pouvait passer en vitesse, sans ennuis, dans de gros trous ; on sent bien quelque chose, certes, mais pas sensiblement plus que dans une vraie voiture, et comme il n'y a pas torsion des ressorts — principale cause de leur rupture — on peut « gazer » sans crainte.

La diminution sensible du poids non suspendu est bien aussi pour quelque chose dans la bonne tenue de route ; c'est une observation à reprendre plus longuement à propos des quatre roues.

De plus, on peut obtenir l'indépendance des roues, autre grand principe qui supprime le branle-bas très nuisible des essieux classiques, engendrant des vibrations mortelles pour les châssis, à la longue. Sur beaucoup de trois roues, en effet, on s'est contenté de faire coulisser les roues avant sur des douilles verticales avec ressorts à boudin, ce qui rend inutiles les barres d'accouplement ; double avantage : les roues ne peuvent que s'élever verticalement sans s'infléchir latéralement et l'aplomb de l'ensemble est mathématiquement assuré.

Cependant, il ne faut pas s'exagérer la supériorité de cette solution un peu atténuée par l'usure assez rapide de ces douilles soumises à de gros efforts de torsion, et sur un des trois roues intéressants que nous avons vus au Salon, l'avant était du type classique. Avoir de bons ressorts avec une flèche de charge et un débattement suffisants, presque tout est là. Donc, ne jugeons jamais définitivement quelque chose sans la connaître pratiquement, règle de conduite dont beaucoup s'écartent.

Avec un trois roues, les virages pourront être pris très courts, car où les deux roues avant auront passé, passera forcément la roue arrière, ce qui n'est pas le cas avec un quatre roues, comme il est facile de le démontrer à l'angle d'une rue par exemple où il faut virer un peu large pour éviter le trottoir à l'arrière.

Comme inconvénient, on nous signale le défaut d'interchangeabilité des roues par suite de la grosseur différente des pneumatiques. En effet, le pneu arrière doit être renforcé et les pneus avant très quelconques si l'on veut arriver à un prix de revient moyen intéressant. Pour les crevaisons, la roue interchangeable est évidemment bien pratique, mais n'oublions pas que pour le type à trois roues nous recherchons avant tout — et c'est sa principale supériorité — le chemin de l'économie, quitte à sacrifier légèrement l'esthétique et quelques petites commodités. Nous voyons de suite qu'il sera difficile, mais non impossible, puisque cela a été fait, d'installer une roue de rechange avec le peu de place dont nous disposons et que l'augmentation de prix inévitable avec cette quatrième roue et le système d'amovibilité sera assez sensible par rapport à l'ensemble.

En cas de crevaison, nous croyons qu'un bon jeu de leviers et une chambre à air nous tireront vite d'embarras, à la condition, comme nous l'avons déjà dit, d'avoir la roue arrière détachable sans rien déranger, ce qui est réalisé presque partout. N'oublions pas que ces pneus de tricar — poids total 300 kilos maximum — n'ont rien de la raideur de ceux de voiture et qu'en sachant s'y prendre adroitement l'échange des chambres n'est pas trop pénible. Avec des 650 — 65 voiturette à l'avant et du 700 — 80 à l'arrière — qui se monte sur les mêmes jantes — les crevaisons seront très rares, surtout si l'on adapte des arrache-clous. Seules les pierres coupantes pourront causer des dégâts fâcheux, mais le faible poids du véhicule les limitera au minimum.

Nous ferons un autre reproche : la difficulté du transport des bagages. Il est évident que les coffres arrière ne pourront être bien spacieux, la roue centrale prenant beaucoup de place ; avec roue motrice avant cet inconvénient disparaît ; mais une petite plate-forme arrière pourra cependant supporter quelques dizaines de kilos ; ce sera suffisant pour nos randonnées médicales.

Vaut-il mieux avoir une roue jumelée à l'arrière ? Evidemment oui, si l'on ne regarde pas à une petite dépense supplémentaire, mais, en se contentant d'une vitesse raisonnable, la roue unique suffira. En effet, deux roues motrices pour 600 kilos, ou une roue pour 300 reviennent au même si l'on prend quelques précautions au départ. Avec le différentiel, il est du reste fréquent que le démarrage d'un quatre roues se fasse par une seule quand sa partenaire se trouve sur un terrain particulièrement glissant. Donc, pas sensiblement plus d'usure de ce pneu unique à la condition d'être un peu sage. Pour le 75 à l'heure, il vaut mieux un jumelage.

Ce n'est donc qu'en rognant un peu sur tout

que nous arriverons à faire des économies sur le quatre roues : économie d'une roue complète, d'un essieu, de matière première, et de poids ; tirage moindre, consommation réduite.

Les tricars que nous avons en vue n'ont rien de commun avec les anciens engins à baquet avant, qui ont discrédité le genre. Si nous avons entrepris leur étude, c'est pour bien montrer les progrès accomplis et signaler aux confrères que ce modèle est à étudier pour les petites bourses.

Il se pourrait même que le fisc arrive, à la suite de la campagne qui est menée à ce sujet, à considérer officiellement ce type comme motocycle à deux places, ce qui serait très intéressant au point de vue impositions ; mais on ne peut encore rien affirmer, quoique nous ayons pu en 1913-1914, nous en tirer avec 24 francs par an — deux plaques. Depuis, les appréciations ont varié suivant les départements et il faut attendre. La marche arrière, très utile quoi qu'on en dise, ne paraît pas devoir influencer la décision gouvernementale, puisqu'en Angleterre, tous les trois roues, dont plusieurs avec la marche rétro, bénéficient de la taxe motocycle. Espérons qu'il en sera de même chez nous, ainsi que pour les cycle-cars à quatre roues, pour lesquels une taxe d'auto est vraiment abusive, étant donné leur faible prix d'achat relatif.

(*A suivre.*)

Dr DE VAUBERCEY,
Miribel (Ain).

VARIÉTÉS

Anecdotes médico-militaires.

Il y a lait et lait.

L'armistice venait d'être signé ; mon ambulance, disjointe enfin d'un H. O. E. fameux, où l'on s'était complu à l'amputer peu à peu de la plus grande partie de ses cadres et de tout ce qu'il y avait de mieux dans son personnel, fonctionnait, depuis quelque temps, dans une ville en ruines qui avait été, au début de la guerre, l'objet de cruelles représailles et, plus récemment, le théâtre de combats furieux.

Avec un seul aide-major, sans matériel, sans approvisionnements, j'avais reçu l'ordre inouï de recueillir et de soigner, dans un feldlazaret démoli, les malades contagieux, civils et militaires, que de lamentables convois de rapatriement abandonnaient chaque jour le long de leur route.

Depuis trois semaines, nous luttions contre des difficultés sans nombre, suppléant à l'absence de l'indispensable, que des demandes incessantes, appuyées de rapports justificatifs, étaient impuissantes à nous procurer, par des récupérations hétéroclites effectuées sans relâche au milieu des épaves du champ de bataille

Ce jour-là, comme, après avoir, la matinée durant, accompli notre ingrat labeur, nous étions allé prendre, la conscience en paix, un repas dont, faute de mieux, le ravitaillement avait fait tous les frais, une somptueuse limousine vint stopper devant nos ruines. Un médecin inspecteur général, jeune encore, à l'allure cavalière, le chef orné d'étoiles flamboyantes, en sortit suivi d'un médecin-major quadrigalonné dont l'uniforme impeccable n'avait certes jamais été souillé par la boue des tranchées ni sans doute par les éclaboussures du combat, encore que sa croix de guerre fût artistiquement surchargée de palmes et d'étoiles.

Pleins d'une suffisance hautaine, ces Messieurs pénétrèrent dans la pièce qui nous servait de bureau des entrées. Un infirmier assurait la permanence. « Où est le médecin-chef ? » demanda impérativement le médecin inspecteur. — Il vient de sortir pour aller déjeuner. » — Mais le médecin de garde ? — Il n'y en a pas, mon général, le médecin-chef n'ayant à sa disposition qu'un seul médecin, ces Messieurs le sont constamment, chacun dans leur service. » Se retournant, les sourcils froncés, vers son adjoint qui déjà d'un geste servile approuvait, Monsieur le médecin inspecteur laissa tomber ces mots : « C'est inadmissible ! » puis à l'infirmier resté gauchement au garde-à-vous : « C'est bien .. inutile de déranger ces Messieurs ... présentez-moi vos malades. » Alors, Monsieur le médecin inspecteur et son adjoint, au pas de charge, visitèrent ces réchappés des geôles allemandes dont la couche n'était toujours que de paille et qui ne sentirent point diminuer le poids de leurs misères sous le sourire glacial du chef qui daignait passer.

Cependant, on était venu m'avertir. Je m'empressais, escomptant profiter de cette visite pour obtenir les secours dont nous avions le plus pressant besoin ; mais, j'arrivais trop tard ! Je pestais contre ma malchance, lorsqu'au sortir de ma formation, je me heurtais à mon supérieur direct : un médecin principal de 2e classe exerçant les fonctions de médecin chef du Centre. C'était un officier de carrière, autrefois démissionnaire, à qui la guerre, en le replaçant dans son milieu, avait rendu sa mentalité première. Tout, dans la morale militaire, même en campagne, se résumait pour lui en cette phrase lapidaire qui revenait dans toutes ses conversations : « Voyez-vous, Messieurs, demandez-moi tout ce que vous voudrez, je m'efforcerai toujours de satisfaire tous vos désirs ; mais, de grâce, arrangez-vous pour que nous n'ayons jamais d'histoires ! » Au demeurant, c'était le meilleur homme du monde.

Dès le premier abord, je compris qu'il y avait

quelque chose qui n'allait pas. Il avait la figure décomposée comme si un grand malheur venait de lui arriver. Sans même répondre à mon salut : « Eh bien ! vous en faites du propre ! » me dit-il d'un ton d'amer reproche. — « Qu'ai-je donc fait, Monsieur le Médecin-chef ? » — « Je viens de rencontrer le médecin-inspecteur général qui m'a signalé tout particulièrement votre formation : Il vient de trouver vos malades dans un état d'abandon coupable. » — « Oh ! Monsieur le Médecin-chef ! peut-on dire !..... » — « Comment se fait-il qu'il y ait chez vous des enfants au maillot auxquels vous ne donnez pas de lait ? » Devant ma stupéfaction, il continuait, sans me laisser le temps d'ouvrir la bouche « Enfin voyons, mon ami, avez-vous du lait ? » — « Oui, Monsieur le médecin chef ; après quinze jours d'attente, durant lesquels j'ai dû alimenter tous mes fébricitants avec du bouillon de légumes, je viens de recevoir cent boîtes de lait condensé. » — « Eh bien, alors ! pourquoi n'en pas donner à cet enfant ? » — « Mais au fait, répliquai-je agacé, de quel enfant s'agit-il ? s'il a besoin de lait, très certainement il en a. » Tout en discutant, nous étions entrés dans mon hôpital où déjà j'étais à la recherche du nourrisson qu'on m'accusait d'affamer.

Une rapide enquête nous mit en présence d'une brave paysanne ardennaise, tant soit peu obnubilée par quatre ans d'occupation boche ; elle et son enfant, qu'elle portait au bras, relevaient d'une diphtérie grave.

« Vous venez d'avoir la visite d'un général ? » lui demandai-je avec douceur. — « Oui, M'sieur » — « Que vous a-t-il demandé, ce général ? » — « Oh ! me répondit-elle, il m'a dit en me montrant le gosse : c'est à vous, ce bébé ? et, comme je lui répondais que oui, il a ajouté : Avez-vous du lait ? — Non, que j'y ai répondu ; et puis il est parti sans rien dire. » — « Comment ! mais on vous en donne du lait ! la feuille des régimes en indique, pour vous et votre enfant, trois litres par jour. » « Sûr qu'on m'en donne ; mais le M'sieur m'a demandé si j'en avais. Dame ! si j'y ai répondu non, c'est que le gosse a dix-huit mois et que je l'ai sevré à six... Il y a longtemps qu'ils sont vides ! ajoutait-elle en regardant avec tristesse sa pauvre poitrine amaigrie. »

Monsieur le médecin principal qui, pendant cet interrogatoire, n'avait cessé de tapoter ses houzeaux de sa cravache, ce qui chez lui était le signe d'un profond mécontentement, ne put malgré tout s'empêcher de sourire. « Diable ! s'écria-t-il, il y a lait et lait ! Monsieur le médecin inspecteur n'y a pas songé !..... N'empêche, concluait-il aussitôt, en m'entraînant hors de la salle, qu'il me faut maintenant rédiger un rapport !... Vous voudrez bien m'en fournir les éléments. »

Nous nous quittâmes là-dessus, car Monsieur le médecin-chef était toujours très affairé.

L'a-t-il fait, ce rapport et comment ? Je n'en ai jamais rien su ; mais ce que je sais bien c'est que je l'ai laissé se contenter des éléments que lui en avait donnés cette brave femme, à cause de laquelle je me demande encore comment j'ai pu ne pas récolter quelques jours d'arrêts.

Dr C.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

Aux médecins du Nord. — Les médecins exerçant avant la guerre dans le nord de la France (Nord, Pas-de-Calais, Somme, Aisne, Oise), actuellement installés à *Paris ou dans la Banlieue* sont priés de bien vouloir envoyer leur adresse le plus tôt possible, au Docteur E. Bernard, ancien interne des Hôpitaux, 12 bis, rue Raynouard, à Paris.

— Il vient de se fonder à Paris une *Association amicale des anciens médecins des corps combattants*, filiale de la *Ligue des Chefs de section*.

Cette association a pour objet de grouper ceux des membres du corps médical, praticiens et étudiants, qui ont vécu la guerre parmi les combattants. Ouverte à tous médecins, militaires de carrière ou de complément, elle a pour but, avant tout, de maintenir et de resserrer les liens sacrés de camaraderie, nés du sentiment du devoir, de l'esprit de sacrifice et de l'habitude du danger.

L'association des anciens médecins des corps combattants tient à se tenir en dehors de toute action politique ; organisme corporatif, elle se propose, uniquement, la défense des intérêts professionnels de ses membres. Elle désire aussi pouvoir venir en aide, moralement et matériellement, à ceux d'entre eux qui, mutilés ou blessés ont dû renoncer à leur vie active d'autrefois.

Fondée sur l'initiative du Docteur H. Maringer, de Paris, l'Association des anciens médecins des corps combattants a pour président et vice-président les Docteurs Henri Meurisse, 1, carrefour de la Croix-Rouge, et Marcel Pinard, Médecin des Hôpitaux de Paris, 168, rue de l'Université. — Les adhésions peuvent être adressées au Docteur Claude, Secrétaire Général, 102, rue de Vaugirard, ou au Docteur Yoyotte, Secrétaire adjoint, 125, rue Boucicaut, à Fontenay-aux-Roses (Seine).

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON, THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

montant de mes honoraires pour l'accident « B., chez F., *à la G* ». Note envoyée le trois décembre 1919 ; duplicata le dix-huit décembre 1919, par lettre recommandée, et vous prie, en conséquence, de vouloir bien *m'accuser réception* de cette note, *dans la huitaine*, et d'agréer mes salutations empressées,

Dr V.

A cette lettre, le représentant me répond ceci :

Pièce n° 5.

Béziers, le 2 mars 1920,

Monsieur le docteur V.,

à V. (Hérault),

J'ai bien reçu votre lettre du 27 février, j'ai transmis en son temps vos notes d'honoraires à la Société, mais dois vous prévenir qu'elle règle directement elle-même les notes d'honoraires de docteurs et cela trimestriellement.

Je lui fais parvenir votre nouvelle lettre, en vous priant, si vous avez quelques réclamations à adresser au sujet de vos honoraires, de vous aboucher directement avec la Société.

Veuillez agréer, Monsieur, mes salutations distinguées,

Signé : A.

Quelle n'est pas ma stupéfaction de recevoir, trois jours après, une lettre de la Société directement, signée par celui qui avait rédigé la lettre primitive et dont voici la teneur :

Pièce n° 6.

Paris, le 5 mars 1920,

Monsieur le docteur V.,

à V.,

Monsieur le docteur,

Notre agent, Monsieur A., nous transmet votre réclamation, au sujet du paiement de votre note d'honoraires s'élevant à 220 francs pour soins donnés à M. B., chez notre sociétaire Vve F. Je m'empresse de vous faire savoir que ce sinistre a été réglé, et que la somme en question a été portée au crédit de votre compte. Vous en recevrez le montant à notre prochain règlement trimestriel, c'est-à-dire incessamment, dans la première quinzaine de ce mois-ci.

Veuillez agréer, M. le docteur, l'assurance de ma parfaite considération.

Signé : B.

A quelle pension a droit la veuve d'un mutilé de guerre ?

Une de mes clientes vient de perdre son mari réformé de guerre (pour diabète maigre), avec incapa-

cité de 100 pour 100.... A quelle fraction de la rente de son mari, cette femme a-t-elle droit ? Quelle sera la majoration correspondant à ses deux enfants ?

D^r M.

Réponse.

Dans le cas de décès du titulaire d'une pension militaire correspondant à une invalidité égale ou supérieure à 60 %, la veuve a droit à une pension fixée par les tableaux VIII à XIV annexés à la loi du 31 mars 1919, à la colonne portant pour titre : taux de reversion. Le montant de cette pension n'est pas un tant pour cent de celle qui avait été allouée au mari, mais il varie suivant le grade que celui-ci occupait dans la hiérarchie militaire.

Par exemple, la pension de la veuve d'un soldat est de 500 francs.

Pour chaque enfant âgé de moins de 18 ans, la pension est majorée de trois cents francs.

La taxe de luxe est due sur l'achat des autos des médecins.

Abonné à votre journal, je trouve dans chaque numéro des réponses intéressantes et précises aux questions qui vous sont posées : aussi, je me permets de venir, à mon tour, vous demander, un petit renseignement.

J'avais commandé une voiture 10 HP. Renault qui n'a pu m'être livrée. Ayant absolument besoin d'une automobile, j'ai transigé avec la maison et me suis rendu acquéreur d'une 12 H. P. qui me coûte 25.000 fr., alors que la première ne m'en aurait coûté que 12.000. C'est un lourd sacrifice que j'ai dû faire et il me faut encore maintenant acquitter en plus la taxe de luxe, soit 2.500 francs.

1° L'automobile pour moi n'est pas un luxe, mais un instrument de travail absolument indispensable, étant donné l'étendue du pays à parcourir.

2° Mobilisé en août 1914, je n'ai été démobilisé qu'en juillet 1919. Ces cinq ans d'absence ont encore porté tort à mes affaires (comme à celles de tous les mobilisés naturellement !)

Je viens vous demander s'il n'est pas possible de se soustraire, légalement bien entendu, à cette obligation de la taxe de luxe, étant donné que la voiture taxée est, pour nous, médecins de campagne, un instrument de travail de première nécessité.

D^r M.

Réponse.

Sont passibles sans exception de la taxe de luxe de 10 %, tous les achats d'automobiles servant au transport des personnes.

Peu importe qu'il s'agisse d'autos neuves ou d'occasion, que le vendeur soit un commerçant

ou un particulier, que l'acheteur soit un démobilisé destinant sa voiture à l'exercice de la profession qui constitue son gagne-pain, ou un nouveau riche. *Dura lex, sed lex.*

La taxe de luxe a été violemment attaquée et on a cru maintes fois qu'elle allait être rapportée, Mais elle a jusqu'ici résisté à tout et, récemment encore, les échos de la Commission du budget nous ont appris que ses derniers jours ne paraissaient pas encore être arrivés.

Valeur du titre d'interne des hôpitaux.

Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me donner le renseignement suivant dans votre prochain numéro : externe des hôpitaux, j'ai été mobilisé en 1914, médecin auxiliaire, dans un bataillon, où j'ai été grièvement blessé. Réformé n° 1, je suis rentré à Paris où j'ai rempli depuis 1915 les fonctions d'interne dans un grand service de chirurgie. Pour des raisons personnelles, je ne puis pas faire l'internat et vais soutenir ma thèse d'ici quelques jours. A quel titre ai-je droit ? Puis-je mettre comme certains l'ont fait sans inconvénient, ancien interne à l'Hôpital Boucicaut (par exemple), ou ancien interne adjoint des Hôpitaux ?

Je serais heureux d'avoir votre avis.

Réponse

Il ne faut pas vous hypnotiser sur la valeur que peuvent avoir les titres aux yeux de la clientèle ; nos malades nous jugent plus par les résultats acquis que par les qualificatifs que nous pouvons ajouter à notre titre légal de docteur. D'autant que, dans bien des endroits, le public s'imagine de bonne foi que tout étudiant a été interne dans un hôpital.

Dans votre cas particulier, vous n'avez pas le droit de vous intituler interne d'un hôpital de l'Assistance publique de Paris, puisque ce titre n'est conféré qu'à la suite d'un concours. Vous pensez tourner la question en ajoutant un correctif, comme interne adjoint des hôpitaux : ce ne serait pas suffisant.

Que pourrait-il résulter pour vous ? Un de vos confrères, régulièrement ancien interne, pourrait vous intenter une action en concurrence déloyale ; l'Association des Anciens Internes pourrait vous poursuivre pour qualification abusive et fallacieuse. Enfin, vous pourriez perdre l'estime et même la camaraderie de vos confrères environnants.

Aussi, vous conseillons-nous de vous mettre tout d'abord en excellents rapports avec vos futurs voisins, vos anciens dans la profession, puis de vous faire inscrire d'emblée au syndicat local. Ce sont vos « concurrents » eux-mêmes qui feront

votre réputation, en répondant à ceux qui les interrogent sur votre compte : « Il a fait, en s'installant, acte de bon confrère, ; nous estimons qu'il fera un bon médecin ».

Cela vaudra bien mieux qu'un titre auquel peu nombreux seront ceux susceptibles d'en juger la valeur exacte. Dr P. B.

Mise à l'index.

Nous avons à F., un syndicat comprenant de nombreux médecins de l'arrondissement de D., dont sept médecins de F. Trois médecins de notre localité n'adhèrent pas à notre groupement et n'observent pas nos tarifs. Avons-nous le droit d'informer le public par la voie de la presse que nous prendrons tarif double aux clients faisant appel aux médecins syndiqués après avoir préalablement utilisé ceux qui ne le sont pas. Avons-nous, dans ce cas, le droit de désigner par leurs noms les médecins non syndiqués marchant à des tarifs inférieurs et n'acceptant pas nos règlements syndicaux. Dr G.

Réponse

La conduite que se propose de suivre votre groupe est dangereuse au point de vue juridique. La jurisprudence a reconnu aux syndicats le droit de mettre à l'index un non syndiqué ; mais cette sanction ne doit pas avoir de publicité autre que celle prévue aux statuts pour les actes ordinaires du groupe.

Avertir le public de vos sanctions portées contre de mauvais confrères serait provoquer, de la part de ces derniers, une demande en dommages-intérêts, pour dénigrement et détournement de clientèle.

Le malade n'entre pas dans nos discussions professionnelles : peu lui chaut la déontologie, pourvu qu'il reste libre de faire appel au docteur qui lui paraît le mieux qualifié et qui prend le moins cher. Toute sanction disciplinaire syndicale paraîtrait, aux yeux du public, comme une vengeance, une brimade envers ces médecins philanthropes, qui n'hésitent pas à mettre à bon marché leur science et leur dévouement au service des malades. Vos confrères délinquants auraient donc rapidement la palme du martyre aux yeux des clients.

Est-ce à dire que vous soyez désarmés ? Tentez d'abord une démarche faite par un médecin, soit de la localité, soit des environs, susceptible par son autorité et sa réputation de faire comprendre aux trois dissidents, le mauvais côté de leur attitude.

Si ce moyen échoue, citez les médecins à comparaître devant votre conseil de famille. Adressez-leur une lettre recommandée.

Si à cette convocation, ils restent sourds à vos arguments, ou s'ils refusent de comparaître,

alors seulement frappez-les d'une mise à l'index, avec inscription au procès-verbal et avec toute la publicité que comporte ce procès-verbal, d'après vos statuts.

Tout médecin syndiqué de votre ville et des syndicats voisins ne devra avoir aucune relation confraternelle avec les mis en interdit, sauf dans les cas d'extrême urgence, où l'humanité nous fait un devoir d'aller au secours du prochain.

Au client qui vous demande d'aller en consultation avec un des interdits, vous devez refuser, mais sans donner les motifs de votre refus.

Quant au public, ne le mettez pas au courant, car il sera sûrement contre vous : n'en avons-nous pas la preuve, lorsque nous essayons de poursuivre un charlatan, non diplômé, qui exploite la crédulité publique ? Il se trouve toujours des gens pour venir chanter les louanges de ces empiriques, qui guérissent alors que la « médecine officielle » est restée impuissante.

Dr P. B.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

La manganèse en thérapeutique,

Par le docteur E. MAURIN.
Chef de travaux à la Faculté de médecine de Toulouse.

Le manganèse, qui eut son heure de célébrité dans la thérapeutique du milieu du siècle dernier, fut plus tard à peu près abandonné.

Sa présence dans le sang humain, d'abord affirmée à côté du fer, l'avait fait préconiser dans le traitement des anémies : mais d'autres expérimentateurs ne l'ayant plus décelé dans ce liquide, on en conclut qu'il était sans action et il fut pour ainsi dire rayé de l'arsenal thérapeutique.

Mais voici que, ces dernières années, M. G. Bertrand et ses collaborateurs, grâce à des méthodes de dosage précises, sont arrivés à montrer sa présence constante, non seulement chez l'homme, mais chez la plupart des animaux et des végétaux.

Ces différents auteurs ont, en outre, établi le rôle physiologique capital qu'il joue dans les phénomènes oxydasiques et dans la nutrition générale de l'être vivant. Ce métal agirait puissamment dans les fonctions vitales à l'état de traces. Il serait même indispensable. C'est ainsi que M. Mazé démontre que, si l'on vient à le supprimer de l'alimentation d'une jeune pousse de maïs, cette plante cesse de croître et ses feuilles s'étiolent. Elle se développe, au contraire, avec intensité, si on lui restitue les traces de manganèse qui lui sont nécessaires.

Il n'est pas douteux, par conséquent, que le rôle biologique de ce métal ne soit considérable et, par suite, il est intéressant de rappeler aux médecins tout le parti qu'ils peuvent tirer de l'utilisation des sels de manganèse en thérapeutique.

Sans doute, certains sceptiques pourraient objecter que la clinique l'avait abandonné devant l'inefficacité apparente des résultats obtenus par son emploi.

En réalité, il n'en est rien, car les médecins ont continué à le prescrire à leur insu, sinon à dose thérapeutique, du moins à dose utile.

En effet, nous avons dans un travail précédent pratiqué le dosage systématique du manganèse dans les médicaments ferrugineux, et montré que les deux métaux sont toujours associés. Le fer renferme constamment du manganèse en quantité telle le plus souvent que ce dernier certainement apporte sa part individuelle d'action physiologique et thérapeutique. On peut donc dire que jamais le manganèse n'a cessé d'être donné aux malades, puisque la médication martiale est, en même temps, une médication manganique.

L'alimentation elle-même apporte certainement des traces de manganèse à l'organisme humain.

Mais, si en raison des données récentes qui établissent l'utilité du manganèse en biologie humaine, le praticien voulait utiliser directement les sels de ce métal, sans avoir recours à la médication manganique indirecte par les sels de fer, voici, très rapidement énoncés, quels sont les composés du manganèse qui peuvent être utilisés en thérapeutique, ainsi que leur posologie.

Trois d'entre eux, d'ailleurs inscrits au Codex actuel, se prêtent assez bien à une administration facile. Ce sont le bioxyde, le carbonate et le sulfate.

Le bioxyde de manganèse est une poudre gris noir, insoluble dans l'eau, que l'on peut prescrire en pilules à la dose de cinq à trente centigrammes associés à de l'extrait de gentiane ou tout autre excipient.

Le carbonate de manganèse qui est une poudre rose pâle, également insoluble dans les véhicules usuels, peut être administré en cachets ou en pilules aux mêmes doses que le bioxyde.

Enfin, le sulfate de manganèse cristallisé en cristaux roses pâles est soluble dans l'eau, mais comme il a une saveur amère, il vaut mieux le prescrire aussi en pilules plutôt qu'en solution, toujours à des doses variant de cinq à trente centigrammes par jour.

L'emploi de ces différents sels ne provoque aucune intolérance gastrique ; ils sont parfaitement bien tolérés aussi par l'intestin et le clinicien pourra les utiliser dans tous les cas où il jugera leur action efficace. Il n'est pas douteux que, puisque le manganèse fait partie intégrante de notre organisme, son étude thérapeutique ne doive être reprise et son action étudiée à la clarté des récentes acquisitions biologiques sur ce métal.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 15 — DIMANCHE 11 AVRIL 1920

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, administrateur

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

DIRECTION
Dr A. GASSOT, directeur
Dr P. BOUDIN, secrétaire général
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, avocat
J. DUMESNY, avocat, secrétaire de la direction

RÉDACTION
Dr J. NOIR, rédacteur en chef
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE secrétaires de la rédaction

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. N° 15 11 Avril 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL

QUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

(Voir numéros précédents).

DON. — Nous avons reçu à titre de don au « Sou Médical », de M. le docteur VALHIÉ, à La Guerche (Ille-et-Vil.), la somme de 10 fr. pour bons offices de cette société.

DEMANDES et OFFRES

Toute demande de renseignements doit être accompagnée d'un timbre pour la réponse.

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

N° 140. — Docteur, grande pratique, médecine générale, électrothérapie, voies urinaires, désire collaborer en vue de cession ou d'association avec confrère ayant important cabinet dans région tempérée. Pourrait louer avec promesse de vente petite maison moderne : eau, gaz, électricité, jardin, 15.000 frs environ. Agences s'abstenir.

N° 141. — Etudiant, 12 inscriptions, ancien régime, prendrait engagement un an et plus dans clinique, Paris. Pratique très sérieuse de service hospitalier, anesthésie générale, etc...

N° 142. — Confrère achèterait petit alambic pour distillation.

N° 143. — Médecin pro-pharmacien, seul, commune 5.000 h. et environs, céderait poste excellent. Dr Thomas, Plumélian, Morbihan. Presse.

N° 144. — A céder dans la banlieue parisienne, excellent poste d'un rapport minimum de 45.000 fr. Pas de frais de locomotion. Maison agréable. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, V°, tél. Gob. 36-46.

N° 145. — A céder dans grande ville de l'Ouest, cabinet d'urologie ayant rapporté 40.000 fr. en 1919 en augmentation constante, matériel et mobilier professionnels à reprendre à la volonté de l'acheteur. S'ad. Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris.

N° 146. — Médecin de campagne, pro-pharmacien, marié, cherche personne expérimentée, telle que veuve de pharmacien, pour l'aider dans les préparations de ses prescriptions. Logement, nourriture, chauffage et éclairage et avantages en espèces.

N° 147. — Poste à céder dans chef-lieu de canton, 150 km. de Paris, rayon important, rapport 25 à 30.000 fr. Indemnité pour clientèle : 8.000 fr.

N° 148. — A vendre, état de neuf : microscope Stiassnie, mod. Dr Roux n° 2. Révol pour 4 obj. Obj. 3, 5, 8. Oc. 1 et comp. 9. Cond. Abbe, en boîte en acajou. Dr G. Roussel 6, rue de Chantilly, Paris IX°.

CORRESPONDANCE

La désinfection du thermomètre.

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt l'article paru dans le *Journal de Médecine de Paris* et reproduit dans le *Concours médical* du 14 mars, page 667, sur la désinfection pratique du thermomètre. La méthode préconisée est simple et efficace, mais je crois qu'on pourrait procéder autrement : un peu de trioxyméthylène en poudre ou en comprimés dans le fond de l'étui, un tampon de coton léger par dessus, et c'est tout. Le procédé est tout aussi efficace (analogue à la désinfection des sondes vésicales) et beaucoup plus simple, puisqu'il supprime l'inconvénient de remplacer la solution de formol tous les 2 ou 3 jours ; de plus, il n'y a ainsi aucun danger de mettre en contact, avec du formol liquide, la muqueuse anale ou vulvaire qui supporterait avec peine une cautérisation douloureuse.

Dr C. H.

Les baux postérieurs à la mobilisation ne peuvent être prorogés.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner le renseignement suivant concernant mon bail.

J'ai fait, le 27 novembre 1919, un bail pour une durée de 3, 6, ou 9 années, courant à partir du 1er novembre 1919, avec facilité de rupture à chacune de ces 3 époques pour le bailleur et le preneur, à condition de prévenir 3 mois à l'avance par lettre recommandée.

Le prix de ma location est raisonnable ; mais j'ai dû faire toutes les réparations à mes frais (il y en a eu pour 3.000 fr. en faisant tout juste l'indispensable). Jusque-là, rien d'anormal, en somme. Mais j'ai de bonnes raisons de croire qu'au terme des 3 premières années, c'est-à-dire le 1er novembre 1922, ma propriétaire, qui a besoin d'argent et chicane même avec des procédés peu délicats pour s'en procurer, m'augmentera considérablement mon loyer ou me mettra en demeure de quitter sa maison, en dénonçant notre bail.

Je désire donc savoir si les lois récentes sur les loyers me donnent la possibilité de prolonger mon bail de 2 ans après son expiration le 1er novembre 1922, ce bail ayant été passé avant le décret ou la loi fixant la date de la cessation des hostilités.

Muni de ce renseignement, je pourrai manœuvrer en conséquence.

Réponse

Actuellement, les baux et locations verbales postérieurs au 1er août 1914 ne peuvent être prorogés, à moins qu'ils ne renouvellent des baux et locations antérieurs eux-mêmes à ladite date.

Une loi est actuellement en discussion devant le Parlement, qui permettrait à certains baux et locations postérieurs au 1er août 1914 de bénéficier de la prorogation. Mais le Sénat a l'intention de ne rendre cette loi applicable qu'en faveur de certains locataires, tels que : mutilés, veuves de guerre, sinistrés des régions libérées ou atteintes par le feu de l'ennemi. Vous ne pourriez donc en bénéficier.

Cependant, nous vous conseillons de suivre cette question dans les journaux, car la Chambre des Députés pourrait être plus libérale que le Sénat.

Nous ne manquerons pas d'ailleurs, quand la loi sera votée, de l'annoncer et de l'analyser dans le *Concours Médical*.

Impôt général sur le revenu et impôt cédulaire.

Je vous serais très obligé et très reconnaissant si vous vouliez bien me renseigner sur le cas suivant:

Le 14 juin 1919, j'ai quitté X... où j'exerçais la médecine. J'ai, chaque année, en conformité de la loi sur la déclaration de l'impôt général sur le revenu, établi sur feuille spéciale délivrée par la Mairie de mon domicile, la déclaration des bénéfices de ma profession auxquels j'ajoutais le montant de mes revenus immobiliers.

J'ai donc chaque année acquitté la taxe réclamée et je viens encore, il y a quelques jours, de payer celle afférente à 1918.

Or, ce matin, je reçois 2 feuilles d'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales pour les années 1917 et 1918, s'élevant à 298 fr. pour chaque année et m'avisant d'avoir à payer de suite.

Cet impôt est, paraît-il, établi en exécution de la loi du 4 août 1917 ; il ne s'agit donc pas d'un impôt nouveau et je pense qu'il fait double emploi avec l'impôt sur le revenu déjà acquitté. Je n'ai donc pas voulu payer avant d'avoir votre avis à ce sujet, que je vous prie de me faire connaître le plus tôt qu'il vous sera possible. S'il y a double emploi, veuillez me faire savoir si je dois faire une réclamation.

Réponse

En outre de l'impôt général sur le revenu global, il existe, en effet, en vertu de la loi du 31 juillet (et non 4 août) 1917, un impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non commerciales, au rang desquelles figure la profession médicale.

Dans vos déclarations de revenus, vous avez, comme le prescrit la loi et comme l'indiquent les imprimés officiels que l'on délivre dans les mairies, divisé vos revenus en plusieurs catégories, au nombre desquelles la catégorie des bénéfices des professions non commerciales.

C'est au moyen de ce renseignement que, après vous avoir taxé pour l'impôt général, le fisc vous a taxé ensuite pour l'impôt cédulaire. Ce nouvel impôt ne fait donc pas double emploi avec le premier. Ils sont dus cumulativement l'un et l'autre.

Exercice de la propharmacie.

I

Le pharmacien d'A. étant décédé en janvier dernier, son officine est fermée. Les pharmaciens les plus rapprochés d'A., ma résidence, se trouvent à 10 km. de cette localité. Voudriez-vous avoir la bonté de me dire dans quelles conditions j'ai le droit de délivrer des médicaments à mes malades ; puis-je donner des spécialités, et préparer moi-même les potions ordonnées par moi ?

Réponse.

Puisque l'officine du pharmacien décédé est fermée, vous êtes parfaitement en droit de délivrer des médicaments aux clients près desquels vous êtes appelé ou qui viennent à votre consultation.

Vous pouvez leur délivrer toutes sortes de médicaments, comme le ferait un pharmacien diplômé. Aucune restriction ne vous est opposable.

Bien entendu, si l'officine était réouverte, vous devriez cesser cette délivrance de médicaments. Il en serait de même si un pharmacien s'installait dans un local différent de l'officine qui était ouverte antérieurement.

II

Installé ici (pays dévasté) sans pharmacien dans la localité, puis-je délivrer aux accidentés du travail les objets de pansements et médicaments nécessaires et faire une note pour les Cies d'Assurances d'après le tarif en vigueur ? Me les paieront-elles ? Il n'y a pas de pharmacien à moins de 6 km. et pas dans la commune.

Réponse

Puisque vous êtes établi dans une localité où n'existe pas d'officine de pharmacie ouverte, vous êtes dans les conditions légales pour délivrer des médicaments, non seulement aux blessés du travail, mais encore à tous les clients que vous soignez, sauf à ceux que vous iriez visiter dans une localité où il existerait une officine de pharmacie ouverte.

Vous pouvez parfaitement, sur vos notes, porter les médicaments et objets de pansement

que vous aurez ainsi délivrés, et les Cies d'assurances ne sauraient se baser sur une disposition légale pour vous en refuser le paiement.

Accidents du travail.
Ignorons systématiquement les assureurs.

Au sujet d'une question du Dr B... relative à des demandes d'autorisation de faire radiographier un accidenté du travail, le *Concours Médical* du 14 mars 1920, p. 694, lance ce mot de ralliement : *Prenons la résolution d'ignorer systématiquement les assureurs* !... C'est bien *la seule* arme efficace que nous ayons pour lutter contre les procédés qu'emploient les Cies, dès que la note à payer est un peu forte. A mon avis, le *Concours* servirait nos intérêts en faisant imprimer de petits schémas des différentes conduites à tenir en face d'un accidenté du travail *pour ignorer légalement l'assureur*. Et 90 % de nos confrères *ne savent rien* de la question.

La plupart des médecins gardent la candeur des vierges dans leurs relations avec les compagnies. Tout le mal vient de ce qu'ils reportent sur le « symbiote » Compagnie d'assurances en entier les sentiments de sympathie, de confiance, voire d'amitié qu'ils ont pour l'agent d'assurance, élément infime, dissociable et contingent, quand il le faut, dudit organisme symbiotique. Il faut leur faire comprendre, à nos confrères, que les Cies d'assurances sont des *affaires*, ne sont et ne *doivent être* que des affaires et, qu'en affaires (Cf. histoire de la Société des Nations) on ne doit pas avoir d'autre idéal que le rendement maximum, dans la légalité. L'exploitation, légale bien entendu, de l'ouvrier et du médecin augmentant les revenus des Compagnies, celles-ci doivent donc, par définition, organiser cette exploitation. Avec l'ouvrier, c'est souvent assez difficile, beaucoup moins avec le médecin, qui n'a pas encore assez souffert pour avoir organisé ses défenses professionnelles.

L'altruisme, les Cies s'en servent quand il augmente le rendement de l'entreprise ; la non contestation des honoraires médicaux, c'est un principe absolu, mais pour les seuls médecins qui, en retour, « augmenteront le rendement de l'entreprise ». Si votre blessé, ô docteur B...! est parent ou ami d'un des puissants du jour, la Cie saura bien vous reprocher de ne point l'avoir fait spontanément radiographier ; elle tirera le tiroir A : un bon médecin doit savoir prendre toutes responsabilités !! Mais si votre blessé, pauvre prolétaire sans appui, ne se recommande que par ses souffrances, halte-là ! ô docteur B... ! la Cie paye : donc elle ne doit pas un sou si on ne l'a pas consultée ; elle tirera le tiroir B où il est écrit que la Cie ignore la compassion quand la compassion n'augmente pas ses dividendes !

Un confrère de mes amis disait à un très vieil

(*Voir la suite page XXIX*-953).

PROPOS DU JOUR

A propos du traitement de la grippe et de l'encéphalite léthargique par le sérum antipesteux. Une page de Rostan : Autrefois et aujourd'hui. La conspiration du silence.

Relevant un article publié dans le *Carnet de la Semaine* et intitulé *Diafoirus assassin*, notre excellent collaborateur et ami, F. Decourt, a pris à partie, dans le *Concours Médical* du 7 mars, les Drs Folley et Paoli. Il réclamait d'eux des explications sur les guérisons merveilleuses qu'on leur attribuait dans les cas les plus graves de grippe « espagnole » et d'encéphalite léthargique, traitées par le sérum antipesteux.

Nous ne saurions rendre responsables les Drs Folley et Paoli de l'article *Diafoirus assassin* où leurs mérites sont exaltés sans mesure. Les dithyrambes de ce genre, véritables pavés de l'ours, ne sauraient plaire aux gens sérieux qui en sont l'objet :

> Rien n'est si dangereux qu'un ignorant ami,
> Mieux vaudrait un sage ennemi.

Les lecteurs du *Concours Médical* n'y ont rien perdu. Nous reçûmes la réponse que demandait Decourt. Le Dr F. Paoli, dans un article parfaitement rédigé, avec beaucoup de tact, de franchise et sans la moindre amertume, a traité *de la « grippe espagnole » et du sérum antipesteux* (1). Ne voulant pas encombrer nos colonnes par un long mémoire, il a fait de la question un court et saisissant exposé et a résumé quatre observations typiques, choisies au milieu de beaucoup d'autres.

« Le Dr Folley, affirme M. F. Paoli, a adressé sur ce sujet des rapports à l'Académie de Médecine, à l'Académie des Sciences, à la Commission d'hygiène de la Chambre, à des journaux médicaux. Ç'a été partout la conspiration de l'indifférence et du silence.

« Nos confrères jugeront si j'ai bien fait de m'adresser à l'opinion publique pour pouvoir enfin arriver jusqu'à eux.

« Pour moi, j'ai la conscience tranquille et je considère que j'ai rempli mon devoir. Je ne cherche pas à imposer mes idées. Je demande à mes confrères de contrôler et de juger. Le corps médical français saura trouver la vérité et défendre les vies humaines dont il a la responsabilité, et par delà les maîtres officiels, puisqu'il le faut. »

Nous n'avons pas l'honneur de connaître le Dr F. Paoli, que nous n'avons, sans doute, jamais rencontré, mais nous pouvons affirmer que son langage est celui que tout médecin, digne de ce nom, aurait tenu à sa place. Notre ami Decourt en a été impressionné, et nous a adressé la lettre suivante :

(1) Voir *Concours Médical* du 28 mars 1920, page 792.

Mitry-Mory, le 31 mars 1920.

Mon cher Noir,

Je viens de lire attentivement, et avec le plus vif intérêt, l'article que notre excellent confrère, le Dr Paoli, a écrit dans le *Concours* du 28 mars, en réponse à la demande que je lui avais faite de donner des explications « en médecin à des médecins », au sujet du traitement qu'il préconise — d'une façon inhabituelle par sa virulence journalistique — dans les cas d'encéphalite léthargique.

Le Dr Paoli démontre, par des faits cliniques, la guérison ultra-rapide de la « grippe espagnole » par le sérum antipesteux, qui en serait le remède spécifique, ainsi que pour l'encéphalite léthargique, simple modalité, à ses yeux, de cette cruelle maladie.

Je crois de mon devoir de venir vous exposer les conclusions qui s'imposent à mon esprit, à la suite de cette lecture, et de vous faire une proposition qui me paraît devoir en être le corollaire loyal.

Voici, d'abord, mes conclusions :

a) Ou bien les faits cliniques rapportés par le Dr Paoli ont été vus un peu trop « en rose » ;

b) Ou bien ils proviennent d'une « série heureuse » qui, malheureusement, pourrait ne pas se poursuivre dans la suite ;

c) Ou bien ces faits sont indéfiniment renouvelables, dans les cas analogues, ce qui serait la preuve de la spécificité du traitement, ainsi qu'il en est dans celui de la diphtérie par le sérum de Roux.

Mais, quoi qu'il en soit de ces hypothèses, il est du devoir du corps médical de s'émouvoir des FAITS présentés — et, *a fortiori*, un tel devoir s'impose aux groupements scientifiques officiels.

Le dédain et le silence ne sont pas de mise en l'espèce.

Je viens donc proposer, mon cher ami, que le *Concours Médical* adresse le « dossier » de l'affaire (soit les numéros des 7 et 28 mars) à M. le Président et à M. le Secrétaire de l'Académie de Médecine, en leur demandant leur avis motivé, ainsi que — en présence de la communication qui leur fut faite par les Drs Folley et Paoli, et en l'absence de tout remède spécifique actuellement connu contre cette maladie — quels furent les résultats des essais et des tentatives qui n'ont pas dû manquer d'être faits, avec le sérum anti-pesteux.

Je vous prie, mon cher ami, de croire à mes dévoués sentiments.

Dr Fernand DECOURT.

Nous prenons note volontiers de la proposition de Decourt et nous ferons parvenir au Président de l'Académie de Médecine les numéros du *Concours Médical* ayant trait à cette question.

Nous faisons, en outre, appel à tous nos lecteurs, à nos confrères de Paris et de province, aux médecins des hôpitaux des grandes villes qui peuvent, dans des services importants, et suffisamment secondés et outillés, étudier à fond cette troublante question et se prononcer après avoir contrôlé sérieusement les affirmations des Drs Folley et Paoli.

Personnellement, nous ne saurions prendre position dans le débat. Les cas d'encéphalite léthargique que nous avons observés ont été peu nombreux et peu graves, et nous pensons qu'il est difficile à un praticien dans sa clientèle de faire des observations et des expérimentations de ce genre en nombre suffisant pour conclure rapidement et en conscience.

Le Dr Paoli nous a écrit : *J'ai cité des faits contre lesquels aucun système ne doit prévaloir.* En médecine, en effet, rien ne prévaut contre les faits, s'ils sont indiscutablement établis.

Comme conclusion, nous nous permettrons de rappeler à nos confrères et à nos maîtres une belle page de Léon Rostan, médecin de la Salpêtrière, professeur de Clinique à la Faculté de Paris. Ce grand médecin, qui fut un vrai savant et de ceux dont à l'heure actuelle on oublie un peu trop la méthode rigoureuse et les substantielles leçons, écrivait, il y a exactement un siècle, au début de ses *Recherches sur le ramollissement du cerveau* :

« Tout médecin doit à la science le tribut de ses observations. Lorsqu'il rencontre des faits nouveaux ou des faits, qui, sans être nouveaux, confirment des vérités encore obscures, et non généralement admises, ou infirment des propositions fausses reçues comme des vérités incontestables, *il est de son devoir d'en faire part à ses confrères qui deviennent ses juges*. Ces juges sont d'abord difficiles à convaincre, parce qu'il est toujours pénible d'avouer que l'on s'est trompé, et d'autant plus que l'erreur est plus ancienne ; mais subjugués enfin par l'ascendant de la vérité, ils finissent tôt ou tard par se ranger sous sa bannière. Un médecin capable d'attention qui a longtemps interrogé la nature vivante et morte, qui, fondé sur des observations multipliées, croit avoir reconnu quelque erreur ou quelque vérité, doit braver les sarcasmes de l'amour-propre humilié, doit mépriser les criailleries, les outrages de quelques confrères ignorants, d'autant plus opiniâtres qu'ils ont moins vu, et rendre public le résultat de ses observations. Ses antagonistes, il est vrai, croiront triompher lorsqu'ils auront opposé à ses faits, les opinions péniblement rassemblées de ses prédécesseurs, bien que ce soit précisément pour combattre ces opinions qu'il ait recueilli ces faits. Ils ne réfléchissent pas que des faits ne peuvent être, je ne dirai pas détruits (parce que rien ne peut détruire des faits),mais balancés que par des faits contradictoires, et que n'en ayant pas à opposer, ils ne sont pas juges compétents et devraient se taire. Mais le désir immodéré de faire parler de soi, et la certitude de trouver des approbateurs et des auxiliaires dans les autres amours-propres humiliés, leur fait entreprendre de combattre tout ce qui heurte leurs préjugés. Néanmoins, pour emprunter le langage de Despréaux, si quelquefois la cabale et l'envie rendent douteux le succès de la vérité, cela ne dure guère ; et il en arrive enfin comme d'un morceau de bois qu'on enfonce dans l'eau avec la main : il demeure au fond tant qu'on l'y retient, mais bientôt, la main venant à se lasser, il se relève et gagne le dessus » (1).

Cette page de Rostan s'applique parfaitement à la question que nous venons d'exposer, bien que, depuis, les mœurs aient notablement changé. Autrefois, on agissait avec plus de franchise, on usait de « sarcasmes » et de « criailleries », on invoquait l'autorité des anciens qu'on érigeait comme des dogmes, espérant ainsi arrêter la marche du progrès.

A notre époque, nos prétendus savants proclament chaque jour et finissent pas se convaincre que

Personne n'a d'esprit, hors eux et leurs amis.

Ils n'examinent pas, ne discutent pas. Ils font la conspiration du silence. Ils ne luttent pas avec violence contre la vérité, ils l'étouffent. Ils ne cherchent pas à éteindre le flambeau dans la tempête des controverses et des discussions, ils préfèrent mettre la lumière sous le boisseau.

C'est indiscutablement plus habile, mais de tels procédés sont indignes de la Science française et nous ne doutons pas que parmi nos savants et nos maîtres,il ne s'en trouve beaucoup pour ne pas s'y plier.

J. Noir.

Depuis que cet article a été écrit, nous avons trouvé dans le *Journal officiel* du 1er avril 1920, le document ci-dessous, qui constitue une contribution à l'appréciation des faits soulevés par la controverse scientifique relative au sérum anti-pesteux :

1939. — M. Peyroux, député, demande à M. le ministre de l'hygiène : 1° s'il a tenu les engagements pris dans la première quinzaine de février, vis-à-vis de la fédération des services de santé, d'organiser de toute urgence le contrôle de la méthode d'application du sérum antipesteux pour le traitement de la guérison de cas de grippe ; 2° dans l'affirmative, quels ont été les résultats des expériences ; 3° dans la négative, quelle a été l'attitude du groupement dont il s'agit en présence de la décision nouvelle ; 4° en quels termes les conseillers techniques du ministère de l'hygiène, consultés, se sont prononcés sur la valeur de la prétendue découverte. (*Question du* 23 *mars* 1920.)

Réponse.

Le ministre de l'hygiène s'est simplement engagé à enregistrer les démonstrations et observations d'ordre scientifique relatives au traitement préconisé et à en tirer les conclusions qui pourraient en résulter. Il attend, depuis, que les auteurs de ce traitement lui remettent pour cela les documents et précisions nécessaires.

(1) Recherches sur une maladie encore peu connue qui a reçu le nom de Ramollissement du Cerveau, par le Dr L. Rostan, médecin de la Salpêtrière, etc.. Chez Béchet, libraire,place de l'Ecole de Médecine n° 9 — 1820).

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Clinique Tarnier : M. le Prof, agrégé LEQUEUX.

Les maladies infectieuses chez la femme enceinte.

La femme enceinte est susceptible de contracter pendant la gestation des maladies infectieuses diverses. A ce propos, plusieurs questions se présentent. L'état de gestation constitue-t-il une aptitude ou une inaptitude spéciale à contracter les maladies infectieuses ? Nous savons, d'une façon générale, qu'un individu affaibli devient plus facilement la proie des infections. La grossesse est-elle une cause d'affaiblissement ?

Si l'on étudie la façon dont la femme en état de gestation se comporte, on voit que tout d'abord et pendant un certain temps, elle bénéficie de sa grossesse. Elle assimile d'une façon meilleure ses aliments pour se préparer au développement du fœtus. Prenons, par exemple, un tableau comportant neuf cases et inscrivons sur une courbe l'assimilation de divers produits. Voici l'azote. Nous voyons qu'au premier mois de la gestation la femme assimile de l'azote en excès. L'assimilation s'accentue les 2e, 3e et 4e mois. Puis, la courbe commence à descendre, pour arriver au 9e mois à la normale ou même au-dessous. Nous trouvons une courbe semblable pour tous les éléments qui entrent dans la constitution du fœtus, le fer, la chaux, etc. La grossesse détermine pendant une certaine période un état de suralimentation, de surassimilation, dont le summum se trouve au 4e mois. Vous savez, en effet, que la femme enceinte, au 4e ou 5e mois, représente un type réel de beauté féminine et de charme, ce que les peintres de l'antiquité connaissaient déjà.

Mais, à partir de ce moment, la femme commence à utiliser ses réserves en faveur du fœtus, si bien qu'à terme, les réserves sont consommées et quelquefois insuffisantes, la mère étant obligée de prendre alors sur elle-même l'excédent nécessaire. L'état d'amélioration, de bénéfice, du début de la grossesse ne persiste donc pas et devient nul ou négatif même à la fin de la gestation. Et encore, s'agit-il là de la femme normale. Pour peu qu'un facteur morbide intervienne, que la femme ait une tare pathologique, les réserves de la première période seront difficilement obtenues et troublées par des phénomènes d'intoxication dont nous avons la preuve dans les vomissements incoercibles. Chez la femme qui n'est pas normale, le résultat est mauvais dès les premiers jours et le bénéfice nul. Toute la gestation est difficile et s'accompagne d'un appauvrissement général.

Il semble, en définitive, que nous puissions considérer la femme enceinte tout au moins dans dans la seconde partie de la gestation, comme une affaiblie, plus apte par conséquent à contracter les maladies infectieuses.

Cela dit, arrivons à la deuxième question. L'infection a atteint la femme enceinte : comment celle-ci va-t-elle se défendre ?

L'utilisation des réserves qui, dans les derniers mois surtout, s'effectue rapidement, va créer une situation d'infériorité pour la malade. Chez une femme ainsi appauvrie en azote, en graisse, en éléments nutritifs divers, l'infection croîtra plus facilement. Ce n'est pas tout. La femme enceinte est une décalcifiée. J'ai là, sous les yeux, un tableau de Michel qui a trait à la quantité de chaux prise par le fœtus à sa mère au cours de la gestation. De 0 à 120 jours, l'enfant prend 0.048 de chaux par jour ; de 120 à 210 jours, 0.083 ; de 210 jours à terme, 0.63. Donc, un enfant prend à sa mère une quantité de chaux considérable et la femme se décalcifie.

Où l'enfant prend-il cette chaux ? Sur le squelette d'abord. On connaît le dicton populaire : « toute grossesse coûte une dent ». Les femmes enceintes ont communément de la carie dentaire, conséquence d'une décalcification des dents. Une autre preuve de la décalcification du squelette de la mère est la mobilité articulaire fréquemment observée aux os du bassin, par exemple, chez la femme. Les globules rouges de la mère fournissent également de la chaux au fœtus. Une quantité plus grande vient des éléments cellulaires détruits. Quand on examine les urines d'un individu qui vient d'avoir la fièvre typhoïde, on constate une élimination considérable de sels calcaires, sels provenant des éléments cellulaires détruits par la maladie. Chez le diabétique, également, nous recherchons volontiers l'élimination calcique : elle traduit la destruction cellulaire et constitue un élément de pronostic. Eh bien, chez la femme enceinte, une partie de la chaux fournie au fœtus vient de cette destruction cellulaire.

La femme enceinte, par conséquent, du fait de l'utilisation de ses réserves et de sa décalcification, est un être fragile, susceptible d'être plus facilement envahi par les infections et moins résistant à ces infections. Ce n'est pas tout encore. La grossesse entraîne un état hydrémique, de la globulolyse (nécessaire à l'édi-

fication fœtale), de la leucocytose, la présence de pigments biliaires dans le sang (nous savons qu'ils favorisent les infections), la présence de sucre dans le sang, le fœtus constituant sa graisse aux dépens des hydrates de carbone maternels. Or, les milieux sanguins sucrés sont favorables aux développements microbiens. Enfin il y a à tenir compte des déchets fœtaux, toxiques, qui rendent aussi plus faciles les infections.

Donc, il est un certain nombre de faits qui expliquent pourquoi la femme enceinte est aisément la proie des infections. Il faut tenir compte encore de la surcharge des appareils due à la gestation. La surcharge cardio-vasculaire facilite les états de congestion, aux points déclives surtout, au voisinage de l'utérus, au niveau du foie. Il est aussi une influence sur les organes glandulaires. Il est incontestable que la grossesse agit sur l'ovaire et, par synergie, sur les autres glandes à sécrétion interne, d'où des troubles d'intoxication possibles par ces sécrétions.

Il importe d'étudier plus particulièrement l'action de la grossesse sur l'appareil hépato-intestinal. Le foie est pour ainsi dire le laboratoire du chimisme fœtal. C'est au niveau du foie que s'emmagasinent les réserves pour le fœtus. C'est au niveau du foie que s'accumulent les produits de désassimilation. Ajoutez à cela que le rôle destructeur des toxines dévolu au foie est en hyperactivité, les toxines étant accrues. Supposez qu'avec un foie ainsi en surcharge d'activité, survienne une toxi-infection, celle-ci trouvera une résistance hépatique affaiblie.

Parallèlement au foie, il y a lieu de considérer l'action de la grossesse sur le jeu des défenses excrétoires, sur la peau, le poumon, l'intestin, les reins. Nous savons que la femme enceinte fait facilement des troubles cutanés et que, chez elle, les dermatoses s'exagèrent. Les reins fonctionnent aussi d'une façon intense. Si à l'activité excrétoire déjà exagérée s'ajoute une activité pathologique, les émonctoires deviennent facilement insuffisants.

Reste une cause encore à invoquer. Quand un individu est atteint d'une maladie infectieuse, il lutte par la formation d'anti-corps. Or, chez la femme enceinte, ainsi que l'expérience le démontre, les anti-corps sont diminués. Les recherches de Bar ont établi que, par exemple, la femme enceinte tuberculeuse ne fait pas d'anti-corps. Il est possible que, étant donnés les phénomènes intenses de la gestation, tous les anti-corps soient mobilisés contre une albumine étrangère. C'est une interprétation. En tout cas, retenez la diminution des anti-corps, leur état de paralysie dans la grossesse.

Ainsi, du fait de l'infériorité hépatique, du mauvais fonctionnement des émonctoires, de la diminution des anti-corps, l'organisme est en état de réceptivité plus grande, et l'infection chez la femme enceinte sera plus grave, plus rapide. Dans la grossesse, toute infection a tendance à la généralisation, à la septicémie. La septicémie est alors plus durable, la localisation plus tardive. Mais, ne croyez pas que la femme y succombera toujours. Certes, beaucoup succombent et dans la dernière épidémie de grippe, par exemple, la mortalité des femmes enceintes a été considérable. Mais, la femme enceinte est capable aussi de faire des localisations.

Les localisations sont influencées d'abord par la nature du microbe. Il semble que chaque microbe ait une voie d'élimination élective, le pneumocoque par le poumon, le streptocoque par la peau et les muqueuses, le gonocoque par les voies génitales et les séreuses, le coli-bacille par l'intestin et les reins. Les localisations sont également influencées par la réceptivité de certains appareils. Ceci est particulier à l'état de gestation. La femme enceinte fera volontiers des localisations hépatiques, tout au moins des accidents hépatiques, de l'ictère, allant jusqu'à l'ictère grave, et des localisations rénales. Les points d'appel créés par des maladies antérieures favoriseront encore les localisations.

Quelques mots, maintenant, de l'influence exercée par la maladie infectieuse sur la grossesse. Cette influence est variable. Le fœtus peut rester vivant ou mourir. Vivant, il peut être expulsé (infecté ou indemne) ou gardé (avec tares ou indemne). Mort, il peut être expulsé ou gardé.

Ces éventualités sont variables avec chaque forme d'infection. Un premier facteur à considérer est la perméabilité placentaire à l'élément microbien. Davenne pensait que les microbes ne passent pas de la mère au fœtus. Arloing, Thomas, Strauss et Chambrelent ont admis l'opinion contraire. Actuellement, on ne saurait affirmer encore d'une façon précise le passage des microbes au travers d'un placenta, du moins sain. Pour les toxines, la preuve de leur passage a été établie par Charrin qui a ajouté qu'elles favorisaient le passage des microbes. De même pour les produits de défense, les immunisines. Il est encore important de savoir qu'une infection peut agir sur l'utérus et sur l'œuf, par action microbienne, toxique, antitoxique.

La maladie est susceptible de tuer le fœtus, par action microbienne toxique, et par des processus chimiques. Dans une pneumococcie maternelle, par exemple, l'oxygène apporté par les globules sanguins au fœtus peut être insuffisant. La mort du fœtus est rapide ou lente, et peut être suivie de son expulsion dans un délai court ou après un séjour *in utero* prolongé.

La maladie détermine quelquefois des lésions placentaires aboutissant à l'avortement ou à

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMES DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Notes d'ordonnances. — Notes d'ordonnances portant comme en-tête des instructions aux blessés du travail.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures). — Au recto de ces mémoires on trouvera des colonnes dans lesquelles on pourra porter le relevé des opérations et le montant des honoraires; au verso, on trouve le réquisitoire et l'exécutoire à faire signer par les autorités compétentes qui ordonnanceront ce mémoire.

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Notes d'honoraires ordinaires

Notes d'honoraires d'un modèle spécial établies selon les indications du tarif Jeanne.

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50.....	4 fr. »
Le 100.....	6 fr. »
Les 500.....	28 fr. »
Les 1000...	50 fr. »

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, *132, faubourg St-Denis. Paris.*

l'accouchement prématuré. Dans d'autres cas, le mécanisme est différent : il se produit une irritation du côté de l'utérus, suivie d'expulsion du fœtus, mort ou vivant. La toxi-infection met aussi parfois en mouvement la contraction utérine. Enfin, dans certains cas, le fœtus peut être atteint par l'infection d'une façon insuffisante pour être tué ou expulsé. Il va continuer à vivre *in utero*, et viendra au monde porteur de tares.

Il pourra être indemne, par action d'immunisines maternelles passées au travers du placenta ou par immunisines faites par lui-même (immunisation indirecte). Ainsi s'expliquent les différentes modalités observées chez le fœtus au cours des maladies infectieuses maternelles.

Rappelez-vous, en définitive, que la femme enceinte est plus prédisposée que d'autres aux maladies infectieuses ; que, chez elle, les maladies infectieuses tendent plus à la septicémie, les localisations morbides étant alors régies par certains faits. Le fœtus joue son rôle dans ce drame, d'où il sort lui-même taré ou indemne.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

BIOLOGIE

I. Les facteurs complémentaires de la croissance et l'équilibre.

(Vitamines).

Suite et fin (1).

A la lumière des connaissances précédentes, nous pouvons désormais concevoir l'étiologie probable de certaines affections demeurées longtemps énigmatiques. A la vérité, les diverses avitaminoses se superposent généralement plus ou moins, et, sauf cas exceptionnels, on a affaire à des carences multiples. C'est à celles-ci qu'il faut attribuer sans doute un certain nombre d'épidémies déterminées par les régimes restrictifs de la guerre, telles que celles d'héméralopie scorbutique et de xérophtalmie relatées ci-dessus, celles d'autres affections scorbutiques à allure banale si fréquentes parmi les prisonniers de Pologne, ou en Russie, l'œdème de guerre des prisonniers russes ou de la population roumaine, etc. Il serait assurément prématuré pour l'instant, et sans doute très inexact, de vouloir généraliser ces données trop particulières et de prétendre rapporter chacun des syndromes observés à une avitaminose *spécifique* ; mais il semble bien légitime de penser que tous ces troubles relèvent d'une cause analogue, en dépit de leur polymorphisme, et une avitaminose plus ou moins complexe nous en donne en définitive une explication très satisfaisante.

Néanmoins, dès que l'on sort du domaine très restreint de l'expérience immédiate, on ne saurait être trop prudent dans ce genre d'interprétations, séduisantes à la vérité, mais qulque peu métaphysiques. N'a-t-on pas pu récemment rapporter très prosaïquement les troubles de certaines avitaminoses présumées à une cause infiniment plus banale, la simple constipation des animaux soumis au régime en cours d'essai, et A. Lumière ne vient-il pas de soutenir que les troubles nerveux de l'avitaminose expérimentale pourraient bien, dans une certaine mesure, dépendre moins de l'absence de « vitamines » que de l'inanition à laquelle arrive fatalement l'animal, en dépit du gavage auquel on peut le soumettre ? Aussi, si rien ne nous empêche d'imaginer, avec Renon, qu'il peut exister certaines relations entre la tuberculose et l'équilibre vitaminique, ce ne peut être encore qu'une simple hypothèse de travail, rien de plus. Et même, quand une telle relation serait démontrée, nous n'en serions guère plus avancés, puisqu'au fond nous ignorons tout ou presque des vitamines : il ne faut pas être dupes des mots, et nos connaissances précises peuvent en somme se limiter à la proposition suivante : tout se passe comme s'il existait dans nos aliments certains corps, différents des grandes classes de substances antérieurement connues, et qui paraissent indispensables à l'équilibre métabolique des animaux, et la présence des facteurs dits A et B, en particulier, est la condition *sine qua non* de la croissance, leur absence totale déterminant fatalement la mort à plus ou moins longue échéance.

ETAT NATUREL ET MODE D'ACTION DES VITAMINES. — Les recherches d'Abderhalden et Schaumann semblent établir que les vitamines, du moins celles de la catégorie B, ne se trouvent qu'en faible part à l'état de liberté dans les aliments; la majeure partie y serait à l'état de combinaisons organiques, par association principalement, sinon exclusivement, avec des produits phosphorés (phosphatides, nucléoprotéides ou nucléines) et l'action de ces combinaisons vitaminifères est singulièrement plus complexe et plus efficace que celle des vitamines isolées (?) que nous savons en extraire (1).

Quel peut être le mécanisme intime de l'action de ces corps présumés ? A l'heure actuelle, rien ne nous permet de répondre à cette question autrement que par des hypothèses. Dès 1912, Hopkins posait le problème en ces termes : « Ce qui manque à la ration purifiée, c'est peut-être un ou des complexes organiques que l'ani-

(1) Voir *Concours Médical*, no 14, p. 856.

(1) C'est sans doute en raison de leur teneur en vitamines que ces substances jouissent de propriétés thérapeutiques très spéciales, et dont leur apport chimique élémentaire ne saurait fournir à lui seul, une explication satisfaisante.

mal est incapable de synthétiser, mais les quantités de ces complexes qui semblent suffisantes pour assurer la croissance est si petite qu'une action catalytique ou stimulante semble très vraisemblable ». Nous n'en pouvons encore actuellement dire beaucoup plus.

a) Les vitamines agissent-elles comme les aminoacides indispensables, c'est-à-dire par leur *apport moléculaire*, chimique ? Et dans ce cas, introduisent-elles dans l'organisme des substances absolument spéciales, que l'animal ne saurait trouver ailleurs, ni édifier par ses propres moyens, ou se contentent-elles d'apporter un supplément minime, mais indispensable, de certains corps dont le reste de l'alimentation est d'une façon générale très insuffisamment pourvu ? L'objection de Hopkins garde toute sa valeur en face de ces diverses hypothèses, et, *a priori*, la quantité infinitésimale de vitamines qui suffit à guérir les troubles béribériques ne semble pas en leur faveur.

b) Ou bien les vitamines ne sont-elles que des agents *stimulants* de la nutrition, augmentant l'intensité des échanges ou leur efficacité par exaltation des propriétés de certains ferments, ou toute autre action analogue ? Il est certain que l'amélioration de la croissance déterminée par leur réapparition dans un régime carencé est sous l'étroite dépendance de l'augmentation formidable de la consommation alimentaire, dont le chiffre passe ordinairement du simple au double, et souvent plus. Mais d'autre part, il semble bien que dans certains cas, la perte de poids due à l'avitaminose des animaux en expérience précède manifestement celle résultant de l'inappétence que détermine toujours la prolongation du régime (Osborne et Mendel).

c) Enfin, on peut penser que les vitamines ont une simple *action de présence* et agissent par une sorte de catalyse, mais sans que rien dans l'état actuel de nos connaissances permette d'en préciser le mécanisme ou la simple modalité.

Funk et Mac Callum ont montré que l'utilisation des rations se fait d'une façon très différente suivant que le régime est ou non additionné de vitamines de levure, et Funk a émis l'hypothèse qu'il faudrait à l'organisme une certaine quantité de vitamines pour qu'il puisse utiliser une quantité donné d'hydrocarbones. Si l'équilibre des proportions ne s'établit pas, les phénomènes pathologiques éclateraient et cela, d'autant plus vite que l'animal mange plus : ce serait donc pour y parer dans une certaine mesure que, sous l'influence d'un régime déficient en vitamines, l'animal s'imposerait de lui-même un régime restrictif global. A l'encontre de cette hypothèse, on peut remarquer d'abord qu'elle fait intervenir un apport matériel contre lequel semble plaider la valeur pondérale si minime des vitamines introduites dans l'alimentation ; de plus, il est à peu près démontré que les phénomènes d'avitaminose ne sont pas dus à une intoxication d'origine endogène par sous-produits d'un métabolisme incomplet (production anormale d'alcool dans les actions diastasiques, acidose, toxinémies complexes, etc.). D'autre part, enfin, les expériences d'Abderhalden et Schaumann ont montré que les échanges minéraux sont, eux aussi, influencés par la présence des vitamines, et que les variations de l'équilibre métabolique des divers corps considérés (Az, Ph, S, Mg, Ca) ne se font pas forcément toujours dans le même sens ou avec la même intensité quand l'alimentation varie de teneur en vitamines.

Quoi qu'il en soit de l'hypothèse même de Funk, l'opinion générale des auteurs tend plutôt à faire rentrer l'action des vitamines dans le cadre des phénomènes catalytiques ; mais en somme, à l'heure actuelle, rien ne nous permet d'établir une théorie satisfaisante à cet égard, ni même d'imaginer la façon dont s'exerce leur influence, pourtant indéniable, sur le métabolisme alimentaire.

HYPO ET HYPERVITAMINES. — Dans tout ce qui précède, nous n'avons guère eu en vue que les troubles d'avitaminose totale ou du moins massive ; mais existe-t-il des *hypovitaminoses*, dues à ce que les facteurs complémentaires, sans manquer totalement, sont pourtant en quantité notablement insuffisante dans la ration ? Comme d'une part, nous ne savons nullement doser les vitamines, et comme d'autre part, elles exercent leur action à des doses infinitésimales (1), laissant très peu de marge à l'expérimentation, il est bien difficile de répondre à cette question. Pourtant, on a pu montrer qu'avec une certaine dose minima d'aliments vitaminifères, juste compatible avec une survie qui peut du reste se prolonger très longtemps, l'existence des animaux est constamment en danger et à la merci du moindre changement de régime. Si l'on augmente les doses de vitamines, leur influence ne se manifeste pas d'une façon proportionnelle sur la croissance ; enfin, l'insuffisance *relative* des facteurs A et B peut être assez bien tolérée quand par ailleurs le régime est suffisant à tous égards, mais elle déclanche des accidents graves dès que l'alimentation est déficiente en quoi que ce soit, et ces accidents sont très variables suivant les individus.

D'un autre côté, Weill et Mouriquand ont pu montrer qu'avec une hypovitaminose B, le syndrome béribérique apparaît tardivement et comporte des lésions osseuses et nerveuses gra-

(1) Dans les expériences de Mac Callum et Davis, l'azote des Vitamines B introduites sous forme d'impuretés du lactose, ne représente pas plus de 0,02 à 0,034 % du poids de ce dernier

ves et incurables à ce degré par la vitamine B, tandis que la paralysie déterminée par l'avitaminose B, facilement curable, semble bien plutôt fonctionnelle que lésionnelle.

Il y a donc sans doute toute une série de degrés à envisager dans les troubles de carence, mais malheureusement l'absence de méthodes de mesure des facteurs complémentaires de la croissance rend actuellement l'étude expérimentale de cette question des plus délicate et des plus précaire.

Enfin, en dépit du caractère hypothétique de toutes ces spéculations, il n'est pas illégitime de concevoir qu'une alimentation *hypervitaminée* puisse déterminer également des troubles dans l'organisme, au même titre que les hypersécrétions internes ; le fait que les vitamines du lait y semblent en proportion très limitée, et juste suffisante, sans plus, pour les besoins de croissance du jeune mammifère, pourrait être un argument en faveur de l'intérêt qu'il y a à ne pas augmenter indéfiniment les doses de facteurs complémentaires : pour l'apport vitaminique, comme pour tout, *in medio stat virtus*.

ORIGINE DES VITAMINES. — La question de l'origine des vitamines en ce qui concerne les mammifères semble résolue d'une façon formelle : ces animaux sont incapables de les synthétiser à aucun moment de leur existence, même pendant la période de lactation des femelles. Mac Callum et Davis ont démontré que les vitamines du lait n'y existent qu'autant qu'elles sont présentes dans l'alimentation maternelle, ce qui est en parfaite concordance avec tout ce qu'on sait du béribéri infantile. Quand la ration de la femelle ne comporte pas de facteurs complémentaires, l'animal épuise d'abord rapidement ses réserves propres ; puis, les symptômes de l'avitaminose se manifestent chez elle, en même temps que la croissance des petits nourris de son lait s'arrête subitement. Ainsi, l'influence du régime alimentaire des femelles laitières sur la qualité de leur lait est encore plus considérable qu'on ne le croyait classiquement, et il est probable que c'est aux différences des régimes maternels qu'il faut attribuer les divergences des auteurs qui se sont occupés des vitamines du lait.

Donc, en définitive, toute vitamine est introduite dans l'organisme par les aliments végétaux ; ces corps existent-ils donc chez le végétal au même titre que chez l'animal et y jouent-ils un rôle aussi prépondérant dans l'équilibre métabolique ? Les expériences de Bottomley et de Mockeridge permettent de répondre affirmativement à cette question, et les facteurs complémentaires de la croissance et de l'équilibre qu'ils ont pu mettre en évidence chez les végétaux, sous le nom d'« *Auximones* », ont des actions sur la nutrition si comparables à celles des vitamines chez les animaux qu'on est naturellement conduit à conclure à l'identité de ces deux sortes de corps.

Le problème se trouve ainsi élargi, et la question se pose de savoir d'où viennent les vitamines des végétaux supérieurs.

Sans insister davantage sur ce point, il semble bien que, chez le végétal adulte, les auximones ne sauraient être synthétisées (1) non plus que les vitamines chez les animaux, et que la plantule de la graine ne peut se développer qu'à condition de trouver dans celle-ci des auximones en quantité suffisante, mises en réserve par la plante-mère comme une sorte d'apport dotal au même titre que l'amidon ou les autres substances nutritives proprement dites.

Enfin, les expériences des auteurs précédents paraissent bien démontrer que les plantes empruntent les vitamines au sol, dans lequel on les rencontre en abondance et où elles proviennent des fermentations microbiennes. Etudiant à ce point de vue les bactéries du sol, Fl. Mockeridge arrive à la conclusion qu'on peut classer celles-ci en deux catégories :

a) Les unes, comme les nitrifiantes, sont nettement influencées dans leur croissance et leur prolifération par l'adjonction d'auximones dans le milieu où elles se développent, c'est-à-dire qu'elles sont sans doute plus ou moins incapables d'en élaborer par elles-mêmes, et se comportent à ce point de vue comme les plantes supérieures ;

b) Les autres, comme les bactéries de la putréfaction, les dénitrifiantes, ammoniantes, etc., y paraissent absolument insensibles, soit parce qu'elles n'en ont pas besoin, soit, ce qui est beaucoup plus vraisemblable si ces corps jouent dans le métabolisme un rôle aussi essentiel que nous l'entrevoyons actuellement, parce que ces microorganismes en fabriquent constamment une quantité suffisante pour subvenir dans la mesure optima à leurs propres besoins.

Ainsi, nous voici amenés à envisager parallèlement au fameux cycle de l'azote dans la nature, sinon un cycle fermé, du moins une progression irréversible dans l'utilisation des facteurs complémentaires de la croissance et de l'équilibre par la plupart des êtres vivants. Ces facteurs prendraient leur origine dans l'activité vitale des microorganismes et ne pourraient être utilisés à chaque échelon qu'à condition d'avoir été plus ou moins élaborés par l'échelon immédiatement inférieur (2).

---

(1) Elles sont à coup sûr indépendantes de la fonction chlorophyllienne, puisque les levures, qui sont des champignons, c'est-à-dire, par définition, des organismes sans chlorophylle, s'en montrent abondamment pourvues.

(2) Il est par exemple démontré que les bactéries de la flore intestinale, ou du moins certaines d'entre elles, sont capables d'élaborer des vitamines, mais que celles-ci sont inutilisables directement par l'organisme qui héberge ces microbes.

Enfin cette extension jusqu'à certains microbes du besoin de vitamines permet maintenant d'expliquer bien des conditions si particulières, et souvent si paradoxales, que l'empirisme nous a appris à connaître comme indispensables pour la culture de certaines espèces (emploi de milieux organiques spéciaux, non stérilisés à haute température, où fertilisés par des extraits de tissus riches en vitamines, etc.).

La connaissance des vitamines et la pratique. — Cette rapide revue de l'état actuel de la question des vitamines suffit pour donner au lecteur une idée de l'effroyable complexité des nouveaux problèmes que soulève leur connaissance. Partout nous sommes arrêtés par des points d'interrogation,et nous nous heurtons à des difficultés expérimentales telles qu'il ne faut pas espérer avoir d'ici longtemps des données suffisantes pour établir à ce sujet une synthèse *satisfaisante*. Toutefois, les résultats de toutes ces recherches, qui datent à peine de quelques années, sont assurément des plus encourageants, quoiqu'aussi, à vrai dire, un peu décevants au point de vue pratique : une fois de plus, voici tout l'édifice de nos connaissances bouleversé, et *quantité d'aliments méprisés* ou prohibés pour d'autres raisons qui deviennent accessoires vont, au nom des vitamines, passer à une place d'honneur dans l'établissement de nos régimes. Malheureusement, comme pour ce qui concerne la question des aminoacides indispensables, presque tout est à faire dans cet ordre d'idées, et les points que nous pouvons dès maintenant *considérer comme* acquis sont encore peu nombreux.

D'abord, pour qu'un régime *soit suffisant* à tous égards, il faut désormais qu'il satisfasse aux conditions suivantes :

a) Apport d'une quantité suffisante d'*énergie chimique* potentielle ;

b) Apport d'une certaine quantité de *matière* équivalente aux pertes journalières de l'organisme en carbone, azote, éléments minéraux, etc. ;

c) Apport d'une quantité suffisante des divers *aminoacides indispensables* ;

d) Apport d'une quantité suffisante des divers *facteurs complémentaires* de la croissance et de l'équilibre.

Faute de remplir intégralement ces quatre conditions, tout régime sera insuffisant et par conséquent, incapable d'entretenir la vie.

Notons toutefois que la notion d'insuffisance d'un régime donné est toute relative, car elle varie profondément d'une espèce à une autre, et sans doute aussi, quoique dans une limite beaucoup plus étroite, d'un individu à l'autre. Cette insuffisance peut résulter de l'absence de quantités variables de certaines substances plus ou moins facilement caractérisables, et l'analyse chimique pourra nous donner des renseignements très précis à cet égard. Mais l'insuffisance peut également provenir de l'altération ou de la disparition des facteurs complémentaires de la croissance et de l'équilibre, dont certains,comme nous l'avons vu, présentent une grande fragilité, et, touchant ce point, l'analyse ne saurait nous donner à l'heure actuelle aucun renseignement. L'étude de tous les procédés de conservation des aliments nécessite donc une révision expérimentale complète. L'adjonction de doses mêmes faibles de substances alcalines, de saumure, etc., peut avoir une action destructive sur certains des facteurs complémentaires fragiles, ou entraîner la perte d'autres qui s'échappent sous forme de complexes labiles. La stérilisation par la chaleur est fatale à presque tous. L'action du froid, et surtout son mode d'application, ne sont sans doute pas non plus négligeables, et la frigorification brutale semble une des meilleures manières de conserver aux aliments leurs vitamines. Enfin, la durée même de la conservation, dont on sait depuis longtemps qu'elle entraîne des modifications notables dans l'aspect et certaines propriétés chimiques des *substances alimentaires*, a certainement une influence aussi profonde, sinon plus, sur leurs propriétés vitaminifères.

Si maintenant nous considérons l'aliment à l'état frais, nous savons déjà que son mode de récolte et d'utilisation peut influer considérablement sur ses propriétés : tel est par exemple le cas pour le procédé de mouture du grain. Quant au mode de préparation culinaire, il présente à coup sûr une importance qui nécessiterait une étude systématique de cette question en fonction des acquisitions récentes de la science : lavage, trempage, rejet ou utilisation des eaux de cuisson, marche de la coction, tout devrait entrer en ligne de compte, et cette étude contribuera peut-être à justifier d'une manière inattendue les traditions dont s'enorgueillit à bon droit la cuisine française.

Si tout ce chapitre, du fait même de sa complexité, est encore entièrement à écrire, du moins ce que nous savons dès maintenant des vitamines peut déjà nous donner la solution de bien des problèmes touchant l'alimentation des nourrissons et en particulier l'allaitement.

On sait que le lait est riche en facteurs A et B, mais d'autre part, qu'il ne paraît en contenir que juste la proportion nécessaire au développement normal du nouveau-né. Par exemple, en remplaçant une certaine quantité de lait frais par la même quantité de lait stérilisé, la croissance du nourrisson se trouve immédiatement modifiée. De plus, quoique toutes les vitamines des divers laits ne soient pas sans doute rigoureusement identiques, il semble bien qu'elles aient des liens de parenté assez étroits pour constituer

un groupe de corps d'efficacité pratiquement comparable.

Par application de ces données, le régime des nourrices devra faire une large part à l'alimentation riche en vitamines : beurre, œufs, légumes verts ou farineux non décortiqués, etc. Si l'on pratique l'allaitement artificiel, les mêmes règles devraient s'appliquer à l'alimentation des vaches laitières, dans la ration desquelles le fourrage vert doit avoir une part prépondérante, et il serait hautement désirable qu'il soit procédé à une sorte de spécialisation des animaux dont le lait est destiné aux nourrissons, concurremment avec une sélection particulière au point de vue de la tare tuberculeuse. De plus, le lait ne devra plus être coupé d'eau, puisque cela l'appauvrit en vitamines dont la quantité y semble si étroitement limitée, et parfaitement adaptée au mieux des besoins du jeune mammifère : par un cercle vicieux, une telle hypovitaminose entraîne à brève échéance la diminution de l'appétit et s'en aggrave d'autant plus. Enfin l'alimentation au lait exclusivement stérilisé doit naturellement être absolument prohibée, sous peine de déterminer une avitaminose comparable en tous points aux avitaminoses expérimentales : athrepsie, maladie de Barlow, etc., dont nous connaissons heureusement désormais le remède spécifique.

Tel est l'état actuel de la question des vitamines. Pour ardue et complexe qu'elle soit, on voit que leur étude est pleine de promesses et d'une importance capitale au point de vue pratique. Mais... ces substances existent-elles réellement, du moins en tant que substances chimiques, matériellement isolables, — car pour ce qui est de leurs propriétés biologiques, elles sont indéniables ? J'ai déjà laissé entendre que le problème pouvait être posé, et je reviendrai sans doute un jour sur ce point.

Dr J.-M. PACAUT.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Rôle de la vésicule séminale chez l'homme.

(MM. P. ANCEL et J. WATRIN. — *Réunion biologique de Strasbourg.*)

Il est classique, en anatomie humaine, de considérer les vésicules séminales comme des réservoirs du sperme. Ce sont, dit Testut, « des réservoirs membraneux dans lesquels s'accumule le sperme au fur et à mesure de sa production ; elles sont à la glande séminale ce que la vésicule biliaire est au foie et ce que la vessie est au rein ».

MM. Ancel et Watrin s'élèvent contre cette opinion vieille de plusieurs siècles, qui serait en désaccord avec l'expérimentation et l'observation anatomo-histologique.

Les expériences font voir qu'à la suite de la castration unilatérale, chez le cobaye, ou après résection des canaux déférents entre deux ligatures, chez le lapin, les vésicules séminales gardent leur aspect normal. L'histologie montre la nature glandulaire de la vésicule chez l'homme et les mammifères. Au cours d'une étude anatomique sur les canaux éjaculateurs de l'homme, d'autre part, MM. Ancel et Watrin ont réuni 4 observations dans lesquelles les canaux déférents et les vésicules séminales venaient s'ouvrir séparément sur le veru montanum. Dans ces conditions, les vésicules séminales n'avaient jamais pu servir de réservoir du sperme : malgré cela, elles offraient un volume et un aspect normaux.

L'action des saisons sur l'organisme.

(M. F. MAIGNON.— *Réunion biologique de Lyon.*)

Les anciens attribuaient aux astres une influence sur la santé. Les littérateurs modernes mettent souvent en cause, pour expliquer les états physiques ou émotionnels de leurs personnages, le « coquin de printemps » ! Que faut-il penser, scientifiquement, de ces croyances populaires, et l'organisme subit-il une influence réelle des saisons ?

Recherchant les variations de la glycogénie musculaire, dans le muscle biceps fémoral du chien, et les variations des combustions respiratoires, de la consommation d'oxygène, chez le cobaye, aux différents mois de l'année, M. Maignon a constaté que la glycogénie musculaire et la consommation d'oxygène offraient deux maxima, au printemps et en automne, et deux minima, en été et en hiver. Le fait que les deux minima s'observent à la période la plus chaude comme à la période la plus froide éloigne l'idée d'une intervention de la température. D'ailleurs, les résultats sont les mêmes quand on expérimente sur des cobayes placés dans une chambre convenablement chauffée l'hiver.

Ce n'est pas tout. Etudiant l'influence des saisons sur la sensibilité de l'organisme à l'intoxication albuminique chez le rat blanc, M. Maignon a vu cet animal, alimenté exclusivement avec de l'ovalbumine, mourir en quelques jours, au printemps et à l'automne, alors qu'en hiver et en été, il succombait au bout de trois semaines seulement, par épuisement des réserves.

L'auteur conclut que les saisons, en elles-mêmes, en dehors de toute action thermique, influencent la glycogénie, les combustions organiques, et d'une manière générale l'activité nutritive. L'homme subit comme les végétaux la « poussée de croissance » du printemps, et il en résulte une certaine fragilité de l'organisme qui le prédispose aux maladies. L'action sur les glandes génitales intervient également dans ce complexus physio-pathologique.

Quant à la nature des agents cosmiques qui in-

fluencent ainsi l'organisme, soit directement, soit par l'intermédiaire des glandes génitales, elle tient sans doute, pense M. Maignon, aux radiations spéciales émanant du soleil ou d'autres astres, qui nous arrivent en plus grande abondance à certains moments de la révolution terrestre : printemps et automne.

Sur l'activité biologique des colloïdes.

(MM. Duhamel et Thieulin. — *Société de Biologie.*)

Dans un travail récent, M. Duhamel a montré que si l'on injecte, par voie endo-veineuse, une certaine quantité d'une solution colloïdale d'un métal ou d'un métalloïde, une forte proportion (environ les deux tiers) du corps injecté est fixée dans le foie quelques minutes après l'injection, le reste demeurant dans le sang.

MM. Duhamel et Thieulin ont repris ces recherches et ils ont vu que l'injection intra-veineuse de solutions colloïdales d'or ou d'argent, souvent utisées en clinique, amène une modification du foie et exagère les propriétés de cet organe sur les hémolysines.

Encéphalite aiguë myclonique.

(MM. Sicard et Kudelski. — *Société médicale des Hôpitaux.*)

M. Sicard décrit une affection qu'il a étudiée avec M. Kudelski, à laquelle il donne le nom d'encéphalite aiguë myoclonique. Cette affection, à caractère épidémique, évolue actuellement en parallélisme avec l'encéphalite léthargique. Il semblerait, d'ailleurs, que les deux maladies soient provoquées par le même germe, si l'on tient compte des formes de transition, de la concomitance des cas, et des caractères similaires du liquide céphalo-rachidien.

Quoi qu'il en soit, l'encéphalite aiguë myoclonique de M. Sicard débute généralement par des douleurs, lancinantes ou fulgurantes, dans les membres, de la courbature, une fièvre modérée, quelquefois absente, ce stade présentant une durée d'un septénaire environ. Puis, à la période d'état, apparaissent des secousses musculaires à type myoclonique, secousses brèves, rapides, explosives, dans la musculature des membres, de la face, de l'abdomen, du diaphragme. Le ventre est ainsi agité par des contractions du diaphragme qui le projettent en avant. La mort a lieu dans le coma.

Le liquide céphalo-rachidien, retiré par ponction lombaire, est à peu près normal, comme dans l'encéphalite léthargique. Des parésies, des hypertonies musculaires transitoires, peuvent s'observer au cours de l'évolution de cette maladie.

M. Sicard rapproche l'encéphalite en question de la chorée électrique, affection dont Dubini observa une épidémie meurtrière en 1846.

M. Netter estime que l'encéphalite aiguë myoclonique est une forme de l'encéphalite léthargique. L'épidémie actuelle d'encéphalite léthargique est, en effet, polymorphe : les états myocloniques et les états léthargiques peuvent être reliés par le caractère épidémique et des éléments de transition.

M. Sicard pense également que l'encéphalite myoclonique offre des affinités étiologiques avec l'encéphalite léthargique. Le germe provocateur pourrait être le même. Il semble encore difficile, toutefois, de considérer comme deux formes d'une même affection un état morbide léthargique et un autre myoclonique. Le mieux serait, jusqu'à plus ample informé, de réunir les deux syndromes sous la dénomination globale d'encéphalite aiguë épidémique, ou plus simplement d'encéphalite épidémique.

Importance de l'encéphalite léthargique.

(M. Netter. — *Société médicale des Hôpitaux.*)

M. Netter donne quelques chiffres pour fixer l'importance de l'épidémie actuelle d'encéphalite léthargique. Dans les hôpitaux de Paris, 12 services ont établi une statistique des cas d'encéphalite léthargique observés jusqu'à la date du 10 février. Le chiffre atteint a été de 51 cas. Si l'on accorde aux autres services hospitaliers qui n'ont pas fourni de statistique une proportion analogue (et il n'y a pas de raison pour qu'elle soit différente), on obtient, pour les 76 services de médecine, 400 cas. M. Netter par ses calculs, arrive à fixer, pour Paris, à 1.500 cas, et pour toute la France, entre 6.000 et 10.000 cas, le nombre des encéphalites léthargiques s'étant produites jusqu'à ce jour, au cours de l'épidémie actuelle. Il s'agit donc d'une maladie importante, méritant toute l'attention des médecins.

P. L.

Sténose de l'œsophage. — Appendicite avec abcès à évolution pelvienne. — L'appendicite vermineuse. — La localisation apicale de la tuberculose pulmonaire. — Hémorragie intestinale à bacille d'Eberth. — Un cas de méningite aiguë chez le vieillard.

(*Société de médecine de Toulouse.*)

MM. Escat et Dalbès. — Il s'agissait de *deux cas désespérés de sténose infranchissable de l'œsophage par ingestion de potasse caustique chez l'enfant*, et où le mauvais état général contre-indiquait la gastrostomie palliative. L'action de la thiosinamine a été des plus nettes ; après quelques injections, les rétrécissements ont pu être cathétérisés et traités par la dilatation progressive. L'action thérapeutique, si inefficace dans la plupart des cas, peut être rapportée à ce qu'on est intervenu chez des sujets jeunes et sur des tissus cicatriciels en voie d'évolution.

M. J.-P. Tourneux. — Après avoir rappelé ce

qu'il faut entendre par *appendicite pelvienne* et montré les différentes évolutions de ces abcès, l'auteur rapporte deux cas d'*abcès pelviens primitifs* observés chez des Annamites, traités et guéris par l'incision et le drainage rectal. Il insiste sur la symptomatologie toute particulière de cette forme d'appendicite, sur son diagnostic, sa fréquecnce et sa gravité, il termine en passant en revue les différentes voies d'accès préconisées pour le traitement de ces collections purulentes.

M. J.-P. Tourneux. — Extrêmement rare pour certains (Letulle), l'*appendicite vermineuse* serait, au contraire, très fréquente pour d'autres auteurs (Raillet et Riff). L'auteur rapporte que l'examen macroscopique de 232 appendices ne lui a révélé que 4 fois la présence d'oxyures ; 74 examens histologiques ont toujours été négatifs. Une fois, dans un cas d'abcès rétro-cæcal d'origine appendiculaire, il a vu un lombric flottant au sein de la collection purulente.

M. Laporte. — *Existe-t-il une localisation préférentielle de la tuberculose dans un des sommets du poumon* ? De ses recherches effectuées dans des formations sanitaires d'Aspet et de Toulouse, l'auteur croit pouvoir conclure que les lésions bilatérales sont le plus ordinairement constatées, même chez les sujets examinés au début clinique de la maladie. Dans les lésions bilatérales, le sommet droit serait le plus atteint, dans 68 % des cas. Dans la tuberculose unilatérale, le sommet droit serait atteint dans 62 % des cas.

M. Laporte. — Il s'agit d'une femme de 42 ans qui présenta, sans aucun symptôme de fièvre typhoïde ou d'une autre affection quelconque, une *hémorragie intestinale* très abondante, constituée par du sang modifié très fétide, mélangé aux matières. L'examen des selles montra la présence de *bacilles d'Eberth.* L'auteur pense qu'il s'agit d'une fièvre typhoïde ambulatoire.

M. Azéma. — Il s'agissait d'un cas de *méningite* à pneumocoques, consécutive à une pneumococcie pulmonaire latente, évoluant avec des symptômes nerveux très bruyants chez une *femme de* 68 *ans*, et s'accompagnant d'un herpès zostériforme de la partie inférieure de la face et du cou.

***

Traumatisme de la région poplitée gauche. — Deux cas de thyroïdites suppurées. — Tumeur profonde de l'avant-bras par corps étranger.

(*Société de Chirurgie de Toulouse.*)

M. J.-P. Tourneux. — Il s'agissait d'un cavalier qui, à la suite d'un coup de pied de cheval dans la région postéro-externe du genou, présenta tous les signes cliniques d'une lésion artérielle grave. L'intervention chirurgicale montra que la contusion de l'artère poplitée occupée par un vaste caillot remontant au-dessus de la naissance des articulaires supérieures, s'accompagnait de la rupture des articulaires inférieures et des 2 jumelles. La gangrène du membre nécessita l'amputation de la cuisse au tiers moyen.

M. J.-P. Tourneux. — L'auteur a eu l'occasion d'observer deux cas de thyroïdites dont les caractères cliniques ont essentiellement différé. Dans un cas, il s'est agi d'une complication locale d'une fièvre typhoïde guérie par une simple incision, mais dans l'autre, on s'est trouvé en présence d'une véritable thyroïdite gangréneuse, évoluant au déclin d'une grippe et dont la nature doit être due à l'agent infectieux (association de pneumocoque et de streptocoque).

M. Lefebvre. — Chez une malade hospitalisée pour hernie inguinale, l'auteur a eu l'occasion de constater au niveau de l'avant-bras gauche une petite tumeur sous-aponévrotique, constituée par du tissu scléreux et développée autour d'un corps étranger (aiguille de couturière). Il rapproche ce fait des cas de phlegmons ligneux rapportés en décembre 1919 par Mercadé, et pense qu'il s'agit d'une inflammation réactionnelle déterminée par des phénomènes infectieux atténués amenés par l'introduction du corps étranger.

***

Troubles de la sensibilité d'origine centrale. — Tumeur sous-maxillaire. — Encéphalite léthargique. — Appendicite oblitérante. — Péricardite infantile suppurée. — Tumeur axillaire.

(*Société anatomo-clinique de Toulouse.*)

MM. Pujol et Riser présentent deux malades atteints de *troubles de la sensibilité dus à des lésions de la corticalité cérébrale.* Il s'agit de blessés de guerre (enfoncement des régions pariétales et temporo-pariétales), offrant des troubles du sens stéréognostique et du sens baresthésique.

MM. Dambrun et Ginesty présentent une malade porteuse d'une *tumeur sous-maxillaire droite.* Il s'agit d'une collection purulente sous laquelle doit évoluer une adénopathie néoplasique, car cette femme a été opérée, il y a deux ans, d'un épithélioma de la lèvre inférieure.

MM. Laporte et Jauréguiberry rapportent l'observation de deux malades atteints d'*encéphalite épidémique à forme léthargique*, se manifestant par de la somnolence, des troubles oculaires, diverses paralysies (face, larynx), et de la rétention d'urine.

MM. Laporte et Pradère communiquent un cas d'*encéphalite épidémique à forme bulbo-protubérantielle.* Le début a été aigu, par des mouvements cloniques dans l'avant-bras droit, de la paralysie faciale, de l'aphonie et de la somnolence ; ultérieurement, il

y a eu du ptosis double, des bourdonnements d'oreille, de la paralysie de la langue et des douleurs dans l'avant-bras droit (zone radiale).

MM. LAPORTE et PRADÈRE signalent un cas de *forme fruste d'encéphalite épidémique* se traduisant uniquement par une légère céphalée et de la diplopie.

MM. J.-P. et G. TOURNEUX rapportent 4 cas d'*appendicite oblitérante*. Pour eux, dans trois cas, l'oblitération était d'origine cicatricielle par réparation d'une ulcération nécrosante, dans un cas, il s'agissait d'une involution appendiculaire analogue à la régression sénile normale.

M. AUBAN communique un cas de *péricardite suppurée chez l'enfant*, due à une infection streptococcique d'origine grippale. L'évolution clinique fut tout à fait insidieuse et seules, une hypothermie anormale et une augmentation considérable du volume du foie attirèrent l'attention sur la région cardiaque.

MM. PUJOL et BOULARAN rapportent *un cas de tumeur de l'aisselle* observé dans le service de M. le Pr H. Caubet, et qui, histologiquement, montra la structure classique des épithéliomes. Les auteurs passent en revue les différentes théories concernant ces néoplasmes et en marquent la signification.

PSYCHIATRIE

Sur les méthodes de traitement des toxicomanies.

Par le Dr MIGNON (du Vésinet).

Dans cette étude, j'aurai surtout en vue la morphinomanie, parce qu'elle est la plus fréquente des toxicomanies et la mieux connue ; mais tout ce que j'en dirai au point de vue de la thérapeutique générale et en dehors de la technique spéciale propre à chaque forme d'intoxication, peut être aussi bien appliqué aux dypsomanes, cocaïnomanes, éthéromanes, etc., avec cette seule réserve que la première partie de la cure, le sevrage proprement dit, comporte autant de variantes qu'il y a d'agents toxiques. Je n'entrerai pas aujourd'hui dans l'étude de ces variantes et n'insisterai que sur l'intoxication morphinique ; mais le traitement général de l'intoxiqué restera le même, quel que soit le toxique, puisqu'il a pour but la rééducation du psychisme du malade et la récupération de son *self control*.

Dans un précédent travail, je me suis efforcé de montrer que l'impulsion morbide à s'adonner à l'usage des drogues était sous la dépendance d'une prédisposition fondamentale, que je considérais comme un stigmate psychasthénique. J'ai soutenu, en m'autorisant pour cela de l'opinion de P. JANET et de O. JENNINGS, que pour devenir un vrai toxicomane, il fallait être d'abord un asthénique soit avéré, soit au moins latent. J'en avais déduit que tout traitement ayant pour but de combattre la funeste habitude devait tenir compte de ce facteur pathogénique et que toute thérapeutique antitoxicomaniaque devait fatalement se transformer en cure d'une asthénie.

Or, à l'heure actuelle, comment soigne-t-on les morphinomanes, pour prendre ceux-là comme types ?

Toutes les méthodes essayées et employées tour à tour peuvent se ramener à trois groupes principaux : la méthode substitutive ; la méthode du *knock out*, cure dont Erlenmeyer fut le grand pontife ; la méthode lente, surtout préconisée par Jennings. Je ne citerai que pour mémoire la méthode par suggestion hypnotique, car, comme le disait récemment le Dr MASQUIN qui l'a employée avec succès naguère, elle ne donne en réalité de résultats que chez les hystériques et ne s'applique par conséquent qu'à une catégorie restreinte de malades.

Rapide ou lente, la méthode substitutive consiste à remplacer le toxique habituel par un autre de la même série ou du même genre, afin de supprimer sans peine le toxique habituel et de débarrasser ensuite facilement le malade du médicament substitutif auquel il n'a pas encore eu le temps de s'habituer.

Cette méthode tient, en somme, beaucoup plus compte de la formule chimique du toxique que de l'état psychologique de l'intoxiqué. Tous les fameux remèdes secrets tant vantés par les charlatans et les marchands de drogues, toutes ces drogues merveilleuses... et secrètes... capables de dégoûter à tout jamais de la morphine, comme la Chasopine, une des plus illustres, doivent être rangés dans cette catégorie. Certes, cette méthode a à son actif plus d'un succès : quelle méthode en thérapeutique ne peut se targuer de certaines victoires ? Mais en allant au fond des choses, ce ne sont jamais que des succès de sevrage relatif ; on retrouve toujours dans le médicament substitutif, sinon de la morphine plus ou moins déguisée, au moins un des alcaloïdes voisins, la dionine, par exemple, loyalement essayée par Jennings lui-même ; et si on a pu débarrasser le malade de sa drogue favorite, on ne l'a pas en fait débarrassé du besoin d'une drogue, et la cure réelle et définitive n'est que reculée, à de très rares exceptions près. J'ai eu l'occasion de suivre, avec le Dr RAFFEGEAU, un malade qui s'était guéri lui-même de la morphine par la Chasopine, mais qui, faute de Chasopine qu'il ne pouvait se procurer à cause de la guerre, avait dû avoir de nouveau recours à la morphine : (on ne peut donc pas dire

que la Chasopine avait guéri ce malade ; elle avait simplement remplacé la drogue antérieure). Le Dr Raffegeau a parfaitement sevré ce malade *sans Chasopine*, à une certaine époque, et a pu le renvoyer à ses affaires en excellent état. Mais j'ai su que, depuis, il avait à nouveau repris sa Chasopine : Il n'est plus morphinomane, soit ; mais il reste toxicomane, et au fond, pour lui, rien n'est changé que le nom de la drogue dont il est l'esclave, et dont on ignore d'ailleurs la formule exacte, tout en la soupçonnant.

La cure d'Erlenmeyer, la *knock out cure*, me paraît beaucoup plus sérieuse. Elle est devenue classique en Allemagne et en France, où on a tant copié la science d'Outre-Rhin avant 1914. A Paris, c'est le Dr Sollier qui en est devenu le grand protagoniste, et c'est elle qu'il applique systématiquement dans son bel établissement de Boulogne-sur-Seine, où il a créé un service tout spécialement aménagé pour cet usage. C'est encore cette même méthode qui a la faveur de la plupart de nos médecins des hôpitaux civils et militaires qui l'appliquent dans leurs services. C'est elle que le Dr M. Briand a employée au Val-de-Grâce pour tous ses mobilisés morphinomanes de guerre : elle est également celle de mon maître et ami, le Dr Florand, et de tant d'autres dont la compétence est hautement reconnue. Elle compte de nombreux et brillants succès, surtout chez ceux que j'appelle des « morphinisés d'habitude » et que je sépare nettement des morphinomanes vrais. Pour les premiers, elle reste la méthode idéale, la seule recommandable et sérieuse. Pour les autres, elle a l'avantage d'être rapide, de ne pas tenir compte de la pusillanimité des sujets ; mais elle donne à ceux qui l'emploient l'illusion qu'elle dégoûtera à tout jamais les malades de toute rechute, par la peur des souffrances qu'elle leur impose. Le procédé psychothérapique vaut ce qu'il vaut, et je n'en dirai qu'un mot, c'est que les neuf-dixièmes des malades que j'ai eu à sevrer avaient déjà subi plusieurs cures à la Erlenmeyer : et cela se comprend, car cette méthode ayant l'approbation générale du monde savant, c'est par elle que commencent presque tous les malades qui veulent se sevrer, sans chercher même à savoir si cette méhtode est bien applicable à leur cas.

Je ne ferai à la *knock out cure* que deux reproches : elle met trop souvent (si peu que ce soit, c'est toujours trop) la vie des malades en danger, et plus d'un est mort au milieu d'une cure insuffisamment surveillée, ou à laquelle son organisme n'a pu résister ; car le médecin le plus consciencieux et le plus dévoué ne peut pas répondre de tout, et puisque l'on peut faire autrement, nous n'avons pas le droit, nous autres médecins, d'exposer nos malades à un danger de mort, par parti pris de système, quand nous pouvons l'éviter. D'autre part, les souffrances qu'impose cette thérapeutique, et qui sont souvent terribles, sont à la fois évitables et inefficaces : évitables, donc nous n'avons pas moralement le droit de les imposer ; inefficaces, puisque contrairement à la théorie, l'expérience montre qu'elles ne garantissent pas des rechutes.

A vrai dire, beaucoup de ces rechutes tiennent peut-être à ce que les malades ne veulent pas s'imposer une cure complète. Dès qu'ils sont sevrés, ils se croient guéris, et ne comprennent pas que le plus fort est encore à faire. Sollier exige avec raison deux mois de traitement pour une cure dont il règle le sevrage en 8 ou 10 jours au plus, à de rares exceptions près ; il exige donc au moins 6 semaines de convalescence et de réentraînement. Il y a trop de malades, même entre ses mains, qui abandonnnent la cure avant d'être vraiment guéris. Pour ceux-là, la rechute est la règle et les souffrances qu'ils ont endurées n'ont aucun pouvoir pour les retenir. Mais alors, pourquoi attribuer à cette souffrance une vertu qu'elle n'a pas ? « Si quelque chose est à regretter sous ce rapport, dit Sollier, c'est peut-être que la suppression n'est pas assez pénible ». Mais puisqu'il est démontré qu'elle ne sert à rien, pourquoi l'imposer quand on peut faire autrement, comme si l'on voulait infliger une véritable punition à des coupables ? Est-ce notre droit, notre devoir, de punir ainsi de malheureux malades ? Pourquoi alors l'imposer quand même et la vanter, au risque de décourager à tout jamais non seulement les récidivistes qui n'oseront plus affronter la cure, mais même les néophytes qui ne la connaissent que par ouï-dire et dont beaucoup restent morphinomanes parce qu'ils ignorent qu'on peut les guérir autrement et sans leur imposer ces fameuses souffrances qui les épouvantent ?

Malgré tout, cette méthode a guéri beaucoup de malades, il faut le reconnaître : elle peut être indiquée et légitime pour des organismes dont le cœur et les reins sont robustes et pour des morphinomanes dont l'intoxication n'est pas trop ancienne, et à qui leurs ressources ou leur situation sociale ne permettent pas de longs séjours dans les sanatoriums ou les hôpitaux. Elle est même, je le répète, la seule cure logique pour les morphinisés non asthéniques dont l'état mental est resté à peu près sain, et qui supporteront, sans réaction organique sérieuse et sans souffrances véritables, une suppression aussi brusque que l'on voudra. Ces cas sont plus fréquents qu'on pourrait le penser et ils améliorent singulièrement nos statistiques.

Mais ici, ce ne sont pas ces malades-là que j'envisage, ce sont les vrais morphinomanes. Et ces derniers, je me demande pourquoi on s'obstine un peu partout à ne pas les soigner plus doucement, puisqu'il existe une méthode douce,

lente, sûre, dont Jennings s'est fait l'apôtre.

La méthode de Jennings peut se résumer ainsi : sevrage lent, aussi lent qu'il faut pour éviter toute souffrance un peu pénible, de concert avec le malade qui sait quelle dose on lui donne, qui suit sa cure en intime collaboration avec son médecin ; cure de désintoxication et de tonification physique par la réduction progressive du toxique, les alcalins, l'hydrothérapie très chaude, les bains de vapeur, la spartéine, les purgatifs ; cure psychique par rééducation du *self control*, du réentraînement progressif à la vie normale, de la galvanisation de la volonté et de l'ardent désir de guérir.

J'ai personnellement fort bien connu Jennings, puisque c'est moi qu'il a chargé, en 1910, de traduire son dernier ouvrage d'ensemble sur la question qui nous occupe : *The Morphia Habit*; j'ai souvent eu l'occasion d'appliquer une méthode voisine de la sienne. Toutefois, je ne prétends pas que la technique de mon vieux camarade soit sans défauts. Par crainte de trop faire souffrir son client, parce qu'il savait mieux que tout autre ce qu'on souffre dans les cures par suppression brusquée, Jennings a parfois abusé de la lenteur ; moi qui l'ai connu, qui l'ai vu travailler de près, je proteste contre le reproche qu'on lui a fait d'avoir appliqué cette lenteur par pur esprit de lucre ; j'ai trop connu son désintéressement pour laisser planer ce soupçon sur sa mémoire. Non ! la seule raison qui le poussait, c'était surtout un peu de pusillanimité bien naturelle à l'ancien morphinomane qu'il avait été, et qui voulait épargner à ses clients les tortures qu'il avait subies lui-même.

Il ne tenait pas non plus un assez grand compte de l'influence obsédante d'un chiffre ou d'une dose sur le psychisme de tous ces obsédés et phobiques latents que sont presque tous les grands morphinomanes.

Mais ces restrictions faites, sa méthode m'a toujours paru supérieure aux autres : 1° parce qu'elle n'utilise pas de succédanés ni de substitutifs, 2° parce qu'elle évite toute souffrance inutile ; 3° parce qu'elle rend confiance au malade et qu'elle permet plus que toute autre la réadaptation progressive de l'organisme aux nouvelles conditions de vie qui l'attendent.

Ceci dit, voici comment, à mon tour, je comprends le traitement des morphinomanes. Je n'hésite pas tout d'abord à préciser que je conseille l'éclectisme, et que, selon les cas, j'imite aussi bien Sollier que Jennings, mais généralement, je donne la préférence à la méthode lente, en l'appliquant de la façon suivante :

1° *Sevrage.* — Il peut varier beaucoup comme durée. On peut dans les bons cas le terminer en 15 jours ; il faudra quelquefois 2 mois, 3 mois même, pour le mener à bien, dans les cas les plus mauvais. A mon avis, tout cela dépend moins de la dose initiale à laquelle est arrivé le malade que de la durée même de l'intoxication. On peut aller beaucoup plus vite à sevrer un malade qui prend un gramme par jour depuis 3 mois qu'un autre qui ne prend que 0 gr. 50, mais depuis 20 ans.

En effet, comme il s'agit avant tout de réadapter l'organisme et de le ramener à des habitudes normales, comme *natura non facit saltus*, plus un malade prend sa drogue depuis longtemps, plus l'adaptation aux doses progressivement diminuées sera difficile, et plus il faudra de temps pour l'amener à un sevrage insensible et facile, pour l'adapter à des doses de plus en plus faibles jusqu'à la suppression complète. A mon sens, c'est là la condition essentielle d'une bonne cure, si on veut éviter la hantise des rechutes. Quelle que soit la dose, il est bien plus facile de vaincre une habitude de 6 mois qu'une de 20 ans. J'ai vu Raffegeau sevrer en 18 jours des malades montés à 80 cgr. et dont l'intoxication ne remontait qu'à quelques mois. J'ai vu d'autre part une malade libre mettre deux mois à se sevrer d'une dose de 6 cgr., et pourtant sous la direction d'un confrère expérimenté, mais cette malade s'intoxiquait à petite dose depuis près de 15 ans ! En ce moment, je connais une morphinomane qui en est à ses derniers jours de sevrage. Il a fallu près de 5 mois pour la débarrasser sans accidents et sans souffrances d'une dose dépassant un gramme par jour ; mais il y a plus de 20 ans que cette malheureuse s'intoxique, et elle a subi déjà sans succès 4 cures par le *knock out*.

A propos de ce dernier cas, notons en passant que, parallèlement à la baisse de la morphine, la malade présente une hausse correspondante d'une albuminurie qui a commencé avec le sevrage, ce qui ne facilite pas la cure. Il serait très intéressant d'étudier ce syndrome albuminurique des intoxiqués plus à fond que cela n'a été fait jusqu'ici.

Souvent, la descente des doses pourra être régulière et sans à-coups. Parfois, il faudra la faire avec des arrêts, des interruptions, de 5, 6 et 8 jours, pour donner un peu de répit à l'organisme et surtout au système nerveux. Parfois même, et surtout dans les derniers jours, il ne faudra pas craindre de remonter la dose de quelques centigrammes avant de terminer la descente jusqu'au zéro, il y a donc un sevrage en lysis, un sevrage en escalier, un sevrage par oscillations ; bref, là, comme en toute thérapeutique, le vrai médecin devra toujours se garder des théories et des systèmes, et se maintenir rigoureusement sur le terrain de la pure clinique.

Mais, contrairement à Jennings, dont je me sépare absolument sur ce point, j'estime que le malade devrait toujours ignorer à quelle dose il en est, et il ne sera informé de la terminai-

son de son sevrage qu'au moins plusieurs jours après la suppression du dernier milligramme, à moins de cas exceptionnellement favorables. Techniquement parlant, je conseille de donner toujours la même dose de solution en 2 ou 3 fois seulement par 24 heures, d'en baisser régulièrement le titre à l'insu du malade, et de ne diminuer la quantité de liquide à injecter que quand la concentration est devenue réellement trop faible, au-dessous de 1 pour 200 par exemple. La solution sera isotonique, et le malade pourra être prévenu avec avantage qu'on lui a diminué la quantité de solution à injecter : il n'y a en effet aucun inconvénient à ce qu'il sache qu'on baisse, il s'en doute bien et il le sent ; ce qu'il doit ignorer, c'est la quantité de morphine qu'il reçoit et le titre de sa solution.

Naturellement, il faut soutenir le cœur, car c'est lui qui a surtout à supporter la secousse produite par la réduction du toxique. Jennings conseille la spartéine que j'ai souvent vu donner avec le plus grand succès. L'huile camphrée a aussi ses indications et peut rendre de grands services.

Je n'insiste pas sur l'emploi des alcalins qui sont d'usage courant pour combattre l'hyperacidité sanguine habituelle aux morphinomanes. Je n'insiste pas davantage sur les purgations qui favorisent les débâcles biliaires auxquelles Sollier attache avec juste raison tant d'importance. Mais je ne veux pas oublier l'hydrothérapie chaude, très chaude même, dont les patients, toujours si refroidis, retirent un si grand bien-être.

Grâce à ces moyens divers, dont la clinique reconnaît l'efficacité, on arrivera toujours au sevrage complet avee le minimum possible de souffrances et d'incidents : c'est généralement entre 4 et 2 cgr., que le malade accuse le coup et a un certain nombre d'heures de réel malaise. Quand il a doublé le cap, le reste n'est plus qu'une question d'un peu de patience.

Mais, le sevrage terminé, la désintoxication faite, le thérapeute est à peine à la moitié de sa tâche : le plus dur, pour lui, est encore à faire.

(*A suivre.*)

A TRAVERS LA PRESSE

Presse française

Anomalies symptomatiques et thérapeutiques chez certains dyspeptiques.

M. L. PRON, dont on connaît l'expérience de toutes les questions relatives à la pathologie digestive, attire l'attention des praticiens sur certaines anomalies qu'il a relevées dans la symptomatologie et les effets du traitement chez les dyspeptiques (*Journ. des Prat.*, 21 février 1920).

Les affections lésionnelles, ulcère, cancer, ne provoquent pas une continuité persistante des douleurs. Il faut savoir qu'un cancéreux, un ulcéreux, peuvent avoir des périodes de rémission telles que le médecin aura l'impression d'avoir commis une erreur de diagnostic.

Des dilatations considérables, des hyperchlorhydries passent inaperçues, si l'on s'en tient aux troubles subjectifs très atténués relatés par les malades.

L'hyperchlorhydrie avec hypersécrétion continue (maladie de Reichmann), ne se traduira parfois que par une simple exagération de l'appétit, un pyrosis modéré, de vagues douleurs. Ailleurs, elle en imposera pour de l'hypochlorhydrie, quand la musculature de l'estomac aura perdu sa tonicité et qu'une évacuation tardive de l'organe entraînera une diminution de l'appétit, des lourdeurs marquées, du clapotage.

La majeure partie des dyspeptiques souffrent moins en été qu'en hiver. Les vents, les variations barométriques, les phénomènes météorologiques (l'humidité), ont une influence certaine sur l'état des dyspeptiques. Le bord de la mer exaspère leur souffrances, à moins qu'il ne s'agisse d'une plage très abritée et calme.

Au point de vue alimentaire, le dogme des purées n'a rien d'intangible. « Les estomacs dilatés, atones, ne sont pas amis des purées ». Ces estomacs se trouvent mieux également des pâtes, riz, nouilles, cuits limités, plutôt qu'à l'état de colle.

Les médicaments produisent aussi parfois des effets paradoxaux dont il est bon d'être prévenu, la belladone faisant uriner et saliver, l'opium à faible dose faisant cesser la constipation, le bismuth ne constipant pas, des doses infinitésimales de sulfate de soude (0,15) provoquant, au contraire, une diarrhée excessive.....

Tous faits dont il est bon de se souvenir afin de n'être pas pris au dépourvu et d'éviter les ennuis de clientèle qu'ils peuvent amener, quand ils se produisent et qu'ils n'ont pas été prévus.

La médication atropinique dans les gastropathies.

L'Hôpital (février 1920) publie les résultats de l'expérience de M. Cerf et du rédacteur (G. D.),

relative à l'emploi de la belladone et de l'atropine dans les gastropathies.

La belladone a une action efficace bien connue dans les affections de l'estomac et de l'intestin, à condition qu'on l'emploie à doses suffisantes, sans se préoccuper des quelques troubles de la vision et de la salivation (sécheresse) qu'elle peut provoquer. Mais, comme la teinture est assez variable dans sa préparation et dans sa puissance, il vaut mieux lui préférer l'atropine, en injections sous-cutanées.

Cette médication est particulièrement indiquée dans les gastropathies avec douleurs tardives (hyperchlorhydrie), dans l'ulcus, dans les états dyspeptiques indépendants d'une lésion grossière de l'organe. « Elle agit sur l'état de « spasmodicité de l'estomac — gastrospasme total « ou spasme du pylore — calme l'hyperesthésie « motrice, en même temps, que l'hyperesthésie « muqueuse, diminue de toute manière l'intolé« rance de l'estomac pour les aliments ».

Elle est palliative ou curative. Enfin, son inefficacité peut aider à préciser le diagnostic, par exemple, lorsque les douleurs persistent, malgré l'atropine, parce qu'il existe une péri-gastrite ulcéreuse.

On emploiera la solution aqueuse de sulfate neutre d'atropine au millième stérilisée, en injections sous-cutanées quotidiennes d'un quart de milligramme à deux milligr. et demi, en augmentant d'un quart de milligr. par jour, puis, en diminuant dans les mêmes proportions, de manière que la cure dure 20 jours.

Le malade restera étendu pendant les deux heures qui suivront l'injection.

Contre-indications : les lésions cardiaques mal compensées. L'atropine est mieux supportée que la belladone. La sécheresse de la gorge et les troubles visuels, dont on doit prévenir le malade, ne sont pas des raisons suffisantes pour renoncer à un traitement qui a fait ses preuves.

On ne négligera pas de surveiller étroitement le malade pendant toute la durée de la cure.

Les vomissements de la seconde enfance.

M. Stevenin passe en revue les différentes circonstances pathologiques dans lesquelles le symptôme *vomissement* est observé chez l'enfant.

Le vomissement, rare au début de la rougeole, des oreillons et de la varicelle, est, au contraire, constant au début de la scarlatine. Il en est de même au début de la pneumonie, où on sera parfois amené à faire le diagnostic de cette affection avec la méningite cérébro-spinale : la polypnée (50 à 60 inspirations) est en faveur de la pneumonie. Au cours d'une diphtérie, le vomissement a une signification pronostique sérieuse ; il serait dû à l'insuffisance surrénale. Le vomissement accompagne la quinte de coqueluche. En dehors des antispasmodiques, Comby conseille l'usage de l'infusion de café après chaque quinte.

Le vomissement peut être encore conditionné par une néphrite, par une méningite tuberculeuse, par un embarras gastrique, une fièvre typhoïde, une appendicite, une péritonite, un étranglement interne.

Tous ces vomissements sont symptomatiques. L'examen complet de l'enfant éclairera le diagnostic.

Les vomissements cycliques avec acétonémie sont, au contraire, prédominants dans cette affection. Ils se rencontrent chez des enfants de 3 à 8 ans, de souche arthritique, goutteuse, névropathique. Ils sont liés généralement à un mauvais fonctionnement du foie. Mais, on trouve aussi parfois à leur origine l'appendicite chronique, l'insuffisance surrénale, etc. Il faut y penser.

Le traitement des vomissements cycliques acétonémiques s'adresse à la crise et à la période intercalaire.

La crise réclame le repos au lit et la diète. On donnera uniquement de l'eau sucrée à 20 % froide ou glacée, par cuillerées à café, l'eau de Vichy, l'eau de Vals. Les liquides seront ainsi donnés abondamment, sans se laisser arrêter par la répétition du vomissement.

On appliquera des compresses chaudes sur l'estomac, et on pourra ordonner les paquets suivants :

Bicarbonate de soude.......	1 gr.
Craie préparée..............	0 gr. 20
Hydrate de magnésie.......	0 gr. 15

pour un paquet, 5 à 6 par 24 heures

Ces paquets rendent des services dès l'apparition des prodromes précurseurs de la crise.

L'insuffisance surrénale constatée réclame l'adrénaline en solution au 1000e (V gouttes de 6 en 6 heures).

La crise passée, on surveillera l'alimentation, qui comprendra des viandes rôties ou grillées, des pâtes, des farineux, des fruits cuits, du pain grillé en petite quantité, des fromages frais ou cuits (Hollande, gruyère).

La charcuterie, les abats, les fritures, les sauces sont défendus. Les œufs, le beurre, seront donnés prudemment et en petite quantité.

On prescrira la solution de Bourget :

Sulfate de soude...........	5 gr.
Phosphate de soude.........	2 gr.
Bicarbonate de soude.......	8 gr.
Eau distillée..............	1 litre.

Un verre à bordeaux avant les repas, 3 semaines de suite.

Le calomel, le boldo, excitent la sécrétion biliaire. Les antispasmodiques (valériane), l'hydrothérapie tiède, de petites doses de belladone, agissent sur le système nerveux.

Vichy, Vals, Pougues, sont les stations thermales recommandées.

G. D.

Presse anglaise.

Un danger de la ponction lombaire.

MM. Wegeforth et Latham (in *Americ. Journ. of med. Sciences*, 1919) signalent un danger de la ponction lombaire. Selon eux, cette intervention favoriserait l'éclosion de la méningite chez les sujets en état de septicémie. Chez six malades dont l'hémoculture était positive, ils ont vu 5 fois une méningite succéder aux ponctions lombaires. Pour éclairer la question expérimentalement, ils ont pratiqué à des animaux des injections intra-veineuses de micro-organismes ayant des affinités pour les méninges et ils ont divisé ces animaux en deux lots : ceux du premier lot, auxquels furent faites des ponctions lombaires répétées eurent tous des méningites ; ceux du second lot, non ponctionnés, n'en eurent pas. Les auteurs concluent que chez les sujets en état de septicémie, lorsqu'il s'agit de germes susceptibles de frapper les méninges, il faut être sobre de ponctions lombaires.

Sur le lieu d'élection de la ponction lombaire.

La ponction lombaire se pratique tantôt sur la ligne médiane, tantôt latéralement. S'appuyant sur des recherches anatomiques, M. Regan (*Amer. Journ. of med. Sciences*, 1919) considère la ponction médiane comme préférable. Elle serait aussi avantageuse chez l'adulte que chez l'enfant, à condition que la colonne vertébrale soit suffisamment flexible.

Injections de phosphate de chaux dans les foyers de fracture.

Dans les *Annals of Surgery* (janv. 1920), M. Albée signale les résultats expérimentaux intéressants qu'il a obtenus à la suite d'injections de phosphate de chaux dans les foyers de fracture. Albee a fracturé les os des membres chez des lapins et il a injecté, à quelques-uns, entre les deux fragments, une solution à 5 % de phosphate calcique. La formation du cal fut nettement activée, et, dans les fractures avec pertes de substance osseuse, la régénération de l'os fut beaucoup plus rapide chez les animaux traités que chez les témoins, *non traités* par ces injections.

Diagnostic précoce de la syphilis.

M. Harrison étudie (*British med. Journal*, 13 mars 1920) le diagnostic précoce de la syphilis. Un « bouton » siégeant aux voies génitales, peut être dû à la syphilis, à la gale, à l'herpès, au chancre simple, à un traumatisme. Le diagnostic s'appuiera sur les commémoratifs, les signes cliniques, l'épreuve microscopique, le Wassermann, et l'épreuve thérapeutique. Les signes cliniques, malgré les méthodes modernes de diagnostic, sont encore les moyens les plus sûrs de reconnaître un chancre de bonne heure. L'absence d'induration ne doit pas faire rejeter la syphilis, le chancre mou n'étant souvent que le prélude d'un chancre induré. La recherche du spirochète par l'examen microscopique est particulièrement utile dans les cas douteux. On trouve parfois des spirochètes sur des chancres non indurés, comme indice précoce de syphilis. Le Wassermann, qui ne se montre positif qu'après un délai de 2 à 6 semaines, est un signe assez tardif du chancre spécifique. Lorsque le diagnostic est posé dans les quelques premiers jours, un traitement intensif (arsenic et mercure), dit l'auteur, peut guérir l'affection en six semaines. Si la cure n'est commencée qu'après 2 à 3 semaines, une seule série d'arsenic et de mercure ne suffit pas, habituellement, et il faut la renouveler. Si l'on attend les accidents secondaires, le traitement doit être beaucoup plus prolongé. Il ne faut pas, toutefois, entreprendre la médication tant que le diagnostic n'est pas bien établi.

Diagnostic de la blennorrhagie chez la femme.

M. W. King (communication à la *Société gynécologique du Nord de l'Angleterre*) montre que la constatation du gonocoque dans une préparation microscopique reste jusqu'à ce jour le seul moyen certain de certifier la blennorrhagie chez la femme. Une séro-réaction serait désirable pour simplifier le diagnostic, mais on n'a pu encore la découvrir.

Les signes cliniques donnent néanmoins une assez grande probabilité. Ces signes sont les suivants : douleurs pendant la miction, douleur locale, douleur abdominale, ménorrhagies, écoulement uréthral et vaginal (jaune ou blanc), vulvite, épaississement de l'orifice de l'urèthre, vaginite, bartholinite, inflammation du col utérin.

Sur un total de 500 malades, M. King a trouvé des gonocoques dans 60 % des cas, souvent après des examens répétés. Il estime que 70 à 80 % des malades qui offrent les signes cliniques sus indiqués sont réellement atteintes de blennorrhagie.

Corps étranger de la cornée datant de 5 ans.

M. Chambers (*British med. Journ.*, 13 mars 1920) a eu l'occasion d'enlever, à l'hôpital ophtalmologique de Bristol, un corps étranger de la cornée qui y avait séjourné de 1915 à 1920. Le malade était venu consulter en 1915 à la suite d'un petit accident oculaire. Le diagnostic de

corps étranger (fragment métallique) de la cornée fut porté, mais le malade quitta l'hôpital avant son ablation. En 1920, il fut examiné par M. Chambers qui constata un leucome de la cornée portant au centre, un point noir d'apparence nécrotique. L'examen à la lumière oblique montra qu'il s'agissait d'un fragment d'acier. Une tolérance aussi longue de la cornée pour un corps étranger ne semble pas avoir été signalée jusqu'à ce jour dans la littérature médicale.

Kystes de l'ovaire et grossesse.

Nous avons publié, il y a peu de temps, une leçon clinique du professeur Bar sur la question des kystes de l'ovaire chez les femmes enceintes. Le même sujet vient d'être traité pa r le prof. HERBERT SPENCER, de Londres (in : *Lettsomian lectures*). M. Spencer formule les conclusions suivantes quant à la règle de conduite thérapeutique en pareil cas.

Pendant la première partie de la gestation, les tumeurs ovariennes doivent être enlevées quels que soient leur siège et leur grosseur — du moins d'une manière générale.

Pendant la seconde moitié de la gestation, l'exérèse immédiate est également indiquée, pour les kystes volumineux, enflammés, étranglés ou rompus. Les petites tumeurs à siège abdominal ou pouvant être facilement refoulées hors du bassin dans la position genu-pectorale ou dans la position de Trendelenburg, seront simplement surveillées et (sauf accident) enlevées à la fin de la grossesse, ou au milieu du travail, ou après la délivrance.

Les petits kystes enclavés dans le pelvis et difficiles à refouler dans l'abdomen devront être surveillés et enlevés à la fin de la grossesse, ou, si les cicronstances le permettent, au milieu du travail.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

THÈSES DE MONTPELLIER, 1919

Dr Jean HUERMAND. — **Les arthrites cervicales infectieuses.**

L'auteur conclut :

— Les arthrites infectieuses non tuberculeuses du rachis ne sont pas rares et elles doivent être bien connues pour éviter des erreurs de diagnostic, dont la plus fréquente est leur confusion avec le mal de Pott.

— Leur pronostic est bénin ; elles guérissent en général en quelques semaines, mais elles peuvent devenir chroniques et entraîner des déformations persistantes.

— Le traitement causal s'adressera aux maladies infectieuses et éruptives et aux affections locales dont l'attitude est une complication.

Le traitement symptomatique se résume dans l'immobilisation en bonne position pour lutter contre la douleur et contre les attitudes vicieuses.

Si celles-ci existent déjà, elles seront corrigées et maintenues réduites soit par l'extension continue, soit par un appreil plâtré.

Dr Charles MARTINETTI. — **La hernie traumatique secondaire du poumon.**

Bonne monographie qui se recommande par sa clarté.

Dr Abel VITU. — **Contribution à l'étude de la faillibilité des injections préventives de sérum antitétanique.**

A. Vitu démontre que les déceptions éprouvées parfois au sujet de l'action préventive du sérum antitétanique viennent de ce que nous avons trop voulu lui demander.

Il est nécessaire de renouveler l'injection de sérum antitétanique au bout de huit jours.

En usant de sérum récent, aseptique, à dose convenable, et en prenant au niveau de la plaie toutes les précautions d'asepsie, on empêchera à peu près à coup sûr l'éclosion du tétanos, mais on ne peut pourtant pas l'affirmer.

En tous cas, le tétanos post-sérique revêtira d'ordinaire une forme plus bénigne que ceux qui surviennent en l'absence de sérothérapie préventive.

THÈSE DE PARIS, 1919

Dr M. BOUCHERON. — **Contribution à l'étude des diurétiques dans les néphrites chroniques.**

Dans les cas graves, les diurétiques sont nuisibles ; dans les cas bénins, ils sont sans action. Si le rein est moyennement lésé, il y a lieu de donner par ingestion le diurétique, formiate de soude, qui exagère nettement l'excrétion de l'urée, de l'azote total et paraît également agir sur la concentration de l'urée est à conseiller. Ordonner 1 gr. 50 *pro die* et formuler comme suit :

Formiate de soude .... 1 gr. 50
Sirop d'écorce d'orange amère 60 gr.
Eau distillée Q. S. pour...... 120 cmc.

à prendre en deux fois.

G. S.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Les syndicats de sages femmes. Leurs rapports avec les médecins.

Un de nos confrères nous demande de venir en aide aux sages-femmes de sa région, qui voudraient se grouper en syndicat pour défendre leurs intérêts professionnels. Et notre correspondant ajoute : « Ces collaboratrices sont dignes d'intérêt, dans leur profession ingrate et pénible. C'est ainsi, par exemple, que l'assistance médicale gratuite leur octroie 12 francs par accouchement, ce qui équivaut, au taux actuel de la vie, à 4 francs environ. »

Envisageons les rapports professionnels des médecins avec les sages-femmes. Je dois avouer qu'en apparence des différences existent, selon qu'on se place à la ville ou à la campagne ; néanmoins ces différences ne sont pas très grandes, surtout lorsqu'on sait que c'est surtout dans les campagnes que les sages-femmes sont appeleés à jouer un rôle assez important, vu l'éloignement du médecin.

Avantages. — *a*) La sage-femme est souvent demandée pour pratiquer un accouchement normal, car ses prix sont inférieurs à ceux d'un médecin.

b) La sage-femme est fréquemment appelée par le médecin, retenu à l'avance pour un accouchement, pour éviter au praticien la perte de temps causée par l'immobilisation inutile du docteur auprès de la parturiente, surtout auprès d'une primipare.

c) Par pudeur, beaucoup de femmes préfèrent l'assistance d'une femme pour leurs couches. Le médecin ne sera appelé qu'en cas de dystocie.

d) La sage-femme est mieux qualifiée que le médecin, pour donner les soins hygiéniques, après l'accouchement.

e) En campagne, la sage-femme sert d'aide-infirmière au docteur, pour les interventions de chirurgie d'urgence.[1]

Inconvénients. — *a*) La sage-femme est incitée à faire de l'exercice illégal de la médecine, soit en donnant des consultations de gynécologie, soit en faisant de la piédiatrie.

b) Quelques sages-femmes arriérées se croient diminuées, lorsqu'elles doivent faire appel au docteur, pour terminer un accouchement. Aussi, laissent-elles traîner et le praticien arrive parfois trop tard.

c) Peu à peu, les sages-femmes de campagne négligent les notions d'antisepsie et d'asepsie qu'elles ont apprises à la Faculté.

d) Si elles ne sont pas en rapport avec les médecins, les sages-femmes, consultées par leurs voisines, peuvent méconnaître des maladies d'enfant causées par la syphilis héréditaire ou autres dystrophies.

e) Sans cohésion professionnelle, les sages-femmes peuvent se laisser tenter par le lucre et quelquefois se livrer aux pratiques coupables des avortements.

Ce qu'il faut. — *a*) Entr'aide professionnelle ; Médecins et sages-femmes ont les mêmes difficultés professionnelles : les mauvais clients, les tarifs dérisoires de l'Assistance médicale gratuite, la responsabilité professionnelle.

b) Entr'aide scientifique.

Les associations de médecins et de sages-femmes ont intérêt à se fréquenter, pour échanger leurs impressions scientifiques. L'enseignement mutuel des praticiens devrait presque devenir obligatoire, car en quelques années, la médecine évolue et il convient de se tenir au courant des progrès et modifications de la science.

c) Entr'aide sociale.

Déjà au Congrès d'assistance de Nantes, en 1911, j'avais réclamé la collaboration des sages-femmes, comme infirmières visiteuses d'hygiène, dans les campagnes.

Avant de créer de nouveaux rouages, pour la lutte contre les maladies sociales, il convient d'utiliser ce qui existe et d'en tirer le meilleur parti. J'estime que le médecin, puis la sage-femme, le pharmacien et le vétérinaire doivent être placés à la tête de l'organisation tendant à protéger l'hygiène en France. Les infirmières visiteuses ne seront placées qu'à la demande du médecin et encadrées par les sages-femmes.

Voici donc un sujet d'études pour les syndicats médicaux et les syndicats de sages-femmes : études en commun et dont le résultat sera adressé à l'Union des Syndicats médicaux.

Mise en pratique. — Lors d'une de nos tournées de propagande dans le Louhannais, nous avions été mis au courant d'une heureuse initiative, faite par nos confrères de Saône-et-Loire. Grâce aux docteurs Coyon et Gélin, les sages-femmmes de l'arrondissement de Louhans, s'étaient constituées en syndicat. A chaque réunion assista't le président (ou son délégué) du syndicat des médecins. Les résultats ont été excellents et

ont donné toute satisfaction, tant aux médecins qu'aux sages-femmes.

Voici un projet de statuts que pourraient adopter les sages-femmes, pour se grouper en syndicats.

Art. 1. — Sous le bénéfice :

De la loi du 21 mars 1884, sur les syndicats professionnels ; de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine ; des articles 1142 et suivants du Code civil, sur les obligations et leurs sanctions ;

Il est constitué entre les sages-femmes qui auront adhéré par écrit aux présents statuts une association syndicale, dite Syndicat des Sages-Femmes de . . .

Art. 2. — Son siège social actuel est à . . . Il pourra être changé dans les formes légales.

Le nombre de ses membres est illimité.

Art. 3. — Le syndicat a pour objet :

a) De maintenir entre ses membres le culte de la dignité professionnelle et les obligations d'étroite solidarité qu'elle leur impose dans leurs rapports, soit entre elles, soit avec les malades, soit avec les collectivités diverses.

b) D'étudier et de défendre les intérêts économiques et professionnels du corps des sages-femmes.

c) D'entretenir entre ses membres le respect des régles déontologiques et la stricte observation des décisions votées par le syndicat, comme de s'efforcer d'aplanir les conflits pouvant s'élever entre les sages-femmes, soit entre elles, soit avec les médecins ou les clients.

Admissions.

Art. 4. — A sa fondation, le syndicat est composé des sages femmes de . . . qui adhèrent par écrit aux présents statuts et qui prennent l'engagement de s'y conformer.

Art. 5. — Dans la suite, toute sage-femme pourra être admise au syndicat, à la condition : 1° de déclarer par écrit qu'elle a pris connaissance des statuts et des décisions antérieures du syndicat, sur les questions déjà étudiées par celui-ci et qu'elle les accepte ; 2° se faire présenter par deux collègues syndiquées.

Il sera statué sur sa demande par un vote de la plus prochaine assemblée générale.

Administration, fonctionnement, fonds social.

Art. 6. — Le Syndicat est administré par un Bureau, composé d'une présidente, d'une vice-présidente, d'une secrétaire-trésorière, et de syndics, dont le nombre correspond à celui des divisions régionales reconnues nécessaires et à raison d'un syndic par région.

Bureau et syndics sont élus pour trois ans, au bulletin secret, par l'assemblée générale, à la majorité relative des membres présents.

Ils sont rééligibles.

Art. 7. — La présidente, ou un membre du Bureau désigné par elle représente le syndicat devant les administrations, les collectivités et les tribunaux.

Art. 8. — Toutes les fois qu'il le jugera utile, le Bureau se réunira pour juger toutes les contestations qui pourraient s'élever quant à l'interprétation des statuts et il est chargé de veiller à leur application.

Dans toutes les circonstances importantes et particulièrement dans les enquêtes pouvant aboutir au vote de pénalités, ainsi que dans les conflits qui pourraient surgir entre sages-femmes, le Bureau, les syndics et les anciennes présidentes se constitueront en Conseil de famille, sur convocation d'office de la présidente. Leur décision n'aura d'effet que si elle est votée par les deux tiers au moins des membres présents.

En aucun cas, le vote par procuration ou par correspondance ne sera admis dans le fonctionnement du syndicat.

Art. 9. — Le fonds social est constitué par : 1° un droit d'entrée de .. francs, 2° une cotisation annuelle de .. francs, 3° toutes ressources qui pourront être légalement acquises.

Art. 10. — L'emploi en sera fait sous la forme qui paraîtra utile aux intérêts des syndiquées, sans autre préoccupation que de se conformer aux prescriptions légales.

En cas de démission, la cotisation de l'année entière est due au syndicat.

Réunions générales.

Art. 11. — Le Syndicat se réunira au moins 4 fois par an. La date et le lieu de la réunion seront fixés par l'assemblée précédente.

Le Bureau a tout pouvoir pour provoquer une assemblée extraordinaire, lorsqu'il le jugera nécessaire.

Art. 12. — L'ordre du jour de chaque réunion sera fixé par le Bureau, qui en fera part sur les lettres de convocation.

Art. 13. — L'assistance aux réunions est obligatoire pour tous les membres, sous peine d'une amende de .. francs.

Art. 14. — Les sanctions applicables en cas d'infraction aux statuts et résolutions sont valablement prononcées au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents, après enquête du Bureau, audition des parties. Elles peuvent être votées par défaut si la sage-femme présumée délinquante, convoquée par lettre recommandée, d'abord devant le Bureau enquêteur, ensuite devant l'assemblée générale, ne se présente pas, ou ne fait pas valoir d'excuse admissible.

Les pénalités sont : l'avertissement, le blâme, l'amende, l'exclusion, ces deux dernières peines pouvant se cumuler.

L'assemblée générale décidera en outre s'il y a lieu d'exercer contre la syndiquée délinquante une action judiciaire en dommages-intérêts,

dans le cas où l'amende ne suffirait pas à réparer le préjudice causé au syndicat.

L'Assemblée générale qui prononce les deux dernières pénalités : amende ou exclusion, ainsi que la poursuite judiciaire, doit comprendre au moins les deux tiers des membres du syndicat et la pénalité ou poursuite ne pourra être prononcée que par les deux tiers des membres présents.

A moins qu'il n'en ait été décidé autrement par l'assemblée générale, toutes les sanctions sont inscrites au procès-verbal. Elles peuvent recevoir la même publicité que lui, sans que l'intéressée puisse, de ce chef, exercer une action devant les tribunaux contre le syndicat ou son bureau.

La démission ne dégage pas la syndiquée des responsabilités et pénalités encourues antérieurement à elle.

Dissolution.

ART. 15. — En cas de dissolution, qui ne pourra être prononcée que par les deux tiers des membres inscrits, l'avoir du syndicat sera partagé entre ses membres actuels, au prorata de la durée de la participation de chacun, ou employée à une œuvre désignée par la dernière assemblée générale.

Rapports entre les médecins et les sages-femmes.

ART. 16. — Dans le but d'entretenir de bons rapports déontologiques avec les médecins de la région, le bureau du syndicat des sages-femmes devra s'assurer la collaboration du bureau du syndicat des médecins locaux, à titre de conseil médical.

Lorsque le bureau le jugera à propos, il pourra inviter à ses réunions, ou aux assemblées générales, soit une délégation du syndicat médical, soit un ou plusieurs médecins syndiqués de la région.

Les conflits entre médecins et sages-femmes seront portés à la connaissance du conseil de famille de chacun des syndicats et une réunion commune aura lieu, pour décider s'il y a lieu à arbitrage, ou à sanctions.

Avec toute sage-femme, qui, installée depuis deux mois, n'aura visité ni médecins, ni sages-femmes de son voisinage, aura refusé, en pleine connaissance de cause, d'entrer au syndicat et pratiquera la concurrence, sans observer les règles de déontologie et de solidarité, les syndiquées réduiront les relations professionnelles au strict minimum imposé par l'humanité et l'intérêt immédiat des malades.

Notification des décisions d'exclusion, de mise à l'index, ou autres sera faite au syndicat local de médecins.

***

Bien entendu, ces statuts ne sont donnés qu'à l'état de projet. Ils peuvent recevoir toutes modifications que comporte l'exercice de la profession de sage-femme, selon les régions.

Aux médecins de tendre la main à leurs collaboratrices. A eux de se faire leurs éducateurs en syndicalisme. Docteurs et Sages-Femmes ont tout à gagner dans le respect des règles de la déontologie. Les professions connexes sont appelées à s'entendre, pour former bientôt, dans la Confédération des travailleurs intellectuels, la fédération de la Santé.

Alors, nous, techniciens, pourrons défendre nos intérêts corporatifs, mais surtout nous pourrons donner aux administrations communales, départementales et centrales, toutes suggestions utiles pour la sauvegarde de la santé publique.

Dr Paul BOUDIN.

MÉDECINE SOCIALE

L'action administrative et législative en matière de tuberculose pulmonaire (1).

(*Suite et fin.*)

APRÈS LA GUERRE.

L'action antituberculeuse après la guerre ne pouvait que s'intensifier, quitter son caractère provisoire, devenir permanente et atteindre tous les malades à quelque catégorie qu'ils appartiennent. Jusque-là avaient droit aux soins des dispensaires tous les tuberculeux, mais n'étaient hospitalisés dans les stations sanitaires que les militaires réformés et les réfugiés.

La loi Honnorat, promulguée le 7 septembre 1919, institue des sanatoriums spécialement destinés au traitement de la tuberculose (tuberculose prise au sens large du mot et comprenant par conséquent, ceci résulte très nettement des travaux préparatoires, la tuberculose osseuse) et fixe les conditions d'entretien des malades dans ces établissements.

Cette loi se rattache très intimement à la lutte antituberculeuse « pendant la guerre ». Elle a été préparée pendant cette période, elle a bénéficié de l'expérience pratique des stations sanitaires, établissements de fait voués à une existence éphémère, dont elle permet la consolidation en leur donnant un statut légal.

(1) *Revue Philanthropique*, janvier 1920. Cf. *Concours médical*, n° 74, p. 878.

« Les sanatoriums (1) publics sont des établissements spécialement destinés au traitement de la tuberculose et dont la gestion est assurée par l'Etat, les départements, les communes ou les établissements publics » (art. 1er).

Peuvent être assimilés aux sanatoriums publics les établissements du même genre gérés par les associations reconnues d'utilité publique ou les sociétés et unions de sociétés de secours mutuels.

A la condition expresse qu'ils soient rattachés à un ou plusieurs dispensaires constitués conformément à la loi Léon Bourgeois, les sanatoriums publics peuvent bénéficier pour leur création, leur aménagement, leur agrandissement, d'une subvention de l'Etat égale au plus à la moitié du montant total de la dépense.

L'Etat participe aux dépenses d'entretien des malades appartenant aux catégories ci-après :

1o Malades admis à l'assistance médicale gratuite :

2o Malades affiliés à des sociétés de secours mutuels ;

3o Malades dont l'admission est demandée par un dispensaire sous réserve du recours à exercer par l'Etat contre les intéressés au cas où leurs ressources seraient suffisantes pour payer l'intégralité du prix de journée.

La participation de l'Etat dans les dépenses de fonctionnement consiste dans le paiement de la portion du prix de journée dépassant le prix de l'hôpital du premier rattachement du domicile de secours du malade.

Ainsi le prix de journée du sanatorium est composé de deux parts : l'une égale au prix de journée du domicile de secours du malade, l'autre constituée par la différence entre ce prix de journée et le prix de journée du sanatorium. Les départements ont un délai de cinq ans pour créer un sanatorium ou bien pour passer un traité avec un sanatorium privé en vue de l'hospitalisation des tuberculeux. Faute par eux d'avoir une organisation sanatoriale dans ce délai, il y sera pourvu par décret en Conseil d'Etat.

Un décret pris après avis de la Commission permanente de préservation contre la tuberculose, qui délibère actuellement sur cette question, doit déterminer les conditions techniques auxquelles devront répondre les sanatoriums publics ainsi que le fonctionnement du contrôle de l'autorité publique et les conditions de recrutement du personnel médical.

Quant aux sanatoriums privés, libres du choix de leurs médecins, le décret dont il vient d'être question doit également déterminer les conditions auxquelles ils devront répondre et les conditions dans lesquelles s'exercera la surveillance de l'autorité publique sur ces établissements.

(1) La loi Honnorat dit *sanatoriums* et non sanatoria.

Ces établissements peuvent être fermés par ordre de l'autorité publique si leur création n'a pas été précédée d'une déclaration ou s'ils ne se conforment pas aux conditions du décret actuellement en préparation.

Situation actuelle. — Après ce bref exposé des mesures administratives et législatives, il est intéressant de présenter le bilan actuel de la lutte antituberculeuse.

Alors que quelques dispensaires et de rares sanatoriums étaient épars sur tout le territoire avant la guerre, on constate une transformation complète de la situation.

Dispensaires. — Les dispensaires sont, à ce jour, au nombre de 194, tout près de 200, répartis dans 52 départements. Encore dans ce chiffre n'est-il pas tenu compte d'un certain nombre de dispensaires en voie de création.

Grâce à la vive impulsion donnée au mouvement antituberculeux, l'augmentation de nos dispensaires se poursuit régulièrement et on peut estimer assez proche le jour où aucun département ne sera dépourvu de dispensaire. Evidemment, les 194 dispensaires ne sont pas tous d'égale valeur : les uns répondent parfaitement au vœu du législateur, remplissent complètement leur mission, disposent de moyens puissants et exercent une bienfaisante et réelle influence ; d'autres sont de petits établissements à budget minime, à influence encore réduite. En tous cas, ce qui ne manque à aucun, c'est la volonté de vaincre la tuberculose. Grâce à l'aide qu'ils reçoivent tant de l'administration que des collectivités locales et du public, les dispensaires, il faut l'espérer, seront tous à la hauteur de leur mission.

Il ne faut pas oublier que nous sommes en présence d'établissements dont la création est facultative. Or, les résultats sont déjà très appréciables et, il est bon de le répéter, l'élan est donné et dans peu de temps, notre réseau de dispensaires sera étendu dans tous les départements. Il est à noter que parmi tous nos dispensaires, un seul a le caractère de dispensaire public, celui de Châteaudun. Les formalités nécessaires à la création de ces établissements publics, malgré les avantages qui leur sont accordés, ont rendu difficile leur création et c'est la forme dispensaire départemental et dispensaire privé qui a paru répondre le mieux aux besoins et aux contingences.

Stations sanitaires. — Il y a actuellement 21 stations comptant 1919 lits. Sur ces 21 stations, 2 sont affectées aux femmes réfugiées, et on peut considérer que 16 au moins vont devenir, dans un avenir que le ministre de l'Intérieur s'efforce de rendre aussi proche que possible, des sanato-

riums publics de la loi du 9 septembre 1919. L'opération est d'ailleurs très simple ; l'Etat n'aura qu'à céder aux départements les établissements qui lui appartiennent ; même pour certaines stations ouvertes avec l'aide des départements, la cession a été prévue lors de la création de ces établissements.

Une dizaine d'hôpitaux sanitaires du Service de Santé sont susceptibles de devenir des sanatoriums publics, ils vont permettre aux départements sur le territoire desquels ils se trouvent de s'organiser à peu de frais.

Enfin, à ces établissements, il y a lieu d'ajouter un certain nombre de sanatoriums en projet ou en construction. Le bilan des établissements antituberculeux peut être établi comme suit :

Dispensaires : 194.

Etablissements susceptibles d'être rapidement transformés en sanatoriums publics :

16 stations sanitaires ;

10 hôpitaux sanitaires ;

Sanatoriums en construction ou en projet : 12.

L'effort financier de l'Etat peut se résumer dans les chiffres ci-dessous au 1er août 1919 : dépenses des stations sanitaires et subventions aux comités départementaux depuis le 1er janvier 1919..... 4.463.407.

Subventions pour la création et le fonctionnement des dispensaires depuis le 1er janvier 1919... 386.300.

Total des dépenses contre la tuberculose pulmonaire depuis le 1er janvier 1917 : 15.862.922,02.

Sans être particulièrement optimiste, on peut considérer la lutte antituberculeuse comme étant en bonne voie, mais il ne faut pas oublier que l'attaque vient seulement de commencer. Nous avons des établissements en nombre encore insuffisant qui vont devenir des sanatoriums conformes au vœu du législateur. Il s'agit d'en avoir un plus grand nombre et de faire donner aux dispositions législatives leur maximum de rendement. Ne conviendrait-il pas, dans ce but, de coordonner les textes en vigueur ? Toute loi d'assistance doit répondre à un certain nombre de questions :

1° Qui a droit à l'assistance ?

2° Qui l'accorde ?

3° En quoi consiste-t-elle ?

4° Comment s'exerce le droit, recours..... ?

5° Qui paye ?

On trouve la réponse à toutes ces questions, sauf celle du droit à l'assistance, dans les lois des 15 avril 1916 et 9 septembre 1919.

Toutefois, il semble qu'il y aurait intérêt à réunir les textes et à les compléter, plus particulièrement sur les points suivants :

1° Consécration du droit à l'assistance et organisation de secours à deux degrés, tant pour l'assistance médicale proprement dite que pour les secours accessoires, qui sont la condition du traitement.

2° Définition de l'assistance aux tuberculeux comprenant la précision de ses modalités : désinfection, dispensaires, sanatoriums et assistance à la famille ; la pratique démontrant que souvent une des raisons qui font hésiter le tuberculeux à se soigner, c'est la crainte de voir diminuer les ressources qu'il procure aux siens par son travail, d'où la nécessité d'une assistance à la famille parallèle à celle donnée au malade.

3° Simplification des formalités de constitution des dispensaires publics en vue de faire bénéficier des avantages accordés à ces établissements le plus grand nombre possible de dispensaires.

4° Rendre obligatoire la création des dispensaires : actuellement les sanatoriums publics dont la création est obligatoire ne peuvent bénéficier de subventions qu'à la condition expresse d'être rattachés à un ou plusieurs dispensaires fonctionnant conformément à la loi du 15 avril 1916. Or, la création des dispensaires est facultative et on aboutit ainsi à un dilemme dont il paraît difficile de sortir.

5° Modification de la participation de l'Etat aux dépenses d'entretien des malades dans les sanatoriums. L'Etat payant toute la part de la dépense qui dépasse le prix de journée de l'hôpital, la collectivité gestionnaire du sanatorium n'a absolument aucun intérêt à gérer économiquement l'établissement ; peu lui importe de faire des économies, elle est certaine d'être remboursée. Il serait de beaucoup préférable que la part de la dépense incombant au gestionnaire du sanatorium soit proportionnelle à l'ensemble de la dépense. Cela n'empêcherait d'ailleurs pas de calculer la question de l'Etat de façon qu'il lui reste la plus large part à payer ; en tout cas, le sanatorium aurait un intérêt direct à gérer aussi économiquement que possible.

6° Il serait expédient de profiter d'une refonte de la législation antituberculeuse pour régler la question controversée de la déclaration obligatoire de la tuberculose pulmonaire. Tout en émettant le vœu que notre législation subisse les quelques modifications qui apparaissent utiles, on ne doit pas oublier que l'action administrative et législative en matière de tuberculose pulmonaire a donné des résultats tangibles.

Dès que l'organisation actuellement prévue aura été réalisée, on est en droit d'escompter une sensible amélioration de la situation, d'autant plus qu'à côté de l'action qui vient d'être trop rapidement exposée, il reste une très large place pour l'initiative privée dont la collaboration à l'œuvre antituberculeuse est nécessaire.

Les missions ne manquent pas pour l'initiative privée. Sa collaboration, que le cadre restreint de ce rapport n'a pas permis de relater, a un large champ pour s'exercer : création de dis-

pensaires et sanatoriums spécialement affectés au traitement de la tuberculose osseuse (1) ; recrutement, éducation du personnel soignant, gestion d'établissements pour le compte des départements, etc.

Pour conclure, nous ne doutons pas que l'union des efforts de tous les philanthropes et associations charitables, législateurs et administrateurs, permettra de lutter avec une efficacité victorieuse contre le fléau de la tuberculose.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

A propos d'un contrat médico-mutualiste.

Bien que, personnellement, je réprouve les contrats médico-mutualistes dans leur forme actuelle, c'est-à-dire contrats signés non pas avec la totalité des médecins d'une région, mais avec une minorité plus ou moins grande, ayant pour corollaire une diminution d'honoraires sur les tarifs locaux et ne respectant pas la liberté du malade (les deux parties trafiquant d'une chose qui ne leur appartient pas, la liberté de confiance) je dois reconnaître qu'avec l'organisation sociale actuelle, ces conventions finiront par s'imposer.

A nous donc de les étudier, de les améliorer, en signalant ce qu'il y a de bon ou de mauvais dans les contrats en usage.

J'ai eu récemment en mains un contrat intervenu entre l'Union médicale liégeoise et la Société médico-rurale de l'arrondissement de Liège et la fédération neutre des Sociétés de Secours mutuels de l'arrondissement de Liège et la fédération des Sociétés chrétiennes de mutualité. Dans celui-ci le service médical est assuré aux mutualistes sur le principe du libre choix absolu *parmi les médecins figurant sur les listes* qui seront communiquées par les Associations médicales. Ce n'est donc pas le libre choix absolu puisque les malades, même en payant de leur poche la différence, ne peuvent avoir recours au médecin indépendant qui ne veut pas admettre le tarif minime arrêté par les parties en présence. Cela serait pourtant facile puisque la rémunération du médecin se fait à l'aide de tickets payés par les sociétés.

Parmi les améliorations obtenues par les médecins se trouve l'existence d'un tarif double pour les dimanches et jours de fêtes et pour les visites entre 7 h. du soir et 8 h. du matin, le repos hebdomadaire et le repos après la tournée de l'après-midi n'étant pas le plus souvent acceptés par les sociétés mutuelles.

Le contrat vise également le cas des consultations entre médecins. Les honoraires sont moins élevés (je ne sais pourquoi) quand la consultation est demandée par le médecin traitant que quand elle est demandée par la mutualité ou la famille.

Une commission composée de quatre médecins désignés par les associations médicales et quatre mutualistes choisis par l'Union provinciale des fédérations mutualistes est chargée de régler les conflits entre les médecins et les sociétés et entre les médecins et les sociétaires.

Mais ce qu'il y a de plus intéressant, c'est l'article 9 qui vise les malades aisés membres des sociétés mutuelles. En Belgique, comme en France, c'est la plaie des sociétés mutuelles. Toute une catégorie de gens entre dans les mutualités non dans un sentiment d'altruisme, mais dans un but d'exploitation du corps médical assez naïf pour tolérer ces procédés. Nos confrères belges ont donc essayé de se défendre contre les détrousseurs de la profession médicale.

Les sociétaires, dit l'article 9, qui auront été reconnus par le médecin traitant comme jouissant d'une aisance suffisante pour leur valoir des honoraires supérieurs à ceux indiqués dans le tarif mutualiste, seront renseignés à la Mutualité, afin que celle-ci n'ignore pas que le médecin réclamera des honoraires plus réels calculés à l'aide d'un des multiplicateurs 5/4, 4/3, 3/2, 2... que le médecin traitant mentionnera sur le livret ou la carte du sociétaire en y apposant sa signature (les contestations seront jugées en dernier ressort par la Commission mixte).

Le sociétaire versera chaque fois au médecin la différence entre les honoraires ainsi calculés et le tarif mutualiste. Le supplément sera arrondi jusqu'au décime.

Les chirurgiens et les médecins spécialistes, afin de fixer le supplément à réclamer du sociétaire aisé pour tout avis, visite, consultation ou intervention, auront autant que possible à tenir compte du multiplicateur exigé par le médecin traitant et des renseignements donnés par lui. Les Associations médicales sont en droit de supprimer tout service médical à un sociétaire qui n'aurait pas acquitté les suppléments à lui réclamés.

La situation des sociétaires qui, pour une raison ou l'autre, ne trouveraient pas de médecins disposés à les soigner, sera examinée en vue d'une solution par la commission médico-mutualiste et au besoin par les bureaux réunis des deux parties contractantes.

Je ne sais si cet article rappellera à la pudeur

(1) En raison du nombre relativement peu élevé de malades atteints de tuberculose osseuse, des difficultés qui en résulteront pour que les départements puissent se grouper en vue d'une organisation commune, il semble que l'initiative privée aura un rôle important à jouer en créant des sanatoriums marins.

les exploiteurs du corps médical, j'en doute, car leur exploitation n'est que le résultat de l'éducation mutualiste qu'ils reçoivent ! la mutualité en effet n'étant que l'exploitation de tous, État, départements, communes, membres honoraires, médecins et pharmaciens. A tels maîtres, tels élèves.

Cependant cet article présente un fait nouveau qu'il faut signaler et souligner : c'est le droit de grève reconnu par les mutualités aux médecins, pour faire valoir leurs droits contre leurs exploiteurs. C'est également l'arbitrage obligatoire en cas de grève.

Si nos confrères avaient à intervenir dans des contrats médico-mutualistes, qu'ils n'oublient pas les sages précautions des praticiens belges.

Dr M. VIMONT.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

Décret du 13 mars 1919 relatif à l'ouverture d'un concours pour l'emploi de directeur médecin ou de médecin en chef des Asiles publics d'aliénés de la Seine. (*J. O.*, 25 *mars* 1920).

Art. 1er. — Un concours sera ouvert toutes les fois qu'il y aura lieu de pourvoir à un ou plusieurs postes de directeur médecin ou de médecin en chef des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, c'est-à-dire des asiles cliniques, (Ste-Anne), de Villejuif, de Vaucluse, de Ville-Evrard, de Maison-Blanche et de Moisselles.

Par mesure transitoire et par analogie avec l'article 2 du décret du 12 décembre 1907, un poste sur trois sera réservé au fur et à mesure des vacances dans les asiles de la Seine, aux directeurs médecins des colonies familiales et asiles agricoles de la Seine, actuellement en fonctions et comptant à ce titre, au 1er janvier 1920, dix années de services non interrompus.

Art. 2. — Les concours, dont les opérations s'effectueront à Paris, par les soins du Préfet de la Seine, seront annoncés au moins deux mois à l'avance par une insertion au *Journal Officiel*.

Art. 3. — Sont admis à prendre part au concours, les seuls médecins du cadre des asiles publics remplissant au moment de leur inscription, les conditions suivantes :

Pour les directeurs médecins et médecins en chef, être âgés de moins de cinquante ans révolus.

Pour les médecins adjoints, avoir six ans de services effectifs dans leur grade.

Art. 4. — Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent se présenter à la préfecture de la Seine (direction des affaires départementales, service des aliénés, 1er bureau, 2, rue Lobau, Paris) pour obtenir leur inscription, en déposant les certificats ou diplômes constatant qu'ils remplissent les conditions d'exercice prescrites à l'article 3.

Les candidats absents de Paris ou empêchés peuvent demander leur inscription par lettre recommandée. Toute demande d'inscription faite après le jour fixé pour la clôture des inscriptions ne peut être accueillie.

Art. 5. — La liste des candidats admis à prendre part au concours est close trois semaines avant la date d'ouverture du concours et arrêtée par le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, après avis du préfet de la Seine.

Art. 6. — Dès que la liste des candidats est close, les membres du jury qui doivent être ainsi désignés, conformément aux dispositions de l'article 7, sont tirés au sort par les soins d'une commission composée d'un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur, président ; d'un délégué du préfet de la Seine et de deux membres délégués par la commission de surveillance des asiles publics d'aliénés du département.

Chaque candidat peut se présenter à la préfecture de la Seine pour connaître la composition du jury.

Art. 7. — Le jury est composé comme suit :

Un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur, nommé par le ministre, président.

Trois médecins en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine, parmi lesquels pourra figurer le professeur de clinique des maladies mentales faisant fonctions de médecin chef à l'asile clinique Sainte-Anne.

Un médecin en chef appartenant soit à la maison nationale de santé, soit aux quartiers d'hospice de Bicêtre, ou de la Salpêtrière, soit à l'infirmerie spéciale près la préfecture de police.

Deux directeurs médecins ou médecins en chef du cadre des asiles publics d'aliénés en fonctions dans les départements autres que celui de la Seine.

Deux suppléants, dont l'un pris parmi les directeurs médecins et médecins en chef des asiles de la Seine, l'autre parmi les directeurs médecins ou médecins en chef du cadre en fonctions dans d'autres départements que la Seine.

Les listes des médecins parmi lesquels sont tirés au sort les membres du jury sont arrêtées par le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, sur la proposition du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques après avis du préfet, et doivent comprendre tous les médecins des asiles de la Seine et tous les médecins des asiles de province n'ayant pas

fait acte de candidat, comptant au moins cinq ans de grade et n'ayant pas pris part aux opérations du précédent concours, aucun juge, sauf le président, ne pouvant faire partie de deux jurys consécutifs.

Sont adjoints au jury, avec voix consultative : Le chef du service des aliénés de la préfecture de la Seine, et le chef du 1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

En outre, un secrétaire administratif est désigné, par arrêté préfectoral, pour assister le jury dans les diverses opérations du concours.

Art. 8. — Si un membre du jury, pour un motif quelconque, ne peut assister à une séance du concours, il ne pourra plus continuer à siéger dans le jury dudit concours, mais le jury devra, pour délibérer, être composé de cinq membres au moins.

Art. 9. — Les épreuves du concours sont ainsi réglées :

1° Une épreuve orale (clinique, traitement, assistance) sur deux malades de sexe différent d'un service d'aliénés. Le candidat aura une heure et demie pour l'examen des deux malades, une heure de réflexion et une heure pour l'exposé.

2° Une épreuve écrite, sous forme de rapport médico-légal, sur un malade d'un service d'aliénés. Le dossier administratif sera mis à la disposition du candidat, auquel il sera accordé une heure pour l'examen et deux heures pour la rédaction du rapport. Des livres, dont la liste sera arrêtée par le jury, pourront être mis à la disposition des candidats.

Une épreuve de titres et travaux scientifiques, dont la liste et les documents justificatifs seront remis au jury avant l'ouverture du concours. Les titres et travaux seront l'objet, de la part de chacun des candidats, d'un exposé oral d'une durée maxima de trente minutes.

Une note spéciale sera réservée aux états de services.

Les points de l'épreuve de titres de travaux scientifiques, ainsi que la note d'états de services, seront donnés au début du concours.

Art. 10. — Le maximum des points à attribuer à chacune des épreuves est ainsi fixé :

Etats de services	10 points.
Titres, travaux scientifiques	40 —
Epreuve orale	20 —
Epreuve écrite	30 —

Art. 11. — La police générale du concours est confiée au jury, qui détermine notamment les règles à appliquer au choix des compositions, à la lecture et à la remise des copies, désigne les services où doivent être subies les épreuves cliniques, fixe le choix des malades qui seront l'objet de ces épreuves, et prend toutes dispositions utiles pour assurer la régularité et la sincérité du concours.

Art. 12. — En dehors du jury et du secrétaire administratif, sont seuls admis dans les locaux consacrés aux épreuves écrites les candidats appelés à prendre part au concours. Les épreuves orales sont publiques.

Art. 13. — A la fin de chaque séance, il est donné publiquement connaissance aux candidats du nombre de points qui leur sont attribués.

Art. 14. — Les candidats qui ont subi avec succès les épreuves du concours sont, en cas de plusieurs places vacantes, classés par le jury dans l'ordre de mérite. De toute façon, ils prennent rang dans les asiles de la Seine à la suite des directeurs médecins, et médecins en chef déjà en fonctions dans ces établissements, et font choix des places à pourvoir suivant leur ordre de classement.

Art. 15. — Les arrêtés préfectoraux investissant les intéressés de leurs fonctions, les arrêtés ministériels déterminant le traitement à leur allouer et la date de leur entrée en fonctions, sont pris dans les mêmes formes que les arrêtés relatifs aux médecins des asiles des autres départements.

Art. 16. — Les frais du concours sont à la charge du département de la Seine.

Art. 17. — Par mesure transitoire, et seulement pour les deux concours qui suivront la promulgation du présent décret, il est institué une épreuve de titres et états de services militaires à laquelle il sera attribué un maximum de 10 points.

Art. 18. — Sont abrogés le décret du 12 décembre 1907, et toutes dispositions contraires au présent décret.

DOCUMENTS OFFICIELS

Commission consultative médicale du service de l'aéronautique.

Art. 1er. — Il est institué auprès du sous-secrétariat d'Etat une commission consultative médicale, chargée d'imprimer une direction scientifique aux recherches de la section d'études médicales du service technique de l'aéronautique; de garantir aux mesures d'ordre médical proposées à l'approbation du Sous-Secrétaire d'Etat toute l'autorité scientifique nécessaire ; et, d'une façon générale, résoudre toutes les questions relatives, soit à l'examen de l'aptitude physique, soit au traitement du personnel navigant de l'aéronautique.

Art. 2. — Sont nommés membres de cette commission :

MM. le professeur agrégé Georges Guillain, président ; le professeur Pierre Duval, chirurgien des hôpitaux, vice-président ; le professeur agrégé André Broca, le professeur agrégé Camus ; le docteur Crouzon, médecin des hôpitaux ; le docteur Cantonnet, médecin des hôpitaux, le docteur Charles Flandin, chef de clinique à la faculté de médecine de Paris, le docteur Robert Foy, le docteur C. Vincent, le docteur Garsaux le médecin-major Mathieu de Fossey, du service technique de l'aéronautique, secrétaire.

Art. 3. — Cette commission se réunit, sur convocation du sous-secrétaire d'Etat, à son cabinet.

(*Arrêté du* 24 *mars* 1920).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Congrès de Monaco.** — L'ouverture générale des congrès aura lieu le 15 avril prochain d'après le programme suivant :

A) *Congrès scientifiques : Ouverture le* 15 *avril.* 15 avril *matin*, Séance d'ouverture. *Soir*, Hydrologie. — 16, *matin*, Villes d'eaux. *Soir*, Hydrologie. — 17 *matin*, Hydrologie. *Soir*, Villes d'eaux. — 18 (*dimanche*). — 19 *matin*, Villes d'eaux. *Soir*, Hydrologie. — 20 *matin*, Thalassothérapie. *Soir*, Villes d'eaux. — 21 *matin*, Hygiène et climatologie. *Soir*, Thalassothérapie. — 22 *matin*, Thalassothérapie. *Soir*, Hygiène et Climatologie. — 23 *matin*, Tourisme. *Soir*, Hygiène et Climatologie. — 24 *matin*, Hygiène et climatologie. *Soir*, Séance de clôture.

B) *Congrès de l'Alpinisme.* — Ouverture le 1er mai. Clôture le 10 mai.

C) *L'Exposition* sera officiellement inaugurée le 14 avril, la veille de la date du début des Congrès scientifiques, ce qui permettra à un certain nombre de nos adhérents d'y assister. Elle sera prolongée jusqu'à fin février 1921.

Avantages obtenus pour les congressistes. — La Compagnie P. L. M. leur accorde une prororagation de la validité des billets d'aller et retour, qui seront valables du 12 avril au 17 mai. Un train spécial sera mis à leur disposition le 12 avril à 8 heures du soir. De plus, le Comité local d'organisation a prévu un crédit spécial qui lui permettra de rembourser aux adhérents à leur arrivée à Monaco 25 % des frais de leur voyage. Ce qui équivaudra à la réduction de 50 % sur les chemins de fer qui était toujours accordée aux congressistes avant la guerre, et que nos circonstances économiques actuelles n'ont pas permis d'obtenir des Compagnies de chemins de fer.

Les hôteliers de la Côte d'Azur recevront les congressistes pour un prix de pension compris entre 18 et 25 francs par jour, suivant la classe des hôtels. Et même l'on pourra trouver quelques chambres dans de petits hôtels ou des maisons de famille, à des prix compris entre 14 et 18 francs par jour.

Pour plus amples renseignements, écrire à M. le Dr Victor Gardette, administrateur général des Congrès, à l'Institut Océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris.

— **Conférences d'ophtalmologie.** — MM. A. Terson, Bailliart et M. Landolt commenceront, le mardi 11 mai, des conférences sur *l'ophtalmologie en pathologie générale et comparée,* avec démonstrations, présentations de malades et exercices techniques.

Division

M. A. Terson.

But et objet du cours. Localisation et conséquences oculaires en pathologie générale et comparée chez l'homme et les animaux. Classification et notation ophtalmologiques.

Syndromes, entités et transitions morbides. Les grands processus. Les énigmes ophtalmologiques et les hypothèses directrices. Etiologies prépondérantes et associées. Exemples concrets. Méthodes de consultation et revision médico-chirurgicale des principales affections de l'œil et des annexes.

Evolution historique du mouvement scientifique, didactique, professionnel. Découvertes et grandes figures ophtalmologiques. Textes et commentaires.

M. P. Bailliart.

Ophtalmoscopie et principales maladies du fond de l'œil. Tonométrie et sphygmomanométrie oculaires. Physio-pathologie de la circulation et de la tension intraoculaires.

L'œil dans les maladies du cœur, des vaisseaux, des reins ; dans le diabète et les maladies de la nutrition. Troubles oculaires dans les maladies des glandes à sécrétion interne. Réflexe oculo-cardiaque.

Hémianopsies et champs visuels anormaux.

M. M. Landolt.

Vision binoculaire. Motilité oculaire : statique, mécanique, physiologie, maladies et traitements.

Remarques sur les anomalies et la correction de la réfraction.

Simulation.

La vision dans la série animale.

Notions d'embryologie avec remarques sur la tératologie.

— Le cours est gratuit et sera fait les *lundis*, *mardis* et *vendredis* non fériés à 5 heures. La première conférence aura lieu le *mardi* 11 *mai*, à 5 h. 1/4 à l'Hôtel des Sociétés Savantes, rue Danton.

Autant que possible, s'inscrire par lettre à l'une des adresses :

Dr A. Terson, 47 *bis*, boulevard des Invalides ;
Dr P. Bailliart, 15, rue Saint-Simon,
Dr M. Landolt, 27, rue St-André-des-Arts (clinique).

— Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires, parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance du *directeur du bureau municipal d'hygiène de Châlons-sur-Marne* (Marne) est déclarée ouverte.

Le traitement alloué est fixé à 5.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours expirant le 20 avril 1920 pour adresser au ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures.

Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

— **Société des médecins et chirurgiens des hôpitaux de province.** — Comme suite aux réunions professionnelles qui eurent lieu en octobre à Paris, lors du Congrès de chirurgie, la Société des médecins et chirurgiens des hôpitaux de province a continué ses travaux ralentis par les élections et par des difficultés d'impression. De nombreux collègues ont adhéré à ce mouvement destiné à aboutir à un nouveau statut, à Paris et en provinee : majoration d'indemnités, accidentés du travail, pensionnaires, pensionnés de la guerre.

Pour adhésions et informations, s'adresser au président, M. Reynès, 9, rue Montaux, à Marseille qui vient d'avoir un entretien à la Chambre avec M. Grinda, député et chirurgien des hôpitaux de Nice. Celui-ci a promis son concours pour toutes les démarches ultérieures.

— « Les professions médicales et juxta-médicales se sont vues particulièrement désavantagées du fait de l'augmentation du coût de la vie — augmentation que n'ont pas subie leurs moyens d'existence — et qui les place maintenant dans une situation telle qu'il leur devient impossible de continuer à vivre honorablement si elles ne trouvent pas de remèdes.

Parmi ces remèdes, il en existe un, qui a déjà fait ses preuves, c'est la Coopération.

Coopérer, c'est agir en commun.

Que ce soit pour la défense de leurs intérêts moraux ou matériels, ces professions doivent envisager l'action avec décision et la poursuivre sans faiblesse.

En vue de l'action commune indispensable, le *TRAIT D'UNION MÉDICAL*, Coopérative de l'Union des Syndicats Médicaux de France, a décidé, dans sa dernière assemblée générale, d'ouvrir ses portes à tous les membres de professions médicales et juxta-médicales, syndiqués ou non.

Pour cette action, « Le Trait d'Union Médical » fait appel à toutes les énergies et à toutes les bonnes volontés de la Grande Famille Médicale et Juxta-Médicale.

Que chacun de ses membres veuille bien *réfléchir*, ensuite qu'il veuille bien *agir*. De leur coopération, sortira la meilleure arme pour « la lutte pour la vie ».

S'adresser pour tous renseignements au Siège Social du « Trait d'Union Médical », 28, rue Serpente, Paris ».

— Le concours pour l'emploi de *médecin adjoint des asiles d'aliénés* qui s'est ouvert au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, le 8 mars 1920, s'est terminé le 24 du même mois.

Trente-six candidats s'étaient fait inscrire. Trente-quatre se sont présentés aux épreuves.

Ont été reconnus aptes, par ordre de mérite, à l'emploi de médecin adjoint des *asiles publics* :

MM. les Docteurs Beaudouin, Pignede, Gilles, Piquemal, Quercy, Abely, Raynier, Gouriou, Seringes, Bonhomme, Lautier, Pruvost, Mlle la doctoresse Bouderlique, MM. les Docteurs : Renaux, Senges, Mourgue, Livet, Beaurain, Eissen, Saquet, (1).

Des *asiles privés* :

MM. les docteurs Courjon, Vian, Chaumier, de Mourgues, Montibert.

(1) Fils de notre excellent confrère, le Dr SAQUET, de Nantes, à qui nous adressons nos compliments.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON,
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

ami, agent d'une des plus processives compagnies d'assurances :

« Pourquoi la Cie fait-elle systématiquement des procès aux médecins dont les honoraires — établis au tarif Dubief — sont un peu élevés ? Que diable ! nous ne sommes pourtant pas tous des médecins marrons ! »

— « Certes non, répondit l'agent, je te concède même que les médecins sont en majorité de très honnêtes gens, mais dans notre « entreprise », l'expérience nous a montré qu'en règlant « systématiquement » vos honoraires importants par la voie des tribunaux nous avons — tous frais intégralement payés — un bénéfice net de plus d'un million par an ! Nous bénéficions de ... l'imprévu des jugements et surtout de l'intimidation que nous exerçons sur les médecins qu'effraye un procès et ... qui transigent ! »

Ce propos authentique est plein d'enseignements. Et, il y a 2 mois à peine, un agent d'assurances voulut bien me donner le sage conseil suivant que je livre bien volontiers à la masse des confrères *ad usum medici* : « Nos Compagnies sont d'excellentes affaires pour nos actionnaires, mais non pas pour les médecins qui soignent nos blessés. Compensez donc, par l'achat de nos titres, les déboires que vous trouvez dans les règlements de vos honoraires ! » Evidemment, la solution est élégante, mais... il faut une avance de fonds et, à tout prendre, il vaut beaucoup mieux « pratiquer l'ignorance systématique de l'assureur » (le *Concours* nous donnera je pense, le moyen de le faire) et s'il nous reste des capitaux, nous souscrirons à l'Emprunt National !

Dr T.

Réponse.

Souhaitons que le « nouveau Tarif Dubief » qui va bientôt être mis en discussion, à la Commission de révision, du dit tarif, puisse un peu calmer les esprits des médecins : nos confrères sont outrés des procédés de nombreuses compagnies d'assurances contre les accidents. Systématiquement les notes médicales sont diminuées, souvent sans motifs : d'un geste césarien, l'assurance vous offre la moitié de ce qui est dû, sinon c'est le procès.

Le « Sou médical » est de plus en plus absorbé par ce contentieux d'assurance : il a fort à faire pour obtenir gain de cause contre les sociétés d'exploitation financière des accidents du travail. Aussi, quelques syndicats médicaux interdisent à leurs membres d'avoir quelque rapport que ce soit avec les assureurs. Les praticiens ne doivent connaître que l'ouvrier, consommateur de soins, et le chef d'entreprise, responsable aux termes de la loi du 9 avril 1898.

Appelé, il y a quelque temps, par un syndicat médical, à formuler la décision à faire voter en assemblée générale, voici ce que j'avais soumis au vote de mes confrères :

« Le Syndicat des médecins de....... réuni en assemblée générale le

« Considérant :

« Que le tarif Dubief ne s'impose pas aux mé-« decins, mais qu'il sert de base pour fixer la « quotité des honoraires médicaux, mis à la « charge du chef d'entreprise, lorsque la victime « d'un accident du travail a fait choix elle-« même de son docteur (circulaire ministérielle « du 6 novembre 1905) ;

« 2° Que si, jusqu'ici, les médecins s'étaient « contentés des honoraires alloués au dit tarif « Dubief, lorsqu'ils avaient été mis en œuvre « par la victime, c'était par pure philanthropie, « pour ne pas mettre à la charge du blessé une « partie des honoraires médicaux ;

« 3° Que l'application de ce tarif Dubief est « la source, de la part des compagnies d'assu-« rances contre les accidents, de discussions in-« supportables, irritantes, offensantes même « pour la dignité de la profession médicale, sans « compter les menaces d'intimidation et les pro-« cès de tendance, qui deviennent de plus en « plus fréquents ;

4° Que vu l'augmentation du coût de la vie, « le tarif Dubief, bien que majoré de 100 %, est « nettement inférieur au taux moyen des hono-« raires médicaux pour la classe ouvrière,

« Décide :

« A partir de ce jour, tout blessé qui se récla-« mera de la loi du 9 avril 1898 recevra les soins « d'urgence, nécessités par son état. Ces soins « seront payés comptant au praticien, qui en « délivrera reçu.

« Les soins ultérieurs, ainsi que les certificats « nécessités pour l'application de la loi sur les « accidents du travail, ne seront donnés que sur « présentation d'un engagement écrit, de la part « du chef d'entreprise, déclarant payer lui-même « et au tarif ouvrier syndical les frais nécessités « pour ces soins et certificats. »

Modèle d'engagement, signé par le chef d'entreprise :

« Le docteur...... est prié de donner les soins « nécessités pour le traitement de mon ouvrier « ....., blessé au cours de son travail le...., ainsi que de délivrer les certificats nécessités par « l'application de la loi du 9 avril 1898.

« Je m'engage à payer moi-même les soins et « certificats, au tarif ouvrier de la région (ou du syndicat médical de......)

« A...., le.... Signature Cachet de la maison.

Un confrère me disait récemment que, dans sa localité, il s'efforce de faire perdre la clientèle des mauvaises compagnies d'assurances, en prenant celles qui honorent correctement le médecin. Il disait aux chefs d'entreprise de ses

amis que la X, la Y et la Z ne doivent pas faire de brillantes affaires et ne doivent pas offrir une sécurité parfaite à leurs assurés, car elles essayent de rogner sur les notes des médecins, pour boucher certains déficits.

Un agent d'assurance, lésé par cette manière de faire qui lui enlevait des contrats, vint chez le médecin, la menace à la bouche, en parlant de procès pour dénigrement et détournement de clientèle.

Sans se démonter, notre confrère répondit : «Mais, moi aussi, je suis agent d'assurances : je ne touche pas, il est vrai, comme vous, une ristourne sur les polices que je fais souscrire, ce qui est réservé à M. A., agent de la B., mais j'y gagne en tranquillité, car je ne suis pas entravé, dans l'exercice de ma profession, par les sociétés financières, que vous représentez».

Que ceux qui veulent savoir comment les assurances ont saboté, à leur profit, la loi du 9 avril 1898, lisent le travail de M. Trolet, docteur en droit. Ils y trouveront une documentation très précise. Quant à nos confrères syndiqués, ils peuvent convoquer, à une réunion, tous les agents d'assurances de la région, pour leur faire comprendre que le corps médical en a assez des procédés actuels des compagnies. A ces agents d'en référer à leurs chefs.

Selon la réponse qui sera donnée, nos confrères adopteront soit vis-à-vis de toutes les compagnies, soit vis-à-vis de quelques-unes seulement, l'attitude que nous avons signalée plus haut.

Dr Paul Boudin.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

A. M. G. — Un médecin, diplômé pharmacien, peut-il exercer les deux professions ?

CONSEIL D'ETAT

Séance du 18 juin 1915.

Le Conseil d'Etat statuant au Contentieux.

Vu la requête sommaire et le mémoire ampliatif présentés pour le sieur B., docteur en médecine et pharmacien, demeurant à F. (Ariège).

Tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler un arrêté du Conseil de préfecture de l'Ariège, en date du 16 mai 1913, qui a rejeté sa demande en annulation de l'arrêté du 2 décembre 1911, par lequel le préfet de l'Ariège a établi les circonscriptions médicales pour l'application de la loi du 15 juillet 1893, et supprimé le nom du requérant de la liste des médecins de l'Assistance médicale gratuite de la circonscription de F. ;

Considérant qu'il appartenait au Conseil général de l'Ariège, en élaborant le règlement pour l'application

de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, d'établir une incompatibilité entre les fonctions de médecin de l'Assistance et celles de pharmacien du même service, alors même que la législation, dans son état actuel, permet le cumul des deux professions ;

Considérant que si, aux termes des articles 2 et 3 du règlement précité : « tous les médecins du département qui accepteront les conditions de l'organisation du service seront les médecins de l'assistance » et « tous les pharmaciens du département qui accepteront le tarif dont il est question à l'article 14 seront les pharmaciens de l'assistance », il résulte néanmoins de l'ensemble des dispositions du règlement en vigueur et notamment des dispositions d'après lesquelles la vérification des dépenses du service, confiée à une Commission spéciale, s'opère en rapprochant du texte des ordonnances des médecins les mentions d'un registre tenu obligatoirement par les pharmaciens, que le Conseil général n'a pas voulu permettre qu'une même personne fût chargée de rédiger des ordonnances et de délivrer les médicaments destinés à les exécuter ;

Considérant qu'il suit de là que le Conseil de préfecture a fait une saine appréciation du sens et de la portée du règlement adopté par le Conseil général du département de l'Ariège en décidant que le docteur B., ne pouvait exercer à la fois les fonctions de médecin et celles de pharmacien du service de l'Assistance médicale gratuite.

Décide :

La requête du sieur B., est rejetée.

Commentaire.

Le titulaire du diplôme de docteur en médecine et de celui de pharmacien peut-il exercer à la fois les deux professions ? Cette question a été maintes fois posée et il faut répondre par l'affirmative, aucun texte de loi ne s'y opposant. Néanmoins, certaines administrations n'admettent pas le cumul de l'exercice des deux professions de médecin et de pharmacien et le titulaire des deux diplômes doit opter. C'est ainsi que l'arrêt ci-dessus approuve la décision du Conseil de Préfecture de l'Ariège, qui dit que c'est à bon droit que le règlement départemental de l'Assistance médicale gratuite n'admet pas les médecins-pharmaciens à exercer simultanément leurs deux professions, pour le traitement des indigents.

Nous ne partageons pas cette manière de voir. Celui qui a travaillé, qui a consacré son temps à l'étude, qui a dépensé des sommes assez grandes, en inscriptions, frais d'examens, etc., pour obtenir plusieurs diplômes, doit bénéficier du fruit de son labeur et jouir des prérogatives, attachées à ses parchemins. Il est souvent reproché aux médecins de ne pas connaître leur thérapeutique et surtout d'ignorer les notions élémentaires de la pharmacie. Les pharmaciens sont accusés de nuire au public, en donnant des conseils

de médecine, alors qu'ils n'ont jamais étudié l'art de guérir.

Il semble donc que celui qui a fait les études nécessaires pour avoir le double savoir du médecin et du pharmacien, doit donner toutes garanties à la clientèle. Pourquoi, dès lors, priver les malades des avantages scientifiques et des garanties conférés par ces deux diplômes ?

Des abus peuvent être commis, nous répondra-t-on. Un médecin-pharmacien peut ordonner trop de médicaments, du moment que c'est lui-même qui en fera la fourniture. C'est justement le raisonnement, soutenu dans l'arrêt ci-dessus.

Mais, pourquoi toujours vouloir suspecter l'honnêteté du corps médical et pharmaceutique ? Si des abus sont commis, il appartient à la Commission de contrôle de les relever et de demander une sanction sévère.

Mais, le titulaire du double diplôme ne doit pas, *a priori*, être présumé coupable de malhonnêteté.

Au surplus, beaucoup de médecins de campagne font de la pharmacie, lorsque, dans leur résidence, ne se trouve aucune officine. A-t-il été démontré que ces propharmaciens sont de malhonnêtes gens, exploitant le public ?

Nous ne voulons pas nous étendre, aujourd'hui, dans une discussion plus longue ; mais nous constaterons que c'est une manière étrange de raisonner, que de considérer comme un honnête homme, le détenteur d'un seul diplôme, alors que celui, qui, deux fois diplômé, voudrait tirer parti du fruit de son travail, est suspect d'indélicatesse,

Quoi qu'il en soit, faisons remarquer à nos lecteurs que l'arrêt ci-dessus ne constitue pas une interdiction d'exercer à la fois la médecine et la pharmacie. Il se borne à déclarer que les conseils généraux ont le droit de permettre ou d'interdire ce double exercice, puisque le règlement départemental sur l'Assistance médicale gratuite n'est, à l'égard des médecins et des pharmaciens, qu'un contrat de louage de services, que chacun est libre d'accepter ou de refuser.

A nos confrères d'étudier, dans leurs syndicats, après entente avec les syndicats de pharmaciens, s'il y a lieu, les modalités de l'exercice de l'art de guérir, en faisant concorder l'intérêt des malades, celui du département et celui de la profession médico-pharmaceutique.

Dr Paul Boudin.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses ministérielles.

L'application de l'article 64 de la loi des pensions.

977. — M. Fournier-Sarlovèze, député, rappelle à M. le Ministre des Pensions que la loi

du 31 mars 1919 (soins médicaux aux victimes de la guerre), dont l'application a été réglée par décret du 26 septembre suivant, comporte l'inscription des intéressés sur deux registres spéciaux et la délivrance de carnets à souche à présenter au médecin et au pharmacien, que les municipalités ne sont pas encore en possession de ces imprimés, alors que certains malades ou blessés ont besoin de soins immédiats, et demande quand les mairies pourront en être pourvues. (*Question du 13 février 1920*).

Réponse. — La distribution de 600.000 carnets à souche pour soins gratuits est actuellement en cours. (*J. O.*, 24 mars 1920.)

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Sympathie !

Sonnet.

Nous sommes emportés par le flot de la vie,
Vers un but inconnu ; nous voudrions savoir...
Et nous ignorons tout, et la route choisie
Et l'écueil à venir... nous marchons dans le noir !

Voyageur isolé, avec au cœur l'espoir
De trouver l'idéal, vers sa clarté bénie,
L'Homme marche sans cesse et souvent sans pouvoir
S'appuyer par instants sur une épaule amie !

Quelquefois cependant il échange en chemin
Un sourire, un regard, un signe de la main,
Avec un inconnu qui passe..... Sympathie,

Qui lui fait désirer attendre au lendemain,
Se reposer un peu..... mais déjà le Destin,
Le pousse plus avant sur la route suivie !

Dr Monplaisir.

LE LIVRE D'OR DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Citation.

Docteur H. Hausmann, d'Estissac (Aube), médecin aide-major de 1re classe.

A l'ordre du Service de santé.

« Médecin aide-major dévoué. En 1917, au cours de l'offensive, s'est fait remarquer en soignant les blessés aux positions de batterie. Le 27 mai 1918, lors d'une attaque, s'est interposé entre les Allemands qui envahissaient son P. S. et les blessés ; les a sauvés par son attitude énergique (13 décembre 1919).

AVIS

TARIF DUBIEF

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs le TARIF DUBIEF avec son Répertoire alphabétique. Prix franco : 1 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales.

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arcachon : Cazaban, Dechamp.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu : Bertier Louis, Ricoux.
Beausoleil : Audoly, Pizard P.,
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles, Baradat, Bayle, Fournier, Kent-Gazet, Seytre, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Frank-Duprat, Comoy, Oudaille.
Cap d'Ail : Lyons.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Durond, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Jaubert.
Menton : Jean Fornari aîné, P. de Langenhagen.
Monaco : Jolivot.
Monte-Carlo : Vivant.
Nice : Ardoin, S. Baudry (*oculiste*), Bermondy, Bernarbeig, Carlotti (*ophtal.*) Cauvin (*oculiste*), Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Gruzu, Laugier, Larue, Leblanc, Leriche Emile, Liotard, Martinaud (*Mon cure-repos*), Piétri, Resanoff Seney, Sorel (*gyn. chir.*), Stefani.
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy, Gain.
St-Raphaël-Valescure : Caldagués, Vadon.
Toulon : Gilbert Pignet (*urol. derm.*), Regnault (*chir., gyn.. orth.*).

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — Nº 16 — DIMANCHE 18 AVRIL 1920

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT, DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs F. LACROIX et G. DUCHESNE, SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. N° 16 18 Avril 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

(*Voir numéros précédents*).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur ALBERTIN, à Vanves (Seine), la somme de 5 fr. pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

Toute demande de renseignements doit être accompagnée d'un timbre pour la réponse.

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

N° 149. — Jeune docteur 27 ans, français, ayant fait 4 années d'internat en chirurgie, gynécologie, laboratoire, cherche place clinique Paris, ou poste chirurgical province. Reprendrait cabinet Paris : gynécologie, voies urinaires.

N° 150. — Val André. Médecin recevrait 4 chroniques ou convalescents pour cure de repos, de régime du 15 juin au 15 octobre. Dr Simon, Pléneuf (C.-d.-N.).

N° 151. — Docteur, 45 ans, achèterait comptant clientèle rapportant 15.000 fr. environ, dans le Var ou les Alpes-Maritimes, de préférence sur le littoral, désirerait être seul et au besoin ferait pharmacie.

N° 152. — A vendre : 1 machine statique 10 plateaux actionnée par moteur altern. triphasé 120 volts, parfait état ; 1 tabouret isolant ; 1 conducteur rigide extensible ; 1 araignée de Fruchot ; 1 batterie de Zimmern, 32 éléments.

N° 153. — A céder Nord : 1° side-car Reacting-Standart, moto Borgo 8-10 HP., 2 cylindres, excellent état, 5.500 ; 2° thermocautère de poche, étui cuir avec couteau platine, 100 fr.

N° 154. — Docteur, dentiste de grande ville méditerranéenne, prendrait comme élève, jeune médecin français ayant terminé ses études et désirant se spécialiser en odontologie. Pas de rémunération réciproque. Condition de rester un an et engagement de ne pas pratiquer dans la même ville.

N° 155. — A vendre : 1° auto Zedel 1913-14, 9-12 HP., torpedo 2 places et spider. Très peu roulé guerre. Entièrement remise à neuf fin mars. Parfait état, cédée avec 2 ressorts de rechange, 2 phares Wigmon générateur, roue de secours, outillage, 4 chambres à air, 2 pneus neufs non déballés : 15.000 frs ; 2° Un carburateur Zénith pour moteur 9-12 HP., modèle 1916, très bon état, 170 frs ; 3° un Klaxon taille moyenne, 80 frs. Ecrire au Dr Mercier, à Montmirail, Marne.

N° 156. — Médecin pro-pharmacien, seul, commune 5.000 h. et environs, céderait poste excellent. Dr Thomas, Pluméliau, Morbihan. Pressé.

N° 157. — Clientèle sérieuse dans grande ville d'eaux du Centre, à céder pour raisons de santé, conviendrait surtout à un médecin parlant la langue espagnole. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, Ve.

N° 158. — A céder à Paris, clientèle dans quartier aristocratique. Rapport 20.000 fr. Grand appartement de 6 pièces, loyer 2500 fr. A reprendre d'urgence. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, Ve.

N° 159. — Etudiant au point de passer sa thèse, ancien aide-major, au courant de la chirurgie générale et voies urinaires cherche place dans une clinique à Paris ou banlieue immédiate. Urgent.

CORRESPONDANCE

A propos de la revision du Tarif Dubief.

I

Le correspondant anonyme qui nous a adressé 3 lettres concernant cette question, dont la dernière en date du 4 avril courant, est prié de se faire connaître, s'il désire être renseigné personnellement sur la situation actuelle, et trouve insuffisants les renseignements qui figurent dans la réponse à la lettre qui suit.

II

A quelle époque pensez-vous que le nouveau tarif Dubief sera publié ?

Car le fait d'adresser des notes d'honoraires conformément au tarif Dubief pour faire des rappels ensuite conformément au nouveau tarif n'est pas une solution bien satisfaisante, mais bien une complication dont profiteront les Compagnies.

Le *Concours Médical* ne pourrait-il pas intervenir auprès des confrères membres de la Commission chargée d'élaborer le nouveau tarif pour qu'ils hâtent le travail de cette Commission ? Il n'est en effet pas possible aux médecins sans fortune, qui ont été mobilisés pendant cinq ans, de faire un credit illimité.

Dr B.

Réponse.

La Sous-Commisson, comprenant des médecins et des assureurs, chargée d'examiner le projet de révision du Tarif Dubief qui a été officiellement remis par l'Union des Syndicats au Ministère de l'Hygiène, de l'Assurance et de la Prévoyance Sociales, s'est réunie tout dernièrement. Il y a lieu d'espérer qu'on arrivera rapidement à un accord et que l'arrêté qui consacrera cet accord pourra être signé et publié prochainement.

On s'efforcera également d'obtenir des assureurs que les soins donnés depuis le 1er janvier 1920 jusqu'à la modification du tarif soient réglés avec la majoration de 100 % qui était applicable antérieurement en vertu de la sentence de M. Bienvenu-Martin.

Les médecins ont donc actuellement tout intérêt à attendre pour l'établissement et l'envoi de leurs notes.

Le retard dont vous vous plaignez ne saurait en aucune façon être imputé aux médecins membres de la Commission.

Un nouveau règlement pour la vente des autos des stocks. Plus de droit de priorité pour les médecins.

J'ai lu dans le *Concours Médical* que les médecins auraient un bon de priorité pour l'achat des voitures

automobiles composant les stocks américains. Je vous serais très obligé de bien vouloir me dire si *tous* les médecins peuvent bénéficier de ce bon de priorité et non pas seulement les confrères des régions envahies, comme on me l'affirmait il y a quelque temps ; et dans le cas où il n'y aurait pas 2 catégories pour les médecins, quelles formalités remplir pour obtenir ce bon dans le plus bref délai ?

Dr P.

Réponse

Un règlement du Sous-Secrétaire d'Etat aux Finances en date du 1er avril courant, inséré au *Journal Officiel* du 29 mars précédent, a modifié les conditions de vente des véhicules automobiles provenant des stocks français et américains.

Ce règlement ne prévoit plus de droit de priorité pour les particuliers ayant eu des véhicules réquisitionnés, les médecins et les vétérinaires.

Seuls ont actuellement un droit de préférence les sinistrés des Régions Libérées.

La vente a lieu publiquement aux enchères par soumissions cachetées, qui doivent être déposées dans une urne préparée à cet effet et préalablement scellée. Les soumissions, conformes à un modèle distribué, sont établies sur papier timbré à 1 franc, et renfermées dans une enveloppe portant le nom et l'adresse du soumissionnaire, ainsi que le numéro de la vente à laquelle se rapporte la soumission.

L'adjudicataire n'a rien à payer en dehors du prix porté par lui dans sa soumission.

Les sinistrés des Régions Libérées jouissent du droit de préférence pour l'attribution des lots à la condition de produire, annexées à leur soumission et dans l'enveloppe qui la renferme :

a) Un certificat délivré par le Préfet de leur département, attestant que le soumissionnaire est bien un sinistré effectif et qu'un véhicule lui est nécessaire pour assurer, dans l'intérêt général, l'exercice de sa profession. Ce certificat devra indiquer la nature du véhicule : camion, camionnette, touriste ou motocyclette.

b) Un engagement du soumissionnaire d'employer effectivement à l'exercice de sa profession, dans les régions libérées, pendant un an au moins, les véhicules, qu'il ne devra ni vendre, ni prêter, ni louer, sauf autorisation spéciale accordée par le Préfet.

Les soumissionnaires qui ne se conformeront pas à cet engagement devront payer au Trésor, à titre de dommages-intérêts, 75 % du prix d'adjudication pour les véhicules cédés à des tiers sans autorisation.

Les fauses déclarations exposeraient leurs auteurs à des poursuites judiciaires.

c) Les sinistrés ajouteront à leur soumission une déclaration ainsi conçue :

« Si mon offre est la plus élevée de celles des prioritaires, mais inférieure à la proposition d'un concurrent non prioritaire, je déclare élever mon offre à un chiffre égal à cette proposition sans dépasser toutefois la somme de *tant* de francs. »

Le bénéfice du droit de préférence n'est attribué qu'au soumissionnaire prioritaire qui, comme importance de première offre, sera classé en tête de tous les prioritaires.

Lorsqu'un lot est l'objet d'enchères à la fois de sinistrés et de non-prioritaires, si l'offre du mieux-disant des sinistrés est inférieure à la proposition du non-prioritaire ayant porté l'enchère la plus élevée, et si le sinistré le mieux-disant a inscrit sur sa soumission une déclaration du modèle prévu au § *c*) ci-dessus, comportant un chiffre maximum de surenchère au moins égal à l'offre la plus élevée des non-prioritaires, le lot sera attribué au sinistré.

Dans le cas contraire, le lot sera attribué au non-prioritaire.

En cas d'égalité d'offres par plusieurs sinistrés, s'ils sont présents à l'adjudication, le bureau pourra les admettre à faire séance tenante de nouvelles offres, soit par des soumissions, soit par enchères verbales.

Si les soumissionnaires ayant fait des offres égales ne sont pas tous présents, le bureau les invitera par lettre recommandée à offrir un prix plus élevé. Ces nouvelles offres devront être adressées par lettre recommandée au receveur des domaines qui a procédé à la vente et lui parvenir dans le délai de huit jours à partir de l'envoi de la lettre recommandée par le bureau d'adjudication. Si les nouvelles offres étaient encore égales, le bureau procèderait à l'attribution des lots par voie de tirage au sort.

Les nouvelles enchères des sinistrés en compétition devront être au moins égales à l'offre du non-prioritaire mieux-disant.

L'adjudicataire devra verser dans le délai de huit jours maximum, à partir de la date où l'avis d'attribution lui a été adressé, et dans tous les cas avant l'enlèvement, le prix d'adjudication, sans aucune majoration.

L'adjudicataire créancier des dommages de guerre pourra se libérer de son prix d'acquisition en totalité ou en partie, par la remise d'un bon à souche avec reconnaissance d'achat délivré par le Préfet, ou par un office de la reconstitution industrielle ou par la Société tiers-mandataire dépendant de ces offices.

L'enlèvement devra être fait par les adjudicataires au plus tard dans le délai de dix jours après la date du paiement. Passé ce délai, et après une mise en demeure par lettre recommandée, l'article dont il n'aura pas été pris livraison

sera vendu aux enchères publiques pour le compte et aux risques de l'adjudicataire.

Un second règlement, en date également du 1er avril, publié au *Journal Officiel* du 1er mars, détermine les formes suivant lesquelles est exercé le droit de préemption qui appartient à l'Etat, aux Départements, communes, colonies, pays de protectorat et établissements publics.

Obligation personnelle de la femme mariée envers le médecin qui l'a soignée.

Je vous serais obligé de me renseigner sur le cas suivant :

M. le Dr B., chirurgien à G., a procédé à l'opération de la hernie étranglée, au mois de septembre 1908, sur la personne de Mme S., épouse de M. C..

M. B. a demandé 400 francs pour cette opération et les époux C. ne l'ayant pas payé, il a pris, le 17 novembre 1909, un jugement devant le Juge de Paix condamnant les époux C. solidairement entr'eux à payer la dite somme.

Après ce jugement, le sieur C. a été déclaré en faillite. Sa femme a fait appel du jugement en prétendant à l'appui de son appel qu'elle a obtenu sa séparation de biens et renonce à la communauté et que M. B. ne pouvait obtenir un jugement la condamnant personnellement au paiement des frais de l'opération.

Il s'agit donc de savoir si lorsqu'une opération est faite ou, d'une façon plus générale, lorsque des soins sont donnés par un médecin à une femme solvable mariée à un mari insolvable, le médecin n'a pas une action directe et personnelle contre la femme solvable qui a profité de ses soins et de son intervention. Ou si, au contraire, comme le prétendent les époux C., la creance dudit médecin ne frappe que sur la communauté et la femme ne peut jamais être personnellement débitrice du médecin.

Réponse.

Le premier débiteur du médecin est le client qu'il a soigné.

En ce qui concerne notamment les soins donnés à la femme, il a été jugé que si les frais d'accouchement constituent une dette de la communauté, la femme n'est pas moins personnellement débitrice envers le médecin (Trib. civ. de la Seine, 6 juillet 1885, *Gaz. du Palais*, 1886, I, supp. 12.; Bordeaux, 19 janv. 1903. *Gaz. des Trib.*, 1909, I, 2, 335 ; *Conc. Méd.* 1903, p. 366). Elle ne pourrait valablement se soustraire à la réclamation du médecin en renonçant à la communauté depuis l'accouchement (Trib. civ. Seine, 6 juillet 1885, précité).

La femme mariée sous le régime de la communauté et qui a reçu les soins d'un médecin est débitrice personnelle envers ce dernier, sans

(*Voir la suite page XXIX*-1017).

L'Action TOTALE de la digitale est réalisée par la

DIGIFOLINE CIBA

Cardio-tonique et cardio-régularisatrice

INGÉRABLE { Comprimés à 0 gr. 10 INJECTABLE { Ampoules de 1 cm³ = 0 gr. 10

PRÉPARATION DIGITALIQUE DE TOUT PREMIER ORDRE

Correspond poids pour poids à la feuille de Digitale

Laboratoires Ciba, O. ROLLAND, Pharmacien, 1, *place Morand, LYON.*

OBÉSITÉ, MYXŒDÈME, GOITRE, FIBROMES, MÉTRORRHAGIES, HYPERTROPHIE de la PROSTATE

Capsules de Corps thyroïde Vigier

à 0 gr. 10 centigr. par capsule. — Dose ordinaire : 2 à 6 capsules par jour.

Ces capsules ne se prennent que sur l'ordonnance du médecin.

PHARMACIE VIGIER, 12, BOULEVARD BONNE-NOUVELLE, PARIS

BRONCHITES

ASTHME · TOUX GRIPPE

GLOBULES DU Dr DE KORAB A L'HÉLÉNINE DE KORAB

EXPÉRIMENTÉS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

2 à 4 par jour

L'HÉLÉNINE DE KORAB calme la toux, les quintes même incoercibles, tarit l'expectoration, diminue la dyspnée, prévient les hémoptysies. Stérilise les bacciles de la tuberculose et ne fatigue pas l'estomac

CHAPES 12, RUE DE L'ISLY PARIS

MENTON

" L'Hermitage "

Maison de Cure climatique des Drs GALLOT et COUBARD



Convalescences
Etats asthéniques
Maladies de la nutrition

Contagieux exclus

Cures d'air et de soleil
Hydrothérapie
Régimes

USINES CHIMIQUES DU PECQ

CHIMIOTHÉRAPIE ANTITUBERCULEUSE

BACTIOXYNE

MANGANATE CALCICO-POTASSIQUE

en ampoules de 5cc

pour injections intraveineuses et instillations rectales.

Adresser toute la Correspondance et les demandes d'Echantillons aux

USINES CHIMIQUES DU PECQ. 39, Rue Cambon, PARIS

Dépôt dans les principales Pharmacies de France et à PARIS, Pharmacie BAUDRY, 68, *Boulevard Malesherbes.*

Une Eau Purgative Française

GUBLER PURGATIVE

DÉRIVÉE DE LA SOURCE CHATELGUYON-GUBLER

EAU CARBO-GAZEUSE
CHLORURÉE ET SULFATÉE
SODIQUE ET MAGNÉSIENNE



DOSES
LAXATIVE : 1 à 2 verres à bordeaux.
PURGATIVE : la totalité de la bouteille.

RENSEIGNEMENTS | **SOCIÉTÉ des EAUX MINÉRALES de CHATEL-GUYON, 6, Square de l'Opéra, PARIS.**
Pharmacie MONNIOTTE, 70, Rue Legendre, PARIS.

LE FUMIGATOR GONIN

n'est plus réquisitionné

pour les seuls besoins du Service de Santé de l'Armée
et des Services publics de désinfection

IL EST DE NOUVEAU A LA DISPOSITION DU PUBLIC

MM. les Pharmaciens peuvent se le procurer chez les Droguistes et Commissionnaires en Spécialités ou aux **ETABLISSEMENTS GONIN**

60, rue Saussure, PARIS (17e)

ADRESSE TÉLÉGRAPHIQUE : **FUMIGATOR-PARIS.** —o— TÉLÉPHONE : Wagram 17-23

Prix actuel : au Public, le FUMIGATOR No 4, pour 20^{m^3} : **6 fr.**

Rabais de 25 0/0 à MM. les Médecins qui s'adressent directement à nous

PROPOS DU JOUR

Vers une organisation nouvelle de l'exercice de la médecine.

Tout le monde reconnaît que les progrès techniques de la médecine depuis un siècle exigent une réorganisation complète de l'exercice de notre art. Le praticien isolé ne peut matériellement pas s'outiller suffisamment pour faire bénéficier ses malades, tant au point de vue du diagnostic que du traitement, de toutes les découvertes.

Il est nécessaire que les médecins s'associent et se procurent en commun le matériel de plus en plus complexe qui leur devient indispensable. C'est dans ce but que nous avons, avant ou après plusieurs de nos confrères clairvoyants, tracé un prompt sommaire d'associations de coopération médicale ; c'est pour donner le bon exemple d'une expérience médico-sociale, des plus généreuses et des plus intéressantes, que le Dr Roulliès, d'Agen, a créé à ses frais et mis à la disposition de ses confrères une institution telle que nous la concevons.

Malheureusement à cela se sont bornés jusqu'ici les efforts des praticiens ; des articles de journaux, des projets sur le papier et une unique tentative, due à la générosité d'un seul, c'est bien peu pour réorganiser l'exercice de la médecine en France.

Pendant ce temps et par le fait de la terrible leçon de choses que la guerre a donnée au public, tout le monde s'est rendu compte en France que la pratique médicale au XXe siècle ne devait plus être ce qu'elle était au XIXe siècle. Les recherches de laboratoire, la radiologie, la sérothérapie préventive ou curative, etc., etc., sont entrées dans le domaine public, et spontanément le malade en réclame l'application à son médecin. Cette application est actuellement possible dans une ville importante, mais sa mise en œuvre est longue et très onéreuse. La coopération médicale pourrait la rendre rapide et abordable aux malades de toutes conditions.

Cette coopération n'a pas été encore réellement tentée parce que le médecin français est foncièrement individualiste, qu'il est jaloux de son indépendance absolue comme de sa clientèle, que, très conservateur sous des apparences parfois révolutionnaires et qui au fond ne sont que frondeuses, il est méfiant surtout à l'égard du confrère. Admirablement « débrouillard » comme les gens qui, vivant isolés, savent s'ingénier pour se tirer toujours d'affaire, le praticien français n'aime guère la discipline collective et son esprit s'adapte mal à une organisation méthodique. En somme, le médecin français, indépendant et individualiste, a naturellement les défauts de ses qualités.

Mais si le praticien n'a pas voulu ou n'a pas pu réorganiser l'exercice de son art, les collectivités corporatives, industrielles, mutualistes, philanthropiques, administratives et autres, se basant sur les enseignements fournis par les formations sanitaires au cours de la guerre, tentent de réaliser cette organisation de médecine moderne. Les ressources financières qui font défaut aux praticiens ne leur manquent pas et nous assistons avec dépit à une révolution de notre organisation professionnelle faite en dehors de nous, sans nous et parfois contre nous. Notre indolence, notre aveuglement ou notre impuissance font qu'au lieu d'être constitués en coopératives de production de soins médicaux (pour parler le jargon actuellement en usage) offrant leurs services aux malades, nous sommes isolément appelés à venir prendre du service et recevoir des ordres dans des coopératives de consommation de soins médicaux.

Le problème se trouve ainsi resolu, mais en renversant les données.

Que faire ? Un seul moyen se présente : proposer aux organisations de malades qui, désirant être soignés et bien soignés, sont résolus à faire tous les frais nécessaires, de traiter avec les médecins étroitement associés et de signer avec les Syndicats médicaux des contrats collectifs sérieusement élaborés où les deux parties s'efforceront de respecter réciproquement leurs droits et de concilier leurs intérêts.

Que nos lecteurs ne se figurent pas que nous exposons là de simples vues de l'esprit, des conceptions nuageuses et philosophiques, des prophéties qui pourront se réaliser dans un ou plusieurs siècles. Non, tout cela existe en fait ; ce n'est plus en voie de réalisation, c'est réalisé ; c'est même en voie de se généraliser et en voici la preuve :

Un de nos confrères, très au courant des efforts que font les groupements ouvriers pour organiser chez eux les soins médicaux et l'hygiène sociale, m'affirma que, dans une grande ville industrielle du Centre, une Association ouvrière très importante avait réussi à se constituer dans ce but et à créer une institution puissante qui fonctionnait parfaitement, en dehors et même en dépit du corps médical de la région qui n'avait pu s'entendre avec elle.

Il m'engagea à me renseigner auprès du secrétaire de l'Union des syndicats ouvriers de ce dé-

partement, homme fort intelligent qui avait pris une part très active à cette création. Je lui écrivis aussitôt et le priai de me renseigner, lui faisant remarquer que mon désir était d'engager les médecins syndiqués à signer des contrats collectifs avec les groupements qui désireraient organiser sérieusement les soins médicaux et l'hygiène sociale dans le plus grand intérêt des malades en évitant l'exploitation du corps médical.

J'ai reçu la réponse suivante :

Union des Syndicats ouvriers de X

Bourse du travail de Z

Z, le 24 mars 1920.

A Monsieur Julien Noir, docteur en médecine rue Linné, 9, Paris 5e.

Monsieur,

J'ai bien reçu en son temps votre honorée.

Je vous prie de m'excuser du long retard mis à vous répondre, une mauvaise grippe m'a beaucoup retardé dans mes affaires.

En effet, j'avais eu l'extrême plaisir de rencontrer M. le Dr D. et de converser avec lui de l'organisation des soins médicaux que nous avions instituée à Z.

Depuis 1913, nous avions conçu l'idée de créer un service médical à l'usage des mutualistes, des coopérateurs, des syndiqués et de leurs familles.

La déclaration de guerre survenant nous avait empêché de poursuivre nos projets, néanmoins nous avions eu le temps de constituer l'Association qui devait conduire à bien notre œuvre.

Nos buts sont d'assurer des soins médicaux, aussi complets et étendus que le permettront nos ressources aux malades de nos associations et à nos accidentés du travail ; établir un service d'hygiène sociale et de prophylaxie en vue de combattre les maladies contagieuses, tuberculose, syphilis, etc, etc., créer un Conseil judiciaire à l'usage de nos adhérents et de nos organisations en vue de l'application des lois sociales d'hygiène ou régissant le travail ; organiser sur ces matières des conférences éducatives en dehors de toute préoccupation d'ordre politique.

Notre société ne s'est pas donné pour but la réalisation de profits sous une forme quelconque, aucun intérêt n'est accordé au capital engagé dans l'affaire, aucune répartition de bénéfices ne peut être faite ; en dehors de la réserve légale imposée, tous les bénéfices, s'il en existe, doivent être employés à l'extension, à l'amélioration et perfectionnement des divers services créés ; en cas de liquidation de la société tout l'avoir, matériel ou agencements, revient à la ville sans que les sociétés qui y ont engagé des fonds puissent les revendiquer.

Notre fonctionnement date du 1er octobre dernier, notre service médical prend tous les jours du développement, un service d'accouchements fonctionne depuis un mois, un service gratuit de consultations aux nourissons va fonctionner dans le courant d'avril; un service judiciaire fonctionne depuis le mois de janvier dernier ; nous poursuivons activement l'amélioration de notre service médical par l'adjonction de services auxiliaires à l'usage des médecins, car nous voulons les armer et leur donner toutes les possibilités pour leur permettre d'établir des diagnostics aussi précis que faire se peut.

Si nous n'avons pas voulu faire de notre œuvre une source de profits, nous n'avons pas voulu en faire également un instrument de lutte et de concurrence contre le corps médical ; nous nous estimons largement payés de nos efforts, si nous pouvons obtenir une guérison plus prompte avec des soins moins mesurés à la valeur de notre porte-monnaie.

Au reste il est avéré que les prix des soins sont un peu plus élevés que ceux fixés par les tarifs des médecins locaux.

Le meilleur marché n'est pas toujours le moins cher.

Voici, Monsieur les renseignements qu'il m'est possible de vous fournir en ce moment.

Je ne peux que vous féliciter de votre idée, d'aiguiller les syndicats médicaux dans la voie d'assurer aux collectivités quelles qu'elles soient les soins médicaux ; c'est en même temps les amener à organiser la médecine.

Bien aveugles sont ceux qui se refusent à voir les évolutions actuelles dans tous les domaines de l'activité humaine : vie scientifique, sociale, commerciale et industrielle.

L'évolution ne s'arrête pas au gré des hommes selon leurs conceptions philosophiques ou au gré de leurs intérêts, elle poursuit son cours et écrase parfois les imprudents ou les ignorants qui prétendent l'endiguer.

Producteurs, les médecins sont et seront toujours indispensables à l'humanité ; ils ont donc leur place dans la famille humaine, ils doivent vivre honorés et respectés.

Mais à mon sens, ils ont un double devoir, mettre à la disposition de leurs semblables la plus grande somme des connaissances scientifiques qu'ils ont pu acquérir et se défendre contre la dépendance d'une mauvaise organisation sociale qui n'aurait à sa base que le souci de ses intérêts.

Vous avez raison de pousser à l'entente entre les producteurs médecins et les consommateurs malades.

Puissent les syndicats médicaux comprendre que c'est là une grosse question d'avenir et le moyen pour votre honorable corporation d'échapper à l'exploitation qui la guette.

Recevez, Monsieur, l'assurance de mes sentiments très distingués.

Le secrétaire de l'Union des Syndicats ouvriers de X.

R...

Cette lettre, dans laquelle je regrette de ne pas trouver de précisions sur les détails de l'organisation du service médical de cette association, mérite cependant d'être méditée, surtout lorsque l'on saura que l'exemple est contagieux et que peut-être avant peu, 20 ou 30 villes industrielles en France seront pourvues d'Associations semblables. Elle donnera à réfléchir aux sceptiques et aux inconscients « qui se refusent à voir les évolutions actuelles dans tous les domaines de l'activité humaine » et qui, « imprudents ou ignorants » seront inévitablement écrasés s'ils veulent s'opposer à la marche inéluctable du Progrès, quand, en bonne logique, ils auraient dû le précéder et lui servir d'avant-garde.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE INFANTILE

UNIVERSITÉ DE PARIS

Hôpital des Enfants-Malades :

M. le prof. agrégé NOBÉCOURT.

L'adénopathie trachéo-bronchique est une affection de tous les âges, mais elle s'observe avec une fréquence particulière dans l'enfance. Elle prend alors un intérêt spécial et évolue d'une manière indépendante, au point de devenir une véritable maladie. Ceci est surtout vrai pour certaines périodes de l'enfance. Dans la première année les ganglions trachéo-bronchiques s'hypertrophient peu. L'adénopathie trachéo-bronchique prend de l'importance à partir de 1 an 1/2 ou 2 ans, importance qu'elle garde jusqu'à 8, 10, 12 ans, et qui diminue ensuite pour se rapprocher de la pathologie ganglionnaire de l'adulte.

Je vous présente, à titre d'exemple, un petit malade de 8 ans entré dans le service il y a 15 jours, avec de la fièvre (39°5), de la céphalée, de la toux, phénomènes qui remontaient à trois ou quatre jours. L'enfant était fatigué, amaigri. A l'examen, nous avons trouvé des symptômes et des signes d'adénopathie trachéo-bronchique, associée à une poussée de congestion pulmonaire gauche. Le diagnostic a été confirmé par la radioscopie. La température a diminué, mais le petit malade reste fébricitant. La congestion pulmonaire s'est atténuée, alors que les signes d'adénopathie trachéo-bronchique persistent. La cuti-réaction s'est montrée positive, indiquant la nature bacillaire de l'adénopathie.

Je vais vous entretenir, à ce propos, des symptômes et du diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique. C'est une maladie qu'il faut rechercher d'une manière assez systématique, quand on se trouve en présence d'un enfant offrant un état général défectueux, un état fébrile que rien de précis ne vient expliquer. Il est, en effet, des formes de cette affection qui se traduisent par une symptomatologie plus ou moins caractérisée, des formes latentes. Un examen attentif permet seul, alors, de faire le diagnostic.

Je vous parlerai tout à l'heure des symptômes généraux : ils sont liés à l'étiologie. Les symptômes locaux sont souvent des symptômes d'emprunt, dus à la compression ou à l'irritation d'organes voisins. Rappelez-vous la situation et les rapports des ganglions dans le médiastin. On distingue quatre groupes ganglionnaires principaux. Deux de ces groupes (l'un à droite, l'autre à gauche) sont situés dans l'angle formé par la trachée et la bronche correspondante : groupes juxta-trachéaux. Le groupe droit, le plus volumineux, est au-dessus de la veine cave, en rapport avec la grande veine azygos, et avec le nerf pneumogastrique. Le groupe gauche est situé au-dessus du pédicule pulmonaire, au-dessous de la crosse de l'aorte. Il est en rapport avec le pneumogastrique et surtout le récurrent. Un troisième groupe est constitué par les ganglions inter-trachéaux-bronchiques. Il est en rapport avec le pneugastrique et l'œsophage. Le quatrième groupe, enfin, comprend les ganglions péri-bronchiques situés autour des bronches, qui s'enfoncent assez loin dans les poumons.

Connaissant ces rapports, on peut en déduire les symptômes de compression et d'irritation dont je parle. L'irritation de voisinage se traduit par de la toux, toux à caractère quinteux, coqueluchoïde. Cette toux se distingue de la coqueluche en ce qu'elle ne s'accompagne pas d'expectoration de mucosités filantes. Ces éléments, toutefois, ne sont pas toujours nets dans la coqueluche, au début en particulier, si bien qu'on peut être embarrassé pour savoir si l'on a affaire à une coqueluche débutante ou à une toux d'adénopathie. D'ailleurs, ces toux quinteuses ne s'observent pas seulement dans la coqueluche et l'adénopathie trachéo-bronchique : on les voit également dans les rhino-pharyngites, les adénoïdites.

A côté de la toux se placent les troubles de la respiration. Ils sont plus ou moins fréquents. Ils manquent assez souvent. Lorsqu'ils existent ils se traduisent par un état dyspnéique, surtout après une marche. Dans des cas extrêmes, la dyspnée s'accompagne de cornage, de sifflage, de bruit de raclement, inspiratoire ordinairement. Notez que chez les nourrissons, au-dessous de 3 ans, le bruit est plutôt expiratoire, ce qui s'explique par le peu de résistance, à cet âge, de la paroi bronchique, qui se laisse déprimer, au moment de l'expiration, par le poumon et l'adénopathie.

D'autres fois, les enfants ont des accès de dyspnée qui peuvent revêtir deux types. L'un est le type d'asthme, asthme ganglionnaire, qui éclate le jour ou la nuit, avec l'expiration lente, sifflante, l'oppression de la crise d'asthme. Sans doute, l'asthme vrai existe dans l'enfance, mais il est généralement familial. Chez un enfant

souffrant de crises d'asthme, sans hérédité similaire, on doit penser à l'adénopathie trachéo-bronchique ou à l'asthme adénoïdien symptomatique des végétations adénoïdes. L'autre type d'accès dyspnéique est celui dépendant de spasmes de la glotte. Là encore, ce symptôme n'est nullement caractéristique. Vous aurez à distinguer le spasme glottique symptomatique de l'adénopathie du spasme de la laryngite, de la tétanie. L'examen complet du malade vous guidera. Vous comprenez pourquoi une adénopathie trachéo-bronchique peut créer ces spasmes. Quand elle siège à gauche, elle est susceptible d'irriter le nerf récurrent qui l'avoisine. On peut voir aussi des troubles de la voix, dus non à une excitation, mais à une paralysie du récurrent.

En présence d'un malade atteint de ces symptômes — toux quinteuse, troubles respiratoires — il convient de passer à l'examen physique. Il faut le faire d'une façon méthodique.

L'inspection ne donne généralement pas grand'chose. Seules, les adénopathies volumineuses peuvent déterminer des troubles de compression veineuse appréciables sur la paroi thoracique antérieure. Quand la compression diminue la pénétration de l'air d'un côté, on peut noter une sorte d'asymétrie du thorax, et, parfois, surtout chez le nourrisson, une voussure due à l'emphysème compensateur.

Beaucoup plus importants sont les signes de percussion. Guéneau de Mussy, qui les a bien décrits, en a indiqué les deux sièges, l'un postérieur, l'autre antérieur. Rappelez-vous que le groupe ganglionnaire principal correspond au corps de la 3e vertèbre dorsale. A ce niveau, dans l'espace inter-scapulo-vertébral, se trouve alors une zone de matité ou de submatité, qui remonte en haut jusqu'à la 2e vertèbre dorsale, descend en bas jusqu'à l'apophyse épineuse de la 3e dorsale, et s'étend, en dehors, sur une longueur de deux à trois centimètres. C'est à cet endroit, dans cette aire, que vous devez rechercher la matité. Pour obtenir un résultat, il faut percuter méthodiquement. L'enfant étant assis sur son lit, on fait incliner la tête en avant, on place le doigt parallèlement à la ligne des apophyses épineuses, en dehors de celles-ci, en faisant bien adhérer le doigt à la paroi thoracique, et l'on percute, d'abord doucement, puis plus fort, en recherchant les différences de sonorité entre les deux côtés. Si les deux côtés sont atteints, on trouve de la submatité, ou de la matité franche, bilatérale. On constate, en outre, une perte de l'élasticité de la paroi, qui tient à une augmentation de la résistance sous-jacente.

L'aucultation révèle à cet endroit des modifications des bruits respiratoires plus ou moins nettes. Elles ont pour base la transmission exagérée du bruit bronchique à l'oreille, le tissu densifié qui entoure les bronches amplifiant le bruit. Ceci se traduit par un souffle bronchique, inspiratoire et expiratoire. Pour des raisons encore mal déterminées, il arrive que ce souffle prend un caractère caverneux et donne l'impression d'une caverne. Il peut se faire quelquefois, tout à fait exceptionnellement il est vrai, que le ganglion se creuse, se ramollisse, s'ouvre dans la bronche et devienne une véritable caverne ganglionnaire. Comme, assez souvent, il existe concomitamment des bruits humides dus à la bronchite, à des poussées congestives péri-ganglionnaires, bruits qui se transmettent plus facilement à l'oreille et offrent un caractère acoustique cavitaire, on a, en pareil cas, une symptomatologie pseudo-cavitaire.

La recherche des vibrations ne donne pas — il en est ainsi, chez l'enfant, d'une manière générale — des renseignements bien nets. Plus intéressante est l'auscultation de la voix chuchotée. D'Espine conseille de faire dire à l'enfant, à voix basse, le chiffre 333 et d'ausculter pendant ce temps de haut en bas. Normalement, on cesse d'entendre le retentissement vocal à la 1e vertèbre dorsale. Au contraire, quand il y a adénopathie, on entend la voix jusqu'à la 3e et la 4e vertèbres dorsales. Ce phénomène de pectoriloquie aphone, connu sous le nom de signe de d'Espine, serait, pour cet auteur, pathognomonique de l'adénopathie.

Passons maintenant à l'examen de la région thoracique antérieure. Il fournit des signes moins précis, habituellement, que l'examen de la région inter-scapulo-vertébrale. Il existe, en avant, une aire de matité décrite par Guéneau de Mussy. Elle siège à l'union de la poignée et du corps du sternum, débordant celui-ci au niveau des 1er et 2e espaces intercostaux. On y trouve les mêmes symptômes qu'en arrière, mais plus difficiles à interpréter, moins accusés et qui se confondent facilement avec les bruits cervicaux.

A cette région, on a signalé un souffle veineux appréciable lorsque la tête est renversée en arrière : c'est le signe de Schmidt. En réalité, ce signe n'offre pas une très grande valeur et il est lié, comme les souffles veineux habituels, à la déglobulisation.

L'adénopathie peut s'accompagner d'autres signes. Quand la bronche est comprimée, elle laisse entrer moins d'air et il y a un certain degré d'atélectasie pulmonaire. Souvent, alors, vous trouverez dans la région sus-épineuse un murmure vésiculaire affaibli, faisant penser à une tuberculose pulmonaire. On a observé, parfois, les mêmes phénomènes aux bases, mais ce que l'on rencontre plutôt là ce sont des congestions passives, de la submatité et même quelques crépitations fines, phénomènes de stase dus aux compressions des veines pulmonaires par les ganglions.

Ces enfants, d'autre part, ont souvent des bronchites tenaces. Enfin, ils peuvent être tuberculeux, la tuberculose ganglio-pulmonaire étant fréquente.

Tels étaient les moyens dont nous disposions autrefois pour diagnostiquer l'adénopathie trachéo-bronchique. Aujourd'hui, à ces moyens, s'en ajoute un autre, la radioscopie, qui nous donne en outre une plus grande précision. L'examen radioscopique se fera d'avant en arrière, ou de champ.

Toutes les fois que cela sera possible, vous ferez bien de faire confirmer le diagnostic par la radioscopie. Mais, il ne faut pas croire celle-ci indispensable. Je ne partage pas l'opinion des médecins qui ne veulent faire ce diagnostic qu'appuyé par l'examen aux rayons X. Certes, il est des cas où les ganglions de l'adénopathie échappent aux signes cliniques. Néanmoins lorsque ceux-ci existent, ils suffisent. L'examen radiologique viendra en confirmation, si possible.

Je vous disais tout à l'heure que les symptômes généraux étaient liés à l'étiologie, à la nature de l'adénopathie. La cause la plus fréquente de celle-ci est la tuberculose. Il faut toujours y penser et n'admettre une autre cause qu'après élimination du bacille de Kock.

Dans l'adénopathie bacillaire, la fièvre — continue, passagère, légère — n'est pas rare. Chez les enfants atteints de fièvre de ce genre, dont l'étiologie n'apparaît pas clairement, vous trouverez souvent une signature par la recherche des ganglions. La cuti-réaction permettra de caractériser la nature bacillaire de l'adénopathie.

Il existe également des adénopathies inflammatoires, non tuberculeuses. Elles se voient chez les enfants qui ont eu des broncho-pneumonies, des bronchites, la coqueluche, chez les enfants atteints de végétations adénoïdes infectées. Le fait d'être adénoïdien ne veut pas dire que la tuberculose n'est pas en cause, mais si la cuti-réaction répétée plusieurs fois reste négative, la précision devient plus grande. On a alors de grandes probabilités en faveur des adénopathies inflammatoires banales, non tuberculeuses. Il vous arrivera encore d'observer des adénopathies trachéo-bronchiques chez des hérédo-syphilitiques. J'en ai vu deux cas où la guérison a été obtenue par la cure spécifique. Vous pouvez rencontrer enfin de grosses adénopathies trachéo-bronchiques chez les enfants atteints de lymphadénome. Nous en avons eu un exemple dernièrement dans le service. Le petit malade suffoquait et nous avons pu le soulager par la radiothérapie.

Donc, quand vous aurez porté le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique, il faudra faire un diagnostic étiologique, et penser avant tout à la tuberculose — puis aux adénopathies simples, à la syphilis, plus rarement à la leucémie. Retenez aussi la nécessité, chez l'enfant, de bien connaître l'adénopathie trachéo-bronchique et de toujours pratiquer un examen des régions médiastinales.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

THÉRAPEUTIQUE

Le fluorure de sodium dans les infections gastro-intestinales,

Par le Dr E. Maurin, de Toulouse.

La médication antiseptique désignée contre les infections intestinales est aussi variée qu'abondante. Dérivés *phénoliques*, *ferments*, *sérums*, composés minéraux ou organiques, etc. La liste serait longue à donner s'il fallait énumérer tous les remèdes proposés ou utilisés dans les gastro-entérites.

Leur nombre indique du reste leur insuffisance ou leur inconstance thérapeutique.

Cependant, il en est un à peu près ignoré, ou tout au moins très délaissé par les médecins, le fluorure de sodium, qui vaut la peine d'être retenu dans cette pléiade de médicaments intestinaux.

Nous avons repris systématiquement son étude thérapeutique, et, convaincu maintenant de son efficacité, nous voudrions lui redonner la place qu'il mérite dans notre arsenal médicamenteux.

Le fluorure de sodium est un corps blanc, cristallisé, de saveur légèrement âcre, parfaitement soluble dans l'eau, ce qui facilite son emploi.

Bien qu'à peu près abandonné en thérapeutique, il a toujours été utilisé cependant comme antiseptique général. C'est ainsi qu'on l'emploie très souvent pour la conservation des substances alimentaires, comme le lait, la bière, les moûts. En urologie, il arrête nettement, même à la dose de quelques centigrammes, la fermentation ammoniacale des urines, d'où son emploi dans le traitement de certaines cystites par lavages intra-vésicaux d'une solution à 0 gr. 25 pour mille.

Mais son réel avantage se manifeste surtout dans les maladies du tube digestif. Nous l'avons expérimenté ou fait expérimenter dans tous les cas d'infections intestinales telles que les entérites et gastro-entérites aiguës des nourrissons et des adultes, dans la dysenterie, dans les entéro-colites glaireuses et muco-membraneuses : il s'est toujours montré souverainement actif. Dans la fièvre typhoïde, dans les formes abdominales de la grippe, son administration a été suivie de diminution de la fièvre et d'une déso-

dorisation des selles. La tuberculose intestinale elle-même s'est trouvée avantageusement influencée par lui.

Il modifie, par conséquent, fort utilement la flore microbienne intestinale par ses qualités antiseptiques. Associé à la belladone, il calme efficacement les douleurs abdominales, coliques, spasmes, ténesmes, qui accompagnent fréquemment la plupart des affections intestinales.

Il nous a été possible de recueillir toute une série d'observations cliniques qui confirment l'activité de ce médicament.

Le cadre de cet article ne nous permet pas de les publier tout au long, mais nous pouvons dire que jamais il n'a été en défaut et son action efficace s'est toujours fortement révélée.

Quant aux formes pharmaceutiques sous lesquelles on peut l'utiliser, elles sont éminemment variables.

On peut d'abord l'employer en solution, en potion, seul ou associé à d'autres médicaments, notamment avec la belladone qui constitue son association de choix, comme nous l'avons dit plus haut.

La composition suivante, à titre d'exemple, est très bien acceptée par les malades et se prête à toutes les conditions d'âge du sujet ou d'intensité de la maladie.

Fluorure de sodium.........	10 centigr.
Sirop de belladone..........	30 grammes
Julep.......... q. s. pour.	200 cc.

qu'on donne par cuillerées à soupe toutes les 3 heures aux adultes, par cuillerées à café aux enfants. On peut, suivant les circonstances, augmenter ou diminuer le nombre de cuillerées par 24 heures.

La simple solution dans l'eau à la dose de 0 gr. 50 pour mille peut parfaitement être administrée, elle aussi, par cuillère à soupe ou à café dans les mêmes conditions que la potion précédente. La dilution extrême de cette solution fait qu'elle est à peu près insipide.

La forme pilulaire lui convient aussi ; on peut le prescrire de la façon suivante :

Fluorure de sodium...........	1 centigr.
Extrait de belladone...........	5 milligr.
Extrait de chiendent q. s. pour	
1 pilule N° 20..............	

Quatre à six pilules par jour, suivant le cas.

A côté de son absorption stomacale, le fluorure de sodium peut aussi être utilement employé en lavement dans les différentes colites. A la dose de cinq centigrammes pour un litre ou pour un demi-litre d'eau bouillie, il aide puissamment à la désinfection du gros intestin. L'addition de quelques gouttes de laudanum à ces lavements permet aux malades de les conserver suffisamment pour que l'action antiseptique se manifeste.

Enfin, sous forme de comprimés dosés à un centigramme chacun, édulcorés et parfumés à l'essence de menthe ou de citron, et qu'on laisse fondre dans la bouche, il constitue un excellent antiseptique buccò-pharyngé. Il joue ainsi à la fois un rôle très efficace dans le traitement des affections des voies digestives supérieures (stomatites, pharyngites) et rend, en outre, d'excellents services comme moyen prophylactique vis-à-vis des infections microbiennes à porte d'entrée digestive.

Telle est, rapidement exposée, l'histoire thérapeutique du fluorure de sodium.

Sa toxicité a été bien exagérée, et les reproches qu'on peut lui adresser à ce sujet viennent de ce qu'il fut, à une époque, essayé à doses très élevées en injections intra-veineuses dans le traitement de la tuberculose. En réalité, en le prescrivant aux doses légères que nous venons d'indiquer, il est dépourvu de toutes propriétés toxiques et son efficacité est hors de doute dans le traitement toujours difficile des affections gastro-intestinales.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

L'encéphalite léthargique, maladie polymorphe.

(*Académie de médecine. — Société médicale des Hôpitaux.*)

A l'Académie de médecine et à la Société médicale des hôpitaux de Paris, l'encéphalite léthargique occupe une grande partie des séances. C'est la question d'actualité par excellence, celle qui non seulement est chaque fois à l'ordre du jour, mais qui encore soutient l'attention. Son histoire évolue d'ailleurs avec rapidité. Le praticien qui suit la marche et les aspects successifs de ce protée a quelque peine à le reconnaître dans son polymorphisme actuel.

Encéphalite léthargique, dit M. Netter.

Encéphalite aiguë myoclonique et insomnique, disent MM. Sicard et Kudelski.

Encéphalite avec paralysies, avec catatonie, hypertonie, ajoutent les mêmes auteurs.

Encéphalite insomnique, avec choréo-ataxie et délire, remarque M. Henri Roger (de Marseille).

Encéphalite aiguë d'abord myoclonique, puis léthargique (Bernard et Boissart), ou d'abord léthargique avec myoclonies et délire (Roger et Aymes).

Encéphalite léthargique à forme ambulatoire, sans fièvre (Ramond, Sicard).

Encéphalites léthargiques à formes frustes et légères (R. Bernard).

Encéphalite léthargique à forme de hoquet (mé-

decins de Versailles ; épidémie de Berlin, d'après le *Daily Mail*).

Encéphalite léthargique à forme délirante et hallucinatoire (M. Briand et Rouquier).

Encéphalite aiguë épidémique ou encéphalite épidémique, enfin, suivant le terme que propose M. Chauffard, après Hall, ce qui permet d'englober sous un qualificatif très général toutes les variétés assez dissemblables de la maladie.

Nous sommes loin de la première description de M. Netter et du trépied symptomatique qui caractérisait l'encéphalite léthargique il y a deux ou trois mois encore. Pour guider les praticiens qui nous lisent et leur permettre de suivre plus aisément les discussions des sociétés savantes, donnons un fil conducteur et exposons en quelques mots les étapes de la question.

Lorsque, en 1918, Netter parla, le premier en France, d'une encéphalite léthargique épidémique, la maladie avait pour physionomie permettant de la reconnaître l'association de 3 grands symptômes : la léthargie, la fièvre, les troubles oculaires, avec l'intégrité du liquide céphalo-rachidien.

Bientôt, M. Netter lui-même fit observer que les troubles oculaires offraient une certaine variabilité. Au début de la recrudescence épidémique de 1919-1920, il nota leur inconstance, leur absence une fois sur trois.

Vinrent alors (janvier 1920) les observations de M. Achard et de M. Widal, qui rencontrèrent chez plusieurs malades des altérations du liquide céphalo-rachidien, une lymphocytose de ce liquide. M. Achard signalait également une atténuation très grande possible du symptôme somnolence et la diversité clinique de l'encéphalite léthargique.

La maladie conservait néanmoins son caractère général d'affection léthargique. C'est à ce moment (février 1920) que M. Sicard rapporta des cas d'encéphalite « léthargique » sans léthargie, cas où la symptomatologie comportait surtout des douleurs et des secousses musculaires, secousses brèves, explosives, dans les muscles des membres, de la face, de l'abdomen, au diaphragme (encéphalite aiguë myoclonique).

Alors, le trépied symptomatique étant rompu, rien n'empêchait de faire rentrer dans le groupement « encéphalite » des troubles morbides observés actuellement à l'état épidémique, de divers côtés, ne rentrant dans aucun cadre pathologique connu, et qui, par leur trait commun, d'être « encéphaliques », pouvaient logiquement être réunis ensemble comme des formes diverses de la même maladie.

C'est ainsi qu'on décrivit, avec exemples plus ou moins nombreux à l'appui, des formes délirantes, paralytiques, choréo-ataxiques, catatoniques, ambulatoires, de hoquet épidémique, etc.., de l'encéphalite.

Les liens qui permettent de relier ces états morbides, qui vont du sommeil profond à l'insomnie complète, de la paralysie à la catatonie et à la myoclonie sont : d'une part, leur caractère épidémique, leur apparition simultanée dans ce milieu épidémique ; d'autre part, cet élément général d'être d'ordre cérébropathique et de comporter des formes de transition. Il est possible, d'ailleurs, que certains de ces faits soient classés par erreur dans ce groupe et qu'ils n'appartiennent pas à l'encéphalite « léthargique », qu'il est préférable d'appeler, maintenant, avec M. Chauffard, *encéphalite épidémique.*

Encéphalite léthargique et encéphalite myoclonique.

(M. Sicard. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Depuis le mois de décembre 1919, M. Sicard a observé 23 cas d'encéphalite myoclonique et 10 cas seulement d'encéphalite léthargique. Cette dernière forme lui paraît donc moins commune.

M. Comby croit la forme myoclonique de l'encéphalite fréquente. C'est peut-être elle la variété la plus habituelle de la maladie. On a dû souvent la méconnaître, l'attention n'ayant été attirée sur elle que tout dernièrement. En une semaine, M. Comby en a observé 3 cas. L'un d'eux commença par des douleurs atroces des membres auxquelles succédèrent des mouvements myocloniques rappelant la chorée, sans fièvre. Le second se termina par des phénomènes bulbaires mortels.

Encéphalite léthargique avec mouvements athétoso-choréiques.

(MM. Marcel Labbé et Hutinel. — *Société médicale des hôpitaux.*)

MM. Labbé et Hutinel rapportent un cas d'encéphalite léthargique avec somnolence et mouvements athétoso-choréiques prédominants au niveau du bras droit, cas de transition, puisqu'il comporte à la fois la myoclonie et la léthargie.

Les troubles oculaires de l'encéphalite léthargique.

(MM. Morax et Bollack. — *Société médicale des hôpitaux.*)

MM. Morax et Bollack étudient les troubles oculaires de l'encéphalite léthargique. Le ptosis a été signalé déjà en 1917-1918 par von Economo et par Netter. Le strabisme, le nystagmus provoqué sont assez fréquents. La diplopie est pour ainsi dire constante.

Quelques-uns des malades de M. Morax venaient consulter principalement pour leurs troubles oculaires. La somnolence, très légère chez eux, ne les empêchait pas de vaquer plus ou moins régulièrement à leurs occupations. Il s'agissait donc d'une variété oculaire ambulatoire.

Encéphalite léthargique à forme ambulatoire.

(M. Sicard ; M. Ramond. — *Société médicale des Hôpitaux.*)

M. Sicard et M. Ramond relatent, chacun respectivement, une observation d'encéphalite léthargi-

que ambulatoire. La malade de M. Sicard présenta de la diplopie et une somnolence qui l'obligeait à interrompre son travail à deux reprises dans la journée, pendant près de 3 heures chaque fois. La guérison eut lieu en quinze jours. La malade de M. Ramond accusa de la céphalée, des paralysies oculaires et de la somnolence. Elle s'endormait à tout propos, en travaillant, en parlant, au W. C. même. Guérison en un mois.

Encéphalite léthargique à forme de hoquet.

(M. Dufour. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Dufour appelle l'attention sur une véritable épidémie de hoquet, dont il a observé 11 cas, qu'il y a lieu de rattacher à l'encéphalite épidémique actuelle. Un de ses malades présenta des myoclonies.

Ces formes avec hoquet peuvent être fébriles et sont en général bénignes. Le hoquet dure de un à quatre jours.

Formes légères et formes frustes de l'encéphalite léthargique.

(M. René Bénard. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. R. Bénard signale des formes légères et des formes frustes de l'encéphalite léthargique. Un peu de fièvre et de céphalée, de la diplopie et une certaine somnolence résument la symptomatologie des formes légères. Les formes frustes peuvent se traduire par des névralgies et surtout du hoquet. Les médecins de Versailles ont observé simultanément une épidémie d'encéphalite léthargique et une épidémie de hoquet. A Berlin (d'après le *Daily Mail*) les cas de hoquet mortels auraient été si nombreux que les lits manquaient pour les hospitaliser.

La symptomatologie de l'encéphalite épidémique varie ainsi suivant l'élément (psychique, sensitif, moteur) qu'elle touche et suivant le mode (excitation ou inhibition) de son action. Une excitation de l'élément psychique, sensitif ou moteur, donnera les formes délirante, douloureuse, myoclonique ; une inhibition aboutira aux formes léthargique, paralytique (la forme anesthésique seule n'est pas encore connue).

Encéphalite insomnique, choréo-ataxique.

M. Henri Roger, de Marseille. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. H. Roger rapporte un cas d'encéphalite aiguë rapidement mortelle, caractérisée par des crises douloureuses, de l'insomnie, des mouvements choréo-ataxiques et du délire.

Un cas d'encéphalite myoclonique, puis léthargique.

(MM. R. Bénard et Boissart, de Versailles. — *Société médicale des hôpitaux.*)

MM. Bénard et Boissart relatent l'observation d'un malade atteint d'encéphalite aiguë à type d'abord myoclonique (hoquet, insomnie absolue, secousses myocloniques), puis léthargique (état léthargique progressif, jusqu'à la mort).

MM. Roger et Aymes (de Marseille) ont traité un patient chez lequel la somnolence léthargique s'associait au délire et aux mouvements myocloniques.

Ces cas sont des traits d'union entre l'encéphalite léthargique de Netter et l'encéphalite myoclonique de Sicard.

Catatonies, hypertonies, attitudes figées dans l'encéphalite léthargique.

(MM. Sicard et Bollack. — *Société médicale des hôpitaux*).

MM. Sicard et Bollack présentent un malade convalescent d'une encéphalite léthargique (avec troubles oculaires et léthargie) qui réalise un syndrome catatonique, d'attitudes figées, rappelant la maladie de Parkinson.

Ramollissement cérébral ayant simulé l'encéphalite.

(MM. Baudoin et Lantuéjol. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Le malade de MM. Baudoin et Lantuéjol présentait la triade symptomatique de l'encéphalite léthargique : somnolence persistante, troubles oculaires, fièvre. L'autopsie montra qu'il s'agissait de ramollissement cérébral étendu.

La forme myoclonique, catatonique, de l'encéphalite aiguë peut également être simulée par certains pithiatiques.

Essais thérapeutiques dans l'encéphalite léthargique.

(MM. Sicard, Netter, Claisse. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Sicard a traité 3 cas d'encéphalite épidémique par le sérum de convalescents encéphalitiques. Résultats apparemment bons, mais ne permettant aucune conclusion.

M. Achard a injecté à un malade du sang citraté de convalescent, sans observer de modification notable dans l'évolution de l'affection.

M. Claisse a eu recours une fois aux injections intramusculaires d'iode colloïdal, avec un succès apparent.

M. Netter croit que, manié prudemment, le jabrandi pourra être utile. On trouve souvent, en effet, chez les encéphalitiques, une tuméfaction des glandes salivaires, et on peut penser que le virus (comme dans la rage) est contenu et éliminé par la salive, d'où l'utilité d'exagérer la salivation.

M. Sicard remarque que chez les convalescents d'encéphalite épidémique, on peut, dans la forme léthargique, ramener la léthargie avec une petite dose de véronal, et, dans la forme myoclonique, ramener les secousses myocloniques avec une faible dose de strychnine. Il y a là deux faits intéressants à retenir.

P. L.

PSYCHIATRIE

Sur les méthodes de traitement des toxicomanies.

Par le Dr MIGNON (du Vésinet).

(Suite et fin (1).

2° Rééducation du *Self Control.* — En effet, il s'agit désormais de réapprendre au malade à vivre une vie normale sans le secours de son tonique habituel : il s'agit surtout de lui inculquer un désir sincère et ardent de vouloir guérir et surtout de vouloir rester guéri. Il ne faut pas avoir peur de l'avouer, ce n'est presque toujours qu'en tremblant qu'un morphinomane entreprend une cure. Il a une telle appréhension d'une vie sans drogue, qu'il garde presque toujours au fond de son psychisme la hantise d'avoir à nouveau recours à son toxique dès qu'il se sentira fléchir. Cette incertitude, cette crainte de l'avenir, ce manque de confiance en lui-même, cet espoir morbide qu'il caresse au fond de sa conscience, de pouvoir retrouver sa drogue quand il le voudra, tels sont les stigmates psychologiques les plus tenaces, les plus difficiles à combattre, et pourtant les plus néeessaires à extirper. Quelle que soit la lenteur avec laquelle on l'a sevré, quelle que soit même la facilité avec laquelle il a supporté les derniers jours de son sevrage et ceux qui l'ont suivi, le malade n'en reste pas moins un être auquel le moindre effort physique ou psychique va faire sentir son impuissance actuelle et lui rappeler les heureux jours de sa manie.

Il sera donc absolument nécessaire d'imposer au malade une prolongation de cure dans le milieu où il a été sevré ; il devra rester sous l'influence et la direction de son médecin tout le temps nécessaire ; et c'est là que la cure échoue le plus souvent. Quand un morphinomane est bien sevré, quand il se sent débarrassé de sa funeste habitude, il est si heureux de se trouver un autre homme, chose qu'il ne croyait plus possible pour lui, qu'il s'abuse sur ses propres forces, se croit capable de tout, capable surtout de résister à la tentation d'une rechute, et convaincu même qu'il n'aura plus cette tentation. Le faire se soigner encore, l'obliger à rester isolé du monde, de sa famille, de ses relations, de ses affaires, est une chose d'autant plus difficile qu'il en sent moins le besoin et n'en comprend pas l'importance : il accuserait volontiers le médecin d'exagérer les précautions et d'abuser de son influence pour prolonger une cure qu'il suppose superflue ; et de son côté, le spécialiste, malgré son expérience et son autorité, se sent souvent désarmé par ce soupçon, et se laisse aller à signer un exeat prématuré pour ne pas être taxé d'indélicatesse.

A vrai dire, il n'est pas nécessaire d'attendre le sevrage complet pour commencer le traitement psychothérapique : celui-ci s'amorce dès le début de la cure de sevrage, il en est l'accompagnement obligatoire et presque inconscient, et si on a su prendre son malade bien en mains, quand le sevrage est terminé, une bonne partie du travail psychothérapique peut être déjà accomplie.

La caractéristique de l'état mental des toxicomanes, c'est l'aboulie ; c'est non seulement l'impossibilité de vivre et d'agir hors de l'influence du toxique, mais encore celle de faire le moindre effort pour se rationner et se restreindre d'eux-mêmes ; c'est enfin l'absence complète du désir de guérir, tant la vie normale leur paraît un mythe impossible à réaliser. Autant il est facile à un morphinisé bien équilibré de se débarrasser de sa drogue en quelques jours, autant il est impossible à un vrai morphinomane de supporter l'idée qu'il aura demain un centigr. de moins qu'aujourd'hui, et qu'un jour pourrait venir où il n'aurait plus rien du tout. Partant de ce principe, quand on soigne un toxicomane, il est absolument nécessaire de l'isoler de toute influence extra-médicale, de l'éloigner de sa famille, de ses relations, de ses affaires, de le mettre au calme psychique le plus absolu, et enfin, de lui inspirer confiance : la confiance, c'est là tout le secret des bonnes cures.

Jennings prétendait que cette confiance doit être réciproque ; que, non seulement le malade doit avoir en son médecin la foi la plus absolue, mais que le médecin lui-même doit avoir, dans son malade, la même confiance et le lui prouver. Je n'irai pas si loin. L'expérience montre que nous devons toujours suspecter la capacité d'honnêteté morale de ces malades, à de très rares exceptions près. Mais j'affirme qu'il faut au moins donner à son malade l'impression qu'on ne le suspecte pas. Surveillons-le, il le faut, mais à son insu. En effet, rien n'est plus mauvais dans une cure, rien ne fait plus de mal au psychisme du patient que la hantise et la honte de se voir suspecté, même si au fond de sa conscience il ne se sent pas digne de confiance. Rien ne le réconforte plus, au contraire, que de se sentir apprécié de son médecin, même s'il ne le mérite pas ; cette confiance dont on l'honore le rehausse dans sa propre estime, d'autant plus qu'il est depuis toujours habitué à être traité comme un trompeur et un menteur. Cette confiance, dont il lui arrive parfois de sourire, quand il croit avoir joué à son médecin quelque bon tour, l'entraîne le plus souvent à mériter, par des efforts personnels et persévérants, l'estime qu'on lui montre ; il en résulte à ce point de vue une rééducation morale excellente et des plus efficaces dans beaucoup de cas.

(1) Cf *Concours médical*, n° 15.

Mais il faut pour cela être soi-même très honnête vis-à-vis de son malade et ne jamais le tromper. On peut (il le faut le plus souvent), lui laisser ignorer à quelle dose il en est ; il n'a pas le droit d'être tenu au courant de ce qu'on fait et c'est un point qui doit être convenu d'avance avec lui ; mais il doit savoir qu'on suit une méthode rigoureuse, et qu'on ne le surprendra jamais par de grosses et brusques diminutions, sans être pour cela en parfait accord avec lui. Il doit être sûr, au contraire, que le médecin n'hésitera pas à lui donner un supplément exceptionnel de son toxique, si une raison quelconque le légitime. Quand un malade parti de 50 cgr., par exemple, arrive à 15 cgr., il descendra sans crainte à 10, à 5, même sans chercher à savoir où il en est, s'il sait que, quoi qu'il arrive, le médecin est prêt à lui donner un supplément de quelques centigrammes quand son état l'exigera ; et cette sécurité lui donne une tranquillité morale qui facilite singulièrement les derniers jours de la cure. J'ai rencontré beaucoup de morphinomanes qui aiment mieux ne jamais savoir à quelle dose ils sont descendus, parce que la peur seule des petites doses leur enlève tous leurs moyens. Quelques -uns, au contraire, se trouvent mieux de suivre pas à pas les progrès de leur sevrage ; c'est une question d'espèce. Mais l'essentiel, c'est qu'ils aient confiance dans le médecin qui les dirige et qu'ils ne craignent pas d'avoir confiance en eux-mêmes. Leur restituer leur propre estime en ayant l'air de les en croire dignes, c'est le plus grand service leur rendre ; on galvanise ainsi leur volonté et on obtient d'eux beaucoup plus que par la suspicion et le mépris.

Si bas qu'ils soient moralement, les toxicomanes qui acceptent une cure méritent compassion et sympathie. Un morphinomane, un dypsomane se relève déjà, du fait qu'il demande à guérir, même s'il garde l'arrière-pensée de rechuter un jour. Et puis, c'est un malade, non seulement du fait de son intoxication, mais surtout du fait de son asthénie, et à cet égard, il a droit à notre sympathie et à notre dévouement. Le vrai moyen de lui donner le désir de bien guérir, et de se relever, c'est de le tonifier par cette sympathie, et cette estime au moins apparente qu'on lui manifeste. Pierre Janet n'a-t-il pas montré quelle valeur sthénogène ont certains stimulants d'ordre psychologique ? c'est donc là de la psychothérapie au premier chef qu'on peut et qu'on doit faire dès le début de la cure ; si on a su capter la confiance de son malade et lui suggestionner qu'il vaut encore quelque chose, qu'il est encore quelqu'un, qu'il a droit à l'estime des autres et de soi-même, le reste de la cure psychique n'est plus qu'un jeu.

Comme le sevrage définitif s'opère avec le minimum possible de réaction pénible, souvent même au grand étonnement des malades, la confiance s'accroît d'autant ; elle fait boule de neige et le malade est tout surpris de s'en tirer à si bon compte, malgré tout ce qu'il a pu endurer dans ses tentatives antérieures, ou tout ce qu'il a entendu dire du *knock out* ; il est surtout surpris de sa propre résistance. C'est alors qu'il faut l'habituer peu à peu à certains efforts physiques : marches, courses, jeux en plein air, excursions, sports faciles, etc... ou psychiques : lettres, discussions, affaires, etc... On peut même lui tendre des pièges, oublier chez lui une solution de morphine et une seringue ; s'il succombe à la tentation, il voit qu'il n'est pas guéri ; il comprend qu'il doit continuer la cure ; s'il y résiste, il en a une fierté et un orgueil qui sont d'excellents toniques pour son psychisme.

Bref, par tous ces moyens et par tous ceux dont je ne veux pas parler parce qu'ils sont connus de tous les médecins, on arrive très facilement au résultat cherché, pourvu qu'on ait le malade bien en mains ; mais il ne faut pas oublier que, comme tous les psychasthéniques, ces malades tiennent mal la charge et sont enclins à rechuter. Il faut les en prévenir, et les préserver par avance d'un désespoir inutile et dangereux. Le sachant, ils reviennent au bercail à la première faute, et ce n'est souvent qu'après 2 ou 3 cures bien faites, qu'un toxicomane peut se dire radicalement guéri. Il ne doit jamais désespérer de lui, ni son médecin non plus.

Enfin, il ne faut pas oublier de préparer l'ancien malade à son nouveau milieu. Dès qu'il va rentrer dans la vie, se heurter à la famille, aux amis, aux relations, il va rencontrer bien des idées préconçues contre lui ; il va être un peu comme un paria, car personne, dès l'abord, ne voudra croire à sa guérison et à sa bonne foi : il faut le cuirasser d'avance contre toutes les suspicions dont il sera l'objet ; il devra souvent se raidir contre la sourde hostilité des siens ; il aura besoin de s'appuyer sur sa propre conscience, car souvent, la sympathie familiale lui fera défaut : il a été si longtemps la honte des siens ! Combien de rechutes sont dues à ce que l'entourage intime doute de lui, lui suggestionne maladroitement ce doute en lui-même par des interrogations et des suspicions intempestives, et précipite ainsi la récidive ! Ce sont de grands suggestionnables, ces malades ; douter d'eux, c'est les pousser à douter eux-mêmes de leurs propres forces, et ce manque de confiance qui les attriste, les précipit e à nouveau vers la psychasthénie et vers la fatale seringue.

Il nous faudrait pouvoir, à nous autres thérapeutes, faire aussi l'éducation de la famille et de l'entourage de nos morphinomanes, autant que la leur propre. Il faudrait que cet entourage sache qu'il peut beaucoup pour le maintien de la guérison s'il sait s'y prendre, et qu'il

ncourt une grosse responsabilité dans la rechute au cas contraire. Sur ce sujet, on pourrait écrire de longues pages avec preuves à l'appui ; qu'il nous suffise de le signaler comme le dernier terme de notre action thérapeutique, telle que nous la comprenons chez tous nos toxicomanes.

Nous ne faisons, ici, dans cet article, qu'esquisser le sujet. Nous n'insisterons pas sur les traitements organiques, toniques, cures hydrominérales, etc., qui sont des cas d'espèces, et dépendent des phénomènes cliniques secondaires observés.

Nous avons surtout voulu envisager le côté un peu trop négligé de la cure psychique et morale de ces malades, et attirer sur lui l'attention des médecins. Il ne suffit pas de sevrer, il faut guérir ; et ici, c'est surtout le terrain psychopathique qu'il faut traiter : les toxicomanes sont plus que des intoxiqués, ce sont de vrais et grands malades du système neuropsychique. A ce titre, ils ont droit à notre pitié, à notre science, et à notre dévouement, quelque ingrate souvent que soit la tâche qu'ils nous imposent.

Dr Henri MIGNON.

A TRAVERS LA PRESSE

La France.

La France (1), revue anversoise scientifique et littéraire, continue à nous servir une édition très soignée, un papier et des illustrations de grand luxe et une rédaction de valeur. Nous remarquons dans le n° de mars la collaboration éminente du professeur Albert Robin, membre de l'Académie de médecine, dans une étude sur les maladies des voies urinaires traitées par les cures hydro-minérales. M. G. Bardet nous donne une biographie inédite et du plus haut intérêt du professeur Robin, dont il est le collaborateur depuis trente années. Nous trouvons dans ce n° des détails engageants pour les congrès de Monaco qui s'ouvriront le 14 avril prochain. Le Dr van Schevensteen dépeint avec grâce et souplesse le coin merveilleux de la côte d'Emeraude formé par St-Malo, St-Servan et Paramé.

Une étude très fouillée par le Dr H. J. Kessler et traduite par le Comité médical Belge nous expose les avantages aussi anciens que prépondérants de la station pyrénéenne, Barèges, et ce fascicule, pour ne manquer en aucun point à sa mission intellectuelle et scientifique nous donne, par la plume avisée du Dr Tricot-Royer, un aperçu du premier congrès de l'histoire de la médecine, qui se tiendra de par le monde, et dont Anvers aura la primeur, grâce à l'intelligence et à l'opiniâtreté du Président organisateur de ce congrès, le Dr Tricot lui même.

Une fois de plus il faut louer cette phalange de propangadistes qui, sous la conduite experte de Gaston Stalins, directeur de « la France » nous font connaître les beautés et les bienfaits de la terre de France avec autant de charmes et de saveur.

(1) 7, rue van Lerius. Anvers.

Administration de la viande au nourrisson sain et au nourisson malade.

Cette question de diététique est des plus importante. Les avis sont, à son propos, partagés. M. SCHREIBER (*Paris Méd.*, 28 fév. 192) et d'avis qu'on peut commencer à donner de la viande au nourrisson sain à partir de dix-huit mois, s'il a douze dents, à la dose de 20 gr. par jour à midi, progressivement de trois en trois jours, puis de deux en deux jours, eufin tous les jours, en donnant la préférence au blanc de poulet, au maigre de jambon, à un poisson frais et léger (merlan, sole limande). On pourra atteindre 25 gr. à partir de deux ans et ajouter du mouton ou du bœuf.

L'administration de la viande au nourrisson sain n'est avantageuse qu'à la condition d'être faite avec modération. L'abus provoque rapidement des accidents de plus en plus sérieux : constipation, entéro-colite, dermatoses, altération de l'état général.

Le bouillon de viande est également avantageux. Il doit être préparé au jour le jour par décoction de 125 gr. de viande dans 250 gr. d'eau bouillant pendant une heure (passer et dégraisser). On y incorpore de la semoule, du tapioca, de la farine d'orge. Il est facilement accepté par les enfants chez lesquels il facilite la digestion, l'assimilation, en même temps qu'il les minéralise (magnésium, potasse, etc.). Il remplace utilement le lait dans les cas de diarrhée persistante causée par l'intolérance de l'enfant pour cet aliment. On évitera de le saler exagérément dans la crainte de l'apparition d'œdèmes lorsque surtout le rein est susceptible.

Aux nourrissons malades, particulièrement aux anémiques, aux dyspeptiques, aux tuberculeux, etc., on peut donner la soupe au pain et à la viande ; la soupe de carottes ; la viande crue ; le jus de viande ; la poudre de viande ; la viande peptonisée.

La soupe au pain et à la viande, préconisée par Marfan chez les anémiques, se prépare ainsi :

Placer 15 gr. de viande hachée dans 300 gr. d'eau et y émietter 20 gr. de pain (croûte et mie en petits morceaux). Faire cuire une heure à petit feu. Y incorporer ensuite peu à peu un quart de jaune d'œuf et une pincée de sel. Ajouter 5 gr. de beurre à la fin de la cuisson. Passer.

La soupe de carottes résulte du mélange d'une

purée de carottes avec du bouillon de viande, puis saler, (5 gr. de sel pour 1 litre).

La viande crue trouve ses indications dans la diarrhée des féculents, de même que dans les états diathésiques énumérés ci-dessus. Elle peut être hachée, ou pulpée, et se donne délayée dans du bouillon ou dans un potage, une purée, ou encore en boulettes salées ou sucrées, à la dose de 10 à 20 gr. par jour, en augmentant progressivement selon la tolérance du tube digestif, mais sans dépasser 50 gr. Elle est en effet contre-indiquée dans les états gastro-intestinaux aigus. On en facilitera la digestion avec de petites doses de pepsine (0,15) ou d'acide chlorhydrique (une cuill. à café d'un mélange de 0, 50 d'acide avec 150 gr. de julep), ou de papaïne, ou de suc gastrique frais.

Le jus de viande a l'avantage d'introduire dans l'organisme de l'enfant la partie assimilable de l'aliment, à l'exclusion de la fibrine inutilisée. Ses indications sont les mêmes que celles de la viande crue. Le jus de viande frais se conserve difficilement. Certaines préparations industrielles donnent souvent des résultats satisfaisants.

Il en est de même de la poudre de viande, pourvu qu'elle soit de bonne marque.

Enfin la viande peptonée, dont on trouve plusieurs types recommandables dans le commerce, est d'un maniement aisé chez le nourrisson, et rend des services dans certains cas d'inanition et d'intolérance absolue pour tous les autres aliments.

Les colites et les recto-colites graves non dysentériques.

A côté des dysenteries amibiennes et bacillaires, il existe toute une catégorie d'inflammations du gros intestin dont un grand nombre possèdent une étiologie connue et imputable soit à une infection parasitaire, soit à une infection microbienne, soit enfin à une intoxication. D'autres, graves en elles-mêmes, n'ont pu encore être rattachées à une origine définie. Ce sont ces formes de colites et de recto-colites que MM. Bensaude et Antoine ont en vue (*Gaz. des hôp.*, 1920, nº 21).

Elles intéressent tout ou partie du gros intestin, du cæcum au rectum, et se divisent cliniquement en recto-colites hémorragico-purulentes, sténosantes ou pseudo-cancéreuses et péritonéales.

Les recto-colites hémorragico-purulentes ont parfois un début brusque, aigu, avec ou sans fièvre ; ailleurs au contraire, elles sont précédées de troubles intestinaux qui s'aggravent progressivement jusqu'à la période d'état.

Selon les cas, les malades évacuent un mélange de pus et de sang en plusieurs fois dans les 24 heures (de 4 à 20 et 25 fois), ou du sang pur, plus ou moins rouge, en quantité variant d'un dé à coudre à un verre à bordeaux, ou du pus jaune crémeux, grumeleux, mêlé intimement aux matières, ou assez abondant pour être visible à l'œil nu.

Les selles de ces malades sont parfois moulées et normales, parfois diarrhéiques, parfois sèches et dures. Des troubles dyspeptiques peuvent se surajouter aux signes précédents.

L'absence de douleurs paraît être fréquente. Souvent aussi, les malades accusent des sensations pénibles et des gargouillements, intermittents ou permanents. La pesanteur périnéale, le ténesme les épreintes, la dysurie ont été notés.

L'état général peut n'être pas atteint. Certains malades présentent des signes d'intoxication générale et d'infection et de réactions coliques à distance. L'abdomen est plat et déprimé ou ballonné et douloureux. La palpation du côlon est également douloureuse. L'examen radiologique montre, par le cheminement du lait bismuté, l'hypersensibilité de la muqueuse, dont la rectoscopie montre les lésions, dans les parties accessibles à l'instrument.

Il s'agit là d'une affection de longue durée, grave, et dont le pronostic doit être réservé, susceptible de se compliquer d'accidents d'ordre infectieux ou mécanique. Le diagnostic repose sur l'étude des selles ; il se fait par exclusion.

Les formes sténosantes et pseudo-cancéreuses se caractérisent par des troubles douloureux et une constipation marquée au point de donner lieu à de petites crises d'occlusion. La palpation de la fosse iliaque gauche est douloureuse, et révèle parfois un cylindre lisse, dur, analogue au boudin de la typhlite. Ces formes évoluent très lentement, et respectent longtemps l'état général, qui peut finir par s'altérer, justifiant la confusion de l'affection avec le cancer. La radioscopie et la rectoscopie fournissent des renseignements intéressants.

Dans les formes péritonéales, on trouve, dans la fosse iliaque gauche, des signes semblables à ceux que donne à droite l'appendicite, avec réaction péritonéale plus ou moins prononcée.

Il n'existe pas de traitement spécifique de ces recto-colites. On prescrira le repos physique et moral, un régime alimentaire lacto-végétarien, etc. Les hémorragies répétées réclament l'émétine, le chlorure de calcium ; la belladone et l'opium conviennent aux types douloureux. Les injections de sérums strychniné et adrénaliné remontent l'état général. L'urotropine, le salicylate de bismuth, ont leur utilité.

Localement, on aura recours aux lavages à double courant, avec des solutions isotoniques tièdes, sous faible pression, aux pansements rectaux (gélatine ou agar-agar médicamenteux),

aux attouchements modificateurs des lésions accessibles.

Le traitement chirurgical est parfois nécessaire. Il va de la simple incision de l'abcès, quand il en existe, à l'appendicectomie, à l'anus contre nature, aux entéro-anastomoses, à la résection partielle.

Thérapeutique générale des confusions mentales.

La confusion mentale symptomatique (traumatisme, hémorragie et ramollissement cérébral, méningite) mise à part, MM. Roubinovitch et Dupouy (*Bull. méd.*, 28 fév. 1920) précisent les règles du traitement qne réclame la forme primitive, laquelle réalise un syndrome d'ordre essentiellement toxi-infectieux.

Au maintien au lit et à l'isolement, on ajoutera une cure de désintoxication comprenant le régime lacté pur ou lacto-végétarien hypochloruré, les boissons abondantes (limonades au citron), les diurétiques (théobromine, pilules de Lancereaux), les laxatifs (sulfate de soude, citrate de soude, calomel), la balnéation tiède prolongée, la sudation.

Aux agités, on prescrira les bains prolongés, le maillot humide, de la belladone, du bromure. On veillera soigneusement à la propreté corporelle.

Aux asthéniques, conviennent l'hydrothérapie tiède, les frictions, l'arsenic sous toutes ses formes, la noix vomique, l'adrénaline. L'insomnie se trouve bien du chloral associé au bromure.

On évitera l'opium, l'abcès de fixation, les injections d'oxygène, qui ne donnent que de médiocres résultats.

On soutiendra le cœur avec la digitale, l'huile camphrée ou éthéro-camphrée. L'électrargol convient aux formes infectieuses ; les grands lavements froids, la saignée, aux formes urémiques, etc. L'opothérapie spécifique est réservée aux formes qui paraissent relever d'une insuffisance endocrinienne.

Les toniques généraux et la rééducation psychique sont réservés à la convalescence.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

La prophylaxie sanitaire individuelle.

Communication faite par le Dr Gambier à la Société de prophylaxie sanitaire et morale le 5 février 1920 (1).

La communication de M. le Dr Gauducheau appelle deux sortes de réflexions ; les unes d'ordre général, les autres d'ordre concret.

Si l'on envisage la question de la prophylaxie antivénérienne par l'emploi individuel des antiseptiques d'une façon générale, ce qui surprend, et même déconcerte, c'est l'évolution singulière, en quelque sorte paradoxale, qu'a connu cette question au cours de ces dernières années.

Pour qui y réfléchit un instant, il est en effet vraiment étrange que la possibilité de neutraliser ou de détruire les germes vénériens à la porte d'entrée ait été, jusqu'à l'impressionnante démonstration des Américains, considérée par les médecins comme chimérique, et que l'antiseptie se soit, officiellement en quelque sorte, déclarée désarmée contre le gonocoque et le tréponème, alors qu'elle se révélait tous les jours plus puissante, et capable d'annhihiler, aux points d'inoculation, des germes tout aussi redoutables qui, à ses débuts, avaient paru non moins résistants à son action, tels que le streptocoque, le bacille de Nicolaïer ou le vibrion septique.

Et il n'est pas moins singulier qu'après s'être refusés à ratifier les conclusions de savants tels que le Dr Roux et Metchnikoff, prétendant avoir établi les propriétés tréponémicides du calomel, les médecins n'aient pas repris la question en main et ne l'aient pas fait aboutir.

La question était pourtant d'importance, sa solution de portée incalculable.

Les dfficultés de la résoudre eussent dû stimuler le zèle des chercheurs.

Et l'accueil enthousiaste, démesuré même, qu'avait fait le public à l'annonce que la pommade de Metchnikoff permettait, désormais, de se préserver de la syphilis, était là pour démontrer combien la masse est préparée à adopter les moyens de défense antivénérienne qui lui seront préconisés par les autorités médicales. La découverte des antiseptiques antivénériens était assurée à la fois du plus grand retentissement et des conséquences les plus fécondes pour la sauvegarde des individus, des foyers et de la patrie.

La position paradoxale prise par les médecins

(1) Dans le n° du 30 novembre 1919, le *Concours Médical* a publié une communication du Dr Gauducheau à la Société de médecine publique, sur ce sujet, qui a été repris par le Dr Gambier, dont la communication personnelle établit l'accord des deux auteurs sur le principe même de la prophylaxie.

dans la question de la prophylaxie antiseptique antivénérienne, leur persistance à dénier la possibilité de détruire les germes vénériens, leur inertie à s'engager dans la voie des recherches, le scepticisme que certains montrent encore aujourd'hui, en dépit des preuves incontestables, seraient inexplicables si l'analyse n'établissait que des considérations d'ordre extra-médical, moral et religieux, ont eu une influence prépondérante sur leur attitude.

Or, il importe au premier chef, après la démonstration éclatante faite par les Américains, que le médecin sache faire taire toute autre considération que celle du bien public, et remplisse le rôle éminent qui lui est échu comme éducateur des masses et comme gardien de la santé publique. Sinon, par le fait de son abstention, il encourra une énorme et double responsabilité : la première, celle de priver ceux qui s'inspirent de ses conseils des moyens de défense reconnus comme ayant une très réelle efficacité, d'où accroissement des contaminations ; la seconde, plus lourde encore, celle de laisser le grand public docile aux suggestions de la publicité, utiliser les préparations qui, depuis quelque temps, lui sont directement offertes par la voie des annonces, dans certains journaux et dans les vespasiennes, et qui, renfermant un antiseptique quelconque, dont les propriétés parasiticides ne sont pas scientifiquement établies, constituent des éléments dangereux de fausse sécurité, d'où nouvel accroissement des contaminations et, finalement, condamnation d'une méthode qui enrayerait l'épidémie et sauverait le pays, si elle n'avait pas été viciée par des non-médecins, ou des médecins indignes de ce nom, dans son application.

Je suis donc tout à fait d'accord avec M. le Dr Gauducheau pour protester contre le rôle soi-disant moralisateur des maladies vénériennes, contre le dogme du châtiment du péché, contre la notion d'insécurité qui devrait être attachée à tout moyen concret de préservation par les antiseptiques, contre l'invitation au libertinage que la recommandation de la prophylaxie antiseptique risquerait d'entraîner, et pour me rallier à cette opinion qu'il faut savoir, bravant l'ignorance, les préjugés, le formalisme, les intérêts égoïstes, les considérations d'ordre moral ou religieux, faire campagne en faveur de la prophylaxie antiseptique inidividuelle.

Mais, le *modus operandi*, proposé sans restriction par M. le Dr Gauducheau, introduit dans la question, à ne la considérer pour l'instant que du point de vue général, un nouvel élément troublant, même pour les initiés et les convaincus.

Avant-hier, la science se déclarait incapable de découvrir les antiseptiques assez puissants pour détruire sur place, aux points de leur inoculation, les germes vénériens ; hier, l'expérience, dans les mains des Américains, démontrait irréfutablement cette destruction possible, mais dans certaines conditions d'emploi et dans certains délais seulement, avec un *modus operandi* sévère et si compliqué que celui-ci paraissait ne pas pouvoir être abandonné sans danger à l'initiative individuelle. Beaucoup de médecins même, étaient encore si peu convaincus de la réalité de la prophylaxie antiseptique antivénérienne, qu'ils hésitaient, toutes autres considérations mises à part, à s'engager dans la voie du prosélytisme par le sentiment de la responsabilité qu'ils allaient assumer en préconisant des moyens de la valeur desquels ils ne sont pas pénétrés ; aujourd'hui, la conjugaison de deux antiseptiques, appliqués sans savonnage préalable, sans friction qui en assure la pénétration, d'abord en surface, puis dans le canal uréthral, est décrétée capable d'annihiler, à coup sûr, n'importe quel germe vénérien.

Un si large fossé sépare les trois étapes, et notamment la troisième de la seconde, qu'on ne peut s'empêcher, *à priori*, si convaincu qu'on soit, comme moi, de la nécessité de simplifier l'instrumentation et la technique prophylactiques, de trouver bien opportune la remarque faite par M. le Dr Balzer, comme conclusion à la communication de M. le Dr Gauducheau, que la Société de Prophylaxie doit, aux termes mêmes de son règlement, réserver sa responsabilité en ce qui concerne les divers procédés préconisés comme moyens concrets de désinfection préventive.

***

II

Si l'on envisage maintenant la question de la prophylaxie antivénérienne individuelle au point de vue pratique, il n'est pas douteux que les formules préconisées par M. le Dr Gauducheau doivent être considérées, au même titre que plusieurs autres, proposées par d'autres auteurs, comme susceptibles de contribuer à l'enrayement de l'épidémie vénérienne, si l'emploi en était généralisé, et qu'elles sont de celles qu'il faut retenir.

L'association calomel-thymol est une association heureuse, le thymol renforçant le pouvoir parasiticide du calomel, dont l'action est douteuse contre les germes vénériens autres que le tréponème.

Et je suis d'accord avec M. le Dr Gauducheau pour estimer que, employée systématiquement par les collectivités, la pommade calomel-thymol abaisserait le nombre des contaminations et ferait s'infléchir la courbe, dont la montée, pour s'être ralentie ces derniers mois, n'en continue pas moins sa marche ascensionnelle.

Mais si, par impossible, tous ceux qui s'ex-

posent au danger vénérien recouraient à cette pommade, verrait-on la courbe tomber à zéro ? Je réponds par avance et sans hésitation, me réservant d'en donner les raisons dans un instant, par la négative.

Or, si la méthode n'est pas infaillible, pouvons-nous la représenter au public comme telle ; pouvons-nous la représenter comme telle à nos enfants, à l'heure où ils vont entrer dans la vie sexuelle et courir les redoutables aléas des rencontres de hasard, et pouvons-nous, en conscience, parce que la pommade est susceptible de protéger 95 %, et même plus, si vous le voulez, des hommes groupés en collectivités, tenir pour négligeable la proportion, si infime qu'elle soit, des isolés, des solitaires, parmi lesquels compteront peut-être nos propres fils et pour lesquels la recommandation de la pommade serait une invite, si nous acceptions sans réserve les conclusions de M. le Dr Gauducheau, à recourir à une arme de défense d'efficacité absolue, alors que celle-ci n'est que relative ?

J'entends bien, je le répète : M. le Dr Gauducheau a surtout en vue les collectivités, notamment les militaires, les marins, les coloniaux, les voyageurs ; j'entends bien qu'il oppose les résultats, magnifiques dans leur ensemble, qui découleraient de l'emploi généralisé des pratiques antiseptiques aux conséquences lamentables de l'abstention actuelle ; j'entends bien qu'il subordonne l'efficacité de son tube unique et le rendement de sa technique simplifiée à une application correcte, qu'il ne précise du reste pas autrement.

Mais le public ne saurait faire ces distinctions. Des conclusions apportées ici et ailleurs, dont l'écho lui parviendra, retentissant comme toute vibration sonore née dans une Société savante, il retiendra seulement l'affirmation qu'il est possible de se préserver sûrement par une simple application de la pommade. Et les insuccès, dont beaucoup demeureront ignorés, car ils comportent l'aveu qui se refuse, feront vite un cadre noir au tableau des statistiques.

***

Il faudrait pour le moins, tout d'abord et par-dessus tout, préciser les délais dans lesquels la simple application en surface est incontestablement opérante.

Or, dans aucune des communications de M. le Dr Gauducheau, aucune indication du temps, qui doit s'écouler au maximum entre le contage possible et la manœuvre prophylactique, n'est stipulée.

Sans doute, le temps écoulé doit-il être le moindre possible, et il est à peu près certain que, dans les expériences *in anima vili* auxquelles a bien voulu se soumettre un de nos confrères, l'application *intus* a suivi sans intervalle, appréciable du moins, l'inoculation gonococcique.

Or, il est possible qu'aux colonies, parmi des troupes disciplinées ou plutôt moins esclaves de l'éducation et des préjugés des habitants de la métropole, moins assujetties aux conditions dans lesquelles les jeunes hommes de chez nous s'exposent habituellement, moins respectueuses des susceptibilités féminines, elles-mêmes moins portées sans doute à s'éveiller, il est possible que la désinfection antiseptique puisse, le plus souvent, suivre de près le contact suspect.

Mais il n'en est certainement pas ainsi en France, dans les milieux où il importe de vulgariser la prophylaxie antiseptique et où son adoption est subordonnée à une condition essentielle, dont l'importance capitale m'a été révélée par les milliers d'enquêtes que j'ai poursuivies et de confidences que j'ai reçues.

Cette condition est que les intéressés, dominés par le souci de n'être pas accusés et même soupçonnés de prendre la moindre mesure de précaution, ne consentent à faire la toilette prophylactique qu'une fois leur liberté et la solitude retrouvées, ce qui, dans la majorité des cas, pour des raisons que vous devinez, fait différer la désinfection préventive de 8, 10 et même 12 heures.

Ainsi différée, une simple application d'une pommade à double effet offre-t-elle une sécurité suffisante pour qu'elle puisse être recommandée sans réserves et donnerait-elle parmi les civils, isolés, des résultats constants comme ceux qui ont pu être enregistrés aux colonies parmi les soldats et les marins ?

Je suis profondément convaincu du contraire. La toilette prophylactique, faite suivant le *modus operandi* américain, autrement sévère que la simple application, sans savonnage préalable et sans friction consécutive, m'a elle-même paru offrir une sécurité si relative, quand on ne l'exécute pas dans les toutes premières heures qui suivent le contact suspect, que je me suis attaché à déterminer les conditions dans lesquelles la toilette retardée peut être faite avec des garanties pour ainsi dire absolues, et que je viens de consacrer près d'une année entière de recherches et d'expérimentations à leur étude.

Que l'on adjoigne au calomel soit le thymol à la dose optima, soit le xylol, auquel vont mes préférences, soit les albuminates d'argent, soit l'idoe, les termes du problèmes à résoudre demeurent les mêmes et sa solution aussi délicate, du moment que la toilette n'est pas faite immédiatement « après ».

Le thymol, pour si excellent antiseptique spécial qu'il soit, ne confère pas en effet à la pommade à laquelle il est incorporé, la spécificité qui fait défaut à la pommade dite de Metchnikoff, au-delà de quelques heures.

Or, j'y insiste, la toilette n'est pas et, à moins de réformer complètement la mentalité française, ne sera que rarement faite dans un court délai par les isolés de la métropole, même lorsque l'éducation antivénérienne aura été poursuivie et que l'efficacité des préparations prophylactiques aura été représentée comme fonction du temps écoulé.

Etant aussi pénétré que M. le Dr Gauducheau de l'importance considérable, voire capitale, de simplifier l'instrumentation et la technique prophylactiques, mais pénétré plus encore de la nécessité d'adapter l'une et l'autre aux seules conditions particulières dans lesquelles le Français, livré à lui-même, consent à y recourir, il m'est apparu que cette simplification, pour ne pas être obtenue aux dépens de la sécurité, ne pouvait l'être qu'à condition d'exalter la puissance d'action et de pénétration des principes actifs et des excipients expérimentés avec succès, mais dans des conditions différentes tant par l'armée américaine en France que par nos soldats et nos marins en Indo-Chine

Pensant que, par voie de conséquence, elles me révèleraient la cause des échecs qui ont été parfois constatés, alors même que la pommade dite de Metchnikoff était bien conforme à la formule et que la pommade avait bien été employée suivant la technique de Metchnikoff, mes recherches — que vous trouverez, en partie, consignées dans le numéro des *Annales des Maladies vénériennes* de janvier 1920 — ont tendu tout d'abord à déterminer quel est le mécanisme d'action du calomel.

J'ai été ainsi amené à constater que le calomel agit en libérant du mercure au contact des humeurs et sous l'influence de la température du corps, que la friction avait pour effet de favoriser cette production de mercure et que les échecs devraient être rapportées soit à des impuretés entravant la dissociation, soit à des défectuosités dues à l'inégale répartition, par suite de sa densité, du principe actif dans un excipient difficile à manipuler comme la lanoline.

J'en ai déduit que la pommade de Metchnikoff ne serait vraiment fidèle, que la friction ne saurait être retardée et raccourcie, qu'à condition de substituer au calomel à la vapeur ordinaire un calomel d'une pureté absolue, léger, ténu, impalpable, susceptible, en raison même de son état de division extrême, de libérer du mercure à l'état naissant, avec une extrême facilité, au contact de l'humidité et de la chaleur du corps et, par les vapeurs dégagées, d'agir en profondeur jusqu'aux lymphatiques.

A ce calomel, j'ai associé le xylol, dont le pouvoir microbicide est certainement égal, pour le moins, au thymol, dont M. le Dr Bory, qui l'a systématiquement employé, tant pour la prophylaxie immédiate que pour la prophylaxie médiate, alors qu'il était médecin-chef du Centre vénéréo-dermatologique de la XXe Région, a pu dire qu'il était un « antiseptique parfait contre tous les germes vénériens », et qui a le grand avantage complémentaire de transformer la pommade dite de Metchnikoff, si peu maniable non pas en Indo-Chine, mais dans nos pays, surtout par les temps froids, en une crême des plus faciles à étaler jusque dans les moindres replis.

Mais je ne suis pas rallié à l'avis de M. le Dr Bory qui a conseillé d'employer la pommade calomel-xylol *intus* et *extra*, comme M. le Dr Gauducheau conseille de le faire pour la pommade calomel-thymol. Et ce, pour plusieurs raisons, dont la principale est la suivante : c'est que les pommades à base de graisse sont extrêmement peu adhérentes à la muqueuse uréthrale et sont, de ce fait, d'une action hypothétique, surtout quand l'injection est retardée, et qu'il importe que le contact de la pommade avec la muqueuse soit prolongé.

Ici encore, m'est apparue la nécessité de trouver un excipient ayant la propriété d'adhérer à la muqueuse et d'assurer ainsi le contact prolongé du principe actif qui lui est incorporé.

J'ai mis au point un excipient qui a la caractéristique d'être exempt de matières grasses, d'être soluble dans les sécrétions naturelles des muqueuses et de favoriser ainsi la pénétration du topique jusqu'au contact des culs-de-sac glandulaires.

Mon choix s'est fixé sur le protargol qui, à la dose de 2 %, dose optima déterminée par nos confrères américains au cours des plus larges expérimentations, sous le contrôle médical, qu'il soit possible de concevoir et de réaliser, s'est révélé comme le plus sûr agent antigonococcique que nous ayions actuellement à notre disposition.

Ayant par ailleurs trouvé le moyen d'obtenir des solutions de protargol incolores, j'ai, du même coup, réalisé une des conditions auxquelles le public attache une importance capitale en raison de sa phobie des taches dénonciatrices.

Ma solution étant enfermée dans un tube-canule analogue à celui qu'emploie M. le Dr Gauducheau, mon instrumentation est donc presque aussi simple ; elle permet, elle aussi, l'application en tous temps et en tous lieux. La technique est également presque aussi simple, et la sécurité peut être pratiquement considérée comme absolue.

***

Je dis que ma technique est presque aussi simple ; elle est en fait un peu plus compliquée quand la toilette est différée de 8, 10 ou 12 h.

J'estime, en effet, que lorsque la toilette est

URACÉTOSE

GRANULÉE

Lycétol, Héxaméthylénetétramine. (Syn. Urotropine) Sels de Lithine, etc.

Le plus complet dissolvant de l'**ACIDE URIQUE**

et le plus puissant des Diurétiques antiseptiques

(2 à 6 cuillerées à café par 24 heures)

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE :

Laboratoires de l'URACETOSE. 26, Rue de Sévigné, PARIS

Gaïacalcine Latour

Polyphosphate Caïacolé calcifiant
Modificateur des Sécrétions

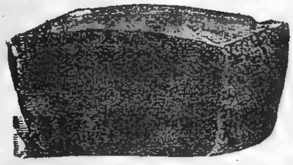
Présentée en cachets. Boîtes pour 15 jours de traitement.

Bronchite chroniq. Emphysème pulmonaire. Tuberculose pulmonaire et osseuse. Dilatation des bronches. Catarrhe. Bronchite aiguë. Trachéo-bronchite. Anémie.

Vente en gros : Laboratoires Latour. 17, Place des Vosges. Paris

DÉTAIL TOUTES PHARMACIES

(3)



DIABÈTE

PAIN FOUGERON

AVEC MIE — FRAIS — EXQUIS

37, rue du Rocher. — PARIS

"MANNITINE"

SIROP PURGATIF POUR BÉBÉS

Manne. Extr. de Rhamnées. Sérum sulfaté.

GOUT DÉLICIEUX

LAXATIF ET DÉPURATIF POUR SECONDE ENFANCE

Dose purgative : 1 cuillerée à dessert ou à soupe suivant l'âge.

Dose laxative : 1 cuillerée à café ou à dessert suivant l'âge.

LABORATOIRE MOYAL, VERNON (EURE).

Salvatyl

NÉCESSAIRE PROPHYLACTIQUE

INDIVIDUEL

DE POCHE

« Ce que j'ai vu... ce que j'ai appris... m'a fait un partisan de la prophylaxie individuelle. Il reste à la simplifier et à la faire admettre dans les habitudes françaises ; ce doit être le rôle des médecins français. »

Dr GOUGEROT,
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

(*Annales des Maladies vénériennes*, juillet 1919).

ÉCHANTILLONS / LITTÉRATURE : Le " SALVATYL " 24, Rue de Ponthieu, 24, PARIS (8e).

TELEPHONE : Elysées 22-66.

ainsi retardée, la protection ne saurait être absolue sans comprendre le savonnage rigoureux, prolongé, que M. le Dr Balzer préconisait dans un article de la *Presse Médicale* le 14 octobre 1915.

Je m'empresse d'ajouter que ce savonnage est facilement accepté quand la toilette est faite à froid, si je puis dire, dans l'isolement, alors que l'intéressé est dans des conditions psychiques et matérielles favorables à une manœuvre exécutée sans hâte et méticuleusement.

En ceci, l'opinion de M. le Dr Gauducheau diffère surtout de la mienne.

Cette différence est fonction de la question du temps écoulé, dont M. le Dr Gauducheau ne paraît pas faire état et dont je fais la pierre angulaire du succès de la pratique préventive, le savonnage me paraissant être un temps obligé de la toilette différée, représentée comme infaillible.

Quant à l'analogie avec la désinfection d'un champ opératoire simplement badigeonné à la teinture d'iode en cas d'urgence, sans bain et sans savonnage préalables, elle est plutôt apparente que réelle ; la différence est grande en effet entre la peau, à la surface de laquelle rampent quelques microbes banaux, que va trancher un bistouri stérile, et les muqueuses mécaniquement hyperémiées, souillées parfois depuis des heures par des sécrétions virulentes et qu'ont pénétré, par effraction, des germes spécifiques.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

CHEZ MALOINE FILS, EDITEURS,

27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr A. AUVARD. — Santé. — **Comment se bien porter (d'après l'enseignement théosophique).**

La Santé, comme le bonheur, a deux côtés : l'un objectif, l'autre subjectif.

L'objectif consiste à s'entourer de toutes les précautions, inventées par l'hygiène moderne, pour lutter contre les nombreuses causes de maladies : microbes, parasites, ptomaïnes, toxines, poisons divers...

Le subjectif procède autrement ; il aguerrit notre organisme contre toutes ces causes, considérant que le meilleur moyen de ne pas être atteint est de se rendre invulnérable dans la mesure du possible, sorte de vaccination naturelle.

Le volume est divisé en sept chapitres :

I. — Côté objectif.
II. — Constitution et éducation.
III. — Tempérament et maladie.
IV. — Etat normal.
V. — Hystérie.
VI. — Asthénie.
VII. — Lésion.

Quelques pages de synthèse résument l'esprit général de cet intéressant ouvrage.

Dr GOUGEROT, professeur agrégé. — **Carnet-calendrier de traitement antisyphilitique.**

Ce carnet rendra de grands services au malade et fera gagner un temps précieux au médecin.

Voici ses deux buts :

1° Servir d'observation pour les traitements effectués, évitant les erreurs et les oublis, évitant aux médecins une reconstitution souvent longue, pénible, inexacte de l'histoire du malade.

2° Servir d'ordonnance pour les traitements futurs, ordonnance facile et rapide à établir grâce aux tableaux.

Le médecin fera ressortir que ce carnet, absolument discret, ne prononce aucun mot révélateur et ne peut être dénonciateur.

Revue des Thèses.

THÈSES DE LYON, 1920.

Dr P. BRIERY. — **Contribution à l'étude de l'emploi du néoarsenobenzol au cours de la grossesse, chez les syphilitiques.**

Pour P. Briery, le traitement de choix de la syphilis au cours de la grossesse semble être la médication arsénobenzolée.

Deux méthodes thérapeutiques :

1° Emploi de doses moyennes ou fortes : deux séries de quatre piqûres de novarsénobenzol (0,30, 0,45, 0,60, 0,75), la première série dès l'apparition des accidents ou vers le deuxième ou troisième mois, s'il s'agit de syphilis antérieure à la grossesse ; la deuxième série vers le septième ou huitième mois.

2° L'emploi de doses faibles (préconisées par M. le Pr Nicolas) : trois séries de quatre injections intraveineuses de 0,10 à 0,30, suivant la tolérance ; la première série dès le début des accidents ou au premier mois de la grossesse, si la contamination est antérieure ; la deuxième, vers le quatrième mois ; la troisième, vers le septième ou huitième mois. Le traitement mercuriel est alors inutile.

Cette seconde méthode a l'avantage de n'exposer, en cas d'intoxication, qu'à de très légers incidents.

Dans les cas où le novarsénobenzol est mal toléré, il semble indiqué de le remplacer par trois séries de chacune douze injections intraveineuses de 0,01 cgr. de cyanure de mercure.

G. S.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Les abus des soins médicaux et pharmaceutiques. Traitement et prophylaxie.

Le Syndicalisme médical est unanime à baser toute l'économie de l'exercice de la médecine sur le libre choix, corollaire de la liberté de confiance, et sur la tarification des soins à l'acte médical accompli, du plus simple — la consultation au cabinet — à la plus compliquée des interventions.

Ces deux principes fondamentaux constituent, à cette heure, la charte du médecin. Ils conditionnent son statut dans ses rapports avec sa clientèle, particuliers ou collectivités.

Le forfait tend de plus en plus en plus à disparaître. Il est archaïque, contraire aux lois qui régissent le travail, désobligeant au premier chef.

Alors qu'il est légitime de proportionner le gain recherché au travail accompli, le forfait aboutit en effet à ce paradoxe inacceptable que moins il travaille, plus le médecin gagne.

Certaines collectivités, les Compagnies d'Assurances et les Sociétés de Secours Mutuels au premier plan, le verraient cependant refleurir avec une satisfaction non déguisée. Nous pouvons être assurés qu'elles appliqueront tous leurs efforts à faire prévaloir leurs préférences.

Le principal grief qu'elles font au tarif à la visite est tout d'abord qu'il ne leur permet pas d'asseoir sur des fondements solides leurs prévisions budgétaires, et en second lieu, qu'il donne lieu à des abus dans les soins médicaux et dans les fournitures pharmaceutiques.

Ces abus existent-ils ? Il serait puéril de le nier. Encore que moins fréquents qu'Assurances et Mutualités le prétendent, ils n'en méritent pas moins d'être, dans certains cas relativement rares, mais cependant indiscutables, reprochés aux médecins.

C'est pour les réprimer que le Syndicalisme prévoit, dans les rapports du corps médical avec les collectivités, notamment pour l'application des lois médico-sociales, l'institution de Commissions de contrôle chargées d'arbitrer les contestations qu'ils font naître, et de se prononcer à leur sujet en toute impartialité et indépendance.

Les Commissions de contrôle sont destinées à agir, à l'égard des abus, comme le traitement agit à l'égard de la maladie. Elles en sont la thérapeutique, thérapeutique efficace et dont les effets ne semblent pas douteux.

Mais, de même qu'en pathologie, il est préférable de prévenir le mal que d'avoir à le combattre, de même serait-il à souhaiter qu'une méthode fût adoptée, qui limiterait les éventualités en matières d'abus de soins médicaux, et rendrait ainsi le rôle des Commissions de contrôle tout à fait exceptionnel.

Cette prophylaxie est-elle réalisable ? C'est ce que nous entendons examiner.

Mais d'abord, d'où proviennent les abus dont le médecin se rend quelquefois coupable ?

A cela, la réponse est facile. Les abus sont imputables au médecin lui-même, très exceptionnellement ; au malade, dans la grande généralité des cas.

Laissons de côté l'exception. Ici, comme ailleurs, elle confirme la règle et se montre négligeable. Le mécanisme que nous avons en vue tendra d'ailleurs de plus en plus à la supprimer.

Retenons donc seulement l'influence du malade dans la genèse, dans l'étiologie du mal qu'il s'agit de combattre.

L'expérience et l'observation démontrent qu'il n'est pas de pire exigeant, à l'endroit de son médecin, que le malade qui ne l'honore pas lui-même.

Qu'il soit assisté, mutualiste, accidenté du travail, etc., le malade a une propension marquée à trouver que son médecin n'en fait jamais assez pour lui. Puisqu'il a droit aux soins médicaux sans qu'il lui en coûte un centime, puisque ces soins sont l'objet d'une rémunération, il se ferait scrupule de ne les point provoquer en toutes circonstances et de ne les point vouloir aussi abondants, aussi répétés que possible.

De là ces appels injustifiés au moindre bobo, ces visites réclamées à toute heure de jour et de nuit, renouvelés plusieurs fois par jour à l'occasion, manœuvres dolosives dont notre ami Décourt nous a brossé un pittoresque tableau, à propos de l'Assistance médicale gratuite.

Mais, dira-t-on, le malade, en l'occurence, n'est pas seul en cause. Son médecin peut et doit rester juge de l'opportunité de ses soins. A la condition qu'il applique à donner toute sa science et toute sa conscience, il peut et doit résister aux sollicitations inopportunes dont il est l'objet, et pratiquer son art dans les seules limites que lui trace l'intérêt de son malade.

En principe, il n'y a rien à répondre à cette objection.

Dans la pratique, il en va tout autrement.

Il est en effet des contingences dont le praticien ne peut faire abstraction totale, à moins qu'il ne possède une fortune suffisante pour n'avoir pas besoin de tirer de l'exercice de sa profession les ressources qui le feront vivre, lui et les siens. Rares sont les confrères qui se trouvent dans ces conditions.

Le plus grand nombre vivent de leur travail. Ils sont forcés de compter avec leur clientèle, ce qui les oblige à ne la point mécontenter.

L'assisté, le mutualiste, à qui nous reconnaissons le droit de choisir librement son médecin, ce qui implique pour lui la faculté d'en changer s'il lui plaît, ne se fait aucune faute d'user de ce droit s'il a, ou croit avoir, ce qui revient au même, des raisons de se plaindre de celui qu'il a tout d'abord appelé. Il n'est pas satisfait du Dr X ? Qu'à cela ne tienne ! Il s'adressera au Dr Y, qui sera plus coulant, plus attentionné, plus complaisant.

Si encore son mécontentement se bornait à remercier le médecin qui a cessé de lui plaire, il n'y aurait que demi-mal. Mais il ne s'en tient pas là habituellement. Il ne laisse échapper aucune occasion de faire connaître à tout venant son sentiment, d'exhaler sa rancœur, de manifester sa mauvaise humeur. De là ces ragots, ces potins, qui se colportent et s'enflent de bouche en bouche, qui vous taillent rapidement une réputation au meilleur homme du monde, et qui, en tous pays, ont nom *calomnie*.

— Le Dr X ? Ah non ! Ne m'en parlez pas !!

— Cependant...

— Mais vous ne le connaissez pas ! Il est négligent. L'autre jour, le petit souffrait d'une attaque de fièvre cérébrale. Il a fallu aller le chercher cinq fois avant qu'il daigne se déranger... Bon médecin, dites-vous ? A d'autres... Nous l'avons vu à l'œuvre. Quand le père a été malade, dernièrement, il n'y avait qu'un vomitif qui pouvait le tirer de là. Eh bien ! X. n'a jamais voulu en entendre parler... C'est comme pour notre aînée, qui est si faible... Impossible d'obtenir de lui qu'il lui ordonne le quinquina dont elle a besoin.

Et patati, patata... Et, comme dans les *Dragons de Villars*, le pauvre médecin entend dans le village les commérages, les potins, les cancans, les mots méchants qui se font à ses dépens.

Et le médecin qui ne peut, comme le *Friquet*, se moquer des vilains propos, le médecin qui fait face à ses dépenses au moyen de ses recettes, qui n'a pas le droit de faire fi de la moindre de celles-ci, le pauvre médecin cède, se laisse faire, répond avec la plus grande diligence au premier coup de sonnette qui le vient arracher à son sommeil, va voir le nouveau-né qui ne cesse de crier parce qu'une épingle mal ajustée de son maillot le pique, prescrit le quinquina qu'on lui réclame, et multiplie des visites qui ne sont jamais trouvées ni assez longues, ni assez répétées. Comment avoir le courage de l'en blâmer ?

Le remède ? Decourt l'a indiqué dans l'article qu'il a consacré dernièrement à l'Assistance partiellement gratuite. Il y a longtemps que nous en avons eu l'idée. Il est d'application relativement facile. Il serait incontestablement efficace et opérant.

Il se formule ainsi : *Tout malade garanti contre la maladie par une collectivité quelle qu'elle soit, doit participer personnellement au règlement des honoraires de son médecin, dans une mesure à déterminer.*

C'est affaire d'organisation.

D'ailleurs, ce remède a déjà reçu un commencement d'utilisation. A Lyon, les Mutualistes payent de leurs deniers une partie des honoraires des soins médicaux dont ils ont besoin.

Rien n'empêche de généraliser cette méthode.

Dans la pratique, quoi de plus simple. Le malade appartenant à une catégorie de bénéficiaires d'avantages spéciaux, au point de vue médico-pharmaceutique, achète à la collectivité dont il fait partie, les Bulletins de consultation, de visite et d'ordonnances qui lui sont nécessaires. Il les achète un prix minime, aussi minime que vous le voudrez : 1 fr., 0. fr.50, 0 fr.25 même. Mais il les achète, et il les remet ensuite en paiement à son médecin et à son pharmacien.

Une modalité particulière est à envisager en ce qui concerne les petites et les grandes interventions. Elle n'est pas impossible à trouver.

C'est ainsi qu'on peut concevoir, ainsi que cela existe dans le nouveau projet de Tarif Dubief élaboré par l'Union des Syndicats, un honoraire tel que les interventions courantes, injections hypodermiques, ventouses, pointes de feu, etc., se trouvent rémunérées en même temps que la visite ou la consultation elles-mêmes.

La collectivité prendrait à sa charge tous les frais des opérations plus importantes, à condition que celles-ci, sauf extrême urgence, ne soient décidées qu'après l'avis d'une commission compétente.

Nous livrons ces suggestions à l'examen des Syndicats médicaux.

S'ils jugent qu'elles méritent d'être prises en considération, s'ils réussissent à mettre sur pied et à faire accepter par les intéressés l'organisation qu'exigera leur réalisation pratique, les abus ne disparaîtront peut-être pas complètement, mais ils deviendront tellement infimes qu'il sera permis de n'en plus faire état. Au surplus, les Commissions de contrôle seront toujours là pour juger des cas qui leur seraient soumis.

Car, à dater du jour où le malade, quel qu'il soit, à quelque catégorie sociale qu'il appartienne, sera intéressé dans une proportion aussi minime qu'on le peut concevoir, mais qui le mettra directement et personnellement en cause, il saura se montrer ménager de ses derniers et deviendra plus circonspect dans le recours qu'il aura aux soins médicaux.

Les appels injustifiés ou inutiles se feront de plus en plus rares, les visites se réduiront au strict nécessaire, et les abus inexistants n'auront plus besoin d'être réprimés.

La prophylaxie que nous préconisons les aura prévenus, et les malades n'en seront pas plus mal soignés.

Le sujet n'est-il pas suffisamment intéressant pour mériter de retenir sérieusement l'attention de tous, et la modification, s'il y a lieu, des lois qui prévoient les soins médicaux ?

G. DUCHESNE.

CHRONIQUE DE L'ENSEIGNEMENT

Les cathédratiques (1).

Les inaugurations professorales. Quelques suggestions.

Par le Dr DARTIGUES.

Je viens d'assister, on peut dire dans une même séance, à une présentation gémellaire professorale Je n'ai pas perdu mon temps. J'aime à voir et entendre les hommes qui accèdent à la chaire, à la « cathèdre », dans ce moment solennel pour eux où une occasion leur est donnée de manifester leur synthèse mentale et sentimentale, et de développer leur programme, quand ils en ont un.

J'ai vu deux hommes bien différents, presque antipodaires, deux camarades de mon temps d'internat, qu'en spectateur averti j'avais pu voir évoluer depuis un quart de siècle. Ce fut très intéressant : il était vraiment curieux de savoir, au bout de ce temps, ce qu'ils pourraient bien dire une fois leur ambition réalisée.

L'un est un très beau cerveau, magnifique instrument de pensée, admirablement outillé pour la recherche scientifique et le progrès dont doit bénéficier la masse ; l'autre sentant plus ou moins confusément ses limites, ne vise qu'à être un homme d'action et est surtout utile à lui-même, tout en étant, je l'accorde, un exemple d'énergie pour les jeunes qui veulent leur place au soleil dans la réussite matérielle et les honneurs immatériels.

(1) En vérité, je le dis sincèrement, je n'assigne aucun sens ironique et irrespectueux à ce terme que je crée pour ceux qui occupent une chaire chèrement gagnée et souvent méritée. *Cathedratico* est du pur castillan, c'est-à-dire presque du latin, qui veut dire professeur, possesseur de chaire.

Cunéo n'a pas voulu nous « bourrer le crâne » avec des choses mille fois entendues. Pâle, avec une figure légèrement ascétique et d'expression distinguée, fin comme l'ambre et d'une grande hauteur intellectuelle, avec un reste d'accent de la savoureuse et bleue Provence qui donne de la finesse et de la bonhomie à l'élocution, il a eu la crânerie rare de parler sans « papelard » d'aucune sorte, et ce ne fut pas un cours et ce ne fut pas une conférence, mais une causerie délicieuse, si charmante et si empreinte de vérité, coulant si clairement de source, qu'elle mit profondément en communion cordiale cet esprit supérieur avec le cerveau collectif de son auditoire enchanté.

Il fit de Poirier un portrait d'une exactitude extraordinaire, montrant les qualités de cet homme qui déguisait sa supériorité réelle derrière un étalage de défauts voulus, comme s'il était une sorte d'exhibitionniste mental, et qui fut un réel intelligent, plein d'aptitudes et de facilité et un réel courageux. Poirier fut, un temps, le piment qui relevait le plat de la Faculté.

Cunéo nous entretint ensuite d'une façon tout à fait originale de l'objet de sa fonction nouvelle qui est d'enseigner l'anatomie topographique. Il nous montra l'évolution fluctuante à travers l'époque moderne, de cette anatomie suivant les progrès de la chirurgie, et celle-ci se renforçant d'elle au fur et à mesure, la chirurgie exprimant son programme et ses besoins, traçant d'abord la voie et l'anatomie venant pour ainsi dire rendre praticable pour tous, dans la netteté, l'ordre et la méthode, cette voie désormais déblayée.

Gosset, un peu congestif et hypertendu, *erguido*, érigé, dressé, comme disent les Espagnols, d'une voix saccadée, sèche, aiguë et crépitante comme une mitrailleuse, nous arrosa copieusement d'une prose correcte, claire et rapide comme un gave. Il m'a donné, je dois le dire, car je ne l'avais entendu ni vu depuis longtemps, une certaine impression de puissance irruptive, puisant dans un très beau succès, une grande assurance et le plus clair de sa force, force très différente cependant de celle de Doyen qui fut, malgré ses défauts, un vrai génie et une splendide puissance débordée de la nature. Mais sous le flot tumultueux, précipité et spumeux de la surface, qu'y a-t-il dans l'eau profonde qui roule aussi vers le but ?

Nous entendîmes pendant près d'une heure un panégyrique de Terrier ; mais pour une leçon d'ouverture ce fut un peu disproportionné, par conséquent inharmonieux et cela nous donna une impression de dislocation. Nous sommes sorti de là, n'ayant rien appris que nous ne sachions déjà de Terrier, qui mérite vraiment d'être admiré, et surtout sans savoir ce que nous réservait son successeur comme programme, que tout professeur, dans sa pourpre et son hermine flambantes neuves, se doit au moins de nous schématiser.

Terrier fut une grande valeur et il honore la

chirurgie française. Malheureusement il avait un caractère désagréable, appartenant à cette catégorie de gens qui ne comprennent pas qu'on peut être un homme supérieur sans qu'il soit nécessaire d'être dégagé des obligations élémentaires de politesse et de jouer à l'ours des cavernes, *ursus speluncus* ! Nous connûmes un temps où ceux de l'Ecole de Terrier se reconnaissaient à cette marque, qu'à l'exemple des élèves du Conservatoire, qui imitent surtout les défauts et les hypertrophies des grands artistes, leurs professeurs, ils imitaient le maître dans ce qu'il avait de bourru et parfois d'insolent. Certains, qui survivent encore à cette époque grossièrement préhistorique, tirent de cette réputation d'hommes criards et parfois mal embouchés une sorte de gloriolette ! Il est vrai que d'autres, après une phase incertaine, ont compris qu'ils n'iraient pas loin avec ce système insociable, qu'ils ont, dans un intérêt mieux compris, et plus mûris, abandonné.

Gosset ne nous a donc raconté que son histoire personnelle avec Terrier, qui est l'histoire de tous ceux qui ont eu un bon maître dont ils ont profité et grâce auquel ils ont pu arriver, histoire banale et qui pourrait se symboliser par exemple dans une phrase comme celle-ci : « Maître, laisse-moi me greffer sur ton tronc tutélaire et, bien enraciné, je serai la sève de ta déclination ! » Moyennant quoi, en secouant fortement les branches de l'arbre et à mesure qu'elles s'effeuillent, on a chance d'en demeurer un des rares rameaux fructifères.

Le nouveau professeur ne nous a pas dit ce qu'il avait déjà fait ; cela se comprend : c'est une tâche délicate ; elle appartiendra à un successeur, successeur qui étant généralement un heureux remplaçant, serait vraiment mal venu de dire du mal de son ancien. Il aurait dû nous dire au moins ce qu'il compte faire et c'est ce que nous attendions de lui : nous savons qu'il ira à la campagne ; c'est une très bonne idée... mais avant ? Quand on a un magnifique champ de travail, où tout peut si facilement pousser, il n'est pas inutile que le possesseur nous dise ce qu'il compte faire germer et récolter de moisson utile à la nutrition intellectuelle de tous pour qu'il est chargé de semer le bon grain après l'avoir séparé de l'ivraie !

Quand j'assiste à une de ces leçons inaugurales, je ne puis m'empêcher, connaissant assez bien les hommes et leurs compétitions, de remarquer la tristesse des gens de valeur qui viennent assister au triomphe, en vaincus, derrière le char du vainqueur, alors qu'ils pouvaient être ou méritaient d'être des vainqueurs. C'est de la grandeur d'âme et un beau reste de courage de lutte de savoir publiquement « encaisser si bien » comme on dit en sport. Je m'attendris au spectacle mélancolique de ceux qui n'ont pas réussi et me font l'effet de pauvres crucifiés génufléchis sur le poteau d'arrivée qu'ils n'ont pu franchir et d'où, dans la déception de leur ambition désormais morte à toujours, ils contemplent, le cœur serré et certainement de grosses larmes roulant au plus profond du pharynx, leur vainqueur qui clame sa joie en prononçant l'éloge funéraire de celui dont il fut le bénéficiaire.

Je n'ai pu, non plus, dans ces mêmes circonstances, m'empêcher de constater souvent l'ironie des alpinistes des chaires, qui, montés au plus haut sommet officiel, aperçoivent désormais bien, en regardant en arrière, les erreurs passées de la Faculté qui rejeta, méprisante ou trop souvent injuste, des valeurs incontestables et parfois des génies, ou leur fit marquer le pas de l'attente humiliante, mais ne voient pas, en regardant dans le présent, des évidences éclatantes et surtout (grands augures cependant) n'ont pas la puissance de percer les ténèbres du devenir où l'on entend le grondement de marche du progrès ,et de saisir au moins les possibilités d'une évolution dont on a cependant quelques données et qu'ils pourraient par conséquent guider !

C'est que, généralement, obéissant à la grande loi de nature, la Lumière vient du dehors et sourd de la jeunesse en travail qui monte vers sa pâture, son ambition et la conquête de son idéal et de ses droits pour la sécurité de l'avenir. La Faculté, malheureusement, n'est qu'un temple. Comme dans les temples y règnent l'assoupissement, la douce tiédeur et l'ombre propice à la murmuration des prières mille fois redites sur les dalles sonores. La lumière y pénètre, mais tamisée par de sombres vitraux chargés de la richesse des ors et décomposée en belles couleurs trompeuses et mystiques. Oui ! il faut le dire courageusement, sans pour cela renier son grand rôle périmé, elle n'est qu'un temple, où tout est silence, sommeil, calme et mystère dans de lentes poussières accumulées, pendant que hurle, éclate, brille et grouille, au dehors, la Vie !

La cour de la Faculté n'est pas, hélas ! une cour des Miracles dans le sens de centre de choses merveilleuses faisant l'admiration des hommes ; elle n'est pas davantage une Pythie aux oracles écoutés, car elle est une vieille trop ankylosée pour s'agiter sur son trépied et proférer du futur dans une fureur intellectuelle sacrée. La Faculté ne jouit plus guère de facultés. Elle devrait être un asile de la jeunesse ; mais elle est presque désertée et n'est qu'un asile de la vieillesse et souvent de népotisme ; elle pourrait être presque un asile de nuit si on pense au crépuscule sombre qui l'entoure. Et quand, par hasard, les idées entrent dans la Faculté c'est par la puissance catapultueuse des forces en action, et elles n'en sortent presque jamais sinon ovariotomisées.

Mais, tais-toi, ô mon âme ! Sèche ton encre corrosive, ô ma plume ! Que va-t-on dire ? Que j'insulte une vieille, ô horreur ! une vieille grand'mère pour laquelle nous fûmes tous, au début de notre vie d'études, éperdus de tendresse indicible ! Non. Celui qui écrit ceci n'a aucune rancœur, aucune ambition ; il peut parler hautement, et il parle, beaucoup le savent, en plein désintéressement et en toute indépendance d'esprit. Il y a à la Faculté beaucoup

d'hommes qui furent ou sont encore admirables, que j'aime ou respecte individuellement. Mais je m'attaque — les gens intelligents le comprendront — à une entité, je critique une institution surannée, l'ayant pieusement admirée pour le bien qu'elle fit dans l'histoire de son existence, la harcelant un peu pour le mal qu'elle fait quelquefois, et surtout pour le bien qu'elle n'a pas su, ne sait pas et ne pourra pas faire, à nous tous du Corps Médical de France : une vraie armée intellectuelle, scientifique et morale de plus de vingt *mille hommes cultivés qui* devraient être issus de sa substance, de la foi puisée à ses autels et de son irradiation.

Il serait injuste de ne pas dire que la Faculté, dans ces derniers temps, n'a pas été animée de quelques convulsions régénératrices, et qu'elle n'a pas fait un timide effort d'expulsion pour accoucher de quelque chose : mais ce n'est pas assez ; ce n'est que le produit rabougri d'une parturiente presque atteinte de ménopause.

Quelques professeurs, dignes à certains égards de figurer aux côtés des hommes illustres de Plutarque, sont descendus volontairement de leur chaire pour céder la place à de plus jeunes. C'est beau ; c'est très bien ; c'est également intelligent, car ainsi ils ont la chance de monter sur un piédestal où leurs sculpturaux élèves s'attacheront avec d'autant plus d'ardeur à étayer pour la postérité leur statue.

La Faculté a voulu sourire et effacer une partie de ses rides ; elle s'est fait « une beauté » comme disent les élégantes : elle a mis du kolh à ses paupières, du carmin à ses lèvres et du fard à ses joues, puis elle a souri aux étudiants ; mais ces derniers, fiers lurons, trouvent tout de même que « la dame est un peu mûre ». Toutefois, en se renouvelant, elle nous indique quelques vagissements où il semble qu'elle veuille être plus qu'une sorte d'Académie, refuge de talents embaumés dans des bandelettes d'honneur comme les momies pharaoniques. Elle s'est opothérapisée en nommant une série de jeunes tout récemment. Duval, Cunéo, Gosset. Ce triumvirat peut lui porter quelque bonheur. Il a mon applaudissement et mon vote moral.

Il y aurait mille choses à dire encore et il ne serait pas difficile d'établir des réformes afin de marcher ou pas accéléré de son temps. Il y faudrait apporter de la neuve originalité et des possibilités d'amélioration et de progrès pour le plus grand bien de tous. Car c'est ce bien qui nous intéresse et non les puériles rivalités inesthétiques et infertiles. Les laboureurs, les semeurs doivent vivre, mais ils ne tranchent pas la terre de frais sillons humides et ne lancent pas la féconde pluie des *graines* dans l'espace et la lumière et sur la glèbe avide de produire, pour eux seuls ! De même, les vrais ouvriers de pensée doivent autant songer aux germinations bienfaisantes dont tous profiteront jusqu'aux plus infimes, qu'à leur propre grenier d'abondance.

Pour moi, et qu'on ne croie pas de ma part à du paradoxe ou à de l'ironie, je voudrais que la Faculté ne perdît pas son temps à faire passer des examens et à enseigner. D'ailleurs, qu'enseigne-t-elle, qui ne soit mieux exposé dans des livres excellents ?

Récemment, je rencontrai un de mes amis, distingué professeur de la Faculté. Frais et rose, l'œil heureux, il essayait en vain de me paraître excédé : « Mon cher, me disait-il, avec un accent de douce lassitude soupirante, le plus clair de notre temps est dévoré par des examens et des commissions *innombrables ! Vous autres* (les *non officiels*) vous ne savez pas ce que c'est ; il ne nous reste qu'un quart du temps dont vous disposez ! » Ce à quoi je répliquai que ce quart leur était plus profitable que les trois quarts que nous sommes sensés avoir en plus ; et je ne pouvais en même temps m'empêcher de me demander pourquoi de tant de commissions où tant de gens éminents passent tout leur temps, il ne sort pas plus de réformes utiles. Je n'insiste pas, car on sait en effet que presque toutes ces réunions sont lieux de léthargie et de stérilité parlottière.

La Faculté devrait pouvoir confier les examens à des jurys de médecins, tirés au sort dans tout le corps médical et présentant les références de savoir et d'honorabilité voulus : aides d'anatomie, prosecteurs seraient plus que qualifiés et suffisants pour faire passer l'anatomie et la physiologie ; médecins de ville pour interroger sur la grippe, la pneumonie ou la typhoïde ; chirurgiens sur la pathologie externe et les pratiques opératoires. La Faculté, sur dossier et notes suivies, consacrerait définitivement le candidat pour le titre de docteur sous forme d'un travail qui ne serait pas une thèse dans le cadre ânonnant où on la conçoit ordinairement.

Le premier devoir de la Faculté serait surtout de ne plus faire de cours : elle se bornerait au splendide rôle d'être un Collège supérieur, centre de recherches scientifiques et d'exposé de ces recherches pour qui les voudrait suivre. Elle devrait être un Conseil, pas un conseil trop restreint comme celui des Dix, qui rappellerait trop les oubliettes vénitiennes du Pont des Soupirs, mais un Conseil général des Sciences Médico-Chirurgicales où auraient accès toutes les gloires, tous les talents consacrés et reconnus, toutes les forces encore vives et neuves de l'intellectualité médicale française. Comme il serait une réunion choisie d'éléments pondérés en partie par l'âge, il aurait pour but de freiner les énergumènes, les agités et les déraillés de la pensée, et comme il serait aussi un agrégat d'éléments jeunes et fort vigoureux, il prendrait à tâche de mobiliser les obèses alourdis de savoir inutile et d'animer les inérectiles de l'idée et les impuissants de la conception. Ce Collège supérieur de la Médecine, en songeant sincèrement à l'Avenir, relierait aussi le Présent au Passé, car on doit du respect aux morts et aux vieilles choses ; ainsi serait respecté ce qu'il y a de bon et d'utile dans la Tradition, qui, elle, assure le degré de stabilité moyenne dans la durée indéfinie

où tout s'achève pour se détruire en se renouvelant. Cette triple force indissolublement unie serait une toute puissance de progrès. Les autres Collèges supérieurs médicaux de France seraient organisés sur le même système pour assurer la décentralisation et l'autonomie seules factrices d'émulation et d'évolution. Et chaque année se tiendraient de grandes assises où la France tout entière serait représentée dans ce qu'elle a de meilleur et de choisi et où seraient étudiées les directives à donner aux plus hautes questions scientifiques, comme seraient abordés les problèmes intéressant le monde médical au point de vue social et au point de vue de ses intérêts. Ainsi cette sorte de bloc national de la médecine, non exclu des groupes qui se déclarent de caste comme des brahmanes, et aristocratiques comme des hobereaux, aurait toute sa puissance sociale et concentrerait tout son effort d'action pour faire valoir auprès des pouvoirs publics sa volonté basée sur l'observation scientifique et émanée de l'ensemble puissant de sa haute culture. Au lieu d'être inécoutés et parfois méprisés, les médecins imposeraient les lois de raison issues de leur travail et de leur compétence.

La Faculté, ou les Facultés, seraient ainsi des sortes de Comités de Salut public, Salut dans le sens castillan de *salud*, c'est-à-dire le mot latin qui signifie *santé*. Elles obtiendraient alors plus aisément des avantages nombreux pour le bien général, et tout d'abord ne pas être logées elles-mêmes dans de vieilles masures indignes de Paris et de la France, léproseries murales et décrépitudes matérielles où il n'y a ni ressources de recherches, ni matériel suffisant ; indignité, saleté et criminalité quand, dans un pays encore baigné du sang de son immense lutte, il y a des gens à qui il est permis de gagner des demi-milliards, nous le savons !!!

Comme conséquence *morale* première, ces Conseils de savants et de sages de la Médecine, ne seraient pas, comme il arrive trop souvent, à cause de l'acuité des compétitions de gloriole et de bas intérêts, des refuges où s'abritent, il faut le dire, pour éclaircir son linge en famille des querelles mesquines, des potineries dignes des conciergeries et des ruses bonnes pour les eunuques de la décadence byzantine au temps de l'impératrice Irène. Et l'on ne verrait plus des Français de valeur et du plus pur aloi chercher à l'étranger une nouvelle patrie pour y avoir des outils de travail et y vivre intellectuellement et matériellement, alors que se fait chez nous un courant d'envahissement exotique qui, comme une marée, ne dépose sur nos beaux rivages, à part quelques intéresssantes exceptions, que de tristes et indésirables déchets qui sucent parfois le meilleur de notre sève en vivant sur nous en parasitaires champignons. On n'assisterait pas à ces erreurs regrettables, quand un de nos conquistadors de science à notre profit moral en même temps qu'à l'intérêt universel a gagné une gloire dont nous devrions être fiers, qui consistent à profiter d'un jour de bonheur et de joie du haut d'une chaire qui est tout au moins une caisse de résonnance qui amplifie toute annonciation, pour dépasser les limites de la critique nécessaire en diminuant par trop, sans se grandir d'ailleurs, par dessus les océans, un homme qui n'est peut-être pas sans défauts comme tous les mortels, mais qui nous fait honneur. C'est un procédé vraiment trop aquatique et combien peu diplomatique ! On ne montrerait pas également trop souvent le bout de l'oreille, une oreille immense, asinique presque, qui est celle de l'abominable Jalousie, grand péché capital, disent les religieux. Hélas ! la jalousie est basse, car elle rampe en ophidien, elle parle d'une langue bifide et sifflante empoisonnée du venin des proches glandes des crochets. Mais moi, je la vois, cette jalousie, plutôt représentée symboliquement comme une bourrique inintellectuelle qui montre des oreilles démesurées dépassant le mur où elle croit, derrière, la naïve et l'impudique, qu'on ne la voit pas et qu'on ne l'entend pas braire. La jalousie, c'est la faiblesse des arrivistes à tous crins : elle déshonore l'intelligence.

Pauvreté de moyens, voilà ce qui nous accable, mais pauvreté d'idées aussi parce qu'on ne s'adresse généralement qu'aux sources taries ! Il n'est venu à la pensée ou à l'inspiration de courage d'aucune Faculté, pas même celle de Lyon, qui l'a cependant vu naître, de nommer professeur, *honoris causa* ! un de ceux et même d'autres qui nous ont honorés, dans l'autre hémisphère sans nous coûter un sou et avec l'aide des dollars de l'étranger. Au lieu de cela, on pratique une optique de rapetissement à une distance trop lointaine pour qu'on puisse ramener les choses à leur réelle grandeur.

Que de réformes il y aurait à réaliser encore ! Les annoncer seulement, c'est stupéfier beaucoup de gens qu'inquiète toute chose nouvelle, car ils sont des sédentaires de l'esprit, embourbés dans les molles habitudes et qui tremblent de peur à tout changement qui les désoriente ; mais ces réformes, pour si audacieuses qu'elles paraissent à l'heure actuelle, se feront un jour sous l'empire d'une force de fatalité que rien n'arrêtera.

Ainsi viendront l'externat et l'internat obligatoires pour tous. Chaque étudiant fera alors de vraies études complètes avec tous les moyens que donnent ces deux institutions et s'il ne fait pas son service obligatoire de médecine, il sera éliminé de la médecine et se cherchera ailleurs une autre profession. Le niveau général s'élèvera ; car, ce qui manque à beaucoup, c'est l'occasion de travailler *vite*, *bien* et *avec fruit*. Tous les concours, dont je ne nie pas la vertu de sélection, ont eu pour but jusqu'ici, il faut bien confesser la vérité, de conquérir le *droit de travailler*, d'un travail pratique et profitable, le seul vrai : l'immense somme d'efforts pour arriver à obtenir une place serait bien plus utilement employée à bénéficier des moyens de rendement que donne cette place.

Ce n'est pas sans regret pour l'avancement de la

science et le bien général que je songe à la foule des intelligents et des forts tenus à l'écart, qui, si on leur avait donné un champ de travail, un petit lopin seulement, en auraient souvent tiré meilleur parti que certains possesseurs de vastes domaines laissés en jachère et obtenus grâce à des concessions intellectuelles de discipline de mémoire brute qui brûle et stérilise tant de cerveaux. Les meilleurs crus ne sont-ils pas tirés parfois de quelques arpents de terre de prédilection ?

On verra un jour ce que je pourrai appeler le *parrainage médical,* par lequel tout médecin honorable adoptera un étudiant en médecine au début de sa vie, qu'il utilisera dans ses visites, son petit laboratoire, ses petites interventions, et comme secrétaire médical tenant sa bibliothèque et recueillant ses observations cliniques. Ainsi l'étudiant abordant des études plus hautes dans les milieux scientifiques appropriés sera déjà dégrossi et prêt à profiter d'un enseignement supérieur ; il sera comme ceux qui ont eu la chance d'avoir un père médecin qui leur a inculqué le goût de la profession, les premières notions pratiques et ouvert l'horizon scientifique. Cet apprentissage préliminaire, comme *infirmier* même, sera comme celui qu'on faisait dans les corporations du Moyen-Age, comme celui qu'on fait actuellement dans les ateliers d'industrie ; pourquoi ne le ferait-on pas faire pour notre Corporation médicale moderne ?

L'agrégation !.. Tremblez d'indignation, ô ceux qui avez travaillé comme des forçats traînant le lourd boulet pour cette chose que dans votre naïveté vous avez cru rayonnante, superbe et intelligente et qui, l'ayant obtenue, avez une foi d'idolâtres pour ce qui n'est qu'une féticherie de l'esprit mué en bibliothèque, l'agrégation ne sera plus un jour qu'un souvenir ridicule ! Je n'ai pu jamais aller jusqu'au bout de l'audition de ces épreuves, où le candidat, toujours dans le même moule, débitait dans un temps donné une leçon bourrée de mémoire surchauffée devant un jury rouge qui avait surtout la préoccupation de *combinazione* comme disent les Italiens. Autour de la table verte, devant le candidat plus verdâtre encore, se font les marchandages électoraux les plus éhontés, et l'on se demande si le candidat n'est qu'un prétexte et si le vrai concours ne se passe pas plutôt entre les membres emmitouflés d'hermine comme de gros chats à l'affût faisant les endormis. On a bien voulu dire autrefois que j'étais à la mesure vocale et verbale des vastes amphithéâtres, et cependant je n'ai pas été tenté, par ces moyens de condescendance spirituelle qui me répugnaient, d'aborder ce que j'ai toujours considéré comme une forme inférieure de manifestation d'intelligence. J'ai jadis appelé dans une circonstance mémorable, ce concours de psittacique, à l'étonnement choqué de quelques cerveaux pétrifiés marqués d'empreintes fossilaires de paléontologie médicale. Quand on s'ébaubissait parce qu'un candidat avait fusillé son jury et un auditoire de quelques juvéniles ignorants et de quelques marmottes d'amphithéâtre, d'une bibliographie à l'allemande de plus de 200 noms à l'heure, ma jeune pensée impolluée se refusait à l'admiration de cette stupidité ! Mon opinion s'est plus fortement ancrée quand j'ai vu, de mes yeux vu, plusieurs agrégés et même chirurgiens des hôpitaux n'avoir qu'un bagage atrocement livresque sous lequel ils succombaient d'épuisement, sans que leur main, qui avait tenu peut-être le scalpel, eut jamais manié le bistouri ou fait un réel et pratique examen clinique ! Ils étaient plus qu'en retard, d'un retard qui parfois ne se rattrape jamais, sur les élèves qui avaient choisi un internat instructif pour aller s'installer en province et y *rendre des services immédiats et sûrs.*

N'est-ce pas une désolation de voir des chirurgiens distingués attendre dix et douze ans après avoir été reçus au Bureau central pour avoir un service à eux, tandis que certains services engorgés sont obstructionnés par des chirurgiens incapables d'y faire face ? N'est-ce pas une plus grande pitié en même temps qu'une pénible injustice de voir des médecins et des chirurgiens qui, pendant la guerre, ont fait face avec intelligence, honneur, savoir et initiative à des services énormes et à qui on ferme avec ingratitude la porte là où il y a place pour beaucoup ? C'était bien la peine d'avoir fait la guerre pour venir se heurter aux barrières dressées par la sénilité des êtres et les institutions pourries de vieillesse !

Tant qu'on ne prendra pas pour principe de paix le principe de guerre, c'est-à-dire celui où l'on est acculé pour la défense vitale d'un pays, on s'enlisera on se crustaciera à nouveau : il faut trouver les valeurs où qu'elles soient et en tirer le plein rendement, non pas pour la gloriole infime et inintéressante de quelques-uns, mais pour le service à rendre à tous, et ne pas tomber dans l'erreur difficilement pardonnable du Service de Santé qui, lorsque la guerre se dressa, ignorait tout des choses et des hommes de la médecine.

Quand on pense que l'on en est encore à cette archaïcité maladive de juger, à notre époque de grande chirurgie, des candidats sur épreuves d'opérations périmées sur le cadavre et qui ne se font jamais semblables sur des vivants, on peut affirmer que c'est le comble de l'arriération ! Est-ce que les chirurgiens en vogue que l'on va voir opérer et que l'opinion médicale consacre ne sont pas jugés tous les jours à pied d'œuvre, et ne sont-ce pas des jurés formant les meilleurs des jurys ceux qui les critiquent ou les approuvent, et font ou défont leur réputation suivant les oscillations, les ascendances ou les déchéances de leur talent ? Qu'est-ce qui empêcherait la constitution de jurys intègres qui se déplaceraient pour assister à une série de vraies et grandes opérations faites par un jeune chirurgien qui briguerait de faire partie d'une haute et indubitable sélection ?

Mais je m'arrête, car il y aurait trop à dire encore !

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles,*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien*).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50..... 4 fr. »»
Le 100..... 6 fr. »»
Les 500.... 28 fr. »»
Les 1000... 50 fr. »»

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, 132, faubourg St-Denis Paris.

Et ne va-t-on pas — c'est si facile — me traiter de *niveleur par en bas*, de démolisseur ? Non! avec les nombreux qui pensent comme moi, je ne veux pas démolir, si ce n'est pour construire. Nous ne sommes pas ici de vulgaires terrassiers ni des balayeurs, si ce n'est pour la propreté et le déblayage des terrains assainis où, architectes, nous voulons à nouveau édifier. Nous connaissons suffisamment les lois de la biologie pour être pénétrés de cette idée que l'inégalité est maîtresse de l'univers, et que dans le monde de l'homme il y a inégalité dans la force physique, la santé, l'intelligence, les aptitudes, le courage, la puissance de travail.

Nous voulons, au contraire, des élites et des supériorités, mais des élites élargies où tous ceux qui le méritent aient accès et ne soient pas écrasés par des rouages vieillots et parfois les insolentes injustices du hasard, mais des supériorités réelles et agréées de tous devant lesquelles chacun s'inclinera parce qu'il recevra, en définitive et pour sa juste part, le bienfait de leur rayonnement.

Il faut que l'on comprenne enfin, comprenons donc enfin, dans un esprit de réelle grandeur accueillante et dans un sentiment d'humanité bienveillante et sincèrement fraternelle, que les temps sont révolus où il n'est plus permis désormais que les forces de progrès soient impunément gaspillées que des intelligences souveraines soient méconnues et qu'il est nécessaire et utile que tous aient accès à une vie de plein épanouissement. Adoptons ce principe philosophique et éminemment social que la plupart ne comprennent pas ou feignent de ne pas saisir, absorbés qu'ils sont par l'intérêt ou l'orgueil : *le principe de l'amélioration de tous par tous, accès du plus grand nombre d'aptitudes véritables amplifiées par le travail possible à une science trop jalousement gardée comme une chasse, afin que sur cette plus large base humaine savante et pensante puissent précisément éclore et s'élever de plus géniales personnalités.*

Mais « il est des hontes qu'il faut taire ! » comme clamait l'immense voix désespérée et sublime de Mounet-Sully dans *Œdipe*. Taisons-nous donc !

Taisons-nous ? Que dis-je là ? Proférons au contraire au soleil, à la fois cruel et bienfaisant, qui étale les vérités sur la blancheur des linges exposés, nos détresses, nos tares, nos laideurs et nos souillures même, pour qu'il les efface, pour le plus grand bien de la France, qui va faire une nouvelle gestation glorieuse, par plus de beauté, de grandeur et de progrès.

Maintenant, qu'on ne me croie pas une brute rhinocérique ayant piétiné de fraîches plates-bandes, car j'applaudis de tout cœur aux nominations de mon ami le Pr J.-L. Faure, ce lyrique de la plume comme du bistouri et qui est le Châteaubriand de la chirurgie ; du Pr Duval, remueur d'idées et esprit éveillé d'avant-garde ; du Pr Gosset, parfait chirurgien de méthode et d'organisation ; du Pr Cunéo, cerveau de très haute culture générale, consommé anatomiste et très distingué chirurgien. J'ai eu vraiment plaisir à les voir et les entendre. Ils m'ont donné l'occasion de réfléchir, de critiquer et de récriminer contre des erreurs ou des faiblesses indépendantes d'eux.

Dr Dartigues.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Réunion du Conseil d'Administration

30 *mars* 1920.

Présents : MM. Maurat, *Président* ; Vimont, Mignon, Gassot, Noir, Huguenin, Duchesne, Pamart, de la Rochefordière et Boudin, *Secrétaire*.

Indemnités-maladie.

Sur le rapport du Secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

31	Calmels	Aveyron	3 mois	300 »
32	Laurent	Seine-Inférieure	3 mois	300 »
34	Parmentier	Var	3 mois	300 »
80	Pardoux	Paris	3 mois	300 »
83	Quéré	Côtes-du-Nord	35 jours	350 »
100	Coqueret	Aube	3 mois	300 »
106	Roger	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
117	Dollard	Hérault	22 jours	220 »
142	Duclaux	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
171	Laguens	Gironde	3 mois	300 »
			A reporter	2.970 »

		Report		2.970 »
173	GAUCHERAND	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
186	COLLINET	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
188	GAMBLIN	Pas-de-Calais	11 jours	110 »
206	PUITG	Pyrénées-Orientales	3 mois	300 »
228	TACHERON	Aube	48 jours	480 »
247	DORET	Loiret	3 mois	300 »
255	DEMMLER	Oise	3 mois	300 »
265	COUDÈRE	Creuse	10 jours	100 »
268	DODET	Yonne	11 jours chr	36 65
269	DOLARD	Rhône	3 jours chr	10 »
311	ROUVIER	Isère	3 mois	300 »
341	CHABANON	Lozère	60 jours + 16 jours chr	653 20
348	MILTAS	Creuse	3 jours	30 »
357	MATHIEU	Paris	3 mois	300 »
378	DECOUSSER	Pas-de-Calais	12 jours	120 »
379	MARTY	Bouches-du-Rhône	35 jours + 1 mois et 24 jours chr.	549 90
387	RICHARD	Morbihan	60 jours + 1 mois et 5 jours chr.	716 65
403	BLONDEL	Seine-Inférieure	33 jours	330 »
429	SIGUAN	Bouches-du-Rhône	39 jours + 1 mois et 21 jours chr.	560 »
432	DE LAGOANERE	Gironde	35 jours	350 »
440	CAPITREL	Orne	60 jours + 1 mois chr	700 »
446	ROLLET	Haute-Marne	22 jours	220 »
465	BAUDRON	Loir-et-Cher	46 jours	460 »
466	LAFFITE	Paris	14 jours	140 »
490	VINCENS	Alpes-Maritimes	60 jours + 26 jours chr	686 60
498	FONS	Pyrénées-Orientales	12 jours	120 »
504	DELUCQ	Gers	17 jours + 2 mois et 14 jours chr.	436 60
520	LA BONNARDIERE	Var	35 jours	350 »
549	TERRIEN	Loire-Inférieure	3 mois	300 »
592	LECOCQ	Nord	60 jours + 1 mois chr	603 30
597	SELLERIN	Aube	3 mois	300 »
611	MOREL	Savoie	3 mois	300 »
621	LANGLOIS	Alpes-Maritimes	1 jour	10 »
657	NEYRON	Bouches-du-Rhône	14 jours	140 »
689	AUGÉ	Morbihan	6 jours	60 »
700	REY	Haute-Garonne	11 jours	110 »
770	CAUDRON	Paris	3 mois	300 »
791	COTTE	Bouches-du-Rhône	18 jours	180 »
807	BARGE	Corrèze	60 jours + 7 jours chr	623 30
840	MONESTIÉ	Tarn	29 jours	290 »
849	ROQUES	Gard	6 jours + 2 mois et 25 jours chr.	343 25
861	LAUGIER	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
868	CÉSAR	Ain	9 jours + 9 jours chr	119 95
883	FIGUET	Isère	16 jours	160 »
893	SOULEYRE	Oran	3 mois	300 »
900	DUCLOS	Loire-Inférieure	3 mois	300 »
937	BORREL	Hérault	26 jours	260 »
954	PAUMÈS	Haute-Garonne	6 mois	600 »
958	SAINT-GERMAN	Haute-Garonne	30 jours	300 »
965	MITIFIOT	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
995	DELAVALLE	Pas-de-Calais	13 jours	130 »
999	MEURICE	Nord	35 jours	350 »
1028	DEJEAN	Nièvre	19 jours	190 »
1029	G. VIMONT	Paris	55 jours	550 »
1117	BRAVY	Seine-et-Oise	3 jours chr	10 »
1141	CHAMBON	Calvados	35 jours	350 »
1215	BRUNEAU	Meruthe-et-Moselle	30 jours	300 »
1242	PARIENTE	Oran	29 jours	290 »
		A reporter		20.249 40

		Report	20.249 40
1259 Rilhac	Aube	3 mois	300 »
1272 Molinéry	Hautes-Pyrénées	3 mois	300 »
1290 Lebrun	Paris	28 jours	280 »
1294 Freyche	Ariège	6 mois	600 »
1301 Serfaty	Yonne	19 jours	190 »
1302 Duvau	Saône-et-Loire	27 jours	270 »
1308 Launay	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1343 Le Bras	Finistère	44 jours	440 »
1363 Bernard	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1398 Roux	Haute-Savoie	un jour	10 »
1408 Grandou	Eure	3 mois	300 »
1468 Desbordes	Vienne	7 jours	70 »
1492 Ardillaux	Yonne	26 jours	260 »
1558 Salvage	Indre	7 jours	70 »
1571 Meurice	Pas-de-Calais	11 jours	110 »
1573 Lecouillard	Manche	un mois et 2 jours chr	106 65
1603 Arin	Maine-et-Loire	4 jours	40 »
1610 Arago	Paris	4 jours	40 »
1611 Traversier	Isère	28 jours	280 »
1622 André	Bouches-du-Rhône	47 jours	470 »
1625 Staïcoff	Isère	60 jours + 1 jour chr	603 30
1627 Mosnier	Gard	52 jours	520 »
1633 Guilbard	Aube	57 jours	570 »
1656 Romieux	Morbihan	7 jours	70 »
1664 Roy	Nièvre	8 jours	80 »
1668 Maurat	Lozère	12 jours	120 »
1675 Frenel	Oise	un mois et 4 jours chr	113 20
1686 Gaignard	Maine-et-Loire	3 mois et 10 jours chr	333 20
1691 Soulé	Gironde	7 jours	70 »
1711 Huot	Côte-d'Or	33 jours	330 »
1714 Daubret	Seine	32 jours	320 »
1720 L. Gassot	Loiret	60 jours + 16 jours chr	653 30
1765 Lancet	Pas-de-Calais	7 jours	70 »
1773 Charles	Nord	11 jours	110 »
1793 Conte	Aude	3 mois	300 »
1796 Marmarian	Loiret	54 jours	540 »
1820 Priouzeau	Maine-et-Loire	13 jours	130 »
1852 Lucasse	Pas-de-Calais	50 jours	500 »
1879 Laval	Tarn-et-Garonne	2 mois et 12 jours chr	330 »
		Total	31.009 10

Le Dr Roux fait abandon de son indemnité à la Caisse auxiliaire. Le Conseil lui adresse ses remerciements.

Le Conseil inflige 10 fr. d'amende à un Sociétaire pour retard dans sa déclaration et fait partir l'indemnité d'un autre sociétaire seulement du jour où il a repris ses droits, sa situation étant irrégulière auparavant.

Combinaison V.

Le Conseil alloue 150 fr. à Madame Veuve Beauxis-Lagrave et à Madame Veuve Lepage, pour leur pension du premier trimestre 1920. Cette somme leur sera versée sur la production d'un certificat de vie au 31 mars 1920.

Admissions

Sur le rapport du Secrétaire Général, le Conseil prononce les admissions suivantes :

Combinaison M A

MM. les Docteurs :

Brot, de Ancy-le-Franc (Yonne).
Basile, de Saints (Seine-et-Marne
Sage, de la Tour-du-Pin (Isère).
Arbez, de Meylieu-Montrond (Loire).
Chrétien, de Salles-d'Angle (Charente).
Martin, de Plancher-les-Mines (Haute-Saône).
Bourdicaud-Dumay, de Murat (Corrèze).
Gautié, de Nohic (Tarn-et-Garonne).
Hardy, de Paimbeuf (Loire-Inférieure).
Robillot, de Tamaris-Alais (Gard).
Dubocquet, de Sainghin (Nord).
Delord, de Saint-Flour (Cantal).
Ducret, de Reignier (Haute-Savoie).
Labrue, de Saint-Astier (Dordogne).
Borrey, de la Bégude-de-Mazenc (Drôme).
Guittard, de la Châtaigneraie (Vendée).

DUFOUR, de Mâcon (Saône-et-Loire).
LARROQUE, des Riceys (Aube).
MAILLET, de Vernantes (Maine-et-Loire).
DUPOND, de Payns (Aube).
Mlle BONNAUD, de Vic-sur-Nahon (Indre).

Combinaison P

MM. les Docteurs :
SAGE, de la Tour-du-Pin (Isère).
PLOTON, de Saint-Etienne (Loire).
MARTIN, de Plancher-les-Mines (Haute-Saône).
GAUTIÉ, de Nohic (Tarn-et-Garonne).
DUPOND, de Payns (Aube).
Mme DUPOND, de Payns (Aube).

Combinaison R

MM. les Docteurs :
ARBEZ, de Meylieu-Montrond (Loire).
DUBOCQUET, de Sainghin (Nord).

Assemblée générale extraordinaire.

La réunion de l'Assemblée Générale extraordinaire convoquée pour la révision des statuts est fixée au samedi 8 juin 1920, à 14 heures 1/2 au Siège Social.

Modifications aux Statuts.

Le Conseil fixe l'ordre du jour de cette Assemblée Générale : il portera : Modifications aux articles 26, 27, 39 et 65 des statuts.

La modification à l'article 26 consistera dans le relèvement de la prime de gestion qui sera fixée désormais à 10 % du total des cotisations.

La modification à l'article 17 relèvera les frais de recouvrement postal qui ne sont plus en concordance avec les tarifs postaux.

Ces relèvements, après leur adoption, seront applicables à tous les sociétaires tant anciens que nouveaux.

Les modifications aux articles 39 et 65 comportent l'établissement pour la combinaison M A d'un droit d'entrée de 25 francs et, pour la combinaison V, d'un droit d'entrée de 50 francs. Ces droits, destinés à la rémunération des médecins examinateurs, ne seront applicables qu'aux nouveaux sociétaires.

M. le Président MAURAT dit que certaines autres modifications pourraient être envisagées, mais qu'il est préférable d'en renvoyer l'examen au moment de l'inventaire actuariel prochain.

M. MIGNON, Secrétaire Général, rappelle que, lors de la dernière Assemblée Générale, on avait admis le principe du doublement de l'indemnité maladie dont le taux n'est plus en concordance avec les nécessités actuelles de la vie, qu'il avait été convenu que les sociétaires partisans de ce doublement se feraient inscrire puisqu'il fallait, pour pouvoir commencer, un nombre minimum de 30 membres et qu'il était inutile, si ce nombre n'était pas atteint, d'engager des frais d'études relativement élevés. Or, le nombre des inscrits est actuellement de 26. M. Mignon demande en conséquence qu'on reparle de la question à l'Assemblée Générale.

M. le Président Maurat ne s'y oppose pas, mais il est entendu qu'il s'agira, en l'espèce, d'une simple conversation, la question n'étant pas à l'ordre du jour et ne pouvant être tranchée par un vote (*Assentiment*).

M. GASSOT, Trésorier, expose qu'il conviendra de faire connaître aux sociétaires les modifications statutaires adoptées et la répercussion qu'elles pourront avoir sur la cotisation de chacun d'eux.

D'autre part, il va falloir prochainement envoyer une lettre de mise en demeure aux sociétaires qui n'ont pas régularisé leur situation et qui n'ont plus pour le faire que jusqu'au 31 décembre 1920.

Dans un but d'économie, le trésorier propose de ne faire qu'un seul envoi, ce qui aurait l'avantage de donner aux irréguliers un certain délai après le moment où ils auront reçu leur mise en demeure (*Adopté*).

Le Conseil vote plusieurs allocations sur la Caisse de secours, prend connaissance de la correspondance et donne aux questions pendantes la solution qu'elles comportent.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire, P. BOUDIN. *Le Président,* A. MAURAT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Concours** pour la nomination à la place de médecin en chef du sanatorium Villemin, à Angicourt (Oise).

Ce concours sera ouvert le lundi 3 mai 1920, à 14 heures, à l'hôpital Laënnec.

Le registre d'inscription sera ouvert du mardi 6 avril au samedi 17 avril inclusivement, de 10 à 15 heures, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du personnel médical.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON. THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

qu'il y ait lieu de rechercher si les conventions matrimoniales imposent au mari ou à la communauté de supporter définitivement cette charge (Trib. civ. Seine, 2e chambre, 28 fév. 1905. *Concours Médical* 1905, p. 236).

La femme qui a reçu des soins contracte tacitement un engagement personnel envers le médecin, même lorsque les conventions matrimoniales imposent au mari l'obligation de supporter définitivement les honoraires du médecin. (Trib. civ. de Pithiviers, 26 oct. 1911. *Conc. Méd.* 1911 p. 1173).

Il résulte de ces décisions que l'appel interjeté par la femme contre le jugement de paix qui l'a condamnée solidairement avec son mari au paiement de vos honoraires est mal fondé.

Nous sommes à votre dispositon pour tous autres renseignements et vous prions de nous tenir au courant de la suite qui sera donnée à cette affaire.

La preuve testimoniale en matière d'honoraires médicaux.

J'ai été appelé à donner des soins à un domestique berger chez un fermier, qui s'etait fait au cours de son service (en gardant des animaux) une luxation à l'épaule. La loi de 1898 ne peut pas, je crois, être appliquée, mais je croyais avoir recours contre le fermier, qui m'avait fait appeler par un tiers ami du blessé et avait déclaré qu'il payerait tous les frais. Ceci peut être établi par des témoins, deux au moins. Mais aujourd'hui le fermier a changé d'avis, il nie avoir garanti le paiement des honoraires médicaux et son avoué refuse d'admettre le témoignage verbal sous le prétexte que la somme réclamée dépasse 150 fr. et soutient qu'il devait y avoir des preuves écrites, un contrat, par exemple. Je trouve cette prétention exagérée et je n'aurais jamais songé, lorsqu'on me fait appeler, à demander un engagement écrit garantissant mes honoraires. Connaissez-vous des cas analogues, n'y aurait-il pas exception en faveur des médecins, à l'article du code qui n'admet pas la preuve testimoniale au-dessus de 150 fr. ? Que me conseillez-vous ?

Dr L.

Réponse

La jurisprudence est fixée en ce sens que la nature de l'exercice de l'art médical constitue une impossiblité morale de se procurer une preuve par écrit de l'obligation, qui dispense le médecin de l'apport d'une preuve écrite ou d'un commencement de preuve par écrit, exigés en règle générale pour les obligations dont l'objet est supérieur à 150 francs.

Cette jurisprudence a été établie par arrêt de la Cour de Paris (2e chambre) en date du 15 mars 1905 (*Gaz. des Trib.* 1905, 2, 181. *Conc. Méd.*

1905, p. 253) et par arrêt de la Chambre des Requêtes de la Cour de Cassation du 27 mars 1907, rejetant un pourvoi formé contre l'arrêt ci-dessus (*Gaz. du Palais* 1907, I, 531. *Conc. Méd.* 1907, p. 269).

Consultations à jours fixes à la résidence d'un confrère voisin.

Permettez-moi de vous adresser, pour être portée à la tribune du *Concours*, une question que je croyais pourtant bien résolue, depuis longtemps, par la négative ; mais « il est des morts qu'il faut qu'on tue » :

Un médecin a-t-il le droit « syndical » de venir, à jour fixe, faire de la clientèle dans la résidence d'un confrère, et d'y tenir un cabinet de consultations, aggravant encore son cas par la pratique du « rabais systématique » et maintes autres aussi reluisantes ?

J'ajouterai :

Les Syndicats médicaux ont-ils le devoir de défendre leurs adhérents et la dignité de la corporation contre de tels agissements ?

D[r] G.

Réponse

Il est absolument contraire aux règles déontologiques les plus rudimentaires et aux principes généralement admis par tous les Syndicats médicaux qu'un médecin vienne, à jour fixe, donner des consultations dans la résidence de son confrère. Si, à ces errements blâmables, vient s'ajouter le rabais systématique, ce fait constitue encore une aggravation.

Le Syndicat a parfaitement le droit, et nous pouvons même, comme vous, dire le devoir, de s'opposer à ces pratiques condamnables.

A cet effet, il peut, si ses statuts comportent un Conseil de Famille, citer le mauvais confrère devant cette juridiction confraternelle et ce, qu'il fasse ou non partie du Syndicat. Les sanctions, dans le cas où le confrère persisterait dans ces pratiques, seraient celles admises par les statuts du syndicat : blâme, exclusion, amende, mise à l'index, par exemple.

Quelques aperçus médico-militaires. Comment un praticien agit avec les blessés du travail et les pensionnés de guerre.

Je viens de lire avec intérêt le commentaires de notre confrère Decourt sur une circulaire de M. le Préfet de l'Eure au sujet de la grippe et de l'encéphalite léthargique. (*Concours*, 14 mars 1920, p. 681-682).



Inutile de vous dire que n'ayant pas de secrétaire, persuadé de l'inutilité de mes déclarations journalières, je n'ai rien déclaré ; d'ailleurs, je n'ai pas rencontré d'encéphalite léthargique, seulement beaucoup de grippe.

Enfin, il y avait là tout de même une bonne intention de nos autorités civiles !

Par contre, nos autorités militaires font ce qu'elles peuvent, tout ce qu'elles peuvent, pour disséminer les épidémies. Jugez-en :

Je soigne à G. les enfants de la famille G...

Ils sont 10 (*dix*). 6 ont une scarlatine grave compliquée d'angine pseudo-membraneuse : je les ai injectés, ils sont hors de cause. 2 ont eu une scarlatine fruste. Le dernier a une pneumonie. Début des scarlatines, il y a douze jours.

L'aîné seul, 20 ans, est intact. Il devait rejoindre le 15 courant le Nᵉ R. I. à S.

Comme il pouvait tomber malade en cours de route, à son arrivée à la chambrée, porter dans les gares, les wagons, à son corps, des squames et des bacilles de Lœffler, je lui ai délivré un certificat pour qu'il soit sursis à sa mise en route.

L'autorité militaire a refusé d'accorder le sursis. Donc G... aîné se met en route ce matin 17, au risque de contaminer tous ses voisins et d'aggraver lui-même éventuellement son cas, s'il est en incubation.

II. — Dans la discussion au sujet de la médecine militaire, un des arguments de ces Messieurs de l'active (je ne puis dire nos confrères) est celui-ci, que dans les conseils de Revision, au moins ils représentent la Compétence, l'Impartialité.

Jugez, d'après le fait suivant, déjà ancien. En mai-juillet 1915, je faisais le service médical de la nᵉ Section de C. O. A.,

Un nommé R., notaire, soldat à cette section — ancien exempté ou réformé récupéré — devait être versé dans l'infanterie. L'intendant commandant la section me le fait présenter pour une proposition pour la réforme.

Je l'examine *très complètement*. — Un costaud. Je le fais examiner, sans le prévenir autrement, par mon médecin auxiliaire, interne provisoire des hôpitaux de Paris qui ne trouve rien d'anormal.

Je ne le propose pas pour la réforme.

Nouvelle demande de l'intendant.

Nouvel examen, en partie double. Sujet très bien constitué.

Nouveau refus de proposition de réforme.

Troisième demande de l'intendant de proposer R. pour un changement d'arme.

Je me laisse faire. R. est amené devant la commission de réforme.

Le colonel président entre, le képi en bataille.

— « Le R... de l'Intendant est-il ici ? » (*sic*)

— « Présent ! mon colonel. »

— « Service auxiliaire. — Bronchite chronique. »

Le Médecin principal M. (de l'active) présent, se contenta, sans aucun examen, de dire : amen !

Inutile de vous dire que des faits semblables étaient plusieurs fois journaliers devant la commission, malgré la compétence et l'impartialité du Médecin principal de l'ACTIVE, expert.

III. — Devant la mauvaise foi des Assurances qui ne veulent même pas tenir compte de la décision de M. Bienvenu-Martin (majoration de 100 %) j'exige dorénavant le *paiement comptant* de tout blessé, et lui délivre un reçu. Qu'il se débrouille avec son patron, ou s'il est patron (cultivateur) qu'il s'arrange avec son assurance ! Je ne veux plus avoir aucun rapport avec MM. les Assureurs.

IV. — Procédé analogue pour les assujettis à la loi du 31 mars 1919.

J'ai lu attentivement dans le *Médecin Syndicaliste* les efforts loyaux de l'Union des Syndicats et du confrère Lafontaine pour une entente avec M. Lebureau, et la rupture brusque et mouvementée de la part de ce dernier.

MM. les assujettis à la loi du 31 mars 1919 me payent comptant. Je leur délivre un reçu et ils s'entendront avec M. le Préfet

Dr B.

Hospitalisation des blessés du travail.

Pourriez-vous m'indiquer s'il existe à votre connaissance des contrats passés entre des administrations hospitalières et des chirurgiens d'hôpitaux de province au sujet des honoraires des accidentés du travail soignés dans les hôpitaux.

A P., nous voudrions nous affranchir du « tout compris » et l'administration de l'hôpital nous objecte qu'elle ne connaît pas de contrat ailleurs. Dans le cas où elle ne voudrait rien entendre à ce sujet, que faudrait-il faire ?

P. G.

Réponse.

Relisez, dans le *Concours* 1919, p. 1279 et 1859, ce que j'ai écrit concernant l'hospitalisation des blessés du travail.

Quant aux règlements d'hôpitaux, vous en trouverez dans le *Concours* 1913, p. 2788, 1595 et 1919 p. 2103.

Au point de vue le plus pratique, il faut faire décider par la commission administrative de l'hôpital que les blessés du travail seront admis dans les salles payantes, avec les autres malades payants et non dans les salles gratuites. De la sorte, l'hôpital fait fonction de clinique privée et le tout compris ne lui est pas applicable (V. *Concours* 1920, p, 628).

S'il vous est agréable que, pour votre cas particulier, nous puissions vous donner un texte de projet de règlement, nous vous serions obligé de nous faire tenir la copie du règlement de votre hôpital, concernant l'admission des ma-

lades et les conditions de paiement des frais par ces derniers.

Tous les médecins du P. . peuvent-ils soigner des malades à l'hôpital ? Qui nomme les médecins de l'établissement, ou existe-t-il un tour de rôle, entre tous les médecins de la ville ?

Contrôle des frais pharmaceutiques dans les accidents du travail.

Connaissant l'intérêt que le *Concours Médical* porte à tout ce qui concerne notre profession, je me permets de vous adresser une copie de la lettre adressée au Syndicat des Pharmaciens par la puissante Compagnie W.

Cette Cie s'assure elle-même et c'est à ce titre qu'elle a adressé cette belle page.

Personne ici n'a encore élevé la voix contre les termes pourtant si offensants envers tout le corps médical.

Je serais particulièrement heureux d'avoir votre opinion sur cette lettre-circulaire.

Dr C.

B..., le 26 février 1920.

Monsieur le Président
du Syndicat des Pharmaciens de B.,

Nous portons à votre connaissance que nous remarquons que depuis quelque temps il nous parvient des différentes pharmacies de B. et environs, des notes de fournitures de médicaments sur simple ordonnance des médecins traitants. Nous estimons que les ordonnances de médecin doivent être accompagnées d'un bon de notre maison qui autorise la délivrance des médicaments.

En raison, en effet, des nombreux abus qui se commettent, sous le couvert de la loi du 9 avril 1898, nous vous informons que nous nous refuserons au paiement de toute facture non accompagnée d'un bon émanant de notre Maison.

Veuillez agréer, etc... W...

Réponse.

Cette entreprise, qui s'assure elle-même contre les accidents, commet une illégalité, en exigeant que les notes pharmaceutiques et ordonnances soient, avant toute délivrance par les pharmaciens, revêtues de leur visa. La loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 31 mars 1905, reconnaît à la victime le droit de choisir son pharmacien. Le chef d'entreprise n'a donc qu'à se prévaloir du droit de contrôle que lui reconnaît l'article 4, § 5, de la loi du 31 mars 1905.

Faute d'employer ce moyen de se faire renseigner, le patron est mal fondé à discuter après coup, l'opportunité d'un traitement.

Vous trouverez des énoncés de jugement à ce sujet dans l'Agenda du Concours : 1913, p. 242 et 250 et 1914 p. 278 et 285.

Dans certaines circonstances, le patron a cru voir une collusion entre médecin et pharmacien pour abus de prescription : il a donc appelé le médecin en garantie ; mais encore faut-il prouver qu'il y a eu abus de prescriptions pharmaceutiques dans un but de gain illicite. Il en résulte donc que la lettre que vous nous communiquez n'a aucune importance, car ces chefs d'entreprise ignorent ou feignent d'ignorer la loi. Quelles que soient leurs prétentions, leurs ouvriers conserveront toujours le libre choix de leur pharmacien et le médecin aura le droit absolu d'ordonner ce qui lui paraît utile au prompt rétablissement du blessé, sans avoir de permission à demander à qui que ce soit.

Merci, et votre lettre sera montrée en haut lieu pour montrer à qui de droit combien est sabotée la loi par les puissants de la finance et de l'industrie. Dr P. B.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses ministérielles.

Les stations sanitaires.

3180. — M. Mollard, sénateur, demande à M. le Ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, si les stations sanitaires sont en mesure de recevoir les nombreux démobilisés tuberculeux actuellement soumis à la revision des pensions en vertu du décret du 17 octobre 1919 et auxquels les médecins des centres de réforme conseillent de se faire admettre dans des sanatoria. (*Question du* 18 *mars* 1920)

Réponse. — Les stations sanitaires ont été jusqu'ici plus que suffisantes pour recevoir les militaires réformés ou en instance de réforme pour tuberculose. Le nombre actuel des lits vacants permet de supposer que satisfaction pourra être donnée aux nouvelles demandes qui seront présentées. Il convient, toutefois, de remarquer que les stations sanitaires ne sont outillées que pour recevoir les tuberculeux pulmonaires curables ou améliorables d'une façon définitive.

(*J. O.*, 1er avril 1920.)

L'Uraseptine est le spécifique des affections vésico-rénales

URASEPTINE ROGIER,
19, Avenue de Villiers
PARIS

Echantillons gratuits sur demande
à MM. les Médecins
et aux hôpitaux militaires.

LES ESCALDES

Station climatique Française à 1.400 mètres

ADMIRABLEMENT PROTEGEE

OUVERTE EN TOUTES SAISONS

Le brouillard y est inconnu, le panorama incomparable

Sources chaudes et froides dans l'Etablissement

S'adresser { **Soit aux ESCALDES, par ANGOUSTRINE (Pyrénées-Orientales)**
Soit au SANATORIUM DES PINS, à LAMOTTE-BEUVRON (Loir-et-Cher).

ELECTRARGOL

ARGENT COLLOÏDAL ÉLECTRIQUE

A PETITS GRAINS — EN SOLUTION STÉRILE ET STABLE

L'ELECTRARGOL présente sur l'argent colloïdal chimique les avantages suivants : Extrême ténuité des grains et activité toujours égales, pureté absolue, maximum de pouvoir catalytique et d'activité physiologique et thérapeutique.

Ampoules de 5 cc. (6 ampoules par Boîte). — ***Ampoules de 10 cc.*** (3 ampoules par Boîte).
Flacons de 50 et de 100 cc. — Collyre en Ampoule-compte-gouttes de 10 cc.

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — Toutes **MALADIES INFECTIEUSES** sans spécificité pour l'agent pathogène.

LABORATOIRES CLIN — COMAR & Cie, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS. 1333

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 17 — DIMANCHE 25 AVRIL 1920

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « **Le CONCOURS MÉDICAL** » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants *(France)*	12 »
Le numéro	50 cent.

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Une Eau Purgative Française

GUBLER PURGATIVE

DÉRIVÉE DE LA SOURCE CHATELGUYON-GUBLER

EAU CARBO-GAZEUSE
CHLORURÉE ET SULFATÉE
SODIQUE ET MAGNÉSIENNE



DOSES

LAXATIVE : 1 à 2 verres à bordeaux.
PURGATIVE : la totalité de la bouteille.

RENSEIGNEMENTS { **SOCIÉTÉ des EAUX MINÉRALES de CHATEL-GUYON, 6, Square de l'Opéra, PARIS.**
Pharmacie MONNIOTTE, 70, Rue Legendre, PARIS.

LES PERLES TAPHOSOTE

LAMBIOTTE FRÈRES
AU TANNO-PHOSPHATE DE CRÉOSOTE

SUPPRIMENT LES INCONVÉNIENTS ET INTENSIFIENT L'ACTION DE LA

MÉDICATION CRÉOSOTÉE

DOSES HABITUELLES { *Adultes* 5 *Perles par jour en 5 prises.*
Enfants 1 *à* 4 *Perles par jour suivant l'âge.*

Littérature & Echantillons gracieux à M.M.rs les Médecins
PRODUITS LAMBIOTTE FRÈRES A PRÉMERY (NIÈVRE)

Quarante-deuxième année. N° 17 25 Avril 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

AVIS

« Les médecins sollicités de venir s'installer à Fresneaux-Montchevreuil ont intérêt, avant de prendre une décision, à demander des renseignements aux confrères voisins, l'un à Valdampierre, l'autre à Ivry-le-Temple, et au Syndicat des médecins de l'Oise. »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours medical*, de M. le docteur Laroche, de Montereau (S.-et-M.) et de M. le Dr X..., (Finistère), la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

Office de Renseignements du « Concours »

(*Voir numéros précédents*).

DEMANDES et OFFRES

Toute demande de renseignements doit être accompagnée d'un timbre pour la réponse.

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

No 160. — Seul médecin pro-pharmacien, commune 5.000 hab., cèderait poste, si indemnité suffisante. Dr Thomas, Plumélian, Morbihan.

No 161. — Serais acheteur contrat auto 10 HP., Peugeot, Schneider, Chenard, Renault, livrable courant de l'été.

No 162. — Externe des hôpitaux, 15 inscriptions, licencié ès-sciences, demande occupation rétribuée.

No 163. — Jeune docteur, un peu chirurgien est demandé pour succéder à confrère réformé de guerre. Conditions à débattre.

No 164. — A vendre trois bouteilles B. R. C. en deux caisses avec manomètres et clés. Dr Faré, Vouvray (Indre-et-Loire).

No 165. — A vendre : 1o table d'examen en bois capitonné, avec deux rallonges mobiles, en très bon état ; 2o appareil photographique détective 9 × 12, marque Poulenc frères. Faire offres Dr Parent, 2, rue de Mantes, St-Germain-en-Laye, S.-et-O.

No 166. — Médecin de campagne offre pension et soins à enfants ou adolescents non contagieux. Prix : dix francs par jour.

No 167. — Docteur, habitant à proximité grande ville du Sud-O., au milieu des pins, air excellent, prendrait enfants anormaux ou enfants cachés. Soins dévoués.

No 168. — Centre. A céder clientèle rapportant 14.000 fr. avant-guerre ; on doublerait facilement avec nouveaux tarifs. On fait pharmacie. Petit loyer. Indemnité demandée : 6.000 fr. Facilités de paiement.

No 169. — A céder dans grande ville de l'Ouest, proximité du bord de la mer, clientèle rapportant 20.000 fr., sans frais de locomotion. Grande habitation. Indemnité 6.000 dont 4.000 fr. comptant. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, Ve.

No 170. — A céder dans sous-préfecture du Centre, poste d'un rapport de 42.000 fr. Bel appartement moderne. Indemnité 12.000 fr. dont 3.000 comptant. Produit facile à augmenter en faisant oto-rhino. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris Ve.

No 171. — Docteur, désirerait connaître petit pays sain, peu élevé, de ravitaillement facile pour régime végétarien, pour y passer été en famille, ferait volontiers remplacement sans aucune fatigue, en échange logement et indemnité modérée.

No 172. — Jeune docteur accepterait association avec confrère dans clinique.

No 173. — A vendre machine à écrire Oliver no 3, écriture visible, bon état, 700 fr.

CORRESPONDANCE

Le projet de contribution de 1 % sur le chiffre d'affaires ne vise pas les médecins.

Comme médecins, devons-nous, à la fin de chaque trimestre, le 1 % sur notre chiffre d'affaires ?

Ou cela concerne-t-il seulement les commerçants, à l'exclusion des professions libérales.

Dr M.

Réponse

L'impôt de 1 pour cent sur le chiffre des affaires, qui, il ne faut pas l'oublier, n'est encore qu'en projet et fait partie de l'ensemble d'impôts nouveaux que la Chambre des Députés est depuis quelques jours seulement en train de discuter, ne frapperait, d'après l'article 117 du projet de la Commission, que les personnes « qui, habituellement ou occasionnellement, achètent pour revendre, ou accomplissent des actes relevant des professions assujetties à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux institué par le Titre 1er de la loi du 31 juillet 1917, ainsi que les exploitants d'entreprises assujetties à la redevance proportionnelle prévue par l'article 23 de la loi du 21 avril 1810 » (loi sur les mines).

Les médecins ne seraient donc pas soumis à ce nouvel impôt, et vous pouvez être tout à fait tranquille à ce sujet.

La prorogation de la durée des hostilités s'applique au bail du médecin.

J'ai passé devant la Commission arbitrale des loyers, le samedi 3 avril, et j'ai reçu ce matin la décision dont je vous transcris la partie qui concerne la prorogation de bail. « Dit que D. a droit à la prorogation afférente aux locaux à usage professionnel, « c'est-à-dire ayant une durée égale au temps écoulé « entre le décret de mobilisation et le décret fixant « la cessation des hostilités ».

Or, je vous prie de me dire, si cette décision correspond totalement à l'esprit de ce que la Cour de Cassation a statué le 4 novembre 1919 (*Concours*, page 454), la consultation de Me Gatineau, que j'ai remise à la Commission). C'est-à-dire, ayant un bail unique, ai-je droit à la prorogation *de toute* la maison. J'insiste sur ce point, car mon propriétaire veut peut être jouer sur les mots : « locaux à usage professionnel ».

Y a-t-il quelque chose à faire de ma part, avant que je sache son intention ? Puis-je mettre dans la poche la décision de la Commission et être tranquille ? S'il voulait plaider, le « Sou médical » voudra-t-il prendre en main ma juste cause ».

Dr D.

Réponse.

Il résulte des termes de la décision de la Commission arbitrale, dont vous nous communiquez copie, que vous avez droit à la prorogation de la durée des hostilités. Comme la décision ne distingue pas et ne limite pas la prorogation de la durée la plus longue à une partie seulement des locaux loués, il y a lieu de l'interpréter en ce sens que cette prorogation de la durée des hostilités est applicable à la totalité des locaux et non seulement à la partie exclusivement professionnelle.

La Commission avait à se prononcer sur la durée de la prorogation pour tous les locaux loués, et non seulement pour la partie purement professionnelle. C'est donc à l'ensemble des locaux, et non à une partie seulement, que s'applique sa décision très explicite et conforme à la jurisprudence de la Cour de Cassation.

Si le propriétaire voulait, dans l'avenir, tenter de faire interpréter différemment la décision rendue, nous sommes à votre disposition pour vous indiquer le moyen de vous défendre contre cette prétention inadmissible.

Honoraires médico-légaux.

Le cadavre d'un nouveau-né ayant été découvert ces jours derniers sur la berge de la rivière dans le territoire d'une commune voisine, le parquet télégraphie à la gendarmerie d'inviter le maire de cette commune à faire examiner ce cadavre par un médecin qui devra rédiger un rapport. Je me rends donc sur les lieux, je procède à l'examen en presence du maire et des gendarmes, et, de retour chez moi, je rédige un court rapport que je remets au brigadier. J'avais pris la précaution, avant de me retirer, de me faire délivrer une lettre du maire, m'invitant à procéder à cet examen.

Le lendemain matin, avant que ce rapport ait eu le temps matériel de parvenir au parquet, le juge de paix se présente chez moi, porteur d'un réquisitoire qu'il avait établi sur les instructions de ce même parquet, me requérant, après avoir prêté serment, de procéder à l'autopsie du petit cadavre et de lui adresser ensuite un rapport détaillé sur cette opération, qui fut faite en sa présence.

J'ai donc fait :

1° A la demande du maire :
- a) 4 kil. aller et 4 kil. au retour ;
- b) L'examen du cadavre ;
- c) Un rapport.

2° Sur réquisition du juge de paix ;
- a) 4 kil. aller et 4 kil. retour ;
- b) Prestation de serment ;
- c) Autopsie ;
- d) Un rapport.

Pourriez-vous me dire de quelle façon, je dois m'y

prendre pour toucher les honoraires concernant les opérations demandées par le maire et à combien peuvent s'élever ces honoraires.

Même question, en ce qui concerne les opérations effectuées sur réquisitoire.

Les réponses se trouvent peut-être dans l'un de vos « Agendas-Mementos » antérieurs à 1920 ; malheureusement, lorsque je suis retourné chez moi après 4 années de mobilisation, ils avaient disparu et je n'ai pu les retrouver.

Si vous réunissiez en un seul volume tous les renseignements que l'on peut y puiser, je crois que beaucoup de confrères n'hésiteraient pas à se le procurer.

Dr V.

Réponse.

Les honoraires alloués aux médecins requis par les autorités judiciaires pour l'examen ou l'autopsie d'un cadavre sont ceux du tarif criminel, qui figurent dans tous nos « Agendas-Mementos » (page 219 de celui de 1920).

Ils sont de :

Visite	8 fr.
Rapport	5 »
Autopsie d'un nouveau-né avant inhumation......	15 »
Prestation de serment.....	3 »

Indemnité de déplacement, par la voie ferrée, 0 fr. 20 par kilomètre.

Indemnité de déplacement par toute autre voie, 0 fr. 40 par kilomètre.

Après avoir rédigé votre mémoire (ou mieux vos deux mémoires, puisqu'il y a eu deux réquisitions), en suivant ces données, vous n'aurez qu'à les remettre au juge de paix qui vous a requis.

Accident survenu à la bonne d'un café.

Faisant partie du « Sou médical », je vous prie de me répondre le plus tôt possible au sujet d'un accident du travail survenu chez une jeune fille, bonne à tout faire, dans un café, blessée au doigt.

Quel tarif : Dubief ou tarif local ?

Dr G.

Réponse

Puisqu'il s'agit d'une bonne, employée au service d'un café, l'accident qui lui est survenu au cours de son travail doit bénéficier de la garantie de la législation spéciale sur les accidents du travail.

Si donc vous avez été choisi par la blessée, c'est le tarif Dubief qu'il y a lieu d'appliquer.

Si c'est, au contraire, le patron qui vous a choisi et que vous puissiez le prouver, vous êtes en droit d'appliquer le tarif local.

Les bénéfices des médecins et l'impôt cédulaire.

J'ai reçu le 23 mars un avis du contrôleur me réclamant, en vertu de l'art. 9 de la loi de juillet 1917, sur les bénéfices des professions commerciales et industrielles, mon *chiffre d'affaires* pour 1919. J'ai fait figurer mes bénéfices, dans ma déclaration pour l'impôt sur le revenu, mais qu'est-ce que mon chiffre d'affaires ?

Dois-je déclarer quelque chose, d'abord. Mon chiffre de revenu professionnel ne suffit-il pas ?

D[r] V.

Réponse.

Le Contrôleur des Contributions Directes a dû faire une confusion en vous invitant à déclarer votre chiffre d'affaires en vertu de l'article 9 de la loi du 31 juillet 1917. Cet article, en effet, figure dans le Titre concernant l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, et il est évident que ce Titre ne saurait s'appliquer aux médecins, qui ne sont ni industriels, ni commerçants.

Le Titre de la même loi qui leur est applicable est le Titre IV (art. 30 à 37 inclus), établissant un impôt sur les bénéfices des professions non commerciales. Cet impôt est établi « à raison du bénéfice net de l'année précédente constitué par l'excédent des recettes totales sur les dépenses nécessitées par l'exercice de la profession ».

Comme vous avez fait figurer vos bénéfices dans votre déclaration pour l'impôt général sur le revenu, vous n'avez pas d'autre déclaration à faire et il vous suffira de rappeler au Contrôleur cette déclaration et le chiffre qui y figurait comme étant celui de vos bénéfices professionnels.

Ignorons les assureurs et le Tarif Dubief.

J'ai eu occasion d'écrire, il y a quelques semaines, à notre Président de Syndicat, au sujet d'un litige avec une compagnie d'assurances et lui demandais si notre syndicat ne ferait pas bien d'ignorer les assureurs, ainsi que vous le conseillez dans une lettre à un confrère. (*Concours médical* du 1[er] février 1920, page XXX-314).

Il m'a répondu que cette manière de faire pouvait se soutenir et m'a demandé de faire un petit travail sur la question.

J'ai trouvé de nombreux documents dans l'A-

(*Voir la suite page XXXI-1081*)



CYTO-SÉRUM

THÉRAPEUTIQUE ARSENICALE INTENSIVE

PUISSANT STIMULANT DE L'HÉMATOPOÏÈSE ET DE LA PHAGOCYTOSE

GRIPPE
TUBERCULOSE
SYPHILIS
PALUDISME
NÉOPLASMES
NEURASTHÉNIE

contre toute altération du sang,
contre les maladies infectieuses et parasitaires,
contre les cachexies de toute origine.

ÉCHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE

LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS
Télép: Wagram 37-64
Télég: Pantuto-Paris

NÉOPLASMES, ÉRYTHÈMES POLYMORPHES, TOUS ACCIDENTS BLENNORRAGIQUES

Ampoules de Bromure DE

Mésothorium

3 Sortes de Solutions

LABORATOIRES RHEMDA
PAUL NAVELOT, Pharmacien de 1re Classe.
51 et 53, Rue d'Alsace,
COURBEVOIE-PARIS.

ÉNÉSOL

SALICYLARSINATE DE MERCURE

(38,46 % de Hg et 14,4 % de As, dissimulés)

AVANTAGES
- *Faible toxicité,* 70 fois moindre que HgI^2.
- *Indolence de l'injection.*
- *Valeur spécifique double:* 1° Comme *hydrargyrique;* 2° comme *arsenical* (action élective de l'arsenic sur le spirochète). FLECKSEDER (clinique du Prof. Von Neusser, de Vienne) qui a utilisé parallèlement l'**ÉNÉSOL** et le Dioxydiamidoarsenobenzol a constaté seulement avec l'**ÉNÉSOL** la disparition rapide et complète du Wassermann chez un paludéen syphilitique.

PHARMACOLOGIE et DOSES — *Ampoules de 2 cc.* d'une solution dosée à 3 cgr. par cc.; soit 6 cgr. d'**ÉNÉSOL** par ampoule. Injection intramusculaire d'une ampoule par jour.

LABORATOIRES CLIN — COMAR & Cie, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS. 1334

TARIF DUBIEF

Prorogation de la majoration provisoire de 100 %

Nous donnons ci-dessous le document d'après lequel nos confrères peuvent, dès à présent, adresser leurs notes d'honoraires, pour soins donnés à des blessés du travail depuis le 1er janvier dernier, et ce jusqu'à la publication du nouveau tarif Dubief, à la condition que cette publication ait lieu avant le 1er juillet prochain.

La Sous-Commission de révision du tarif va commencer incessamment ses travaux : nous espérons que les discussions seront facilitées du fait que l'Union des Syndicats médicaux offre aux assureurs le moyen de contrôler l'honnêteté des actes professionnels de l'immense majorité du corps médical. Les médecins marrons étant expurgés de fait de notre sein, puisqu'ils ne pourront plus se livrer à leurs honteux trafics, il sera dès lors facile de reconnaître qu'un travail, quel qu'il soit, pour être bien fait, doit être équitablement rémunéré. Nous avons confiance dans les deux délégués de l'Union des Syndicats, les Docteurs DECOURT et CAYLA.

En attendant le résultat de leurs travaux, qui ne seront pas commodes, nous prions nos confrères de nous signaler, soit au *Sou Médical*, soit à l'*Union des Syndicats Médicaux*, toutes les difficultés qu'ils pourraient avoir dans l'application du 100 %. Nous ferons tous nos efforts pour les faire bien solutionner.

Dr Paul BOUDIN.

Réunion des assureurs contre les accidents du travail.

Siège du Comité : 18, rue de Londres.

Paris, le 15 avril 1920,

Monsieur le Ministre de l'Hygiène,
de l'Assistance et de la Prévoyance sociales,
80, rue de Varenne,

Monsieur le Ministre,

Sur le désir qui m'a été exprimé par votre Département, je viens de convoquer en séance plénière la RÉUNION DES ASSUREURS CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL.

J'ai exposé à mes Collègues que la remise tardive par l'UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE du projet de nouveau tarif médical, appelait un nouvel examen de l'accord consenti par notre Groupement quant au règlement des soins médicaux donnés aux accidentés du travail, postérieurement au 31 décembre 1919, sur la base du tarif nouveau, celui-ci étant supposé adopté officiellement avant le 1er avril et appliqué rétroactivement depuis le 1er janvier dernier.

J'ai fait part de la demande formulée en votre présence par M. le Docteur LAFONTAINE, au nom de l'UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX, demande appuyée par MM. les Docteurs CAYLA et DECOURT, tendant à ce que le règlement de ces soins, qu'ils aient été donnés dans le cours du premier trimestre de la présente année ou jusqu'à la publication du nouveau tarif officiel, publication envisagée comme devant avoir lieu avant le 30 juin prochain, soit effectué non plus sur la base de ce nouveau tarif appliqué rétroactivement, mais selon le tarif de 1905 majoré de 100 %.

J'ai le plaisir de vous faire part que, sous la condition que les notes déjà réglées ne soient sujettes à aucune révision, les Sociétés représentées à la Séance, voulant manifester une fois de plus leur désir d'entente avec les Syndicats médicaux, ont donné leur assentiment à la demande sus-énoncée.

Vous comprendrez certainement, Monsieur le Ministre, qu'il n'est en mon pouvoir ni d'engager les Sociétés d'assurances non représentées à la Séance, ni moins encore les Chefs d'entreprises non assurés ; c'est à raison de cette réserve indispensable que je vous remets ci-inclus une première liste de Sociétés d'assurances qui ont donné leur acquiescement à l'engagement qui leur était demandé.

Je garde l'espoir qu'une liste complémentaire pourra vous être communiquée, de façon à constituer une quasi-unanimité des Assureurs, comme j'ai donné à considérer à mes Collègues, pour rallier leur adhésion, que la demande de M. le Docteur Lafontaine a traduit l'engagement de l'unanimité des Syndicats Médicaux.

Je vous serais obligé de vouloir bien communiquer la présente lettre à l'Union des Syndicats Médicaux de France, et de m'aviser ensuite que je peux faire part aux Sociétés mentionnées sur la liste ci-jointe, qu'elles ont à considérer la situation comme réglée définitivement en ce qui les concerne par les termes de la présente lettre.

Veuillez agréer, etc...

Le Président : DELMAS.

Sociétés adhérentes à la *Réunion des Assureurs*, ayant signé dans la séance du 15 avril 1920, leur acceptation du tarif Dubief doublé, jusqu'à la pnblication officielle de l'arrêté fixant le nouveau tarif.

L'Abeille.
Caisse syndicale des Forges de France.
Caisse syndicale des Agriculteurs de France.
Caisse syndicale des sucres.
Caisse syndicale des Industries textiles de France.
Compagnies d'assurances générales contre les accidents.
Concorde.
La Foncière.
Helvetia.
Lloyd de France.
Mutualité industrielle.

Mutuelle générale française.
La Paix.
La Paternelle-Accidents.
La Participation.
Le Patrimoine.
La Préservatrice.
La Prévoyante.
La Protectrice.
Le Secours.
Société Suisse (Winterthur).
Soleil, sécurité générale et responsabilité civile réunies.
Syndicat de garantie du bâtiment et des travaux publics.
Syndicat de garantie de la boulangerie de la Seine.
La Thémis.
Les Travailleurs Français.
L'Union.
L'Union industrielle du Nord.
L'Union et le Phénix Espagnol.
L'Urbaine et la Seine.
Zurich.

PROPOS DU JOUR

De la nécessité de créer un service d'infirmières scolaires dans les écoles si l'on veut que l'inspection médicale de ces écoles soit efficace.

L'importance de la préservation de l'enfance en hygiène sociale est de plus en plus grande; donc la généralisation et la meilleure organisation de l'inspection médicale des écoles restent toujours des questions d'actualité. Hier encore, ne lisions-nous pas dans les journaux quotidiens qu'un jour viendrait, et peut-être prochain, où la vaccination antityphoïdique serait imposée à l'école comme la vaccination antivariolique? Il n'y a pas très longtemps que l'administration préfectorale de la Seine, craignant le développement du typhus exanthématique à Paris, appelait avec insistance l'attention des médecins inspecteurs des écoles sur la nécessité de faire la guerre aux parasites, sans cependant leur donner le moyen pratique d'aborder cette lutte. Nous citons ces deux exemples parce qu'ils montrent que l'hygiène scolaire est intimement liée à l'hygiène sociale, qu'on ne saurait élever entre elle et l'hygiène urbaine générale une cloison étanche et en faire une spécialité ; tous les médecins doivent à notre avis y coopérer et aucun n'a le droit de s'en désintéresser.

En France, l'inspection médicale des écoles n'est organisée que dans les villes importantes. Ce qui est fâcheux à plus d'un titre. Dans ces villes elle s'effectue de la façon la plus variable. Elle donne toujours quelques résultats, mais qui oserait prétendre qu'elle remplit réellement le rôle auquel elle est destinée ? Est-ce la faute du médecin inspecteur ? En conscience, nous ne le pensons pas. Le médecin inspecteur fait ce qu'il peut pour remplir sa tâche, mais il se heurte souvent à des impossibilités contre lesquelles il est absolument désarmé.

Pour bien établir ce que nous avançons, nous allons prendre Paris comme exemple, d'abord parce que nous y avons personnellement acquis une certaine expérience de l'inspection médicale des écoles ; puis parce que cette inspection fonctionne à Paris depuis déjà longtemps (elle y a été créée en 1879) ; enfin parce qu'elle y a reçu dans ces dernières années un développement assez grand, nous ne dirons pas suffisant, car nous sommes persuadés qu'il y a des villes en France dont les écoles jouissent d'une surveillance médicale bien supérieure à celle de la capitale.

A Paris, le rôle du médecin inspecteur est en théorie des plus étendus, en pratique, il est assez vague et assez restreint. Chaque médecin scolaire a mille enfants environ à surveiller, il ne peut efficacement procéder à cette surveillance s'il n'est activement secondé par les directeurs et directrices d'écoles. Sans leur concours, il ne peut absolument rien. Grâce à la bonne volonté des directeurs et directrices des écoles qui, si le médecin-inspecteur y met un peu de tact et de discrétion, deviennent ses précieux et ses indispensables auxiliaires, la surveillance médicale de l'école s'effectue suffisamment peut-être mais à coup sûr incomplètement. Dans les différentes écoles auxquelles nous avons été attachés, nous avons toujours trouvé auprès des directeurs et des directrices la complaisance et le dévouement les plus absolus pour nous permettre l'accomplissement

de notre tâche. Mais nous devons reconnaître que, dans plus d'une circonstance, nous avons éprouvé quelque gêne à les prier de remplir des fonctions d'infirmiers qui ne rentrent certes pas dans leurs attributions et pour lesquelles ils auraient le droit d'invoquer leur incompétence.

Le directeur d'une école à Paris est une sorte de maître Jacques sur lequel retombe une foule d'obligations qui l'accaparent au point de ne pas lui laisser un instant pour exercer ses réelles fonctions. Outre la surveillance du personnel du service de l'école et du personnel enseignant qu'il est tenu de suppléer provisoirement en cas de défaillance, il doit assurer la gérance des bâtiments et entrer en rapports avec les architectes, les ouvriers et les employés de divers services. Il doit encore recouvrer les cotisations de la mutualité scolaire, s'occuper des pupilles de l'école et des pupilles de la nation, convoquer les parents de ces derniers pour dresser des fiches, et proposer l'octroi de secours, etc. Il ne peut se désintéresser des œuvres post-scolaires dont il est parfois la clef de voûte, c'est lui qui donne de la vie aux associations des anciens élèves ; il doit exercer une surveillance discrète sur les cours du soir et sur les réunions publiques qui se tiennent dans le préau, s'il veut éviter les déprédations. Il administre et surveille la cantine scolaire dont il est le comptable. Il doit assurer une correspondance administrative importante, répondre à tous les renseignements statistiques qu'on lui réclame, songer à l'acquisition des livres et du matériel scolaire, organiser les études surveillées, les quêtes, les fêtes scolaires. Il doit recevoir l'inspecteur primaire, l'inspecteur du matériel, l'inspecteur de chant, l'inspecteur de dessin, l'inspecteur de gymnastique, l'inspecteur de travail manuel et l'inspecteur médical. Il doit fournir des renseignements pour les enquêtes au délégué de la Caisse des écoles, et se tenir à la disposition des architectes et des entrepreneurs pour les réparations même minimes, qui sont fréquentes. Enfin il doit s'occuper des enfants et recevoir les parents.

C'est à cette personne surmenée que le médecin doit s'adresser pour l'aider à rédiger les fiches scolaires, pour organiser les vaccinations, pour être renseigné sur les enfants anormaux, malades ou malpropres, pour tenter des enquêtes en cas d'absences suspectes, etc., etc. Toute cette besogne sanitaire devrait, dans une bonne organisation, être accomplie par une infirmière scolaire.

Nous ne ferons pas ici l'exposé de ce qu'aurait à accomplir l'infirmière scolaire. M. le Dr Guinon, médecin de l'hôpital Bretonneau, avec une grande compétence, a traité cette question, il y a quelques années.

L'infirmière scolaire, du reste, ne devrait pas voir son service strictement déterminé par une réglementation rigide ; elle devrait être mise à la disposition du médecin et du directeur de l'école pour les seconder dans tout ce qui concerne l'hygiène, la propreté des enfants et leur surveillance sanitaire.

Du reste, nous n'aurions rien à innover puisqu'il y a près d'un demi-siècle que l'infirmière scolaire existe aux Etats-Unis, que depuis au moins vingt ans, Londres et l'Angleterre sont pourvus de services de School Nurses, que la Suisse, les Etats scandinaves ont compris depuis bien des années l'intérêt de cette util institution.

En France, Bordeaux en a fait l'essai dès 1912 ; au Havre sous le nom de « dames de propreté », le Bureau d'hygiène de la ville a mis deux infirmières à la disposition des écoles pour assurer l'épouillage des enfants et lutter contre la gale qui se propageait d'une façon inquiétante. A Paris, des tentatives heureuses ont été faites par Madame Alphen Salvador, avec les infirmières de la rue Amyot dans le XIVe arrondissement, par M. Mesureur, avec les infirmières de l'École de la Salpêtrière dans le IIe, par le Dr Sicard dans le XIIe arrondissement, mais toutes ces tentatives, bien que donnant d'excellents résultats, ont eu une existence précaire, faute d'un budget régulier.

On parle de prophylaxie des maladies contagieuses. Voyons ce qui se passe dans une école parisienne :

Un enfant est signalé comme étant atteint d'une affection transmissible. Le service central de l'inspection médicale adresse aussitôt au médecin inspecteur une circulaire l'invitant à se rendre d'urgence à l'école, à y faire une enquête et à prendre toutes les mesures qu'il jugera nécessaires. Le médecin va à l'école et apprend que le contagieux signalé a quitté sa classe depuis 10 ou 15 jours. C'est déjà, avouons-le, un peu tard pour prendre des mesures efficaces. Le Directeur avertit alors le médecin que 30 enfants, sur 300 à 350, sont absents sans qu'il connaisse le motif de l'absence. Comment faire une enquête rapide sur l'absence de de ces 30 enfants ? Ni le directeur, ni le médecin, ne disposent du temps nécessaire pour cela.

On envoie la femme de service se renseigner au sujet des cas qui paraissent suspects. Cette femme, quelle que soit sa bonne volonté, n'a aucune des qualités indispensables de tact, d'éducation, d'instruction pour mener à bien une enquête ; elle rapporte les racontars recueillis auprès des voisins ou dans la loge de la concierge. Ces enquêtes sur les absents, qui devraient se renouveler tous les jours, ne donnent aucun renseignement utile, et l'on apprend que tel enfant, dont on attribuait la nécessité de l'hospitalisation à la méningite cérébro-spinale, était entré à l'hôpital pour se faire opérer d'appendicite.

Il en serait tout autrement si l'école était pourvue d'une infirmière visiteuse scolaire, dressée dans un service d'hygiène sociale à enquêter avec tact et discrétion, et l'on pourrait alors prendre à temps de sérieuses mesures de prophylaxie.

Concluons : Si l'on juge que l'inspection médicale des écoles est inutile, qu'on la supprime ; si elle est réellement nécessaire, qu'on la dote de l'infirmière scolaire sans laquelle elle ne saurait être réellement efficace. J. NOIR.

L'épilogue des démarches pour obtenir des pneumatiques pour les autos des médecins.

Le Dr Levassort, secrétaire-général de l'A. G. qui a fait de si nombreuses démarches pour faciliter aux praticiens l'acquisition d'essence et de pneus pour leurs autos, a reçu du Ministère de l'Hygiène la lettre suivante. Il conviendrait de lui adresser d'urgence les précisions que réclame cette lettre :

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES — RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Cabinet du Ministre
N° 2.187 R. L.

Paris le 9 avril 1920.

Monsieur le secrétaire général de l'Association générale des médecins de France
5, rue de Surène, Paris.

M. le Ministre me charge de vous informer qu'à la suite de votre lettre du 10 mars, il a demandé à son collègue du commerce et de l'industrie de faciliter aux médecins l'obtention des pneumatiques nécessaires à leurs automobiles.

M. le ministre du commerce lui répond en proposant d'intervenir auprès des industries de l'automobile et du caoutchouc pour qu'elles accordent un traitement de faveur au corps médical. Il demande, pour agir utilement, de recevoir tous les renseignements nécessaires.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me faire parvenir le plus tôt possible les informations dont vous disposez tels que ordre de grandeur des besoins, etc.

Veuillez agréer, Monsieur le secrétaire général, l'expression de mes sentiments très distingués.

L'attaché de cabinet :
Signé : R. LEGENDRE.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

I

UNIVERSITÉ DE PARIS

Hôpital Necker, clinique d'Urologie de la Faculté : Conférence de M. le Dr JANET.

Le traitement des blennorrhagies rebelles.

Le traitement de la blennorrhagie est passé par trois phases. La première phase, dite de laisser couler, confiait à la nature le soin de la guérison. La deuxième phase, à laquelle je crois avoir collaboré un peu, a été celle de l'antisepsie. Le médecin, prenant en main la direction du traitement, s'est efforcé de chasser et de détruire les gonocoques. Dans la troisième phase, qui commence seulement, nous revenons aux forces curatrices naturelles de l'organisme, en les amplifiant toutefois par la vaccination. Peut-être, un jour, serons-nous amenés à guérir la chaudepisse par les vaccinations ; mais, c'est là une méthode encore jeune, et j'estime qu'il vaut mieux attendre avant de vous en causer. Je préfère m'en tenir aux moyens plus éprouvés de la phase chirurgicale sur laquelle nous vivons depuis trente années : ces moyens sont encore appelés à rendre des services !

Dans le traitement de la blennorrhagie nous faisons souvent, en ville surtout, la cure d'abortion. Dans une proportion de 50 pour 100 des cas environ, cette cure réussit et, dans les trois jours, la maladie est arrêtée. Si elle échoue, nous appliquons le traitement ordinaire, qui amène la plupart du temps la guérison en 15 jours à trois semaines.

Il reste néanmoins quelques cas rebelles, plus

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien*).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50 ..... 4 fr. »»
Le 100 ..... 6 fr. »»
Les 500 ..... 28 fr. »»
Les 1000 ... 50 fr. »»

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, **132,** *faubourg St-Denis Paris.*

AVIS

TARIF DUBIEF

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs le TARIF DUBIEF avec son Répertoire alphabétique. Prix franco : **1 fr.**

difficiles, qui résistent aux lavages ordinaires. C'est à ces cas récalcitrants que je désire précisément consacrer cette conférence.

Quelles sont les lois du traitement de la blennorrhagie ? Si nous nous adressons à la méthode ancienne du laisser couler, l'influence curative de l'organisme se développe dans sa plénitude, les gonocoques diminuent de nombre et il se produit une atténuation progressive des microbes. Au contraire, si nous intervenons par la méthode antiseptique, nous perdons complètement les réactions curatives de l'organisme, le peu de microbes laissés n'étant pas suffisants pour susciter des moyens de défense naturelle. Il faut arriver alors à chasser, à détruire la totalité des gonocoques. Sinon, au moindre arrêt du traitement, tout repart comme au premier jour. Il n'y a pas de période subaiguë, de période d'atténuation. Si l'on ne peut tuer *tous* les microbes, il ne faut pas s'en mêler. J'ai comparé ceci à la désinfection d'un lit infesté de punaises. Tout ce que l'on fait l'est en pure perte si l'on laisse un point non touché. Le médecin qui entreprend la cure d'une chaudepisse par les lavages antiseptiques doit aller jusqu'au bout avec la seule aide de ses propres forces. Il n'a rien à attendre de la nature.

Cette influence curative naturelle est-elle aussi complète qu'on semble le dire ? Non, elle n'est ni absolue, ni absolument constante. Elle n'existe complètement qu'à condition qu'il n'y ait pas de foyers extra-uréthraux. Il faut un bon drainage des gonocoques phagocytés et tout foyer stagnant est dans les deux méthodes — celle du laisser couler et celle de l'antisepsie — une cause de pérennité de la maladie. Si nous supposons un blennorrhagique sans traitement, il guérira d'une manière spontanée, au bout d'un temps variable, à condition de ne pas avoir de foyers extra-uréthraux. Avec les lavages antiseptiques au bock, je me charge de faire durer aussi longtemps que vous voudrez une chaudepisse, s'il existe un petit foyer extra-uréthral. Avec les lavages, en effet, nous opérons une désinfection de la muqueuse sans susciter de défense de l'organisme et, si on laisse un petit foyer non touché par le traitement, il ramènera régulièrement l'écoulement, aussitôt les lavages arrêtés.

C'est donc dans la recherche de ces foyers extra-uréthraux que gît le traitement des chaudepisses rebelles, indéfinies. Ces foyers, sans être très rares chez l'homme, sont beaucoup plus communs chez la femme. La blennorrhagie féminine, même, est, pour ainsi dire, toute en foyers extra-uréthraux. Nous arrivons ainsi à la loi qui règle le traitement antiseptique de la blennorrhagie et qui s'énonce de la façon suivante : laver tous les organes infectés et supprimer tous ceux où les lavages ne peuvent pas atteindre.

Je désire vous exposer, aujourd'hui, aussi rapidement que possible, l'histoire de ces foyers extra-uréthraux, chez l'homme et chez la femme. Certains tiennent à une conformation anatomique anormale. Les plus simples de ceux-ci sont les foyers balaniques. Il s'agit de petits canaux abouchés près du méat urinaire, que l'on reconnaît par un examen minutieux, aidé de pressions convenables, à la région de ce méat uréthral. Ces petits canaux, quand ils existent, constituent des foyers de pérennité de la blennorrhagie. On pourrait, comme mesure thérapeutique, les détruire par une ouverture large, mais il est plus simple de chercher à les désinfecter par une injection antiseptique pratiquée à l'aide d'une canule mousse, fine comme une aiguille de Pravaz. Comme préparation antiseptique, en ce cas, je donne la préférence à l'argyrol à 20 %. La préparation d'argyrol au cinquième est excellente pour cette désinfection en surface : elle tue le gonocoque en 15 secondes. Elle est parfaitement tolérée, d'autre part. C'est seulement après, une fois le foyer éteint, que la cautérisation ignée peut être avantageuse.

Chez les hypospades, ces petits trajets sont susceptibles de se multiplier. Plus loin dans l'urètre, au niveau où le gland se réunit à la verge, il n'est pas très rare de trouver des sortes de petits sacs, de petites bajoues, qui sont des repaires *microbiens*. Tous ces trajets sont à désinfecter.

La lacune de Morgagni, qui est plus profonde encore, peut aussi jouer le rôle de foyer extra-uréthral. Avec un stylet, vous suivez la paroi postérieure de l'urèthre, vous arrivez sur la lacune de Morgagni dont vous constatez la présence. Le stylet parvenu au fond, vous le retirez et vous sentez à un moment donné le déclic dû au bord de la lacune : la longueur de stylet retirée mesure la profondeur de la lacune à laver. Ces lavages se feront à la seringue de Lüer, à canule mousse. Je vous citerai, à titre d'exemple, le cas d'un malade observé récemment. Ce malade avait été traité pendant 6 mois par des lavages uréthraux journaliers. Or, 24 heures après son dernier lavage, une goutte réapparut au méat, avec des gonocoques, et l'écoulement repartit comme au premier jour. Je l'examinai et je constatai au stylet la présence d'un pont uréthral transversal coupant le canal en deux et, plus profondément, la lacune de Morgagni. Je sectionnai le pont à la petite guillotine spéciale, je lavai à l'argyrol à 20 % la lacune et le malade fut guéri en 15 jours.

Chez la femme, il existe des repaires de ce genre autour de l'urèthre, beaucoup plus communs que chez l'homme. Les glandes de Bartholin, le col et le corps utérin sont d'autres foyers anatomiques normaux qu'il faut également désinfecter.

◆◆

La seconde série des foyers extra-uréthraux est d'ordre pathologique et due aux abcès glandulaires. Il y a, d'abord, les inflammations glandulaires. Ceux qui les redoutent sont généralement ceux qui les provoquent le plus. Leur cause habituelle est le traumatisme de l'urèthre infecté.

Ce traumatisme peut être le fait du malade. Beaucoup de patients, en effet, exercent des pressions renouvelées sur le canal pour se rendre compte de l'état de l'écoulement. Recommandez bien aux malades de ne pas toucher à leur canal, de ne pas presser sur l'urèthre. Le traumatisme peut aussi être causé par le médecin, par des examens instrumentaux intempestifs, des endoscopies, des explorations à la bougie olivaire. Il ne faut jamais introduire de tels instruments dans un urèthre blennorrhagique.

Quoi qu'il en soit, ces inflammations glandulaires se traduisent par des petites saillies, comme des grains fins, donnant à la muqueuse l'aspect granuleux, rugueux. J'estime que ce sont des inflammations banales, où le gonocoque n'a pas grand rôle. Le médecin qui croit à l'intervention du gonocoque dans ces états glandulaires, presse, appuie sur les saillies en question et, par ces manœuvres, les exagèrent. Si elles contenaient réellement des gonocoques, elles arriveraient à former des abcès para-uréthraux. En réalité, elles n'empêchent pas la guérison de la chaudepisse et le mieux est de ne pas s'en occuper. D'ailleurs, si l'on évite de traumatiser l'urèthre, on les voit beaucoup plus rarement.

J'arrive aux abcès péri-uréthraux. Le plus commun est celui qui siège au niveau du filet. On voit alors de chaque côté du filet une petite poche qui finit par s'ouvrir et vous avez au-dessous du frein une ou deux petites ouvertures. Ces abcès communiquent toujours avec l'urèthre. C'est dire que si l'on ne s'en occupe pas, il y a toujours réinfection de l'urèthre. On les traitera, avec ou sans incision, par des injections d'argyrol désinfectantes. Il peut être nécessaire parfois de les opérer plus complètement.

Les abcès péri-uréthraux se développent aussi plus profondément, le long de l'urèthre. Ils ont en ce cas moins de tendance à s'ouvrir et plus à s'enkyster. Ils constituent une cause de pérennité considérable de la blennorrhagie. J'ai soigné dernièrement un malade atteint de blennorrhagie à rechutes depuis 10 ans. Tous les six mois, il avait une rechute. Je l'ai opéré d'un abcès péri-uréthral et, en huit jours, il a été guéri de son affection blennorrhagique. Comment opérer ces abcès para-uréthraux ? Vous introduisez dans l'urèthre un béniqué court à anneau, et, sur ce béniqué, vous incisez la peau et les tissus sous-jacents jusqu'à l'abcès. Celui-ci est ouvert, abrasé, sans toucher à la paroi uréthrale : on panse à plat, sans fermer, jusqu'à cicatrisation. Les gonocoques meurent et l'orifice uréthral a toutes les chances de se fermer.

Il est des cas où l'abcès a fusé le long de l'urèthre, avec souvent des parties renflées, formant chapelet sur la longueur du canal. L'intervention est ici un peu plus délicate.

Un des foyers de pérennité de la blennorrhagie les plus importants est la prostate. La prostatite est fréquente et presque constante dans l'uréthrite postérieure, chez les nerveux, par exemple, qui se laissent mal laver. Il est certain que le nombre des prostatites est plus grand avec la méthode des lavages qu'avec la pratique du laisser couler. Lorsque les lavages sont mal faits, comme c'est le cas chez certains nerveux, il y a traumapour l'urèthre et prostatite plus commune. Ce n'est pas, il est vrai, une raison pour se priver des lavages, les prostatites en question n'étant pas un gros danger, n'obligeant nullement le malade à s'aliter et guérissant bien en général.

En présence d'une de ces prostatites, ne faites pas de massages, contrairement à une pratique assez courante. Ces prostates enflammées sont des *noli me tangere* auxquels il ne faut pas toucher. Elles guérissent bien avec de simples lavages de permanganate à doses faibles (0 gr. 10 par litre), auxquels on peut joindre les lavements chauds, les lavements d'ichtyol et les bains de siège. Au bout de 2 ou 3 semaines, vous voyez les urines du deuxième verre, qui avaient un trouble persistant, s'éclaircir.

Dans certains cas cependant, lorsque la guérison tarde, il convient de masser la prostate. Le moment où les massages deviennent possibles est celui où la prostate s'amollit. Il ne faut jamais masser une prostate dure dans un processus aigu, et attendre qu'elle commence à se ramollir. On fera alors du massage tous les trois jours environ, tout en continuant les lavages du canal à doses faibles. Vous distinguerez bien, d'ailleurs, la dureté du processus aigu — qui contre-indique les massages — et la dureté des prostatites chroniques, qui n'est pas une contre-indication.

Deux mots sur des foyers extra-uréthraux plus rares, la vésiculite et la coopérite. La vésiculite est plus exceptionnelle qu'on ne l'a dit. Néanmoins, elle existe et constitue un obstacle sérieux à la guérison. Si les massages ne l'améliorent pas, on peut être conduit à des interventions. De même pour la coopérite.

Il me reste à vous signaler très rapidement les foyers extra-uréthraux chez la femme. Du côté de l'urèthre, nous en trouvons, qu'il convient de désinfecter à l'argyrol. Les glandes de Bartholin seront lavées avec la seringue adaptée à une aiguille courbe. Pour l'utérus, suivant le principe de toujours limiter le traitement à l'organe atteint, si le col seul est intéressé, on lavera sa cavité à la sonde à jet récurrent. Si le corps est lésé, on

fera des lavages à la sonde de Bowmann modifiée, sans dilatation du col, sonde fine qui permet le retour du liquide.

En résumé, dans le traitement des blennorrhagies rebelles, il faut s'efforcer de dépister les foyers extra-uréthraux persistants. Si ces foyers ne sont pas très communs, il est néanmoins très important et très intéressant de les connaître.

(Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.)

II

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Hôtel-Dieu de Toulouse : M. J.-P. TOURNEUX, Chirurgien des hôpitaux.

Du traitement des rétrodéviations.

Vous avez vu opérer, pendant le cours de ce semestre, de nombreuses malades atteintes de déviations utérines, à divers degrés, les unes simples, les autres compliquées de lésions annexielles, et je tiens à profiter de ce fait pour attirer pendant quelques instants votre attention sur ces lésions, dont je vous ai déjà parlé à plusieurs reprises, mais dont je veux vous indiquer plus spécialement la thérapeutique.

Il s'agissait, dans tous les cas qu'il vous a été donné d'observer, de lésions acquises (les rétrodéviations congénitales étant en effet exceptionnelles), et dues soit à des suites de la puerpéralité, soit à l'affaiblissement de l'action des ligaments utérins. Vous vous rappelez en effet, qu'à la suite des accouchements ou des avortements, quand l'involution utérine est incomplète, quand la femme se lève trop tôt, et qu'il se produit quelques phénomènes inflammatoires, les ligaments, au lieu de garder ou de reprendre leur tonicité normale, deviennent ou restent distendus. Il en résulte que l'utérus ne garde plus sa position normale en légère antéversion, mais bascule au contraire en arrière dans le cul-de-sac de Douglas, constituant une rétroversion ou une rétroflexion, suivant que les ligaments utéro-sacrés auront ou n'auront pas subi également ce degré de relâchement. De même, certaines autres affections utérines, telles que la métrite simple, le prolapsus ou encore certaines lésions annexielles, déterminent elles aussi, cette bascule de la matrice.

Pendant un certain temps, l'utérus prolabé ainsi dans le cul-de-sac de Douglas reste mobile et peut être, par des manœuvres externes, ramené dans sa position normale ; mais bientôt, soit par la seule présence de ce véritable corps étranger, ou mieux encore, par suite des phénomènes inflammatoires qui existent déjà dans la région du fait des lésions annexielles, il ne tarde pas à se former un certain nombre d'adhérences réactionnelles, entre la paroi péritonéale et les organes ectopiés, adhérences qui ont pour résultat de ceux-ci fixer dans cette nouvelle position.

Vous pouvez facilement vous rendre compte des différences profondes qui existent entre ces deux formes de déviations, libres ou fixées, et vous verrez vous-mêmes dans un instant combien certains procédés opératoires, longtemps en honneur, doivent être délaissés d'une façon complète par suite des adhérences, contre lesquelles ils sont impuissants.

Toutes nos malades, dont l'âge variait depuis 23 jusqu'à 65 ans, présentaient à peu près les mêmes symptômes. Toutes accusaient des douleurs lombaires assez intenses, et des phénomènes de pesanteur anale, troubles mécaniques, relevant des compressions nerveuse et rectale occasionnées par l'utérus prolabé. Elles éprouvaient encore des menstruations douloureuses et irrégulières, de la leucorrhée, quelques pertes sanguines dues à la coudure de la cavité utérine, ainsi qu'une douleur toute spéciale pendant les relations sexuelles et qui tenait au prolapsus ovarien.

Le diagnostic de cette affection n'a jamais été bien difficile ; par suite de l'interrogatoire de nos malades, nous soupçonnions la lésion don elles étaient atteintes, et le seul examen local nous a permis de confirmer l'existence de ce que nous pensions déjà. Par le toucher vaginal combiné au palper abdominal, nous avons obtenu des renseignements importants sur l'état du col utérin, resté en sa place normale, ou repoussé contre le pubis et donnant alors parfois des phénomènes cystalgiques ; et surtout, nous avons noté l'absence complète du corps utérin de sa position habituelle. Abandonnant à ce moment le toucher vaginal pour le toucher rectal, nous avons alors senti dans le cul-de-sac de Douglas, comprimant assez fortement la paroi antérieure du rectum, une masse dure, régulière, qui n'était autre chose que le corps utérin. Notre diagnostic de rétrodéviation était donc posé ; mais nous n'avons pas manqué d'aller plus loin, et de rechercher d'abord si nous avions affaire à un utérus réductible ou irréductible, et en second lieu, s'il n'existait pas de lésions annexielles. Dans certains cas, nous avons réussi à mobiliser la tumeur ; dans d'autres, nous n'avons pas pu y parvenir ; et enfin, à quelques reprises, nous avons senti à côté de l'utérus, l'existence de masses douloureuses, indices d'une ovarite ou d'une salpingo-ovarite. Aussi, faut-il bien reconnaître que si, dans un grand nombre de cas, dans la majorité même, ces différents troubles fonctionnels relèvent directement de la déviation utérine, dans un certain nombre d'autres, ils tiennent aux lésions concomitantes existant au niveau des annexes. Et il s'ensuit que dans ces derniers cas, un traitement qui ne s'adresserait qu'à la déviation serait tout à fait insuffisant, car il laisserait subsister des foyers inflammatoires contre lesquels on n'aurait pas agi.

Que doit-on donc faire en présence d'un utérus prolabé dans le Douglas ? On doit intervenir chirurgicalement et le plus tôt possible, car de cette manière, on évite la formation d'adhérences qui ne tarderaient pas à se produire du fait de l'irritation péritonéale, ainsi que l'apparition de lésions de sclérose utérine qui s'opposeraient ultérieurement à tout redressement de l'organe.

On a signalé l'existence d'un certain nombre de rétrodéviations silencieuses, ne s'accompagnant ni de gêne, ni de douleur : elles ne réclament par suite aucun traitement. Mais il est bien évident qu'il s'agit là de formes assez rares, que vous n'aurez guère l'occasion de rencontrer ; la raison en est bien simple : les malades n'éprouvant ni gêne, ni douleur, ne ressentent nul besoin de se soumettre à un examen médical quelconque, et ce ne sera qu'à l'occasion d'une autre affection, pour laquelle on sera venu vous consulter, que fortuitement, vous vous rendrez compte d'un déplacement utérin.

Pendant très longtemps, alors qu'on n'osait pas encore intervenir d'une façon directe sur les organes génitaux internes, on a essayé de corriger les déviations utérines par des manœuvres de réduction manuelle que l'on combinait à du massage gynécologique. Ces réductions étaient relativement faciles dans les cas où le corps utérin était encore libre de toute adhérence, elles ne l'étaient plus quand la déviation était fixée ; aussi, certains ont-ils tenté des réductions sous anesthésie générale, en dégageant plus ou moins brutalement la matrice soit à l'aide de la main, soit à l'aide d'un hystéromètre ou d'un redresseur utérin. Je me hâte de dire que ces manœuvres constituent un procédé extrêmement dangereux et qui n'a été que trop souvent suivi d'accidents très graves. Assurément, une déviation libre, non fixée, est facile à réduire, mais le difficile n'est pas d'amener la réduction, c'est de la maintenir, ce qui est à peu près impossible ; aussi, ces manœuvres sont-elles à peu près complètement abandonnées.

Je ne ferai pas non plus un grand éloge du pessaire qui a joui et jouit encore auprès de certains d'une grande vogue, et qui devrait être complètement tombé dans le plus juste des discrédits, depuis les progrès de la chirurgie abdominale. Je ne pourrais conseiller son emploi que chez les personnes pusillanimes ayant refusé toute intervention.

Les procédés opératoires mis en œuvre pour maintenir l'utérus en bonne position sont excessivement nombreux, et je perdrais mon temps à vouloir vous les décrire tous. Je vous rappellerai simplement qu'on ne pratique plus aujourd'hui de fixation utérine sans laparotomie préalable ; certes, le raccourcissement extra-péritonéal du ligament rond (opération d'Alquier-Alexander) ou la vagino-fixation (opération de Mackenrodt, de Le Dentu-Pichevin) ont donné à un moment d'assez bons résultats. Elles étaient bénignes, et quand le périnée était bien étoffé, était suffisant, l'utérus se trouvait alors maintenu en bonne position. Mais ces interventions présentaient un défaut capital, c'était d'être complètement aveugles, de ne pas permettre l'examen si important de l'utérus et de ses annexes, et par suite, de ne pas apporter de traitement approprié à ces lésions si fréquentes. Ces opérations se concevaient encore au début de l'ère antiseptique, au moment où la crainte de l'ouverture du péritoine faisait reculer les chirurgiens ; actuellement, elles ne sont plus de mise, elles ont fait leur temps.

Aussi, ne pratique-t-on plus maintenant de fixation qu'après une laparotomie, qui permet, avant de prendre une décision définitive, de se rendre compte de la mobilité utérine, de noter directement l'état des annexes, et nous avons pu voir récemment que cet examen n'était pas superflu, car il nous a conduit plusieurs fois à pratiquer de petites interventions supplémentaires consistant en ovariotomies ou en salpingectomies.

Le ventre une fois ouvert, l'utérus et ses annexes bien examinés et traités comme il convient, il ne reste plus qu'à fixer l'utérus dans la situation qu'il devrait normalement occuper, c'est-à-dire en légère antéversion.

Pendant longtemps, pour amener, pour produire ce résultat, on réalisait une fixation directe du corps utérin à la paroi abdominale, une hystéropexie. Pour cela, on passait à travers la paroi antérieure de la matrice trois ou quatre fils de catgut, de soie ou de fer, que l'on nouait sous la peau après leur avoir fait traverser les muscles droits de l'abdomen. Cette hystéropexie pratiquée au niveau du corps utérin était une excellente méthode qui, en solidarisant intimement la matrice avec la paroi abdominale, empêchait toute reproduction ultérieure de la rétrodéviation. Malheureusement, cette union était par trop intime, car elle a eu une influence des plus fâcheuse sur l'évolution des grossesses et des accouchements. La fixation utérine au niveau du corps empêche en effet la matrice de pouvoir s'élever librement dans l'abdomen et a amené, de ce chef, des troubles et des accidents dans plus de la moitié des cas, ce qui a entraîné l'abandon de ce procédé. On a tenté alors si une fixation réalisée, non plus au niveau du corps, mais au niveau de l'isthme utérin, ne pourrait pas donner de meilleurs résultats, non au point de vue immédiat, mais au point de vue ultérieur. On reconnut malheureusement que l'union réalisée était beaucoup moins solide et, dans de nombreux cas, la lésion initiale se reproduisit, ce qui a déterminé le rejet de l'hystéropexie isthmique. Vous pouvez cependant ne pas abandonner complètement l'hystéropexie haute, mais vous aurez soin de ne la pratiquer que chez des femmes qui ne peuvent

plus avoir d'enfant, soit du fait de la ménopause, soit du fait de l'ablation des annexes.

Dans tous les autres cas, c'est-à-dire dans leur immense majorité, vous vous adresserez pour corriger les déviations utérines aux procédés qui agissent sur les ligaments ronds pour ramener les organes à leur place normale, et vous pourrez pratiquer soit le raccourcissement intra péritonéal de ces ligaments, ou ce qui vaudra mieux, leur fixation à la paroi abdominale, la ligamentopexie.

C'est cette dernière opération que vous avez vu exécuter dans notre service et qui nous a toujours donné les meilleurs résultats ; je pense, en effet, qu'elle est bien supérieure aux procédés de plicature, car le ligament rond est par lui-même assez mobile, et le poids seul de l'utérus suffit à l'étirer de nouveau.

Je ne vous décrirai pas en détail la technique indiquée par Doléris, que nous suivons ici, et je me bornerai à vous rappeler que le procédé consiste essentiellement à fixer les ligaments ronds à la paroi abdominale à travers des boutonnières pratiquées dans les muscles droits. De cette manière, tout est bien fixé, solidement maintenu, mais le fond de l'utérus reste libre et mobile, ce qui est absolument indispensable dans le cas de grossesse ultérieure.

ACTUALITÉS MÉDICALES

L'encéphalite léthargique.

Les cas d'encéphalite léthargique se multiplient non seulement à Paris, mais aussi en province. Nous voudrions attirer l'attention du praticien sur une étude toute récente de cette affection, étude dans laquelle il trouvera tous les éléments nécessaires pour diagnostiquer sans erreur cette maladie, même dans les cas frustes, même au début.

Sabrazès et Massias, après avoir soigné durant les huit derniers mois de 1919 une série de sept cas de la forme atténuée ou « ambulatoire », donnent dans la *Gazette des Sciences Médicales de Bordeaux* (8 février) le résultat de leurs observations.

Des symptômes cardinaux : sommeil, fièvre, ophtalmoplégie, le plus constant est la *narcolepsie*. Le malade ne peut résister à un besoin absolu de sommeil. Ce besoin, dans les formes ambulatoires, peut être quelque peu combattu, mais il ne tarde pas à triompher. Dans ces formes, les fonctions organiques sont conservées et quelques excitations peuvent atténuer cette torpeur pour un instant.

La *fièvre* est très élevée dans les formes graves. Dans les formes légères, l'hyperthermie peut être assez peu marquée (Lhermitte, Sabrazès).

L'*ophtalmoplégie* est un des très bons signes du début. Les moteurs oculaires commun et externe peuvent être touchés et donner une diplopie croisée. Mais tous les auteurs, Netter, Lhermitte, Sabrazès, ont noté combien ces paralysies peuvent être transitoires. L'un des cas « ambulatoires » de Sabrazès ne présentait aucun symptôme oculaire. Parfois, ces ophtalmoplégies sont de simples états méiopragiques et la méiopragie porte essentiellement sur les releveurs de la paupière. « Chez un bon nombre de malades, même à l'état de veille, les paupières recouvrent les globes oculaires presque entièrement sans que le releveur de la paupière soit à vrai dire paralysé. Si on soulève la paupière avec le doigt, elle garde un certain temps la position qu'on vient de lui donner ».

La figure se cyanose aux approches de la mort.

En outre de ces points cardinaux, les auteurs étudient un certain nombre de points intéressants.

Le liquide *céphalo-rachidien* ne s'écoule pas sous forte tension. La réaction méningée est faible mais elle existe nettement. On compte 3 à 4 fois plus de lymphocytes et cette lymphocytose peut être encore plus marquée dans les formes graves. Les valeurs de l'albumine, de l'urée et des chlorures sont parfois supérieures à la moyenne.

Contrairement à ce que l'on constate dans les méningites aiguës, l'examen du sang n'a pas montré, d'après le professeur Sabrazès, de la polynucléose, mais plutôt une lymphocytose. Cependant, si l'état s'aggrave, les polynucléaires augmentent.

La *tension artérielle* est généralement basse, l'amplitude restant satisfaisante.

Oligurie, sans albuminurie dans les premiers jours de la maladie, le volume des urines étant d'un quart de litre environ. Ce fait se retrouve dans toutes les observations et les A. y attachent une certaine importance. Sabrazès a déjà fait remarquer que dans la méningite c. s., susceptible de simuler au début l'encéphalite léthargique, la diurèse est très abondante, sauf dans les formes d'emblée très malignes.

La persistance et même l'exagération des *réflexes oculo-cardiaques* sont à signaler. Dans la méningite tuberculeuse, ce réflexe peut manquer ou être inversé ; il se comporte en tout cas plus irrégulièrement.

Le délire, le tremblement, la carphologie, maintes fois signalés, se retrouvent chez tous les malades étudiés.

On trouvera enfin dans le travail que nous analysons la série des diagnostics qui peuvent être envisagés avec leur réfutation. Citons les principaux : le peu d'intensité de la réaction cytologique et chimique méningée écarte l'idée

♦♦♦

de méningite tuberculeuse ; d'ailleurs, l'hyperalbuminose est moins marquée.

La maladie du sommeil, qui peut s'observer chez des coloniaux, se diagnostique par des procédés de laboratoire connus.

On peut penser à la poliomyélite épidémique. L'enfant est surtout frappé par cette dernière, tandis que l'encéphalite léthargique est plutôt une maladie de l'âge adulte; elle se rencontre, dit Lhermitte, chez les femmes d'âge moyen indemnes de tout antécédent pathologique (1). L'aspect clinique est différent. D'ailleurs un malade atteint de poliomyélite meurt rapidement, tandis que l'encéphalite léthargique ne se dénoue qu'au bout de semaines et de mois.

C. COLBERT.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Influence du calcium sur la glycosurie.

(M. A.-G. PHOCAS. — *Académie de médecine.*)

M. Martin Fischer a montré qu'une injection de chlorure de calcium fait disparaître la glycosurie expérimentale provoquée par les ions du sodium. On connaît, d'autre part, l'antagonisme dynamique qui existe entre lésions du sodium et lésions du calcium Partant de là, M. Alexandre Phocas a eu l'idée d'administrer à des diabétiques des sels calciques et il en a obtenu des résultats encourageants. Il donne la préférence à l'eau de chaux, prise à la dose de 150 gr. à 200 gr. par jour.

Accouchement quadruple d'enfants viables.

(M. PINARD. — *Académie de médecine.*)

M. Pinard relate une observation de gestation et d'accouchement quadruple. Elle concerne une femme, accouchée en 1915 par Mme Verdon, et par le Dr Crouzat, en Vendée, de quatre enfants, deux garçons et deux filles, actuellement vivants et bien portants.

C'est un cas des plus rares, surtout au point de vue de la survie des enfants (il y aurait, en France, d'après Puech, un cas de gestation quadruple sur 2 millions de naissance). Il apparaît, d'ailleurs, à M. Pinard, que la fréquence des gestations quadruples, dans l'espèce humaine, n'est pas chose désirable.

Exploration des points douloureux abdominaux par le martelage.

(M. HAYEM. — *Académie de médecine.*)

Pour explorer les points douloureux de l'abdomen, M. Hayem pense qu'il y aurait quelquefois intérêt à substituer à la pulpe digitale un petit marteau percuteur qui permet (grâce à un curseur restant en place après le choc) de mesurer la force de la pression déployée.

Les dyspepsies chroniques des gazés.

(M. Maurice LOEPER. — *Académie de médecine.*)

Les dyspepsies chroniques des gazés revêtent deux types principaux : le type flatulent et le type douloureux. Elles s'accompagnent de retentissement sur l'état général, l'appareil circulatoire et le système nerveux. Le traitement et le régime devront s'inspirer de ces considérations et s'adresser non seulement à l'état gastrique, mais encore à l'état nerveux et à l'état général.

Traitement des infections tuberculeuses chroniques par les sulfates de terres cériques.

(M. H. GRENET et H. DROUIN. — *Académie de médecine.*)

M. Achard lit un rapport sur un mémoire de MM. Grenet et Drouin intitulé : traitement des infections tuberculeuses chroniques par les sulfates de terres cériques.

L'action des sulfates de terres cériques (sulfates de samarium, de lanthane, de néodyme et de praséodyme) sur la vitalité du bacille de Koch, a été mise en lumière par Frouin, qui a fait connaître également les propriétés stérilisantes du bismuth, à doses infinitésimales, sur les cultures du bacille tuberculeux.

Partant de ces données, MM. Grenet et Drouin ont essayé, dans divers cas de tuberculose, les injections intra-veineuses d'une solution aqueuse de sulfate de samarium, néodyme ou praséodyme à 2 p. 100, et les injections intra-veineuses d'une solution à 1 p. 100 de tartrate double de bismuth et de potasse dans le glycocolle. L'injection de sulfate de néodyme (la plus employée) doit être rigoureusement intra-veineuse. On injecte tous les jours ou tous les deux jours une dose progressive de 2 à 5 c. c. Ces injections sont bien supportées par les sujets atteints de tuberculose locale, et chez les tuberculeux pulmonaires apyrétiques, à lésions limitées. La solution de tartrate de bismuth, en raison de sa toxicité, doit être maniée prudemment.

Les résultats ont été satisfaisants et constituent une tentative intéressante de chimiothérapie anti-tuberculeuse.

Prophylaxie du typhus.

(M. ARMAND-DELILLE.— *Académie de médecine.*)

M. Armand-Delille lit une note sur les principes de prophylaxie du typhus dans les armées en campagne et leur application aux populations civiles en temps de paix.

Depuis que Ch. Nicolle a établi le rôle du pou (*pediculus vestimenti*) dans la propagation du typhus exan-

(1) LHERMITTE. — *Journal de Lucas-Championnière* du 10 octobre 1919.

thématique, la prophylaxie de cette maladie a visé la destruction des poux. On sait qu'une génération de poux demande 12 jours après l'éclosion pour fournir des insectes aptes à la reproduction. On sait, aussi, que la prolifération du pou exige une température constante, de plus de 30°, et une certaine humidité.

Pour obtenir la désinsectisation, on aura recours au bain-douche et à l'étuvage des vêtements. Le repassage au fer chaud des vêtements, sur leur face intérieure, pratiqué pendant 4 à 5 semaines, tous les 7 jours, procure également les meilleurs effets. On conseillera de changer de linge une fois par semaine et de toujours quitter ses vêtements le soir. Il faut éviter de se coucher tout habillé et bannir l'usage des lits de repos continuellement occupés par des équipes qui se succèdent : lits et vêtements devant pouvoir, pour entraver la vitalité du pou, se refroidir plusieurs heures chaque jour.

Sur l'ambidextrie chirurgicale.

(M. Le Dentu. — *Académie de médecine.*)

M. Le Dentu montre qu'un certain degré d'ambidextrie peut être utile au chirurgien. A titre d'exemple, il rapporte l'observation personnelle suivante : En 1906, on transporta un jour, dans son service à l'Hôtel-Dieu, un homme atteint de fracture de l'humérus avec lésion grave de l'artère axillaire.

Sur la table d'opération, au moment de pratiquer la ligature de l'artère, un formidable jet de sang artériel venant de la blessure se produisit. L'index gauche, introduit dans la plaie, ne parvint pas à arrêter l'hémorrhagie : seul, l'index droit put faire l'hémostase. Dans ces conditions, le moindre déplacement de la main droite faisant courir au malade un danger immédiat par reprise de l'hémorrhagie, M. Le Dentu entreprit la ligature de l'axillaire avec la seule main gauche restée libre. Il put mener l'opération à son but, sans incident.

Pour le chirurgien une certaine éducation de la main gauche a ainsi, dans diverses circonstances, une réelle utilité.

L'hyperglycorachie dans l'encéphalite léthargique.

(M. Dopter. — *Académie de médecine.*)

On a signalé, dans l'encéphalite léthargique, une augmentation du taux du glucose dans le liquide céphalo-rachidien. Chez un sujet se plaignant de troubles encore mal caractérisés (céphalée, légère diplopie, légère hyperthermie), M. Dopter s'appuya sur l'hyperglycorachie pour orienter le diagnostic du côté encéphalite léthargique — diagnostic que la suite confirma. Chez ce malade, le dosage du sucre du céphalo-rachidien donna 0 gr. 85 par litre.

L'hyperglycorachie peut donc être un signe aidant au diagnostic. Mais, il faut savoir que cette hyperglycorachie est susceptible de se rencontrer dans d'autres affections (diabète, pneumonie, fièvre de Malte, rage, tumeurs cérébrales, hémorrhagie cérébrale, syphilis nerveuse, quelquefois), et que, en outre, elle n'est pas constante dans l'encéphalite léthargique. Sa constatation, toutefois, permet d'écarter les méningites aiguës et la méningite tuberculeuse, en particulier, et à ce titre elle mérite d'être recherchée.

Syphilis et encéphalite léthargique.

(M. Jeanselme. — *Académie de médecine.*)

A propos d'un cas personnel, où le diagnostic de syphilis cérébrale et d'encéphalite léthargique présenta des difficultés, M. Jeanselme remarque que, chez un syphilitique à Wassermann du céphalo-rachidien positif, une encéphalite léthargique pourra être méconnue facilement, tout au moins au début.

Le traitement de l'encéphalite léthargique.

(M. Arnold Netter. — *Académie de médecine.*)

M. Netter indique quelles sont les bases actuelles du traitement de l'encéphalite léthargique.

On est amené à admettre que l'encéphalite léthargique, comme la poliomyélite, est provoquée par un virus filtrant qui se fixe au niveau des éléments nerveux (du mésocéphale surtout), et se trouve également présent dans le nez, la gorge et la bouche. Par analogie avec les essais de sérothérapie de la poliomyélite, on a pratiqué, dans plusieurs cas d'encéphalite léthargique, des injections intra-rachidiennes de sérum de convalescent. M. Netter ne croit pas encore le moment venu de recommander cette méthode, en raison de la persistance du virus dans l'encéphalite, qui exigerait une répétition prolongée des injections.

L'emploi de l'urotropine est à recommander, par la voie buccale, ordinairement. On sait que ce médicament antiseptique se retrouve dans le liquide céphalo-rachidien, qui constitue une de ses voies d'élimination.

On ne saurait conseiller, jusqu'à plus ample informé, l'arsenic ou le tartre stibié. L'auteur a eu connaissance d'un cas où le néo-salvarsan semble avoir donné de mauvais effets.

M. Netter préconise, par contre, le jaborandi et la pilocarpine, dans le but d'exagérer la salivation (le virus de la maladie se retrouvant dans sa salive, comme le virus de la rage), et les injections fixatrices d'essence de térébenthine, selon la méthode de Fochier. Chez tous les malades atteints d'encéphalite grave, il injecte, le plus tôt possible, dans la région externe de la cuisse, 1 ou 2 cent. c. d'essence de térébenthine pour provoquer un abcès. Cette pratique, qui lui a donné les meilleurs résultats au cours de la grippe, est également efficace dans l'encéphalite grave. Il a obtenu un abcès 19 fois sur 27 cas.

P. L.

Fièvre bilieuse hémoglobinurique. — Radiothérapie d'un fibrome utérin. — Encéphalite léthargique.

(*Société de médecine de Toulouse.*)

M. Sorel fait une communication sur *le fièvre bilieuse hémoglobinurique*, forme grave des bilieuses paludéennes au même titre que les bilieuses intermittentes, rémittentes et continues, et les bilieuses hémorragiques. Le paludisme en est la raison fondamentale ; un autre élément, la quinine pourrait peut être la provoquer. Dans le cas présenté par M. Sorel, la maladie évolua avec des symptômes ataxo-adynamiques (hypothermie, ictère, vomissements bilieux, oligurie, hémoglobinurie) ; la mort survint en trois jours.

M. Sirol rapporte une observation de *radiothérapie d'un fibrome utérin, suivie de régression de la tumeur, de grossesse, et d'accouchement normal.*

Une tumeur fibromateuse de l'utérus datant de 4 ans, chez une femme âgée de 30 ans, avait entièrement régressé cinq mois après le début du traitement, et quelques mois après, se manifesta une grossesse dont l'évolution a été des plus normales. Il s'agit là d'un cas presque exceptionnel, aucune autre observation semblable n'ayant encore été publiée.

M. Pujol communique un cas d'*encéphalite léthargique* qu'il a eu l'occasion d'observer chez une jeune fille de 14 ans. L'affection a évolué avec ses symptômes classiques (narcolepsie et paralysie des nerfs du mésocéphale), la guérison est survenue au bout d'une vingtaine de jours. L'auteur insiste sur la difficulté du diagnostic au début, et se demande s'il s'agit d'une maladie autonome, où si ce n'est que le résultat de la localisation d'infections diverses sur les centres nerveux.

Œdème du membre inférieur d'origine prostato-néoplasique. — Leucémie myéloïde. — Méningite tuberculeuse. — Ostéo-sarcome de l'épaule.

(*Société anatomo-clinique de Toulouse.*)

MM. Dambrin et Ginesty présentent un malade *atteint d'un volumineux œdème unilatéral du membre inférieur droit, produit par une énorme adénopathie iliaque droite secondaire à un néoplasme prostatique.* Les tumeurs malignes de la prostate ne présentant pas généralement une pareille allure clinique ; il s'agit là d'un cas tout à fait exceptionnel où l'intensité de la métastase ganglionnaire contraste avec le peu de développement du néoplasme originel.

M. Jean Tapie communique un cas de « *leucémie myéloïde chronique avec autopsie. Influence de la sclérose splénique sur l'évolution, passage ultime de cellules embryonnaires dans le sang* ». Il s'agissait d'une leucémie arrêtée, immobilisée par la sclérose splénique, qui fut aggravée par des séances de radiothérapie. L'état grave coïncida avec une diminution des hématies et le passage dans le sang de cellules embryonnaires identiques à celles de la leucémie aiguë.

M. Bonnefous rapporte un cas de *méningite tuberculeuse avec tuberculose massive des capsules surrénales sans syndrome addisonien.*

Les lésions méningées, développées surtout au niveau de la zone motrice de la corticalité cérébrale, étaient sous la dépendance de gros foyers tuberculeux des deux capsules surrénales. Le malade n'ayant présenté aucun symptôme addisonien, il semble bien qu'il suffit d'une très minime partie de tissu surrénal pour empêcher l'apparition du syndrome classique.

M. Bassol donne lecture de l'examen histologique d'un *ostéo-sarcome de l'épaule* : ses recherches ont montré qu'il s'agissait d'un ostéo-chondro-sarcome, dont les cellules néoplasiques étaient au contact des capillaires, ce qui explique la grande malignité de la tumeur et la rapidité avec laquelle elle a envahi les régions avoisinantes.

Kyste de l'ovaire et grossesse. — A propos des abcès de fixation.

(*Société d'obstétrique et de gynécologie de Toulouse.*)

M. Dambrin rapporte un cas de *kyste de l'ovaire compliqué de grossesse.* Il s'agissait d'une tumeur multiloculaire contenant une vingtaine de litres de liquide comprimant et refoulant l'utérus. Les suites opératoires ont été des plus normales.

MM. Audebert et Fournier communiquent *quelques cas d'abcès de fixation ; leur indication prophylactique dans les avortements provoqués suspects.* Les auteurs, en présence des bons résultats obtenus par l'abcès de fixation établi précocement, estiment qu'il doit être institué de bonne heure, dès les premiers symptômes d'infection, et non après l'échec de toutes les autres méthodes thérapeutiques générales ou locales. C'est, pour eux, le procédé de choix dans les cas d'avortement provoqués suspects d'infection chez des malades shockées, affaiblies, où il n'y a pas d'indication opératoire nette.

A TRAVERS LA PRESSE

Presse française.

L'extrait d'hypophyse en obstétrique.

Comment, au cours de l'accouchement, réveiller les contractions utérines défaillantes ? Jadis, on ordonnait l'ergot de seigle, depuis longtemps condamné. Plus tard, le sucre fut recommandé à l'instar d'un excellent ocytocique.

Aujourd'hui, M. Pouliot (*L'Hôpital*, février 1920 B) vante les bons effets de l'extrait d'hypophyse, dont l'action élective sur la fibre musculaire de l'utérus en travail est démontrée.

L'extrait d'hypophyse agit en réactivant et intensifiant les contractions utérines, tout en leur laissant leur rythme physiologique, pendant un temps qui débute généralement de 5 à 10 minutes après l'injection, et dure de trois quarts d'heure à une heure, parfois plus. Mais son activité est strictement limitée à la période du travail. Il est impuissant à provoquer les contractions avant le début de l'accouchement. C'est dire qu'il n'est d'aucune utilité au cours d'un avortement, qu'à plus forte raison, il ne saurait déterminer.

On injectera donc un volume de préparation correspondant à dix centigr. de glande fraîche, sous la peau, ou mieux, intra-musculairement, mais non par la voie intra-veineuse, en évitant d'employer une seringue chaude et l'alcool comme stérilisant : chaleur et alcool détruisent l'activité de l'hypophyse.

La grande indication de l'extrait d'hypophyse, la seule, est l'inertie utérine, non pas l'inertie primitive, mais l'inertie secondaire, celle qui apparaît avant la fin de la dilatation cervicale, ou au moment de l'expulsion. L'inertie *post partum* bénéficie également des propriétés de la pituitaire, non moins que de celles de l'ergotine, l'utérus étant complètement vide.

A condition de s'en tenir aux doses indiquées par l'auteur, et de ne commettre aucune faute de technique, on n'a à craindre ni tétanisation, ni rupture ou inversion de l'utérus. Tout ce qu'on risque, c'est un résultat négatif. L'échec, en pareil cas, est facilement réparé si l'on a sous la main les instruments nécessaires pour une intervention.

L'auteur signale seulement l'hémorragie de la délivrance, un peu plus fréquente, quand l'injection a été précoce, et l'état *d'étonnement* de l'enfant au moment de la naissance.

La dystocie, quelle qu'en soit la cause, est la grande contre-indication de l'extrait d'hypophyse, dont l'emploi n'est, au demeurant, autorisé, « que lorsqu'il n'y a d'autre obstacle à l'expulsion rapide du fœtus que la faiblesse des contractions utérines ».

La marche de l'infection tuberculeuse et sa localisation au sommet pulmonaire

Pour M. Fievez (*Gaz. des hôp.* 1920, nº 19), la tuberculose des sommets est une tuberculose secondaire locale, et non par essaimage sanguin. Le point de départ en est la tuberculose des ganglions cervico-thoraciques, laquelle se propage au dôme pleural pour gagner par là le parenchyme pulmonaire.

Pratiquement, l'auteur en conclut que la prophylaxie de la tuberculose chez l'enfant visera surtout à supprimer tous les foyers primitifs d'où part l'infection, les amygdales, les lésions chroniques des oreilles, les petits lupus des narines et de la face, les caries dentaires, les accidents de la dent de sagesse, toutes lésions qui créent l'adénite et la périadénite cervico-thoraciques.

Le pneumothorax artificiel (méthode de Forlanini), en isolant le dôme pleural du sommet, met ce dernier à l'abri de l'infection.

Technique de l'accouchement prématuré artificiel.

M. Balard est d'avis que l'accouchement prématuré artificiel présente des avantages incontestables sur la césarienne. Il peut en effet être pratiqué dans tous les milieux, par le praticien, avec un matériel très réduit, et il laisse la femme apte à concevoir de nouveau, ce que ne fait généralement pas l'opération sanglante, qui entraîne une stérilité réelle ou volontaire (*Gaz. des sc. méd. de Bordeaux*, 22 fév. 1920).

Avec toutes les précautions d'asepsie les plus rigoureuses, la femme étant préparée comme pour une grande opération, et ayant inhalé quelques bouffées de chloroforme. surtout s'il s'agit d'une primipare, on introduit, dans l'utérus, entre celui-ci et les membranes, une sonde semi-rigide en caoutchouc, vaselinée. Cette sonde peut être une sonde de Nélaton nº 27 à 30, dans laquelle on glisse un explorateur urinaire volumineux dont on a sectionné le bout olivaire.

Cette sonde sera dirigée le long de la paroi postérieure de l'utérus, après avoir pénétré dans le col, sur deux doigts réunis en gouttière, pour servir de conducteur. Elle sera poussée doucement, sans brusquerie, par un mouvement de vrille.

La sonde enfoncée de toute sa longueur est maintenue par un tamponnement vaginal lâche

La femme gardant le lit et étant alimentée, on refait le tamponnement vaginal au bout de 24 heures, après une injection.

« Les contractions apparaissent franchement au bout de 36 à 48 heures, et le plus souvent le travail normal et l'accouchement se font spontanément. »

Si les contractions sont rares, lentes et molles, on les excitera avec des injections très chaudes toutes les deux heures, en même temps qu'on administrera un cachet de 0.50 de quinine, jusqu'à 1 gr. 50 à 2 gr.

« La dilatation étant complète, rompre les membranes et faire aussitôt pousser vigoureusement la femme, pour que la tête s'engage, si ce n'est déjà pas fait, sans laisser au col le temps de revenir sur lui-même. »

On peut aussi recourir à l'extrait hypophysaire comme ocytocique.

Nous nous demandons si l'introduction d'une sonde semi-rigide dans l'utérus est exempte de tout danger et ne risque pas de rompre prématurément les membranes. Il nous semble que le ballon dilatateur de Tarnier est tout aussi in-

diqué pour provoquer le travail, et ne comporte pas les mêmes risques.

Le signe du plexus solaire chez les déséquilibrés du ventre.

Ce signe est constitué par une douleur spontanée ou provoquée exactement localisée au tiers supérieur de la ligne médiane sus-ombilicale.

Pour le rechercher, il faut examiner le malade debout en exerçant une pression profonde en ce point.

Il est dû à l'irritabilité du plexus solaire, qui occupe une situation fixe, tandis que le pylore et le côlon se déplacent selon leur état de réplétion ou de vacuité, selon aussi le degré de ptose viscérale dont le malade est atteint.

Une contre-épreuve en précise la réalité. Le malade étant toujours debout, si l'on relève la paroi de l'estomac au niveau de la région ombilicale, la douleur disparaît ou devient au moins très atténuée, parce que l'estomac interposé agit à la façon d'un coussin protecteur.

M. Fraikin, qui décrit ce signe (*Paris méd.*, 14 fév. 1920), lui donne la signification du déséquilibre du ventre, ou mieux de la névropathie abdominale. « Il y a, chez le sujet observé, « trouble du système nerveux abdominal, que « ce trouble soit primitif, ou soit consécutif à une « maladie générale ou locale (neurasthéniques, « dyspeptiques, hépatiques, constipés, atoni- « ques, etc.) Souvent aussi, la constatation pré- « cise de ce signe permettra de faire le diagnos- « tic entre une lésion organique viscérale et un « trouble névropathique (entéro-névrose, sympa- « those), donc d'orienter logiquement son trai- « tement ».

On traitera donc l'insuffisance hépatique, la constipation, la dyspepsie neuro-motrice, la névropathie générale, et on s'adressera de préférence aux agents physiques (ceintures et sangles, diététique, héliothérapie, frictions, hydrothérapie, cures thermales, massage, cinésithérapie, mécanothérapie, etc.)

Le citrate de soude dans les pneumonies et les bronche-pneumonies.

Ce traitement est tellement simple et tellement anodin qu'il est à la portée de tous les praticiens qui pourront en faire l'essai.

Il nous est enseigné par la *Presse médicale* (14 février 1920) d'après la méthode d'un médecin américain, W.-R. Weaver.

Il consiste à administrer aux adultes, toutes les heures, 0.90 à 1 gr. 20 de citrate de soude, ou toutes les deux heures, 2 gr. 40, dans une grande quantité d'eau.

Si un effet purgatif est constaté, on peut le modérer avec des préparations opaciées à petites doses.

« Pour être réellement efficace, le citrate de « soude demande à être administré aux doses « élevées qui viennent d'être indiquées. D'autre « part, le traitement doit être poursuivi jus- « qu'au deuxième jour ou troisième jour qui sui- « vent la crise, pour assurer une résolution com- « plète du processus morbide. »

Le citrate de soude agirait, d'abord en diminuant la viscosité du sang et en favorisant ainsi la circulation cardio-pulmonaire, ensuite, en alcalinisant le sang et en augmentant ainsi son pouvoir anti-toxique et en activant la leucocytose.

Sur 47 cas ainsi traités, 45 succès ont été enregistrés.

Le taurocholate de soude préventif de la blennorragie.

M. Chenisse (*Presse méd.*, 14 fév. 1920) préconise, d'après le professeur Castellani, le taurocholate de soude comme préventif de la blennorragie. D'une solution de 2 à 4 gr. de taurocholate de soude dans 30 gr. de glycérine neutre, on introduit quelques gouttes dans le méat urinaire et sur la superficie du gland immédiatement avant et après l'acte génital.

Les gonocoques les plus agressifs ne résisteraient pas à ce traitement.

Il n'en coûte rien d'essayer...

G. D.

Presse anglaise

Quelques cas de pseudo-dysentéries.

M. George C. Low (*British med. Journ.*, 21 fév. 1920) rapporte quelques exemples intéressants de pseudo-dysentérie :

1. Peudo-dysentérie syphilitique. Un malade expulsant par l'anus des mucosités et des selles sanguinolentes fut considéré comme dysentérique et traité par l'émétine et la sérothérapie. Il était atteint, en réalité, d'une ulcération syphilitique du rectum et il guérit par les injections novarsénicales.

2. Pseudo-dysentérie par hémorrhoïdes et tumeur maligne. Dans trois cas, adressés à l'hôpital des maladies tropicales, de Londres, et qualifiés dysentérie, M. Low put constater que le sang venait seulement d'hémorrhoïdes. Une autre fois, il s'agissait de cancer du rectum.

3. Pseudo-dysentérie tuberculeuse. Un Hindou envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de dysentérie (selles diarrhéiques, sanglantes, muqueuses) avait des lésions tuberculeuses du rectum, ainsi que le montra un examen microscopique des selles (présence du bacille de Koch) et ultérieurement l'autopsie.

4. Pseudo-dysentérie à parasites divers. Chez plusieurs patients, considérés comme dysentériques, l'examen microscopique a permis d'attribuer les selles sanglantes à des parasites divers:

schistosomiasis, paragonimus Westermani, hétérophyes, ankylostome, balantidium coli.

5. Pseudo-dysentérie à corps étranger. M. Low a vu une fois un corps étranger du rectum (fragment d'os, ingéré par mégarde) déterminer une ulcération avec syndrome dysentérique.

Ces exemples, dit l'auteur, montrent qu'il est nécessaire de faire un examen soigneux du sujet, des selles (au microscope) et du rectum (avec le doigt ou le sigmoïdoscope) quand on est en présence de malades offrant des symptômes plus ou moins nets de dysentérie.

Appareil enregistreur de l'émotion.

Il peut être intéressant, en physiologie et en pathologie, de pouvoir mesurer l'état émotionnel d'un sujet. L'examen d'aptitude physique aux fonctions de pilote aviateur, par exemple, exige du candidat, et avec raison, une stabilité émotionnelle nerveuse normale.

L'émotion se traduit par certains signes, pâleur ou coloration exagérée de la peau, facies inquiet, fréquence du pouls, sur lesquels on peut déjà se baser, mais qu'il est difficile de mesurer quantitativement. Dans une communication à la *Royal Society of medicine* (11 fév. 1920), M. A. D. Waller montre qu'on parvient à mesurer avec beaucoup plus de précision l'état émotionnel en enregistrant les modifications apportées à la résistance au courant électrique. Pour cela, on se sert d'un pont Wheatstone, dans lequel on place la main de la personne examinée. Lorsque le sujet en expérience est touché par une douleur physique ou une inquiétude morale, le miroir du galvanomètre accuse une déviation de l'aiguille, déviation dont l'importance mesure le trouble apporté à la résistance électrique des tissus et par cela même, indirectement, le degré de l'émotion. M. Waller explique ce changement de résistance au courant électrique par une modification cellulaire due à l'afflux nerveux. Il importe, d'ailleurs, avant toute recherche de ce genre, de fixer l'état normal, habituel, de la résistance électrique du sujet. Celle-ci est généralement plus grande le matin et offre son minimum le soir. Chez les hystériques, contrairement à ce qu'on pourrait croire, l'appareil montre un état émotionnel plutôt inférieur à l'état normal.

M. Ormerod rappelle, à ce propos, que Janet a déjà signalé cette particularité des hystériques d'offrir un état émotionnel moindre que celui des personnes normales.

M. Dawson Williams, dans une expérience sur lui-même, a vu l'appareil être plus sensible encore aux émotions psychiques qu'aux douleurs physiques.

M. Goadby ajoute que cette méthode, intéressante d'ailleurs, ne doit pas sortir des mains compétentes.

Notes sur l'épilepsie.

M. James Taylor (mémoire lu à l'*Harveian Society*) présente quelques remarques personnelles sur l'épilepsie, basées sur une longue pratique hospitalière de cette maladie. Il signale, d'abord, la variabilité des résultats du traitement. Certains malades, non influencés par de faibles doses de bromure, ne tirent bénéfice que de très hautes doses, qui améliorent leur état général. Quelques épileptiques peuvent prendre ainsi, quotidiennement et pendant plusieurs années sans interruption (5 ans dans un cas, 7 ans dans un autre cas), des quantités très grandes de bromure, sans inconvénient sérieux, leur santé demeurant satisfaisante. D'autres patients, au contraire, se trouvent mal des fortes doses de bromure et sont améliorés par d'autres médications (belladone, adonis vernalis).

Au point de vue du diagnostic, l'auteur relate les observations de deux sujets traités et considérés comme épileptiques pendant de nombreuses années, qui, un jour, furent pris d'accidents cérébraux (céphalée, névrite optique) et succombèrent à une tumeur cérébrale. Les cas de ce genre, dit M. James Taylor, sont loin d'être rares. Malgré la persistance de crises en apparence simples, il ne faut pas toujours conclure sans restriction à l'épilepsie ordinaire.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Le traitement rationnel de la Coqueluche.

La thérapeutique de la Coqueluche n'est pas aisée. Pour décider ce qu'elle doit être il convient d'analyser la nature de la maladie. Connaissant l'agent causal et la pathogénie de l'affection, il deviendra plus facile de lui opposer une médication légitime et efficace.

Laissant de côté les vieilles théories, passons de suite à une définition classique: « La Coqueluche, dit Comby, dans le Traité des Maladies de l'Enfance, est une maladie *infectieuse, microbienne, spécifique*, qui . . . etc... » Cette définition était parfaite à l'époque, car elle prévoyait tout. Aujourd'hui il ne reste plus qu'à la compléter, sur un seul point, en y ajoutant le nom et la nature du microbe pathogène, complètement identifié. La définition de Comby devient alors ; « La Coqueluche est une maladie infectieuse, spécifique, *due à la pullulation du coccobacille de Bordet et Gengou au niveau de la muqueuse bronchique et qui se traduit*.... etc... »

Comment le microbe de Bordet et Gengou

est-il pathogène ? Est-ce directement par lui-même ? Non. Il est même assez fragile et meurt rapidement *in situ*. Est-ce par une toxine soluble ? Pas davantage. Bordet et Gengou, et après eux de nombreux expérimentateurs, ont établi que ce sont les propres cadavres microbiens, en d'autres termes l'*endotoxine* qu'ils recèlent, qui déterminent une inflammation, une altération, une *nécrose* plus ou moins profonde, plus ou moins étendue de la muqueuse bronchique. En fin de compte la nature de la Coqueluche est bien établie : *c'est une inflammation nécrotique spécifique de la muqueuse bronchique provoquée par l'endotoxine du coccobacille de Bordet et Gengou.*

Contre cette inflammation nécrotique spécifique, la muqueuse bronchique réagit *spécifiquement* en sécrétant ce liquide filant, visqueux, adhérent, caractéristique de l'expectoration coquelucheuse.

Il est évident que cette sécrétion est une réaction de défense. Il est non moins évident que la Quinte — qui a pour but l'expectoration des sécrétions bronchiques — est, elle aussi, le dernier terme de cette réaction de défense de l'organisme qui veut se débarrasser à tout prix des produits pathologiques qui l'encombrent. Tels sont en somme la cause et le but de la Quinte, de ce symptôme le plus apparent et le plus pénible de la Coqueluche.

Si, à la lumière de ces faits, dûment établis aujourd'hui, on s'est bien pénétré de la nature de la Coqueluche et du but de la Quinte, on voit aussitôt que cette Quinte, pour angoissante et dangereuse qu'elle soit, est loin de constituer toute la maladie. On voit qu'elle exprime un réflexe utile de défense et, comme tel, qu'elle doit être, non pas supprimée coûte que coûte, mais plutôt canalisée, dirigée, utilisée en s'inspirant des indications que nous fournit la *Natura medicatrix*. Cette considération, de simple bon sens, suffit à faire abandonner le traitement *systématique* de la Coqueluche par les antispasmodiques. Ceux-ci, en effet, ne réalisent qu'une médication symptomatique, c'est-à-dire d'ordre inférieur par définition. Calmer ou supprimer la Quinte à tout prix est aussi illogique, voire néfaste, que supprimer l'hyperthermie des grandes pyrexies infectieuses, telle la fièvre typhoïde, par l'emploi intensif des antithermiques chimiques. On réussit bien parfois à masquer le symptôme, mais on ne s'attaque pas à la cause de la maladie, on ne respecte pas les réactions louables de la nature. Médiocre, *théoriquement*, la médication antispasmodique est *pratiquement* mauvaise : de même que l'usage des antithermiques chimiques dans la fièvre typhoïde a souvent provoqué des désastres en bloquant les reins, de même l'usage systématique des antispasmodiques dans la Coqueluche fait souvent le lit de la bronchopneumonie, en *enfermant le loup dans la bergerie.*

Que sera alors le traitement rationnel de la Coqueluche ? Il doit d'abord — si possible — s'attaquer à la cause de la maladie. Il faut donc utiliser en temps opportun un *antiseptique pulmonaire bactéricide* qui détruira le Bordet et Gengou. Indication précise malheureusement difficile à réaliser. Non pas que le coccobacille responsable soit résistant ; nous avons vu le contraire. Mais souvent il se multiplie et provoque ses lésions avant que la clinique ait pu poser un diagnostic de certitude. Il faut donc prescrire l'antiseptique pulmonaire dès qu'on a des raisons de suspecter la Coqueluche et en tout cas dès le début des Quintes. Pourtant si le praticien est appelé trop tard pour espérer réaliser la destruction du microbe il doit utiliser quand même la médication antiseptique pour empêcher d'abord les réinoculations autogènes et exogènes du Bordet et Gengou, mais surtout pour prévenir les associations microbiennes secondaires, origine des complications.

La deuxième exigence d'un traitement rationnel est de seconder, de diriger les efforts de la *Natura medicatrix*. Par conséquent, loin de vouloir supprimer la Quinte à tout prix, il faut au contraire l'aider à réaliser son but, qui est de vider les bronches. C'est dire qu'il faut instituer une médication qui rendra fluide la sécrétion coquelucheuse, naturellement visqueuse et adhérente. La médication *expectorante* est donc formellement indiquée.

Ce n'est pas tout. L'endotoxine microbienne, nous l'avons vu, détermine des lésions de l'épithélium bronchique. D'où une troisième indication thérapeutique : celle de prescrire un modificateur de la muqueuse, un *cicatrisant*.

Enfin puisqu'il s'agit d'enfants, parfois de nourrissons, cette médication devra être exempte de toute toxicité ; elle ne devra pas troubler les fonctions digestives, encore moins entraver les fonctions d'élimination (foie, reins), les fonctions antitoxiques (sécrétions internes).

Antiseptique bactéricide et expectorant, cicatrisant bronchique, ni toxique, ni offensant pour les fonctions physiologiques, tel doit être, en résumé, le traitement rationnel de la Coqueluche.

Circonstance assez rare en thérapeutique, il existe un médicament, qui remplit à lui seul ces différentes indications, qui obéit aux exigences de ce traitement rationnel ; c'est la Sulfoléine, que nous utilisons depuis douze ans.

La Sulfoléine est une solution de sulfolithoslate d'ammonium neutralisé et désodorisé. Sa formule complexe s'écrit ainsi : $C^{56}H^{36}S^{6}(AzH^{4})^{4}O^{12}$. Physiologistes et cliniciens ont établi que son activité thérapeutique était due au Soufre qu'elle contient. Mais il s'agit là d'un Soufre organique spécial qui réalise les qualités de la

médication soufrée habituelle sans en présenter certains inconvénients. Il est par exemple admis depuis longtemps que la médication soufrée habituelle est contrindiquée dans tous les états inflammatoires aigus de la muqueuse bronchique parce qu'elle en augmente l'hyperhémie. Tout au contraire le Soufre de la Sulfoléine *décongestionne*. Qualité précieuse dans le cas particulier de la Coqueluche : cette action décongestive prévient en effet pneumonie et bronchopneumonie coquelucheuses. Pour les rares cas où ces complications surviennent quand même, non seulement on ne doit pas suspendre l'usage de la Sulfoléine, mais il convient au contraire d'en renforcer les doses.

C'est donc par ce Soufre particulier que la Sulfoléine constitue un antiseptique bactéricide puissant. — Elle fluidifie la sécrétion visqueuse de la Coqueluche et en favorise l'expectoration. — Modificatrice des lésions bronchiques, elle concourt à la cicatrisation de la muqueuse nécrosée. — Elle n'irrite pas le tube digestif, n'entrave aucune fonction physiologique. — Nullement toxique, elle peut se donner à doses fortes et continues, même chez le nourrisson.

Sa posologie est simple : suivant l'âge du malade et l'intensité de sa Coqueluche, on prescrit 2 à 5 cuillerées à café, à dessert, à soupe, par 24 heures.

Que deviennent, appliquées à la Coqueluche, ces propriétés thérapeutiques de la Sulfoléine ? Prescrite de très bonne heure, la Sulfoléine réussit souvent à faire avorter la Coqueluche qui se liquidera parfois en 8 à 15 jours de quintes peu nombreuses et légères. — Même appliquée à la période d'état, la Sulfoléine raccourcit la durée de l'affection qui se terminera le plus souvent après 20 à 30 jours de quintes au lieu de 6 semaines minima d'une Coqueluche moyenne. — Le nombre quotidien des Quintes, leur longueur, leur violence sont nettement diminués. Ce résultat s'obtient par un mécanisme facile à saisir : grâce aux propriétés expectorantes de la Sulfoléine, chaque Quinte réalise plus facilement et plus complètement son but, l'expectoration. La Quinte suivante est d'autant plus espacée que la précédente aura mieux vidé les bronches. Même raisonnement pour les vomissements, qui sont d'autant plus rares que les Quintes sont moins violentes. — Les propriétés bactéricides et décongestives de la Sulfoléine préviennent les complications bronchopulmonaires fébriles graves, qui sont ainsi d'une extrême rareté. C'est dire que la mortalité de l'affection devient à peu près nulle. — L'état général du coquelucheux, si souvent précaire, devient normal après quelques jours de traitement. — Enfin les séquelles, comme l'adénopathie trachéo-bronchique, sont le plus souvent évitées.

Ces constatations n'ont pas été faites sur l'observation d'un petit nombre de cas, ce qui pourrait impliquer une série heureuse ou la coïncidence d'une épidémie bénigne. Elles découlent de l'observation de plus de 200 cas, se répartissant dans tous les milieux et sur une durée de plusieurs années. Seul le cadre restreint de cet article nous empêche d'exprimer en chiffres les résultats d'une statistique établie avec la plus grande rigueur.

En résumé, la Sulfoléine constitue, à l'heure actuelle, le traitement le plus conforme aux dernières données de la bactériologie et de la clinique. Ses résultats constituent un progrès sensible sur les méthodes ou les médicaments antérieurs. Comme elle est en outre applicable dans tous les cas, qu'elle est toujours et complètement inoffensive, on voit qu'elle mérite de retenir l'attention des praticiens et qu'elle doit provoquer de leur part une loyale expérimentation.

Dr E. ROZET.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses.

THÈSES DE LYON

Dr Georges BILLIARD. — **Adrénaline et opothérapie surrénale dans les vomissements incoercibles de la grossesse.**

Pour Billiard, les *vomissements incoercibles de la grossesse* sont souvent, *très souvent même, sous la dépendance de l'insuffisance surrénale.*

Dans *un assez grand nombre de cas, l'administration de l'adrénaline ou d'extrait surrénal* a donné des résultats immédiats et remarquables, alors que tous les autres traitements n'avaient amené aucune amélioration. Aussi la *médication surrénale doit-elle être employée dans tous les cas de vomissements incoercibles de la grossesse où existe le syndrome d'insuffisance surrénale.*

Enfin dans les vomissements incoercibles de la grossesse, on ne doit pas pratiquer l'avortement thérapeutique, sans avoir au préalable essayé l'opothérapie surrénale.

Dr Charles ALLEGRET. — **Trois cas de hernie diaphragmatique suite de plaie de guerre.**

Dr H. Maxime BERNARD. — **Hémiatrophie congénitale du diaphragme.**

Affection rare pour laquelle l'A. préconise l'abstention.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Comment obtenir l'augmentation des honoraires de l'A. M. G. ?

Le Syndicat a demandé le 10 janvier dernier au Préfet une modification des tarifs de médecine administrative — (assistance médicale gratuite, enfants-assistés, enfants protégés, vaccinations, service d'hygiène) — et l'application à ces divers services du tarif minimum ouvrier adopté par le Syndicat.

L'Administration préfectorale qui reconnaît bien la nécessité de relever ses tarifs puisqu'elle propose, à ce qui nous a été dit, une augmentation de 120.000 fr. sur le seul chapitre A. M. G., établit en ce moment un rapport sur la question pour la soumettre dans sa prochaine session ordinaire d'avril au Conseil Général, seul capable, comme vous le savez, d'engager les finances départementales.

Mais le Conseil général, composé, comme presque toujours, d'incompétences présomptueuses, n'acceptera pas, il est à présumer, pour raisons électorales plus que budgétaires, l'application du tarif syndical et se contentera vraisemblablement d'augmenter le tarif actuellement en vigueur.

Or les médecins, tant syndiqués (100 affiliés au syndicat sur 117 médecins exerçant dans le département) que non syndiqués sont à peu près unanimes pour réclamer et exiger l'application intégrale du tarif syndical, à telle enseigne qu'un nombre assez important d'entre eux a cessé spontanément tout service depuis le 1er janvier et que, sur la prière du Préfet, nous avons dû intervenir pour les engager à le reprendre jusqu'à décision du C. G.

Sur notre demande, ils ont consenti, à quelques exceptions près, à signer l'engagement dont je vous envoie sous ce pli la formule.

Nous vous serions obligés de vouloir bien nous dire si cet engagement constitue pour chaque médecin signataire une obligation de faire dont le Syndicat pourrait se servir en justice, s'il en était besoin ?

Autre question : dans l'hypothèse où le C. G. refuserait d'accepter nos conditions, pourrions-nous donner individuellement, bien entendu, notre démission sans plus tarder ? L'A. M. G. dans le département se fait à la visite et au libre choix (chaque assisté choisit au début de l'année son médecin pour un an). Nous désirerions donc savoir, si, par ce seul fait, le médecin ne se trouve pas lié vis-à-vis de l'Administration par une sorte de contrat de travail pendant un an et s'il a le droit de le rompre en cours d'année et de donner sa démission sans encourir de poursuite.

Il nous est indispensable d'être exactement fixés sur ce point pour pouvoir donner aux confrères tous conseils utiles, le cas échéant, et nous comptons que vous voudrez bien nous aider le plus tôt possible de vos conseils éclairés.

Dr B.

Modèle d'engagement.

A   le   1920.

Je soussigné   Docteur en médecine à   donne au Bureau du Syndicat des médecins du C... tous pouvoirs pour établir en mon lieu et place, d'accord avec l'Administration préfectorale, les tarifs des différents services administratifs et m'engage à n'accepter que les tarifs qui auront été ainsi établis.

A   le   1920.

Réponse

L'augmentation formidable du coût de la vie vient de démontrer, d'une façon péremptoire, la faillite du système actuel de l'assistance. Les communes et conseils généraux n'ont pas les ressources, ni les crédits suffisants pour rémunérer, comme il le convient les médecins et pharmaciens, le contrôle effectif et efficace n'existe pas, Il y a trop d'inscriptions abusives ; les assistés réclament sans vergogne une visite, lorsqu'ils pourraient eux-mêmes se déplacer pour aller à la consultation : les médicaments sont gaspillés, etc.

Tant que l'assistance sera entièrement gratuite, tant que les médecins ne seront pas appelés à établir un contrôle, par l'intermédiaire de leurs syndicats, tant que les praticiens ne collaboreront pas d'une manière intime à l'application de la loi, dans chaque département, nous n'aurons qu'un système qui ne donnera qu'une apparence d'assistance et non pas une assistance vraie.

Ceci posé, aucun médecin n'est obligé, parce que médecin, d'assurer le service de l'A. M. G. En acceptant le règlement départemental et ses conditions, vous louez vos services et c'est tout. Libre donc à chacun de démissionner. Mais, je ne connais pas les termes exacts de votre règlement, pour pouvoir répondre d'une façon précise sur la durée d'une année de votre engagement. Je crois néanmoins que le fait, pour un assisté, de faire connaître, au début de l'année, le nom du praticien qui lui donnera des soins pendant un an, ne lie pas le médecin pour l'année et laisse le docteur libre de démissionner en tout temps.

Votre engagement est bon. Mais a-t-il été établi sur papier timbré ? Chaque signature a-t-elle été précédée des mots : « bon pour pouvoir ? »

Votre démission individuelle, mais collective en fait, constitue-t-elle une grève ? Non, puisque vous ne refusez pas le travail, mais le mode de travail. Chaque assisté malade sera soigné comme un client ordinaire : mais plus de paperasses administratives : les ordonnances seront rédigées sur papier libre et ordinaire : les honoraires seront payés comptant, contre délivrance de reçu. Chaque indigent se fera ensuite rembourser par la mairie ou la préfecture.

Votre geste prouvera qu'il est temps qu'on s'aperçoive, dans les milieux politiques, que les médecins ne veulent plus qu'on fasse l'assistance à leurs dépens, pour le profit de la réélection de quelques-uns. Que le docteur soit payé comme tout le monde, au même taux, car le praticien paye ses impôts et patentes comme tout le monde et l'administration, que je sache, ne fait aucun effort pour nous aider dans l'exercice de notre profession. Elle ne nous fait pas de cadeaux, ne lui en faisons pas.

Tenez-nous au courant.

Dr Paul Boudin.

II

Le foyer médical.

A plusieurs reprises, j'ai déjà saisi l'occasion d'entretenir divers de mes collègues soit du Conseil de l'Union, soit de celui de l'Association, sur les avantages qu'il y aurait, à mon avis, à créer à Paris un «Foyer médical», où pourraient vivre côte à côte, tout en restant nettement distincts, les divers groupements médicaux. Parmi ceux-ci, je vois l'Union des Syndicats médicaux de France, l'Association générale des médecins de France, le Syndicat des médecins de la Seine, le Syndicat médical de Paris, le *Concours Médical* et ses filiales, les Sociétés d'arrondissement, les groupements scientifiques généraux ou spécialisés, et *tutti quanti*... Comme immeuble, je vois un immense édifice avec un grand hall central (formé par la cour couverte en vitres tout simplement) et, tout autour, des salles de réunion plus modestes, servant également en commun suivant les besoins. Puis, les bureaux particuliers de chaque groupement, avec leurs divers cabinets, leurs archives, etc... J'allais oublier l'intéressante bibliothèque qui se formerait tout naturellement et deviendrait comme les archives communes du monde médical, au double point de vue scientifique et social.

Enfin, pourquoi pas ? L'appétit vient en mangeant. On pourrait y annexer un hôtel médical, où tout confrère de province, de passage à Paris, serait assuré de trouver une chambre confortable, dans une atmosphère familiale, et où les rencontres seraient aisées et les causeries savoureuses, dans le salon de lecture où, sur la grande table du milieu, seraient épandus les journaux politiques, agréablement doublés des revues médicales...

***

Des rêves, des songes-creux, tout cela, pensez-vous ? Voire !... Le tout est que les dirigeants de ces divers groupements veuillent bien se réunir dans l'affectueuse collaboration d'une *Commission préparatoire* qui s'efforcerait, sans parti pris d'avance, de creuser la question pratiquement, et avec le désir commun d'aboutir à quelque chose.

Peut-être est-ce précisément ce qui est le plus difficile à obtenir ? *Chi lo sa*? Combien les différents antagonismes d'antan semblent aujourd'hui des phénomènes antédiluviens ! Il est hors de conteste qu'un esprit nouveau, de concorde et de bonne confraternité, a balayé tous ces miasmes anciens, comme la houle du large amène l'air pur et sans microbes. Que de fois j'ai déjà contemplé d'un œil charmé, attendri, les chefs même de ces divers groupements, rassemblés autour d'un même tapis vert, et discutant, dans une atmosphère de sincère camaraderie, sur tout ce qui peut amener le mieux-être dans la profession médicale ! J'en atteste la composition même du Conseil du « Sou Médical », par exemple, cette vivace société de défense professionnelle.

Permettez-moi donc de penser que cette idée d'une réunion des « huiles » des divers groupements dans une commission préparatoire à un projet de création d'un « Foyer Médical » arrive à son heure et ne ferait que concrétiser — par ce faisceau de commune bonne volonté — cette union entre les groupements qui ne fut jamais aussi sincère, aussi complète, aussi réelle qu'aujourd'hui.

***

Fort bien, me direz-vous. Au point de vue théorique la chose semble, peut-être *a priori*, très possible désormais. Mais ce que vous proposez là, par rapport à la réalité pratique, n'est qu'une nébuleuse en face d'un astre brillant qui roule dans l'espace. De grâce, éclairez quelque peu votre lanterne. Et le nerf de la guerre ?...

Ah, certes, pour mettre sur pied un tel organisme, il faudra de l'argent, beaucoup d'argent. On devra trouver le capital nécessaire pour acheter un vaste immeuble (ou le louer avec un très long bail), ainsi que pour faire, à l'intérieur de celui-ci, les aménagements nécessaires. Il n'y a pas à se dissimuler que c'est plusieurs centaines de billets de mille qu'il s'agit d'aligner. C'est donc, tout d'abord, un édifice *financier* à installer, ce que, seuls, des financiers peuvent créer, de même que pour un édifice matériel, il faut des architectes.

Serait-il dressé en porte-à-faux, sur un terrain mouvant ? Je ne crois pas un tel danger à redouter. Que payent de loyer, à l'heure actuelle, les groupements médicaux énumérés plus haut ? Que la Commission préparatoire en dresse le tableau récapitulatif. Je lui prédis un chiffre formidable annuellement ainsi versé à de multiples propriétaires ! Croyez-vous qu'il n'y aurait pas intérêt, aussi bien pratiquement que moralement, à ce que ces nombreux « capitalistes » passent la main à un organisme médical unique dont le capital serait gagé par des baux à longs termes signés par les multiples sociétés actuelles ? N'est-il pas, parmi celles-ci, de riches groupements qui ont « du foin dans leurs bottes » et qui pourraient tirer de leurs caisses, avec les garanties nécessaires, les fonds destinés à une telle entreprise ? Le tout est de *vouloir* s'entendre, je le répète, et le « Foyer médical » est créé...

***

Qu'on ne vienne pas m'objecter que ce n'est là qu'une généreuse utopie qui ne résisterait pas à une étude approfondie. Je vais citer mes auteurs. Cette fois encore, les ouvriers syndiqués et « conscients » (j'écris ce mot, en ce moment, sans ironie et plutôt avec une admiration envieuse) nous en donnent un bel exemple. Lisez donc plus souvent, praticiens mes amis, leurs organes corporatifs ; vous y trouverez profit.

Dans la *Tribune des cheminots* du 15 mars dernier, au sujet de la séance du Conseil d'administration de la Fédération, je lis ce passage du compte-rendu :

La Maison des Fédérations.

Le président donne lecture d'une lettre de la C. G. T. demandant à la Fédération des Cheminots de vouloir bien mettre à sa disposition une somme de 100.000 *francs, à titre de prêt, pour constituer le dépôt en banque nécessaire pour l'achat d'un immeuble destiné à recevoir les Fédérations. Ce prêt pourra être plus élevé et atteindre* 500.000 *francs qui seront remboursés en un an.*

Le camarade Laurent fournit des explications sur cet emprunt. Il répond à quelques questions ou observations présentées. Le Conseil consulté accepte la proposition.

Eh bien, que dites-vous de ce petit entrefilet ? Voici la Fédération des cheminots prêtant cent mille francs à la C. G. T., pour le moment, du moins, car il est entendu que le prêt peut s'élever jusqu'au demi-million. Voyons, qu'en dites-vous, praticiens de France et de Navarre ? Pour moi, je crois inutile le moindre commentaire. Je me contenterai en terminant de soupirer mélancoliquement : « Plaise à Dieu que les bourgeois se mettent à l'école des prolétaires organisés ; que les médecins se montrent aussi évolués que les ouvriers, au point de vue social ; que les confrères, en somme, deviennent aussi « conscients » que les camarades.

Dr Fernand DECOURT.

CHRONIQUE DE L'ENSEIGNEMENT

I

La formation scientifique et technique de l'étudiant en médecine.

Le « point faible » du docteur Dupinet.

Réflexions d'un étudiant en médecine.

Les deux articles de M. Dupinet (de Paris) (1) ont été longuement commentés dans nos milieux d'étudiants, à l'hôpital, au restaurant, cela pour deux raisons : parce que revenus de la guerre avec toute la maturité que 5 années de dures épreuves ont pu donner à de jeunes cerveaux, nous sentons mieux les réalités de l'existence, et aussi les lacunes de l'enseignement de notre art. Et aussi, parce qu'un vague pressentiment nous dit que c'est à notre génération que reviendra le soin de réformer en médecine — ou ailleurs — tout ce qui ne répond pas à des réalités, tout ce qui, en un mot, ne réside que dans « l'utopie ».

Disons-le tout de suite : autant le premier article sur la formation scientifique et technique de l'étudiant nous avait emballés, autant la déception fut grande en lisant le 2e article (suite et fin).

De toutes les bonnes idées de réformes exprimées par le Dr Dupinet, dégageons d'abord celles qui nous ont le plus frappés :

1° Le stage hospitalier comme infirmier interne pour tout étudiant. Idée dont beaucoup d'entre nous ont vérifié l'excellence. Parti à la guerre avec 4 inscriptions, ne sachant pas grand'chose, c'est en occupant cette fonction dans un hôpital de Saint-Dié, pendant les quatre premiers mois des hostilités, que nous avons appris à poser des ventouses, à appliquer et à faire des cataplasmes, à donner des lavements, à remplir un sac de glace, etc.... Mieux que nous ne l'aurions fait durant nos années d'études, nous nous sommes mis au courant, pendant ces quelques mois, de ces pratiques sur lesquelles le médecin est bien souvent interrogé dans les familles.

Nous avons approuvé aussi la place faite dans sa réforme à la répétition fréquente des exercices de médecine opératoire, et pour cause :

Rentré à l'armistice pour continuer nos études, le professeur X... nous a fait faire toute une série de travaux pratiques de ce genre sans cadavres.

(1) Cf *Concours médical*, 1920, nos 9 et 10.

Service Vaccinal du « Concours Médical »

fonctionnant sous le contrôle de l'Etat

Petit tube de pulpe pour 5 vaccinations	1 fr.
Grand tube pour plus de 15 vaccinations......	2 fr.
Etui de 6 petits tubes.........	5 fr.
Lancette spéciale toute nickelée.	5 fr.
Vaccinostyles plats, la boîte (carton) de 100.	5 fr.
Vaccinostyles cannelés, la boîte (carton) de 100	6 fr.
Vaccinostyles plats, la boîte (métal) de 20...	1 fr. 25
Vaccinostyles cannelés, la boîte (métal) de 20.	1 fr. 50
Porte-vaccinostyle maillechort, la pièce	1 fr. 25
Petit porte-vaccinostyle en acier trempé, les 10..	0 fr. 80

Adresser les commandes avec le montant en *un mandat*, à Monsieur C. BOULANGER, administrateur du *Concours Médical*, 132, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris.

C'est renversant ! mais cela est : les cadavres étaient introuvables à cette époque.

Un mois après, le même professeur X... inaugurait une « série payante » de travaux de médecine opératoire. Les « macchabées » étaient revenus en abondance......

Cela, sans commentaires.

Point par point enfin, nous discutions, en les approuvant, les idées nouvelles du Dr Dupinet, qui répondaient si bien aux nécessités de chaque jour — tandis que nous déjeunions dans le petit restaurant « Ranavalo », appelons-le ainsi, si vous le voulez bien.

....

Ce matin, le 7 mars 1920, mon ami Devoyelle m'attendait, le *Concours* déplié devant lui.

— « Mon vieux Myal, me dit-il, le Dr Dupinet déraille complètement. »

Nous étions du même avis.

Et nous nous demandons encore comment parmi tant de bonnes choses, dans ce travail où il esquissait la réforme de l'enseignement de l'étudiant en médecine, réforme pratique — qui devait donc découler d'une idée pratique — le Dr Dupinet avait pu écrire des phrases comme celles qui vont suivre.

Parlant du point de vue financier de son système, il écrit :

«... Economie pour l'étudiant et économie pour l'Etat, pour la commune ou pour l'assistance publique, si nous envisageons la réforme dans la Société actuelle ; économie pour les groupements professionnels, chargés d'administrer les hôpitaux, si nous bâtissons une « utopie syndicaliste ».

Et plus loin, après avoir préconisé pour les chirurgiens et médecins des hôpitaux un traitement raisonnable afin qu'ils puissent mieux se consacrer à leurs malades indigents, cette perle :

«... Et si nous continuons à bâtir en utopie syndicaliste, nous serons bien obligés de reconnaître que, les hôpitaux étant supprimés puisqu'il n'y aura plus d'indigents, seront transformés en maisons de santé, lesquelles se généraliseront nécessairement pour satisfaire les besoins nouveaux des malades. Alors, les médecins pour la plupart deviendront médecins de maisons de santé. »

Qu'en pensez-vous ? ?

Pour nous — avant la guerre — il se peut que nous eussions suivi le Dr Dupinet dans ses circonvolutions utopistes. Même, le dépassant, nous aurions aperçu un temps meilleur où les malades n'auraient plus de besoins nouveaux, car il n'y aurait plus de malades, partant, plus de médecins.....

Mais aujourd hui, le temps nous manque pour cela, et nous laisserons le Dr Dupinet errer, seul, dans ce monde imaginaire. Nous nous attarderons à des réformes plus terre à terre, plus urgentes aussi, parce que, comme lui — plus que lui peut-être — nous ne cessons de considérer les malades comme une fin, et non pas comme un moyen.

L'une de ces réformes urgentes nous occupera tout spécialement : éviter la contagion aux malades dans les hôpitaux. C'est là une idée simple. Une saine organisation de nos hôpitaux permettrait de la réaliser facilement et sans frais. Nous comprenons que l'Assistance ne peut pas donner à tous les malheureux qu'elle recueille une nourriture ultra-suffisante, faute de fonds. Nous sommes indignés de voir qu'au siècle où nous vivons, la « notion de contagion » soit systématiquement ignorée des dirigeants de l'Assistance publique.

Vous voulez des faits ?

En voici :

C'est dans le service du Dr M..., au mois de février 1919, en pleine épidémie de grippe, on a mélangé pêle-mèle 70 malades dans une salle qui devait en contenir au plus 40. Cela, malgré les protestations réitérées de notre maître, le Dr M..., qui a été obligé de faire isoler deux « typhiques » dans un petit réduit qui sépare la grande salle des cabinets d'aisance. Parmi le reste des malades, vous auriez pu voir des tuberculeux, des grippés, des malades légers. Ceux-ci ne s'en tiraient qu'en gagnant (!) la grippe ou la tuberculose. Beaucoup ne s'en tiraient pas du tout.

L'Administration « déclarait » leur décès et continuait à empiler pêle-mêle, dans toutes les salles, n'importe quels malades.

Que peut, contre une telle incurie, le dévoue-du personnel infirmier et des médecins ?

En salle de garde, on n'osait même plus fredonner cette sinistre chanson que vous connaissez, tant elle corroborait les faits :

« Malades, si vous voulez crever de suite,
A Lariboisière faut v'nir tout d'suite. »

Ces faits dénotent un manque complet d'organisation útile aux malades dans notre Assistance publique. Ils sont la honte de sa direction administrative responsable.

Nons reviendrons un jour sur tous ces scandales.

....

Que le Dr Dupinet nous pardonne de ne plus le suivre dans la voie qu'il nous montre. Il ne s'en étonnera pas ; lui-même écrit : «... la grande guerre nous a quelque peu surpris en nous montrant combien les jeunes gens s'adaptaient avec rapidité à des situations, à des matières, à des professions pour lesquelles ils ne semblaient nullement préparés. »

Nous nous sommes surtout adaptés à la réalité.

La guerre a affiné nos sens. Point n'était besoin de monter deux fois en ligne pour se coller du « bon côté » quand une marmite sifflait. Et ce côté était repéré instinctivement. L'habitude est prise maintenant ; instinctivement nous nous dé-

fions des « utopies dangereuses » et délibérément, nous abandonnons le Dr Dupinet quand il déambule dans leur jardin.

Claude MYAL.

II

Éducation moderne. Programme de nos fils (1).

Il ne suffit pas de cultiver l'intelligence, il faut, dans une proportion égale, développer le corps et former le caractère. La culture physique est la base nécessaire de l'éducation intellectuelle et morale. De plus, s'il faut apprendre à nos enfants à aimer ce qui est vrai, bien et beau, il faut, en même temps, leur faire assimiler le plus de connaissances utiles dans le moins de temps possible. Il faut que les jeunes deviennent des êtres sains, optimistes et judicieux, il faut les former pour qu'ils soient utiles, à la fois, aux autres, à eux-mêmes et à leur pays ; qu'ils ne soient pas des parleurs, des rêveurs, des individualistes, ni des pessimistes, mais des optimistes, des altruistes, des travailleurs et des productifs.

Ce qui convient à une génération ne convient pas à la suivante, car le monde évolue ; il faut donc remanier l'éducation qui fut la nôtre, employer des méthodes plus réalistes et plus conformes à l'époque actuelle, ne pas subir l'influence des pédagogues de grand mérite, mais aux idées fixées, qui redoutent l'initiative et le bouleversement. Il faut, avant 13 ou 15 ans, orienter l'enfant vers sa carrière future, en tenant compte de sa santé, de ses dispositions, de ses affinités et aussi des besoins de l'époque où il vivra. Les carrières de médecins, avocats, littérateurs, professeurs, prédicateurs, marins, militaires, sont indispensables et doivent être exercées par des esprits de valeur, mais leur nombre nécessaire correspond à une faible minorité. Nous avons besoin, au contraire, d'une immense majorité d'agriculteurs, de colons, d'industriels, de commerçants, d'ingénieurs spécialisés et de savants.

D'ailleurs, l'éducation classique qui nous forma, ou... nous déforma, n'est pas plus indispensable aux avocats, aux hommes d'affaires, aux marins, aux militaires, qu'aux ingénieurs. Il faut que les programmes actuels correspondent aux carrières de la grande majorité. L'état social laissé par la guerre a encore accentué la nécessité d'une éducation nouvelle. Nos enfants doivent être des gens d'action. Notre système d'éducation nous préparait au rêve ou à l'art de parler ; celui de nos enfants doit les préparer à la vie réelle.

Voici comment j'envisage la formation des garçons : j'y ai réfléchi souvent depuis vingt ans, et chaque année a fixé davantage mon opinion actuelle.

L'instruction des enfants (garçons et filles) doit commencer vers l'âge de quatre ans ; jusqu'à 8 ou 9 ans, la seule méthode applicable est celle de Montessori (1). Je suis étonné de ne pas la voir appliquer dans *toutes* les écoles du gouvernement. Il faut instruire l'enfant en l'intéressant et en se servant de ses sens. Je n'insiste pas sur l'éducation des petits puisque Montessori a complètement résolu le problème ; je m'occuperai des enfants de 6 à 15 ans.

Nous étudierons successivement la formation physique, la formation intellectuelle et la formation morale.

FORMATION PHYSIQUE.

Elle comprendra :

(a) *Gymnastique suédoise* : 1/4 d'heure tous les jours, pour assouplir les membres et donner une bonne attitude.

(b) *Gymnastique naturelle* (ou de Hébert) ; Tous les jours. Elle comprend : le saut, la course, le grimper, le lancer, le sauter, etc...

(c) Les *Sports*. La lutte, la boxe, la nage, le canotage, le tir (pistolet, carabine).

(d) Les *Jeux de plein air* : football.

(e) Le *Scoutisme*.

Il est encore quelques sports ou exercices très recommandables, mais moins indispensables : l'escrime, le jiujitsu, le criquet, le tennis, le patinage, le ski, le cheval, etc.

L'éducation anglaise a toujours donné la place suffisante aux exercices physiques et à la vie en plein air ; ceux-ci absorberont pour nos écoliers, au moins deux heures par jour, quatre heures le jeudi et toute la journée du dimanche.

La plupart des parents et des éducateurs, auxquels on parle de nécessité de la culture physique et du sport, répondent que cela prend du temps et de l'argent ; c'est précisément pour cette double raison que nous sommes portés à sacrifier une partie de l'ancien programme, au profit de la culture physique. Quel que soit le sacrifice de temps et d'argent que le programme précédent entraîne, il faut que les parents sachent que la culture physique et le sport sont indispensables, qu'ils sont à la base de l'éducation morale et intellectuelle, qu'ils préparent un cerveau sain et forment la volonté. L'adolescent le gagne par la qualité de son travail et la force de son caractère. Les sports que nous recommandons éduquent l'énergie, le selfcontrol et aident à maîtriser la sensibilité.

(f) Les *Travaux Manuels*. L'éducation des doigts est indispensable, quelle que soit la profession future ; l'enfant doit apprendre à coudre, tricoter, tailler les étoffes, connaître la vannerie, la menuiserie, la mécanique. Il peut se contenter d'un seul de ces moyens. Mais comment trouver le temps de réaliser cet entraînement manuel ? Pendant la di-

---

(1) Extrait de la revue *Le Corps et l'Esprit*, mars-avril 1920.

(1) Montessori : *Pédagogie scientifique* (Larrousse, 1918).

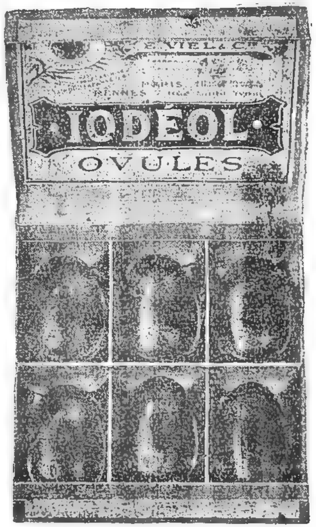
SALICAIRINE

INDICATIONS

DIARRHÉES ET ENTÉRITES CHRONIQUES

DIARRHÉES INFANTILES
DIARRHÉES BACILLAIRES (Flexner, Shiga, His)
DIARRHÉES DES TUBERCULEUX
DIARRHÉES GRIPPALES — DIARRHÉES HÉMORRAGIQUES

Pas de contre-indications

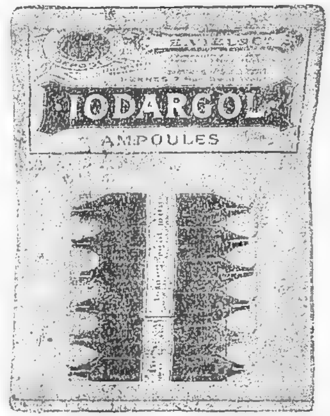


AFFECTIONS GÉNITO-URINAIRES

Iode colloïdal électrochimique

pur et stable
ni caustique, ni toxique, très diffusible
□ cicatrisant antiseptique puissant □
spécialement à l'égard du GONOCOQUE

Urétrites aigues et chroniques
Folliculites, Cystites
Orchites et Orchi-épididymites
Blennorrhagie de la femme
Bartholinites, Métrites, Annexites.



IODARGOL. — Ampoules (2 cc. renferment 25 p. 100 d'iode colloïdal) : 2 cc. 2 fois par jour dans les métrites, une injection intra-urétrale : en 48 h., disparition de la douleur à la miction ; guérison en 8 à 15 jours des métrites aigues, en 2 à 4 semaines des métrites chroniques, cystites, folliculites.

IODARGOL. — Pansement : badigeonnages quotidiens sur le scrotum dans l'orchite ; en 48 h., disparition des phénomènes inflammatoires ; attouchements, badigeonnages quotidiens dans les affections gynécologiques ; cessation de la douleur et de l'écoulement ; cicatrisation rapide.

IODÉOL. — Ovules, pour pansements continus dans les affections gynécologiques : un ovule tous les soirs.

Échantillons et littérature → **E. VIEL et Cie, 3, rue de Sévigné, PARIS**

gestion, pendant les 20 ou 30 minutes qui suivent les repas, les jours de pluie ou de grandes chaleurs.

Education Morale.

Cette formation morale et religieuse sera constante ; les occasions de l'appliquer se trouveront à tous les moments de la journée ; le pédagogue ne sera pas seulement un instructeur, mais surtout un éducateur. Il apprendra à l'enfant à se dominer, à éduquer sa volonté, sa mémoire, son intelligence, son jugement ; à respecter les droits du voisin, à accomplir son devoir d'une façon réflexe, sans effort : il l'initiera à toutes les idées belles et bonnes.

Education Artistique

L'étude du piano, violon, etc... ne convient qu'à ceux qui ont de réelles dispositions ou à ceux qui veulent exercer le métier d'artiste ; or, l'art est indispensable à chacun. Je crois que le programme suivant est suffisant pour la majorité :

Solfège, gymnastique rythmique, dessin, modelage, visites dans les musées, conférence avec projections sur la sculpture et l'architecture de tous les âges.

Education Intellectuelle proprement dite

a) *L'Orthographe* est indispensable, aussi longtemps que l'on ne consentira pas à sa réforme et à sa simplification.

b) L'*Histoire* sera étudiée beaucoup moins complètement qu'elle l'est généralement. L'histoire ancienne, du moyen âge, ne seront pas l'objet d'un cours, mais de quelques conférences avec des projections.

Il faut les grandes lignes de l'histoire moderne, depuis Louis XIV jusqu'à nos jours. Insister sur la constitution actuelle des différentes nations. Quel intérêt y a-t-il pour la plupart des Français à savoir des dates précises, des dynasties et des noms de batailles ?

c) *Littérature.* Aucune littérature ancienne ni étrangère. Etudier la littérature française *moderne*, dans les limites où elle permet de parler, d'écrire avec clarté et concision, savoir comme on doit écrire et parler en 1920, puisque nous vivons en 1920.

d) *Géographie.* Cette branche est *très importante.* Elle joue un rôle utilitaire extrêmement étendu. Enseigner les matières qui présentent de l'intérêt au point de vue des voyages, du commerce, des relations diplomatiques et économiques.

e) *Langues.* Pas de langues mortes. *Au moins deux langues vivantes étrangères* ; si possible trois : anglais, espagnol et allemand.

L'idéal serait de pouvoir recourir aux échanges inter-scolaires des élèves ; s'entendre, dans ce but avec des écoles de deux ou trois pays ; chaque élève pourrait ainsi passer un ou deux ans à l'étranger sans perdre son temps. Certaines institutions pourraient recevoir, dans chaque pays, des élèves pendant leurs vacances ; pendant cette période, les pédagogues organiseraient leurs jeux en leur permettant d'utiliser la langue du pays. A l'école même, il est un procédé pratique et peu coûteux : celui du phonographe ; la méthode de Pathé est parfaite ; elle permet d'éduquer l'oreille et d'apprendre à une *collectivité* d'enfants à réciter, déclamer, chanter en chœur de façon à retenir *tous les mots et toutes les phrases usuels.* Même dans les écoles dépourvues de professeur de langues étrangères, celles-ci pourraient être enseignées. Il est préférable, bien entendu, que le professeur qui manie le phonographe connaisse, au moins imparfaitement, la langue étrangère enseignée, car il est bon d'expliquer le texte avant que le disque ne commence à tourner.

Avant d'étudier la grammaire, ou la littérature d'une langue, il faut la parler d'une façon usuelle ; or, pour apprendre à parler, les trois meilleurs moyens à associer sont :

a) la méthode directe ; *b*) le phonographe ; *c*) le séjour à l'étranger.

f) *Sciences.* Les mathématiques (très importantes) : arithmétique, algèbre, éléments de géométrie.

Ne pas s'en tenir exclusivement à l'enseignement abstrait, par le tableau et les chiffres, mais au maximum de la méthode concrète, celle de Montessori (pour les petits) celle de Camescasse (pour les adolescents) (1). Ne pas se contenter d'enseigner avec des chiffres, mais avec des objets. Il faut savoir calculer les distances, les hauteurs, toutes les dimensions, les poids et les mesures, après expérience faite par soi-même.

Le *calcul mental* est indispensable.

L'usage de la « *règle à calculer* » qu'emploient les ingénieurs, la *comptabilité* doivent être enseignés.

g) *Physique, Mécanique, Chimie.* Elles seront enseignées non pas seulement au tableau ou dans les livres, mais surtout par des expériences. Pour celles-ci, il n'est pas toujours besoin de laboratoire coûteux, les livres de physique et de chimie amusantes que les éditeurs ont publiés depuis 20 ou 30 ans sont utiles et peuvent matérialiser la plupart des lois de la physique et de la chimie.

Apprendre aux enfants à connaître l'alphabet Morse, à l'œil et à l'oreille (T. S. F.). Faire visiter des usines.

Le cinéma rend de grands services, si les expériences sont difficiles à réaliser.

h) *Sciences naturelles.* Cette branche utile offre moins d'intérêt pratique que les précédentes. Il est bon d'enseigner au moins des éléments sur la botanique, la zoologie et la géologie. Il faudra, là encore, recourir à l'enseignement concret, à l'autopsie de quelques animaux, à des promenades d'herborisation ou sur le bord de la mer. L'enseignement par le cinéma est rapide, ingénieux et efficace.

i) Notions sommaires de *Météorologie* et d'*Astro-*

(1) Chez Hachette, Paris.

nomie. Savoir prédire approximativement le temps par les moyens pratiques : savoir regarder dans une lunette astronomique et s'orienter par les astres.

j) *Sténographie*. Sans être sténographe, la sténographie est utile à tous. Chacun, au cours de la journée, a besoin de prendre des notes. Ces notes ne sont pas prises, parce qu'elles demandent trop de temps. Que de cours, de conférences oubliés, parce l'élève ne sait pas sténographier.

La dactylographie serait également à conseiller. Je n'ose pas insister à cause des difficultés matérielles ; l'essentiel est de connaître la sténo.

On pourra m'objecter :

1. Le programme ci-dessus est plus chargé que l'ancien. C'est une erreur ; il y a peut-être plus de matières indiquées, mais elles sont, pour la plupart, enseignées d'une façon courte et pratique. Dans chacune d'elles, la partie utilitaire surtout est considérée.

2. En réduisant au minimum la littérature, l'histoire, les langues mortes, je réduis les procédés de la culture dite intellectuelle. Je soutiens qu'avec ce programme, l'esprit est plus complet et mieux formé, puisque formé en vue de la vie réelle. D'ailleurs est-ce que chacun ne peut meubler son intelligence avec les connaissances qui l'attirent dans ses moments de *loisirs* et *après* avoir quitté le lycée ?

3. Le sujet qui aura subi cette éducation sera d'un commerce moins agréable pour les autres. Peut-être ? Mais il sera certainement plus utile aux autres et à lui-même.

4. Si l'orateur se destine à la carrière d'orateur ou d'hommes de lettres, à quoi servira ce programme ? Mais il sert à tous et à tout. Un grand nombre de prédicateurs, d'avocats et de littérateurs sont privés de notions scientifiques ou techniques, or celles-ci leur seraient utiles pour élargir leurs connaissances et quand ce ne serait que pour procurer à leur style la terminologie moderne, surtout scientifique et réaliste. D'ailleurs, s'ils veulent « *cultiver* » leur esprit, qui les empêche de faire de la littérature ancienne et des langues mortes après 16 ans ? ils combleront leur lacune littéraire très vite. La culture physique et le sport leur auront assuré une santé plus vigoureuse, une vitalité plus grande ; de ce seul fait, ils seront aptes à fournir un effort cérébral plus intense et plus suivi.

5. Ce programme prive l'esprit de connaissances utiles, telles que l'histoire, la littérature, les langues mortes, etc... Sans doute, ces connaissances sont très utiles, mais les élèves ne peuvent pas tout faire, parce que les journées n'ont que 24 heures, parce qu'il faut réserver une large part à l'indispensable, c'est-à-dire à la culture physique, aux sports et aux connaissances pratiques, parce que c'est la source de santé et de succès économique ; s'il faut supprimer quelque chose, entre l'agréable et l'utile, il vaut mieux sacrifier l'agréable.

En effet, la tâche de notre génération est de rebâtir nos usines, nos chemins de fer et nos villages détruits. Ce n'est pas au moment où il est urgent d'assurer du charbon et du pain à tous les Français qu'il convient d'étudier Virgile et les dynasties assyriennes.

Nos fils auront à créer un réseau serré de canaux et de câbles électriques, agrandir nos ports, transformer l'agriculture et faire du Maroc le garde-manger de la France.

Nos petits-fils pourront peut-être songer à rebâtir nos belles cathédrales, à parer également notre beau pays...

A chacun sa tâche.

C'est une erreur de vouloir éduquer les Français actuels comme les Français d'hier ; si nous voulons conserver le système d'éducation d'autrefois, nous serons, sur le terrain économique, commercial et militaire, distancés par les Anglo-saxons et les Germains ; notre billet de banque continuera à valoir le prix du papier, le problème de la vie chère et des luttes sociales ne sera pas résolu.

6. *Et le bachot* ? Quelles sont donc les carrières pour lesquelles il faut le baccalauréat ? Médecins, avocats, professeurs, etc... Or, combien y a-t-il de Français exerçant ces professions ? D'ailleurs ils sont trop nombreux. Pour les autres carrières, le bachot est inutile. Celui-ci n'est même pas exigible pour la plupart des écoles, comme Centrale, les Arts et Métiers, Ecole des hautes études commerciales etc... Il donne à l'avance quelques points qui seraient obtenus plus aisément par l'examen spécial d'entrée.

Des collèges modernes ont d'ailleurs réalisé une grande partie de ce programme (1). Si vous tenez absolument à un bachot, celui qui se rapproche le plus du programme pratiqué est celui des sciences-langues ; néanmoins, il possède de grandes lacunes et conserve des matières à sacrifier.

J'ai la certitude que, dans l'avenir, un programme similaire sera adopté pour la plupart des collèges, car nos fils seront forcés d'être utilitaires, pour défendre leur existence et celle du pays. Les principales objections, les difficultés viennent un peu des parents routiniers, mais surtout du corps enseignant. Ce dernier est composé presque exclusivement d'hommes admirables par leur intelligence, leur conscience et leur désintéressement, idéalistes eux-mêmes, indifférents aux questions matérielles et économiques, ils vivent en dehors du monde des affaires et ignorent que sur le terrain mondial, il faut que les Français regagnent d'abord leur place comme ingénieurs, savants, agriculteurs, commerçants et industriels et que les méthodes qui les ont faits eux-mêmes et qu'ils croient bonnes, ne conviennent pas du tout aux soldats de la lutte économique...

Docteur Victor PAUCHET.

---

(1) Collèges des Roches, de Normandie, d'Ile-de-France, etc...

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Accidents du travail. — Le cumul doit être appliqué dans le cas de pansements.

Tribunal civil de Millau.

27 février 1920.

Attendu que C., ouvrier de M. T., ayant été victime d'un accident le 18 janvier 1913 reçut les soins du docteur Quézac jusqu'au 21 avril suivant, date de la consolidation de la blessure ;

Attendu que pendant le traitement de l'accidenté la Cie d'assurances La P., assureur de M. T., envoya un médecin inspecteur pour contrôler les soins donnés au jeune C. par le Dr Quézac ;

Attendu qu'après la consolidation de la blessure de C., le médecin traitant présenta à plusieurs reprises sa note s'élevant à 436 fr., soit à M. T., soit à M. C. père, sans jamais pouvoir en obtenir le paiement, que, même après divers pourparlers au cours desquels furent soulevées toutes sortes d'objections, une somme de 269 fr. fut offerte par M. T. au Dr Quézac qui ne l'accepta pas, n'ayant pas l'habitude de majorer ses notes et par suite de les voir soumises à des marchandages ;

Attendu qu'en présence d'une pareille attitude le Dr Quézac se décida à demander en justice le paiement de sa note à T. et C. père, et déclara au cours de l'instance qu'il se désistait de l'action intentée contre C. père et que M. le Juge de Paix de Millau, par son jugement du 21 juillet 1919, condamna M. T. à lui payer le montant intégral de sa note ;

Attendu que M. T., représentant son assureur, a relevé appel de la susdite décision en invoquant l'exagération de la note et en critiquant le cumul d'honoraires de visites et d'opérations ;

Attendu qu'aux termes de l'article 10, de l'arrêté minitériel du 30 septembre 1905, « les soins médicaux et opérations de petite chirurgie donnent droit, *en sus du prix de la consultation ou de la visite*, pour pansement antiseptique complet, à une allocation correspondant au prix de deux visites ou consultations ;

Attendu que le Dr Quézac s'est strictement conformé au tarif ci-dessus et que son honorablilité et son dévouement bien connus ne permettent pas au tribunal d'adopter la thèse de M. T., qui jetterait sur cet homme de bien une suspicion non justifiée ;

Attendu que les termes de l'article 10 précité étant aussi formels que précis ne peuvent prêter à aucune équivoque ; qu'il est par suite impossible, en présence d'un texte aussi clair, de refuser au médecin traitant le prix de la visite ou de la consultation correspondant au nombre de pansements antiseptiques complets qui ont été réellement effectués, qu'une décision contraire ne constituerait pas une interprétation du texte, mais modifierait ledit texte et excéderait par suite le pouvoir du juge ;

Attendu au surplus qu'il résulte de nombreuse décisions de jurisprudence que le cumul prévu par l'article 10 précité ne saurait être sérieusement contesté ; que même l'arrêt de la cour de cassation du 1er août 1919, invoqué par M. T., ne saurait être opposé au Dr Quézac puisqu'il s'applique à une espèce relative à un traitement ayant consisté en massages et électrisations ; que cet arrêt ne généralise pas, mais spécifie au contraire qu'on ne peut soutenir que toute opération de petite chirurgie doive être précédée chaque fois d'une consultation spécialement lorsqu'il s'agit de séances de massages ou d'électrisations et que ces séances sont fréquentes ; que le même arrêt ajoute qu'il appartient au juge du fait, d'apprécier s'il y a eu, au cours du traitement, plusieurs visites ou consultations et au cas d'affirmative d'en déterminer le nombre.

Attendu qu'en l'espèce, chaque fois qu'il y avait lieu de procéder à un pansement antiseptique complet, il était nécessaire de procéder à une consultation consistant dans l'examen approfondi de la plaie qui pouvait déterminer le médecin, soit à refaire une nouveau pansement, soit à changer le traitement suivi, au cas par exemple où une complication serait survenue.

Pour ces motifs,

Le tribunal ouï M. le Pr. R., statuant publiquement, contradictoirement, en matière sommaire et en dernier ressort, *confirme le jugement frappé d'appel*; donne acte en conséquence au Dr Quézac de son désistement à l'égard de C. père, et laisse à sa charge les frais exposés pour sa mise en cause et ordonne que T. paiera au Dr Quézac le montant intégral de sa note, soit 436 fr. pour soins donnés à C. fils, ainsi que les intérêts légaux de cette somme à dater du 19 juin 1914, jour de la demande en justice ; condamne T. à l'amende prévue par la loi et aux dépens pour tous dommages.

Commentaires.

Enfin, voici un tribunal qui ne s'est pas laissé intimider par l'arrêt de la Cour de Cassation sur le cumul. Les juges de Millau commencent par reconnaître que le texte du décret du 30 septembre 1905, dit tarif Dubief, ne peut prêter à confusion dans la fameuse discussion du cumul. C'est donc dire avec nous que la Cour de cassation s'est trompée, ce qui lui arrive parfois, et trop souvent.

Mais, respectueux de la chose jugée, le tribunal admet que l'arrêt de Cassation ne s'applique qu'aux seuls cas de massages et électrisation, alors qu'il ne peut être contesté que tout pansement doit être précédé d'un acte cérébral du médecin, pour déterminer la nature des soins à donner sur le champ.

Il est vraiment regrettable de constater une fois de plus l'activité procédurière des compagnies d'assurances contre les accidents, lorsqu'il s'agit

pour elles de payer les honoraires du médecin, même lorsque celui-ci a vu ses actes professionnels être contrôlés par le docteur représentant l'assurance. Espérons que les assureurs reconnaîtront la parfaite bonne volonté des médecins, qui, par l'intermédiaire de l'Union des Syndicats Médicaux, proposent la suppression, dans le nouveau tarif Dubief, de tout ce qui peut prêter le flanc aux discussions et aux procès.

Malgré tout, malgré la clarté des textes, les assurances trouveront encore le moyen de faire des procès de tendance aux médecins. Ce sera un nouveau chapitre à ajouter au travail de M. Trolet, Docteur en Droit, qui démontre l'influence des assurances pour dénaturer à leur profit les bonnes intentions du législateur de 1898.

Heureusement que le « Sou Médical » oppose vigoureusement et victorieusement ses forces juridiques et pécuniaires aux prétentions vexatoires des contentieux des assureurs.

Dr Paul Boudin.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Le **Memento Cartier 1920**, Annuaire Médico-Pharmaceutique, se compose de deux éditions :

L'Édition Jaune englobant 13 départements de la région du Sud-Est ;

L'Édition Bleue englobant tout le littoral méditerranéen et départements s'y rattachant, plus la Corse.

La liste des médecins exerçant dans les Villes d'Eaux se trouve dans les deux éditions.

Chaque médecin, ayant retourné le Questionnaire qui lui a été envoyé, reçoit *gratuitement* un exemplaire du volume où il figure. Les médecins de Villes d'Eaux reçoivent, de même, l'un ou l'autre volume à leur choix.

Dans le Memento Cartier, édité sans luxe inutile, mais de façon pratique, médecins et pharmaciens trouvent réunis, avec une précision, une exactitude et des détails que l'on rencontre rarement en pareils ouvrages, tous renseignements utiles à leurs professions : noms et adresses de confrères, notes sur les Hôpitaux publics, Cliniques, Œuvres d'Assistance, etc., etc., et, de plus, une liste de Spécialités Pharmaceutiques classées par ordre alphabétique, par laquelle le médecin a de suite toutes indications utiles lui permettant la prescription.

Les Spécialistes en produits pharmaceutiques ont, avec ces volumes et à peu de frais, des listes médicales scrupuleusement mises à jour et chacun sait combien ces dernières sont chose rare.

Le prix de chaque édition du Memento Cartier est de 15 francs.

LE CARTIER, Supplément au Memento Cartier, paraissant tous les deux mois, met à jour ce dernier d'une édition à l'autre en publiant les installations, les mutations, les décès des médecins et pharmaciens. Sa rubrique « La Famille Médicale » tient au courant médecins et pharmaciens de tous évènements survenant dans la famille médico-pharmaceutique. Celle « Intermédiaire » leur signale, toutes occasions, qu'il s'agisse de Postes médicaux, d'officines, d'instruments, etc., etc.

Prix de l'abonnement : France et Etranger : 12 francs par an. — Prix du numéro : 2 fr.50.

— **Clinique ophtalmologique.** — M. le professeur F. de Lapersonne, assisté de MM. le professeur Terrien ; de MM. Hautant, oto-rhinologiste des hôpitaux ; Guillemot, chef des travaux de physique à la Faculté ; Velter, Prelat, Montbrun, chefs de clinique et de laboratoire, commencera, le mardi 11 mai 1920, un cours de perfectionnement, avec examens cliniques, travaux pratiques de médecine opératoire et manipulations de laboratoire.

Les leçons et exercices pratiques auront lieu tous les jours en mai et juin.

Un certificat spécial sera délivré à la fin du cours.

Les docteurs et étudiants français et étrangers qui désirent suivre ce cours devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine, les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 h. Le nombre des auditeurs est limité à 40. Les droits à percevoir sont fixés à 100 fr.

— Par arrêté du 9 avril 1920, M. Delachanal, député, est nommé membre et vice-président de la *commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matières d'accidents du travail*, en remplacement de M. Honnorat, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts.

— Par arrêté du 9 avril 1920, M. Senly, directeur de la Caisse syndicale d'assurance mutuelle des forges de France, est nommé membre de la *commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail*, comme représentant de sociétés d'assurances contre les accidents du travail, en remplacement de M. Borderel, démissionnaire.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON, Thiron et Franjou Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

genda-Memento », mais, à mon sens, tous ces documents offrent des points de contradictions les uns avec les autres.

Ainsi l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 dit que le chef d'entreprise supporte, en outre, les frais médicaux et pharmaceutiques... La victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien. Dans ce cas, le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux que jusqu'à oncurrence de la somme fixée par le juge de paix conformément à un tarif (tarif Dubief).

Le patron peut toujours dire qu'il ne nous a pas choisis, mais seulement indiqués, et lui demander un engagement écrit de nous payer au prix du tarif local me paraît une démarche vouée à un échec.

Quant à la circulaire du 6 novembre 1905, elle dit bien que le tarif officiel ne s'impose pas aux médecins et aux pharmaciens qui restent en droit entièrement libres de débattre la rémunération de leurs soins et de leurs fournitures. Mais, en cas de contestation, n'est-ce pas toujours le tarif Dubief ?

Ce que je désirerais pour l'établissement du petit travail que j'ai entrepris, ce serait les renseignements suivants :

Quel *modus faciendi* ont adopté les syndicats qui ont rompu toute relation avec les assureurs ou, si vous le préférez, l'adresse d'un ou de deux présidents de ces syndicats auprès desquels je pourrais trouver le renseignement demandé.

Dr R.

Réponse

Vous avez dû lire, dans le dernier *Concours*, page 953, quelques précisions, sur la question qui vous préoccupe. Ainsi ont agi le syndicat de Creil (*Concours* 1908, p. 572), et le Syndicat de Mantes (président : Dr Vinaver, Limay, S.-et-O.).

D'autres syndicats ont imité cette conduite, comme le syndicat de Bourg, Ain.

Ce qui doit dominer, dans cette question, c'est le caractère forfaitaire de la loi sur les accidents du travail.

Antérieurement à 1893, l'ouvrier blessé devait faire la preuve que l'accident était survenu par la faute du patron, ou de son employé ou de sa chose (art. 1382 à 1386, Code civil).

S'il pouvait fournir cette preuve, les frais complets incombaient au patron, plus le salaire plein, sinon l'ouvrier ne touchait rien.

La loi du 9 avril 1898 a déchargé l'ouvrier du fardeau de la preuve, parce qu'il est bien difficile de démontrer la responsabilité du patron : le législateur a admis que, dans tous les cas, il y aurait présomption de faute du chef d'entreprise, mais que, dans tous les cas, tous les frais seraient supportés par les deux parties. C'est pour cette raison que l'ouvrier ne touche que son demi-salaire et que le patron n'est tenu que jusqu'à concurrence du tarif Dubief : la différence entre ce

tarif et le prix normal des honoraires médicaux reste à la charge du blessé.

Par philanthropie, les médecins se sont contentés du tarif Dubief, car ils ne voulaient pas demander quoi que ce soit à la victime.

Mais les assurances, qui ne font pas de sentiment, mais uniquement des affaires sur le dos de tout le monde, non seulement n'ont pas payé au tarif Dubief, mais encore ont voulu décourager les bonnes volontés médicales pour dégoûter les médecins de soigner les accidents du travail. De la sorte, ceux-ci seraient entrepris par les docteurs à la solde des assurances, d'où augmentation des bénéfices annuels de ces entreprises financières.

En pratique, si le médecin veut ignorer l'assurance, il le peut et même il le devrait, s'il comprenait bien son véritable intérêt.

Si le praticien entend ignorer le tarif Dubief, ce qui est son droit absolu, il fera ses efforts pour obtenir du chef d'entreprise la signature d'une promesse de paiement complet, promesse signée avant le commencement des soins.

Si tous les médecins sont unis, ou syndiqués, les patrons devront bien en passer par où vous voudrez, puisqu'il ne se trouvera aucun docteur, pour remplir les feuilles et certificats exigés par la loi, à moins que tout ne soit payé comptant.

Si le patron refuse de signer l'engagement, l'ouvrier devra faire l'avance du traitement, puisqu'il paiera comptant. En cas de conflit, le juge ordonnera le remboursement à l'ouvrier non pas de la totalité de vos honoraires, mais seulement de la partie fixée par le tarif Dubief ; ce qui revient à dire que l'ouvrier supportera une partie des frais de médecin, comme l'avait entendu le législateur de 1898. Aux ouvriers alors de se retourner vers leurs députés pour faire modifier la loi.

Dr P. B.

Le titre d'externe des hôpitaux.

Je vous prie de me donner le renseignement suivant :

Sans avoir été externe des hôpitaux de Paris au concours, j'ai fait un remplacement d'externe dans un service hospitalier (à Lariboisière), pour lequel remplacement, j'ai été agréé et convoqué par l'Administration. Ce remplacement a duré un à deux mois, je ne me souviens plus bien. Puis-je mettre sur mon en-tête de lettres : « ex-externe des hôpitaux de Paris » ? Je suis en discussion amicale à ce sujet avec un de mes camarades et nous avons pensé à vous soumettre la question en vous priant de vouloir bien la trancher.

Dr J.

Réponse

N'ont droit au titre d'ancien externe des Hôpitaux de Paris que ceux qui ont été reçus au concours de l'externat.

Certes, quelques médecins font suivre leur titre de docteur d'appellations fantaisistes. Certains se disent « ancien interne », sans indiquer la ville, ni l'hôpital.

La clientèle ne se laisse pas prendre à ces artifices, d'autant que beaucoup croient que tous les étudiants sans exception ont été internes ou externes dans un hôpital. Les malades se font une opinion personnelle de leur docteur en le voyant à l'œuvre : la renommée s'acquiert peu à peu par les qualités professionnelles de chacun et non par les titres, vrais ou faux, dont on s'affuble.

Dans certains cas, des associations professionnelles ont été saisies de plaintes en violation des règles de la déontologie ; on a même demandé à poursuivre devant les tribunaux, pour concurrence déloyale, à cause d'usurpation de titres.

Les conseils de famille des syndicats ont toujours réussi à aplanir ces difficultés.

Aussi vous engageons-nous à ne garder que le titre de docteur qui est le meilleur de tous et à vivre en bonne intelligence avec vos confrères et voisins. L'estime de vos égaux vous vaudra la considération, puis la confiance des clients.

Subvention communale à un médecin.

Depuis notre rentrée à N.., mon confrère et moi, nous nous sommes entendus pour ignorer les Sociétés de Secours Mutuels. A l'instigation de la Société de Secours Mutuels de N... et sans doute d'une partie du public qui trouve le prix de 5 francs par visite exagéré, le Conseil municipal de N... vient de voter une subvention annuelle de 2.000 francs pour le médecin qui voudra bien venir s'installer à N... et nous faire concurrence.

Je voudrais savoir si cette délibération, pour être valable, n'a pas besoin de l'approbation préfectorale. Dans ce cas, il nous serait peut-être possible d'agir auprès de l'autorité préfectorale pour faire refuser l'approbation en question.

Cette indemnité de 2.000 francs n'est pas motivée par le service de l'Assistance Médicale gratuite, qui est assurée par le Service Départemental, lequel donne le libre choix au malade et paye le médecin à la visite.

Dr M.

Réponse

La délibération du Conseil municipal doit être approuvée par le Préfet. Il n'est pas douteux que celui-ci ne refuse son approbation, car il ne s'agit pas d'assistance médicale gratuite ni d'assurer le fonctionnement d'un service public.

Dans quelques départements de montagne, les communes ont pu être autorisées à verser une subvention annuelle à un médecin, pour l'aider à vivre dans un pays pauvre, et l'y fixer, alors que les docteurs voisins sont très éloignés.

Mais ici, tel n'est pas le cas ; le Conseil municipal n'a pas à prendre parti entre deux collectivités privées : les médecins, d'une part, les mutualités, d'autre part. Ces dernières n'ont aucun caractère officiel leur permettant d'émarger, d'une façon indirecte, au budget communal.

Si, malgré votre intervention, l'autorité préfectorale approuvait la délibération du Conseil municipal, il y aurait lieu de déférer cette décision au Conseil d'Etat, pour excès de pouvoir. Vous voudrez bien nous tenir au courant, pour que nous puissions, le cas échéant, vous indiquer la marche à suivre. Dr P. B.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Médecin mobilisé. Répétition de l'indû.

JUSTICE DE PAIX de GEX (Ain).

Audience publique du 16 *octobre* 1919.

Nous, Juge de Paix : vu la citation d'instance ; après avoir entendu les avocats des parties dans leurs dires, plaidoiries et dans leurs conclusions respectives ;

Attendu que, par son exploit de citation, B., demandeur, a conclu à ce qu'il plaise au tribunal condamner G., à lui restituer la somme de cinquante fr. que celui-ci aurait indûment perçue à titre d'honoraires pour soins donnés à la belle-mère du demandeur ;

Attendu, *en fait*, que le docteur G., mobilisé, a été affecté dans le courant de l'année 1918 au service médical de la population de V. ; que le service qu'il avait à assurer était gratuit et qu'il a reçu dudit B. une somme de cinquante francs pour les causes avant dites ;

Attendu que le défendeur soutient et affirme que B. ayant manifesté à plusieurs reprises son désir de le gratifier à raison des soins spéciaux donnés à sa belle-mère, il a fixé à cinquante francs, la note de ses honoraires ;

En droit : attendu que deux conditions sont requises pour qu'il y ait lieu à répétition de l'indû : il faut qu'un paiement ait été fait indûment et qu'il ait été fait par erreur ;

Attendu que si le fait matériel du paiement est établi, le demandeur doit justifier de l'erreur qui a déterminé le paiement ;

Attendu sur ce dernier point, qu'il y a lieu pour le Tribunal de retenir que le demandeur, maire de la commune de V., ne pouvait ignorer a gratuité des soins médicaux donnés à ses administrés par les mé-

decins militaires ; que le paiement par lui fait en dehors de l'existence d'une obligation civile ne peut s'expliquer que par le désir d'accomplir une obligation naturelle et la volonté d'éteindre une dette de reconnaissance ; obligation naturelle, certaine, contractée par la famille du demandeur et par le demandeur lui-même envers le médecin pour des interventions pratiquées tout à fait en dehors du cadre du service médical gratuit ;

Attendu que l'obligation naturelle a pour effet de rendre impossible la répétition quand le débiteur, naturellement obligé, vient à payer spontanément.

Attendu que B., a fait un paiement que personne ne pouvait exiger de lui et cela pour satisfaire à ce qu'il considérait alors comme un devoir de conscience imposé à sa délicatesse ; qu'il ne peut aujourd'hui, obeissant à des calculs intéressés ou autres, répéter ce qu'il a ainsi volontairement payé car ce n'est point indûment et par erreur qu'il a payé ;

Attendu que la partie qui succombe doit supporter les dépens.

Par ces motifs : statuant contradictoirement et en dernier ressort : déclarons la demande de B., autant non recevable que mal fondée, l'en déboutons et le condamnons aux dépens.

Commentaires.

Ce jugement, qui vient d'être obtenu avec l'appui du « Sou médical » est une preuve flagrante de l'ingratitude bien connue de beaucoup de nos clients. Pendant la maladie de la parente du maire de V., le Dr G. a dû pratiquer une petite intervention chirurgicale. Le Dr G. était alors un grand homme, un sauveur, un bienfaiteur de l'humanité. Aussi, pour lui prouver de la reconnaissance, on voulut lui payer ses honoraires. Le Dr G. fait remarquer, que, mobilisé, il ne peut rien réclamer. On insiste et on lui fait accepter 50 francs de rémunération.

La guerre finie, le Dr G. est de retour à G. Le maire de V., président de la Société de Secours mutuels, en rendant ses comptes à celle-ci, veut faire supporter les 50 francs à cette Société, puisque sa parente était mutualiste.

Refus de la Société. Le maire se retourne alors vers le Dr G. et lui réclame les 50 fr., qu'il aurait indûment perçus, puisque mobilisé. Il n'y a plus de ménagements à conserver pour un docteur qui a quitté le pays et n'y reviendra jamais. D'où le procès en répétition de l'indû. Le juge de paix de Gex a rendu un jugement conforme à l'équité et au bon sens. Autant est répréhensible la conduite de médecins, qui payés par le Ministère de la Guerre, pour donner gratuitement leurs soins à la population civile, ont réclamé des honoraires auxquels ils n'avaient pas droit, autant est légitime le droit de recevoir un cadeau de reconnaissance alors que le donateur sait que, d'après les règlements, il ne doit rien à celui qui lui a rendu service.

Déontologiquement, nous avions donné raison au Dr G. Nous sommes heureux de voir que la justice a été de l'avis du « Sou médical ».

NOTES D'HYGIÈNE PRATIQUE

Les maladies des mains sales.

M. H. Carrion nous parle, dans la *Revue de Biologie* de février, des « maladies des mains sales » à propos d'une communication du Dr Chevalier, au Congrès interallié d'Hygiène sociale. Il nous rappelle l'histoire « savoureuse » d'une cuisinière de Cholet qui confectionnait des gâteaux merveilleux à la crème royale, mais oubliait, avant de les préparer, de laver ses mains souillées par les bacilles paratyphiques dont elle était elle-même le porteur ingénu... puis celle d'un boulanger qui pétrissait son pain avec les amibes d'un dysentérique voisin, dont il partageait les water-closets... L'auteur termine en nous recommandant de prêcher la propreté des mains, tout particulièrement au sortir des cabinets publics. Mais il n'a pas songé à la terrible difficulté d'obtenir cette propreté, *malgré la meilleure volonté du public*. Nous trouvons bien en effet les retiros indispensables, mais trouvons-nous, à leur sortie, l'eau et le savon nécessaires ? — Hélas ! non, la plupart du temps. Si nous exceptons les cabinets *payants* des *grandes gares* et des *grandes villes*, les cabinets publics présentent des logettes généralement ordes et puantes, mais pas le moindre filet d'eau savonneuse auprès d'elles... Il en est donc, de tous ces excellents conseils d'hygiène, à peu près de même. Prêchez la propreté au public, mais installez des lavabos ! Interdisez de cracher, mais placez des crachoirs, *etc., etc...* Evitons toujours, autant que possible, de mettre la charrue avant les bœufs, si nous voulons tracer un bon sillon.

Dr La Bonnardière.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 18 — DIMANCHE 2 MAI 1920

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS

Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

DIRECTION

Dr A. GASSOT, DIRECTEUR

Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT

J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION

Dr J. NOIR,
RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. N° 18 2 Mai 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

(Voir numéros précédents).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de MM. les docteurs Fr. DUPRAT, du Cannet (Alpes-Mmes), SERFATY, d'Egriselles-le-Bocage (Yonne), RIFFEAULT, de Bordeaux, la somme de trente francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 174. — Docteur désirerait vendre forceps Tarnier neuf, sonde de Doléris neuve, spéculum de Cusco pliant, neuf. Faire offres.

N° 175. — A vendre : une table gynécologique, modèle de cabinet, en chêne massif, avec tabouret, marque Dupont, 250 fr. ; un radiateur à gaz avec tuyau d'échappement, 100 fr. ; trois appareils à gaz pour éclairage (deux à becs renversés, un à globe), 200 fr. pour les trois ; deux paires de double-rideaux en peluche de lin grenat, 225 fr. la paire ; un groupe artistique hauteur 50 cm., en biscuit, 300 fr. ; un tableau (17e siècle, école de Rubens) un Van Thulden, dimensions 2 m. 30 sur 1 m. 60, 25.000 fr. S'adresser, 5, rue de Moscou, au 1er étage.

N° 176. — Docteur cherche poste médecine générale, Paris ou banlieue ou province, rapport minimum 25000 fr. Très au courant ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie, peut joindre ces deux spécialités à médecine générale.

N° 177. — Docteur désirerait acheter un bassin de femme avec sacrum et dernières vertèbres lombaires.

N° 178. — Poste à céder dans cabinet médical en formation, situation centrale, gynécologie, voies urinaires ou autres spécialités, sauf ophtalm., oto-rhino, électricité.

N° 179. — Normandie. Bon poste médical à la campagne, médecin du chemin de fer sur grande ligne, à céder ou à échanger contre poste dans ville importante.

N° 180. — A vendre microscope Leitz, grand modèle, avec 8 oculaires et 5 objectifs, dont 3 à immersion, chambre claire, oculaire micrométrique, le tout en boîte acajou, état de neuf. S'adresser pour renseignements à Madame Desnos, 15, rue de Tanger, Alger.

N° 181. — Seul médecin pro-pharmacien, commune 5.000 hab., cèderait poste, si indemnité suffisante. Dr Thomas, Plumélian, Morbihan.

N° 182. — A vendre machine à écrire Oliver n° 3, écriture visible, bon état, 700 fr.

N° 183. — Jeune docteur accepterait association avec confrère dans clinique.

N° 184. — Bon poste à céder dans la grande banlieue parisienne, rapport 1919 : 27.000. Grande maison bourgeoise. Indemnité 12.000 dont 4.000 comptant. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 185. — Poste pouvant rapporter 30.000. Seul médecin. Pays riche, chasse et pêche, Calvados, proximité grande ligne. Condition reprise du bail. Pressé.

CORRESPONDANCE

Les demandes d'échantillons médicaux.

Une idée.

Très souvent les médecins écrivent aux laboratoires pharmaceutiques pour leur demander des échantillons de leurs produits. Cette correspondance va même devenir onéreuse du seul fait de l'augmentation du prix des timbres. — Il existe un moyen de remédier à cet inconvénient. Le voici :

Le médecin écrit toutes ses demandes sur feuilles séparées, les met sous une enveloppe commune et les adresse au *Concours Médical*. Là, un tri est effectué et l'on groupe sous une enveloppe commune les demandes adressées à la même maison, à qui on les fait parvenir.

Vous voyez l'économie. En admettant que dix demandes puissent tenir dans la même enveloppe, il y aurait deux timbres à dépenser au lieu de dix. Le tri effectué au *Concours Médical* pourrait être rémunéré en augmentant l'abonnement d'un franc par an. Je crois qu'à cette combinaison tout le monde trouverait son compte. Qu'en pensez-vous ?

P.

Prescription de médicaments toxiques.

A la dernière réunion syndicale tenue le 11 avril, un de nos camarades nous a soumis la plainte suivante, en nous priant de vouloir bien vous la transmettre pour solliciter votre avis.

Le Dr L... ayant prescrit à une de ses clientes, morphinomane avérée, une solution de morphine comprenant un gramme du toxique pour 100 cmc. d'eau distillée, a reçu du pharmacien une note écrite lui faisant savoir que cette solution ne serait délivrée à sa cliente qu'à la condition que l'ordonnance serait suivie de cette phrase : « Je certifie que la solution de morphine à la dose indiquée ci-dessus est absolument indispensable à l'état de cette malade ».

Le pharmacien était-il dans son droit ?

En vous priant de vouloir bien nous faire connaître votre opinion motivée, je vous adresse l'assurance de nos sentiments confraternels les meilleurs.

Dr J. L.

Réponse

Le décret du 14 septembre 1916, concernant le commerce et l'usage des substances vénéneuses prescrit en son tableau B (opium, morphine, etc.) art. 3 : « Quand le médecin formule une prescription, dans les conditions du § 2 (ordon-

nances qui ne peuvent pas être renouvelées), il lui est interdit de prescrire des médicaments du tableau B pour une période supérieure à 7 jours ».

Le Codex indique bien des doses maxima *pro die*, qu'il suffirait de multiplier par 7, pour avoir le maximum de morphine que peut ordonner un docteur.

Mais il est avéré que certains morphinomanes arrivent, par l'habitude, à s'injecter des doses bien supérieures aux quantités fixées par le Codex. Au médecin de savoir s'il doit se prêter au vice de son client, ou s'il doit le diriger vers une maison de santé, pour y subir une cure de désintoxication. Les circonstances, les états pathologiques du client guident la conduite du praticien.

Aussi, se trouvant en présence d'une ordonnance prescrivant de fortes doses de morphine, le pharmacien est-il en droit de faire préciser, par le médecin, la dose indiquée. Le pharmacien serait responsable et d'un *lapsus calami*, et d'une falsification d'ordonnance par le client. C'est donc à bon droit qu'il prend des garanties pour sa propre responsabilité.

Dr P. B.

Prorogation de bail.

Je voudrais bien savoir de vous le renseignement suivant :

J'ai renouvelé, le 22 décembre 1917, mon bail pour 3 ans, avec effet à dater du 1er novembre 1917, si bien que le 1er novembre 1920 je suis à bout de bail.

Je n'ai pas été mobilisé.

Le moratorium joue-t-il en pareil cas, et si oui, de combien suis-je prolongé ? Si non, à quelle date le propriétaire doit-il m'aviser de ma mise en congé ? et même le doit-il ?

Ce bail fait le 22 décembre 1917 est la continuation d'un autre (avec légères modifications de jardin et par conséquent de prix) qui était passé pour 3-6-9 années, et arrivait à échéance le 1er novembre 1917 (voici 26 ans que j'habite la même maison).

Dr T.

Réponse.

Comme votre bail actuel constitue le renouvellement d'un bail antérieur au 1er août 1914, vous avez droit à la prorogation de ce bail d'une durée égale à celle qui s'est écoulée entre le décret de mobilisation et la loi qui a fixé la date de la cessation des hostilités, puisque vous exercez votre profession dans les locaux qui en font l'objet.

Pour bénéficier de la prorogation, vous devrez

faire connaître votre intention au propriétaire trois mois au moins avant l'expiration du bail, c'est-à-dire avant le 1er août prochain. Cette notification devra être faite par ministère d'huissier.

La durée de la prorogation courra du 1er novembre 1920, date normale d'expiration du bail.

La prorogation aura lieu aux conditions du bail en cours, qui sont, suivant ce que nous comprenons, supérieures comme prix à celles du bail qu'il continuait.

Les accidents agricoles demeurent soumis au droit commun.

Je vous serais reconnaissant de me documenter d'une façon précise sur le fait suivant :

Je viens de soigner une domestique de ferme qui a fait une chute en traînant une brouette et s'est fait une contusion de l'abdomen, sans complication d'ailleurs. Elle est guérie.

1er point. — Lorsque le patron m'a appelé, il m'a dit qu'il était assuré. Mais, conformément aux décisions de notre Syndicat local, je lui ai répondu que je ne voulais avoir aucun rapport avec sa compagnie, que je ne signerais aucun imprimé, mais que je lui ferais un certificat sur papier timbré pour lui permettre de se mettre en règle avec sa compagnie d'assurances. J'ai prévenu le patron qu'à la guérison je lui ferai un nouveau certificat et que je lui remettrai ma note au tarif local à lui-même et non à l'agent de la compagnie.

Voici ce qui s'est passé.

2e point. — Je reçois aujourd'hui la visite de l'agent qui proteste contre ma manière d'agir. J'ai opposé la décision du Syndicat : *rien à faire.* Dans la conversation, cet agent a prétendu que l'accident en question rentrait dans la catégorie des accidents du travail et que tous les accidents agricoles sont régis par la loi du 9 avril 1898 depuis peu.

Voici le point que je veux éclaircir pour être bien documenté dans l'avenir : *Les accidents agricoles sont-ils des accidents du travail?* Je ne parle pas de cas où l'on utilise une batteuse mue par un moteur inanimé. Depuis quand existe-t-il cette addition à la loi de 1898 ?

Je n'ai pas voulu d'ailleurs signer d'imprimé à cet agent et je prétends délivrer, *si la malade me le réclame*, un certificat sur papier timbré. Ai-je raison ?

Je vous serais reconnaissant de me donner une réponse très nette.

Dr M.

Réponse

Il est absolument inexact que les accidents

agricoles soient actuellement garantis par la législation spéciale sur les accidents du travail. Ils demeurent, jusqu'à nouvel ordre, à l'exception des accidents occasionnés par l'emploi des machines mues par des moteurs inanimés et des accidents survenus dans les exploitations forestières (si toutefois on peut donner à ces dernières l'épithète d'agricoles), soumis au droit commun.

Vous avez donc eu parfaitement raison de délivrer vos certificats sur papier timbré, car, en agissant autrement, vous vous seriez exposé à être frappé de l'amende pour défaut de timbre.

Quant à votre refus de connaître l'assureur (et même le patron), il est absolument légitime, aussi bien pour les accidents régis par le droit commun que pour ceux qui sont garantis par la loi de 1898 et celles qui l'ont suivie. Le médecin est en droit de ne vouloir connaître que son client et de lui demander de le payer lui-même, sauf, si ce client a des droits à exercer contre un tiers, patron ou autre, à lui délivrer les certificats qui doivent lui permettre de faire valoir ces droits. En agissant ainsi, il ne court aucun risque et n'encourt aucune responsabilité. Ce serait là, évidemment, s'il pouvait être généralisé, le moyen le meilleur pour le médecin de se dégager des difficultés qu'il rencontre auprès des responsables, et notamment des assureurs. C'est le moyen que nous préconisons le plus volontiers, depuis que nous avons dû constater que tous les autres étaient insuffisants.

Relèvement du tarif de l'A. M. G.

Actuellement, le Syndicat médical de P.., dont je suis le Président, entreprend la lutte avec la Préfecture pour l'amélioration du tarif de l'A. M. G. et nous sommes bien disposés à aller jusqu'au bout et si cela est nécessaire à donner notre démission en bloc de l'A. M. G. Qu'en pensez-vous ? Est-ce la bonne voie ? D'ailleurs je vous tiendrai au courant des démarches faites pour peu que cela vous intéresse.

Dr C.

Réponse.

Rien n'oblige un médecin à accepter les conditions du règlement de l'A. M. G. Si le praticien trouve insuffisantes les rémunérations qui lui sont offertes, il n'a qu'à donner sa démission, c'est-à-dire rompre son contrat de louage de services avec le préfet, considéré, en l'espèce, comme un client ordinaire, un entrepreneur public de soins.

Je sais bien qu'on peut nous objecter les tra-

Voir la suite page XXIX-1145).


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
RENÉ VINCENT
DRAEGER

PROPOS DU JOUR

Nécessité urgente d'une puissante organisation syndicale du corps médical. L'opinion d'un médecin vaudois. Le conflit médico-mutualiste de Limoges.

Nous avons dernièrement publié la réponse du secrétaire d'une Union de Syndicats ouvriers de province à une demande de renseignements de notre part.

« Bien aveugles, écrivait notre correspondant, sont ceux qui se refusent de voir les évolutions actuelles dans tous les domaines de l'activité humaine : vie scientifique, sociale, commerciale et industrielle.

L'évolution ne s'arrête pas au gré des hommes selon leurs conceptions philosophiques ou au gré de leurs intérêts, elle poursuit son cours et écrase parfois les imprudents ou les ignorants qui prétendent l'endiguer. »

Nous avons invité nos lecteurs à méditer cette lettre écrite par un ouvrier.

Si, ici, nous prêchons le syndicalisme médical, si nous réclamons tous les jours plus de cohésion, plus de discipline, plus d'abnégation, plus d'oubli de nos conceptions philosophiques, de nos opinions politiques, de nos intérêts personnels immédiats, c'est que nous avons prévu, nous prévoyons la formidable évolution qui se précipite et qui écrasera inévitablement les imprudents et les aveugles qui veulent *a priori* l'ignorer ou tout au moins méconnaître son importance.

Cette évolution ne se manifeste pas seulement dans notre pays, elle est générale et c'est ce qui en fait sa puissance. La France est même le pays où sa marche paraît à notre avis la plus lente et ce n'est pas seulement en France que les médecins praticiens qui réfléchissent se rendent compte de cette situation.

En Belgique nous assistons à un puissant réveil du syndicalisme médical. Il en est de même en Suisse et nous croyons devoir reproduire en partie le rapport présenté par le Dr Exchaquet à la Société vaudoise de médecine, que publie la *Revue médicale de la Suisse Romande* de janvier 1920 (1).

Le Dr Exchaquet constate que le Corps médical vaudois a subi au cours de ces dernières années une transformation totale et cependant le canton de Vaud n'a pas été éprouvé par la guerre.

(1) Reproduit par le *Progrès médical* du 17 avril 1920.

Le nombre des médecins s'est formidablement accru ; il en est résulté des préoccupations d'ordre financier, sinon mercantile, inconnues jusqu'alors, les questions d'intérêts professionnels ont pris une importance croissante, l'organisation professionnelle se modifie au détriment de l'individualisme.

Le Dr Exchaquet semble regretter tout cela, mais il a assez d'intelligence et de bon sens pour comprendre qu'on ne saurait réagir contre la marche inéluctable des transformations sociales qui s'effectuent et il conclut :

» Je n'ai pas la prétention d'avoir trouvé la solution du problème qui se pose, mais il me semble l'entrevoir en nous inspirant d'idées qui étaient à la base de la société avant la Révolution de 89 et qui aujourd'hui ont repris toute leur actualité dans le renforcement de l'esprit corporatif !

Pour avoir de l'influence sur le corps médical, pour conserver les traditions de probité auxquelles nous tenons, il faut augmenter considérablement les avantages que confère le titre de membre de notre Société, il faut offrir aux médecins des garanties morales, scientifiques et matérielles telles qu'ils ne puissent se passer de nous.

Et pour cela il faut obtenir de l'Etat qu'il reconnaisse officiellement notre Société, recevoir l'autorisation officielle de lui présenter des vœux, obtenir que le corps médical ait un mot à dire, ne serait-ce qu'à titre de préavis, dans les nominations qui l'intéressent et qui touchent au service de santé : membres du Conseil de santé, médecins-délégués, médecins-adjoints des hôpitaux, etc.

Obtenir des autorités communales les mêmes prérogatives pour les nominations dépendant d'elles : médecins des écoles, vérificateurs des décès, hygiénistes, etc.

Obtenir des administrations fédérales les mêmes droits pour la nomination des médecins-conseils ou attitrés des arrondissements cantonaux.

Rechercher plus de cohésion entre les diverses associations médicales cantonales afin d'obtenir pour la Chambre médicale fédérale ce que je voudrais voir obtenir pour les associations cantonales : droit de présentation pour les mé-

decins membres du Conseil des assurances fédérales, par exemple, etc.

Obtenir des sociétés d'assurance maladie, vie, accident, des privilèges spéciaux pour les médecins membres de nos associations ou étudier la formation de caisses médicales comprenant tous les membres de l'association et leur offrant des avantages spéciaux, etc.

Voilà, Messieurs, quels sont les privilèges que je voudrais voir conférer à nos membres.

Quant aux médecins qui ne font pas partie de notre Société ou qui en ont été exclus, quelle position devons-nous prendre à leur égard ?

La réponse est simple dans sa cruauté : leur rendre la carrière impossible !

Que tout membre de la Société s'engage sur l'honneur à n'avoir aucun rapport avec eux, à refuser consultations et conseils (à moins de nécessité vitale et urgente), et toute espèce de colboration, à ignorer tout rapport, toute pièce signée de l'un d'entre eux, qu'il ait une situation officielle ou pas ; bref, à les considérer comme non existants.

Le jour où nous en serons arrivés là les médecins ne pourront plus se passer de nous, tous voudront être des nôtres.

Et le *dignus est intrare*, quel en sera le critère, puisque précisément nous voulons éliminer les indésirables ?

Il nous faut ouvrir largement nos portes à tous les médecins, faire de la propagande auprès des jeunes, attirer les médecins non établis, recevoir sans cotisation les internes des hôpitaux, bref, nous intéresser aux jeunes et chercher à avoir sur eux une influence heureuse.

Recevoir à bras ouverts, mais comme membre associé. Le membre associé ne serait ni électeur ni éligible, et ce n'est que trois à cinq ans après s'être établi qu'un médecin pourrait être reçu comme membre régulier.

A ce moment-là, il serait connu de ses confrères, on saurait ce que vaut sa moralité, le Conseil de famille, les doyens de la Société auraient pu amicalement, paternellement, lui donner quelque conseil, direction ou avertissement.

La séance de réception aurait plus de majesté qu'elle n'en a aujourd'hui, et le nouveau membre prendrait de vive voix en présence de la Société des engagements solennels dont il faudrait trouver la formule.

Il y aurait lieu, naturellement, de prévoir des exceptions : professeurs appelés du dehors, membres de sociétés sœurs.

Et les médecins indignes ou ceux qui ne tiennent pas les engagements pris en entrant dans la Société ?

Une autre mesure : l'avertissement, puis l'exclusion impitoyable !

Et voilà, Messieurs, comment moi, qui suis de tempérament conservateur, d'éducation libérale, j'en arrive à des conclusions que ne désavouerait pas le plus farouche des socialistes-révolutionnaires : le syndicat obligatoire et tout-puissant et l'anéantissement des « jaunes » non syndiqués.

Croyez bien que je suis étonné moi-même de ce que je vous propose et désolé d'arriver par un raisonnement que je crois logique à vous le proposer, mais nous marchons vers des temps nouveaux où il paraît probable que les groupements corporatifs ou professionnels prendront dans le domaine économique une importance qu'ils n'ont encore jamais eue ; où dans le domaine politique on verra peut-être se substituer aux anciens partis les groupements corporatifs. Il faut nous y préparer et même entrevoir le jour où le groupement corporatif ne sera plus seulement un organe de revendications, mais aussi un organe de contrôle garantissant les capacités professionnelles et morales de ses membres vis-à-vis de la collectivité ; ce jour-là, l'exclusion de la Société entraînerait l'interdiction de pratiquer.

Nous n'en sommes pas là, les plus jeunes d'entre nous verront peut-être se réaliser ce qui aujourd'hui paraît imagination dévergondée ou fantaisie absurde, pratiquement il nous faut maintenant devenir de plus en plus forts pour que le moment arrive où on ne puisse plus se passer de nous ».

Eh bien ! tous les jours nous avons des exemples qui nous démontrent qu'il faudra, qu'il faut arriver à ce que préconise le Dr Exchaquet. En voici un entre autres :

La *Gazette médicale Limousine* relate un grave conflit du Syndicat médical et des Sociétés de secours mutuels de Limoges. Bénéficiant d'un dispensaire, fondé par des Américains et légué par eux à la ville de Limoges, les Sociétés de secours mutuels, groupées en une Union ouvrière pour organiser ce dispensaire, voulurent imposer, selon les habitudes mutualistes que nous connaissons bien, leur volonté au Syndicat médical. Fidèle à la doctrine du libre-choix, que nous avons fait inscrire dans la loi sur les accidents du travail avec le concours des syndicats ouvriers qui y voyaient la sauvegarde des accidentés, et que le législateur a cru moral d'assurer dans la récente loi des pensions aux victimes de la guerre, le Syndicat médical refusa de s'incliner devant le *sic volo, sic jubeo* mutualiste.

Bien que l'Union fût ouvrière, elle n'hésita pas, comme tout bon patron en conflit avec ses salariés, à s'adresser à des « jaunes », et elle fit

venir de nous ne savons où des praticiens en quête de situation qui ne craignirent pas d'accepter la triste fonction de faire échec à l'unanimité de leurs confrères limousins. Cela n'aura qu'un temps, car les ouvriers de Limoges qui savent fort bien que pour correctement exercer la médecine, il convient d'avoir quelques qualités morales, auront vite fait de juger à leur valeur, les dissidents qui sont venus à Limoges, attirés par la convoitise de trouver sans lutte une clientèle toute faite. Ils sauront avant peu ce qu'elle vaut par ces temps de vie chère.

Si, en France, la cohésion et l'éducation syndicale étaient plus développées dans le corps médical et ailleurs, les médecins en question auraient sans doute hésité à accomplir un acte qui les aurait définitivement disqualifiés, non seulement dans les milieux médicaux, mais dans tous les milieux réellement syndicalistes, et l'Union ouvrière, au lieu d'entrer brutalement en lutte avec le Syndicat médical, aurait eu recours à un arbitrage qui aurait sans doute impartialement mis en accord les deux parties.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Clinique Tarnier : M. le Prof. agrégé Lequeux.

Etude générale du forceps.

Le forceps a pris naissance en Angleterre. C'est un Anglais nommé Chamberlin, qui vivait à Londres au XVIIe siècle et n'était d'ailleurs pas médecin, qui eut l'idée d'inventer une « main de fer » pour extraire les enfants dans les accouchements difficiles. Il baptisa son instrument du nom de forceps, mot qui, en langue anglaise, veut dire pince.

Cet instrument, malgré les efforts de son auteur, ne fut pas tout d'abord employé. C'est seulement quelques années plus tard qu'un neveu de Chamberlin, Hughes Chamberlin, eut l'idée de tirer un bénéfice commercial du forceps de son oncle. Il fit des expériences, écrivit des brochures et entreprit des voyages. C'est ainsi qu'il vint en France où, à cette époque, l'obstétrique était dirigée par Mauriceau. Il proposa son appareil et fit même le pari de terminer avec lui n'importe quel accouchement difficile. Convoqué un jour par Mauriceau, il fit une tentative infructueuse ; son application de forceps ne donna pas de résultat, et, pendant que Mauriceau soulevait une discussion défavorable à cet instrument, il retourna à Rotterdam. Plus heureux à l'étranger, Hughes Chamberlin obtint en Hollande un décret qui interdisait d'exercer la médecine si l'on ne connaissait pas le maniement du forceps.

Telle est l'histoire du forceps à son début. Dans la suite, une série d'accoucheurs et d'inventeurs ont imaginé des instruments nouveaux et nous arrivons à l'époque actuelle, à celle qui s'étend de 1820 ou 1830 à 1900 et comprend la plus grande partie du siècle dernier. Nous y voyons des hommes, comme Levret, Tarnier, Simpson, comme toute l'Ecole lyonnaise, s'évertuer à inventer un instrument perfectionné. On apporta d'abord un changement aux articulations. On fit des instruments moins lourds (forceps Pajot) ; puis, on entra dans une période scientifique, visant à obtenir un forceps qui saisisse bien la tête, qui la dirige convenablement et qui diminue les risques d'attrition des parties maternelles et du fœtus. On assiste à des modifications de courbure et de longueur de l'instrument.

Le premier forceps à signaler dans cet ordre d'idées est celui de Levret qui se distingue du Chamberlin par l'existence de deux courbures, l'une céphalique, l'autre pelvienne. La courbure céphalique, faite sur le plat de l'appareil, est calculée sur la partie de la tête où elle doit s'appliquer. La courbure pelvienne, faite sur la longueur, est destinée à se paralléliser avec le bassin.

On modifie l'ancien forceps dans sa longueur, et on imagine des instruments longs pour le détroit supérieur et d'autres, courts, pour le détroit inférieur. On modifie la symétrie : on invente des forceps à branches inégales, des forceps à branches parallèles, une branche pouvant être plus enfoncée que l'autre, pour les têtes asymétriquement placées. Enfin, on change l'axe de traction. Se rendant compte qu'au lieu de tirer sur le manche, il faudrait tirer sur la tête fœtale, on imagine des modes de traction spéciaux, avec des lacs ou des tracteurs, qui se fixent sur la partie de l'instrument voisine de la tête fœtale.

Telles sont les modifications successives que l'on a apportées au forceps, au fur et à mesure que l'étude de la dystocie s'est perfectionnée. A l'heure actuelle, en France, nous nous servons

d'un instrument, le forceps de Tarnier, qui est resté classique. En Angleterre, on emploie le forceps Simpson. En Allemagne, on utilise un autre modèle, qui n'est d'ailleurs que le Tarnier démarqué.

Le forceps Tarnier, que vous connaissez, comprend trois parties : les deux branches et le tracteur. Chacune des branches est semblable à l'autre. L'une porte un pivot à vis (branche gauche ou mâle), l'autre une douille (branche droite ou femelle). Chaque branche est composée de deux parties, l'une prenante, l'autre tirante. La partie prenante, ou cuiller, est allégée par une excavation centrale limitée par une jumelle antérieure et une jumelle postérieure, réunies en avant pour constituer le bec de cuiller. Elle offre une face externe, convexe, lisse, et une face interne dépolie pour mieux prendre contact avec la tête fœtale. Le tracteur se compose d'une tige de traction articulée avec le forceps et qui peut s'immobiliser grâce à un bouton. La tige transversale terminant le tracteur porte le nom de palonnier.

Voyons maintenant quels sont les mécanismes d'action du forceps ? On a dit qu'il devait être d'abord un excitant de la contraction utérine. De fait, quand on applique un forceps pour lenteur du travail, il n'est pas rare de voir alors, une fois la première branche placée, les contractions utérines réapparaître. En réalité, on a simplement agi là par une excitation du col utérin.

On a dit également que le forceps, quel qu'il soit, devait être réducteur de la tête fœtale. Quand uue tête est prise dans le forceps, en serrant les manches, on amènerait, a-t-on observé, une réduction de la tête pouvant atteindre un demi-centimètre. A bien considérer, cette fonction est dangereuse. Si vous comprimez la tête, vous comprimez l'encéphale. Si vous la réduisez, vous l'immobilisez en même temps et le bénéfice gagné par la réduction est perdu par l'absence de modelage. En vérité, on ne doit jamais se servir du forceps comme agent de réduction, parce que c'est inutile et parce que c'est dangereux. L'expérience montre qu'un enfant qui a subi des applications de forceps trop comprimantes a souvent des lésions qui le laissent infirme au cas de survie.

Que reste-t-il, dès lors, au forceps ? C'est un agent de préhension, de rotation et de traction.

Le forceps, agent de préhension. Il est chargé de saisir la tête fœtale. Quand on veut prendre un corps rond, il faut s'arranger pour éviter le glissement de ce corps rond. A ce point de vue, l'instrument à branches croisées semble une erreur : au moment des pressions, en effet, le corps rond a tendance à s'échapper, à filer, comme un noyau de cerise entre deux doigts. L'instrument à branches parallèles serait préférable, les deux branches se rapprochant quand la pression augmente. C'est ce qu'ont bien compris les auteurs qui ont étudié le forceps. Ils ont imaginé des systèmes palliatifs, des forceps à butoirs, des aspérités à la face interne des branches. Le forceps à branches croisées a donc, comme agent de préhension, un petit inconvénient, le glissement possible de la tête.

Nous employons le forceps parce que la tête ne passe pas spontanément dans le bassin. La tête est un ovoïde et le bassin un cylindre creux. Ce que nous voulons réaliser dans l'accouchement, c'est le passage, dans le cylindre, de cet ovoïde, et il faut pour cela le présenter d'aplomb. Dans l'acte de préhension, il y a lieu dès lors de réaliser ce double problème : paralléliser le grand axe des cuillers et le grand axe de la tête, le grand axe des cuillers et l'axe du bassin.

Lorsque la tête est prise et convenablement prise, on peut utiliser le forceps comme agent de flexion et de déflexion. Vous voulez obtenir une flexion de la tête : vous immobilisez par une action légère de la vis de pression et vous pouvez faire évoluer l'instrument. La flexion ainsi obtenue avec ce procédé est-elle vraie ? Le plus souvent, le forceps fait seul le mouvement et la tête ne suit pas. Le forceps est ainsi un agent de flexion médiocre.

Le forceps est encore, dit-on, un agent de rotation. On peut avec lui faire tourner la tête, mais pour bien comprendre son mode d'action, alors, il convient de se rappeler sa construction. On peut faire tourner cet instrument de deux façons : soit le manche seul, soit les cuillers seules. Il n'est pas besoin de dire celle que vous choisirez. Si vous faites tourner les cuillers, vous allez labourer les parties maternelles et créer des dégâts. Le forceps est donc un instrument utile de rotation, à condition de ne pas mobiliser les cuillers. Et encore son utilité est-elle bien des fois de pur principe, en pareil cas. La tête, même bien prise, glisse en effet souvent et il n'est pas rare de la voir ne pas suivre le mouvement. Autre inconvénient : lorsque vous exécutez ce grand mouvement de rotation du manche, vous êtes obligé de faire la désarticulation des branches et une nouvelle prise. Fréquemment, à ce moment, la tête revient à sa position primitive, car vous n'avez agi que sur elle et non sur le tronc. Le cou s'est seulement tordu et il se détord.

Ainsi, le forceps constitue un agent de préhension excellent, un agent de flexion et de rotation médiocre. C'est surtout un agent de *traction*. Comment est-il un agent de traction ? Quand on se sert d'un instrument comme le Levret, on tire sur le manche. La traction va se perdre en partie sur la symphyse pubienne. Si nous considérons le parallélogramme des forces, nous voyons que la traction sur le manche se

décompose en deux forces : l'une, qui va vers la symphyse, est inutile, perdue ; l'autre, qui est perpendiculaire à la première, s'exerce suivant l'axe du bassin et est excellente. Il conviendrait de n'utiliser que cette dernière. C'est ce que les auteurs qui ont modifié le forceps se sont dit. De là l'idée de placer un tracteur dans cette direction. Mais, remarquez que la tête descend et que la direction dont je viens de parler se modifie, de ce fait, d'un moment à l'autre. Tarnier a pensé que, pour bien faire, il faudrait que l'on sache à tout moment la position de la tête fœtale. Pour cela, il a imaginé sa tige indicatrice. Il remarqua que lorsqu'on tire sur son tracteur, en conservant entre la face supérieure du forceps et la face inférieure du tracteur une distance constante, la traction continue à se faire dans l'axe convenable. En un mot, avec le forceps Tarnier, le forceps livré à lui-même guide l'opérateur et lui permet de réaliser la traction idéale.

En résumé, de cette étude générale, nous concluons que le forceps est avant tout un instrument de préhension et de traction — accessoirement de flexion et de rotation, et qu'il ne doit pas être un instrument de réduction de la tête fœtale.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

L'anesthésie générale par le gaz protoxyde d'azote-oxygène.

(M. Desmarest. — *Société de Chirurgie.*)

M. Cunéo présente un rapport sur un travail de M. Desmarest relatif à l'anesthésie générale par le mélange protoxyde d'azote-oxygène.

Le gaz protoxyde d'azote-oxygène est très employé par les médecins anglais et surtout les médecins américains pour l'anesthésie générale. Il s'administre avec un grand masque, recouvrant la face, masque où viennent se mélanger le protoxyde d'azote (gaz anesthésiant) et l'oxygène (gaz permettant les échanges respiratoires normaux et la prolongation de l'anesthésie). Les avantages de ce mélange tiendraient à la très faible toxicité du protoxyde d'azote, à l'absence de troubles après son emploi, à l'absence en particulier de l'hypotension artérielle qui succède habituellement à la chloroformisation et l'éthérisation. Il y a là un fait particulièrement intéressant chez les malades affaiblis, les vieillards, les blessés en état de shock. Les anesthésistes américains sont très enthousisastes de l'anesthésie par « le gaz » qu'ils considèrent comme devant remplacer dans un grand nombre de circonstances le chloroforme et l'éther. Le gaz protoxyde d'azote-oxygène, toutefois, nécessitant l'application hermétique d'un grand masque, ne s'adapte pas aux interventions sur la tête, la face et le cou. Il offre aussi l'inconvénient de ne pas toujours donner facilement une résolution musculaire complète, ce qui incite les anesthésistes à y joindre parfois un peu d'éther.

M. Desmarest emploie ce mode d'anesthésie depuis juillet 1918 et il l'a étudié avec M. Amiot et M. Dumont. Au début, il se servait d'un appareil comportant un flacon contenant 200 à 300 gr. de lessive de soude pour absorber l'excès d'acide carbonique exhalé. Aujourd'hui, il a supprimé cet accessoire, qui serait nuisible même à la régularité de l'anesthésie, l'acide carbonique paraissant plutôt influencer favorablement la respiration de l'opéré.

D'une statistique de 100 opérations abdominales sous l'action du protoxyde d'azote-oxygène, M. Desmarest conclut que ce mode d'anesthésie peut très bien convenir à la chirurgie de l'abdomen.

Quant à la technique de cette anesthésie, elle demanderait une éducation spéciale, sous peine de ne pas donner les résultats voulus. Le sommeil opératoire n'est obtenu qu'après un certain temps. Le réglage des doses doit être fait avec soin et varie selon les cas : trop d'oxygène réveille le patient ; trop de protoxyde d'azote pousse à l'asphyxie. Il faut arriver à avoir un rythme respiratoire régulier et se guider sur les oreilles, (seules parties non recouvertes par le masque) qui doivent conserver une coloration rose.

M. Lardennois a employé, en 1917-1918, l'anesthésie au protoxyde d'azote-oxygène, chez ses blessés de guerre. Avec un bon appareil, l'administration de cet anesthésique ne lui paraît pas réellement difficile. Il a pu la confier à des infirmiers attentifs qu'avait bien voulu instruire le Dr Gwatmey, président de l'Association des Anesthésistes américains. Le gaz protoxyde d'azote-oxygène ne provoque aucun trouble et il convient surtout dans les cas graves avec anémie, shock, infection, etc...

M. Heitz-Boyer a utilisé depuis 8 mois le protoxyde d'azote-oxygène, et il n'a eu qu'à s'en louer. Chez les urinaires, les vieux prostatiques infectés, son usage est particulièrement intéressant.

M. Tuffier a vu, en Amérique, il y a huit ans, pratiquer un grand nombre d'interventions sous cet agent anesthésique. Trois faits, à ce moment, l'ont frappé : le maintien de la coloration du visage, le réveil immédiat, et le bien-être sans hypotension qui succédait à l'anesthésie. Mais, tous les opérateurs qu'il a vus ajoutaient de l'éther au protoxyde d'azote et à l'oxygène. Dans ses essais personnels, il a été amené à faire de même. L'usage du *seul* protoxyde d'azote lui semble mériter toute l'attention.

M. Quénu rappelle que l'emploi du protoxyde d'azote par les dentistes est très ancien. C'est Paul Bert qui a conseillé de le mélanger à l'oxygène. Péan et Léon Labbé ont opéré autrefois sous des

cloches métalliques construites selon les indications de Paul Bert (1). Aujourd'hui, le protoxyde d'azote revient d'Amérique et d'Angleterre. Ses avantages, dans les cas de shock en particulier, sont d'ailleurs parfaitement réels.

Splénectomie par thoraco-phréno-laparotomie.

M. CONSTANTINI. — *Société de Chirurgie.*)

M. Constantini, chez un blessé atteint de contusion de la rate, a enlevé la rate en suivant une voie spéciale, thoraco-abdominale, en passant par le thorax et le diaphragme, autant que par l'abdomen.

MM. LECÈNE, SAVARIAUD et SOULIGOUX estiment que l'on ne doit aborder la rate par cette voie qu'à titre exceptionnel.

Sur la vaccinothérapie chirurgicale.

(MM. DELBET, VEAU, TUFFIER, CHEVRIER, AUVRAY, LENORMAND, GRÉGOIRE, FAURE, MAUCLAIRE et ROBINEAU. — *Société de Chirurgie*).

M. VICTOR VEAU revient sur la question du traitement de l'ostéomyélite par la vaccinothérapie. Depuis la communication de M. Grégoire, dit-il, bien des médecins se sont lancés dans l'optimisme et tendent à croire que nous possédons enfin un traitement spécifique de la staphylococcie osseuse, rendant moins nettes les indications de l'intervention chirurgicale. L'auteur pense que s'il y a avantage à recourir systématiquement à la vaccinothérapie, celle-ci ne doit pas faire écarter l'intervention chirurgicale, ni même la faire retarder, fût-ce d'une heure, dans les cas aigus. Dans les formes subaiguës ou chroniques, la direction du traitement doit aussi rester au chirurgien.

M. TUFFIER vaccine consciencieusement ses malades contre le staphylocoque et le streptocoque, avec des résultats divers, quelquefois nets.

M. CHEVRIER considère la vaccinothérapie dans l'ostéomyélite comme un progrès très remarquable sur les traitements anciens et encore classiques. Il conseille d'y recourir même dans les cas en apparence bénins, car ceux-ci peuvent s'aggraver.

M. AUVRAY verse aux débats une auto-observation personnelle. En décembre dernier, au cours de l'ouverture d'un phlegmon de la main, M. Auvray se fit une piqûre de l'index gauche suivie de panaris. Ce panaris était en bonne voie de guérison lorsque, le 1er février, survint un brusque accès de fièvre annonçant un érysipèle du dos de la main, L'état général était assez grave. C'est alors que M. Lardennois proposa à M. Auvray l'emploi des vaccins de Delbet, auquel on associa quelques scarifications locales. Dès le lendemain, la température baissa à 38°2, et devint normale le jour suivant, en même temps que s'amendaient les symptômes généraux. Il n'est pas dans l'habitude des érysipèles à début grave comme celui-ci de tourner court aussi rapidement. L'action du vaccin de Delbet semble bien y avoir largement contribué. La vaccination fut faite dans les conditions suivantes : M. Lardennois injecta profondément dans la cuisse 4 cmc. de vaccin de Delbet, deux cmc. en un point, deux cmc. en un autre point. La température (qui était, il est vrai, de 40°) ne subit pas d'élévation. Localement, il y eut une tuméfaction de la cuisse avec douleur assez vive.

M. LENORMANT a employé le vaccin du Pr Delbet dans deux cas de lymphangite du membre supérieur, avec réaction générale importante. Les résultats ont été, dans un cas particulièrement, très satisfaisants.

M. GRÉGOIRE montre qu'il peut être utile, dans le traitement de l'ostéomyélite à staphylocoques, une fois les phénomènes aigus calmés, de poursuivre la cure vaccinothérapique pour empêcher les retours offensifs du staphylocoque.

M. MAUCLAIRE a soigné deux anthrax par les vaccins de Delbet et la guérison a été rapide. Il a soigné parallèlement, en ville, un anthrax, chez un malade qui ne voulut pas essayer les vaccins. La guérison a été beaucoup plus lente et n'est pas encore complète.

M. ROBINEAU remarque que la question a vivement intéressé les médecins et les malades eux-mêmes. Il a reçu, depuis sa dernière communication, de nombreuses demandes de praticiens de Paris et de province désireux de traiter leurs malades par la méthode de Delbet. Il est évident que la vaccinothérapie ne doit pas faire abandonner la thérapeutique chirurgicale classique. Néanmoins, pour ce qui concerne l'anthrax, par exemple, l'exérèse large, comme la conseille M. Hartmann, en faisant une grande brèche, rend la cicatrisation lente et offre parfois aussi d'autres inconvénients.

Réfection complète des lèvres.

(MM. SÉBILEAU et DUFOURMENTEL. — *Société de Chirurgie.*)

M. Sébileau présente deux blessés de guerre atteints de difformités faciales énormes, intéressant la bouche principalement, chez lesquels il a pratiqué, en empruntant des lambeaux à la région cervicale et au cuir chevelu, la restauration complète des lèvres, avec des résultats esthétiques et fonctionnels des plus heureux. La peau, même, au contact de la salive, perd ses caractères, pour prendre ceux d'une muqueuse.

(1) Il en existait une à l'hôpital Saint-Louis (celle de Péan).

Traitement des angiomes sous-cutanés par l'air chaud, après incision.

(MM. A. MOUCHET et VIGNAT. — *Société de chirurgie*)

MM. Albert Mouchet et Marcel Vignat communiquent une observation concernant un angiome sous-cutané traité par l'air chaud après incision. L'incision, d'ailleurs minime, des téguments, fut refermée et suivie de réunion immédiate.

P. L.

FAITS CLINIQUES

Le pseudo-rhumatisme chronique. Poly-arthrites syphilitiques.

Par le docteur RINUY.

Les manifestations articulaires de la syphilis sont actuellement notion courante, mais elles sont souvent méconnues.

La faute en est à l'ancienne nomenclature qui serait à modifier.

La dénomination de rhumatisme chronique appliquée aux arthropathies est mauvaise.

Elle semble préjuger de la nature d'une affection qui relève de causes diverses : tuberculose, blennorrhagie, variole, syphilis, scarlatine, rhumatisme, etc.

Elle facilite la paresse : beaucoup de médecins ont le tort de s'en contenter au lieu de rechercher la cause de la maladie.

Nous croyons être utile aux praticiens en rapportant l'observation suivante,qui démontre l'intérêt pratique du diagnostic véritable, nous entendons le diagnostic étiologique.

Madame Vve M., avenue D., à Paris, nous fait appeler fin juillet 1918.

Cette femme, âgée de 60 ans, a eu six enfants, dont trois vivants et bien portants ; un fils tué à la guerre, deux perdus en bas âge, l'un de convulsions, l'autre d'entérite.

Elle a été opérée en 1899 pour salpingite double.

En 1907 ; *ulcère d'estomac* avec hématémèses abondantes et mélœna.

L'affection a duré une année et a guéri par le régime lacté.

Au mois de novembre 1915, elle est prise de gonflement des poignets et des cous-de-pied.

Successivement, les coudes, les épaules, les genoux sont atteints.

Ces synovites n'*étaient pas très douloureuses.* En janvier 1916, on pouvait mobiliser les articulations fluxionnées sans faire souffrir.

Ce n'est que deux ans plus tard, en janvier 1918, qu'apparaissent les douleurs.

Peu à peu tout mouvement devient impossible ou presque : il faut l'aide de deux personnes pour que la malade puisse se redresser et s'asseoir sur le lit. *« Il lui semble qu'elle soit paralysée de partout ».*

Les traitements divers prescrits par deux confrères s'adressent tous au rhumatisme : salicylate de soude, frictions au salicylate de méthyle, antipyrine, soufre colloïdal, etc... Ils n'apportent aucun soulagement.

Un médecin déclare à la malade qu'elle est incurable.

C'est alors que nous l'examinons pour la première fois.

La peau recouvrant les articulations est plus rouge. Les tissus sous-jacents sont empâtés. Il existe dans chaque articulation frappée un peu de liquide qui la déforme et la rend globuleuse (hydarthrose chronique).

A cette date, les épaules, les coudes, les poignets, les genoux, les cous-de-pied sont fluxionnés.

Atrophie musculaire assez notable et généralisée.

Les trois derniers doigts de chaque main sont fléchis en contraction permanente. Il est impossible de les redresser.

Impossible également l'extension des jambes demi-fléchies sur les cuisses.

Pas de température et presque pas de douleurs, quand la patiente est immobile au lit.

Le facies est pâle, anémié.

D jà l'ulcère d'estomac ancien avait éveillé notre attention ; un autre signe, l'alopécie sourcillière en clairière, nous fait penser à la syphilis. Pas de commémoratifs.

Prise de sang le 5 août 1918 et Wassermann partiellement positif à l'Institut Pasteur.

Nous instituons le traitement spécifique en commençant une série de novarsénobenzol.

13 injections intraveineuses du 15 août 1918 au 3 janvier 1919, en commençant par la dose de 010 cgr. pour arriver progressivement à 0 gr. 75.

Dès les premières injections, la malade réagit violemment : céphalée, fièvre, douleurs dans les membres, nausées.

Crises nitritoïdes peu marquées aussitôt la substance injectée. Le traitement est repris après un mois de repos, en février 1919.

La médication est plus mal supportée : chaque injection est suivie d'une grande crise nitritoïde et celle du 27 février provoque du purpura sur les bras et les jambes (intolérance).

Nous croyons devoir ne pas insister et nous substituons au 914 le cyanure de mercure (0,01 cgr. et 0,015 mmgr.).

En avril et mai, 5 piqûres de galyl reproduisent des crises nitritoïdes moins violentes et nous revenons au mercure sous forme d'huile de calomel à 0,05 cgr. dans la fesse.

Au fur et à mesure que le traitement spécifique provoque des réactions, on note une amélioration très marquée de l'état général et la disparition des épanchements intra-articulaires. Les membres deviennent plus libres, les muscles prennent de la force, la ma-

lade s'assied seule sur le lit, son moral devient meilleur ; elle s'achemine vers la guérison.

La marche et la station debout sont toutefois impossibles du fait de la demi-flexion permanente des jambes sur les cuisses.

Nous prions le docteur Pauchet de prendre cette femme à l'hôpital Saint-Michel en vue de sectionner les adhérences péri-articulaires et les tendons des muscles fléchisseurs des jambes.

Première intervention le 29 octobre 1919 (jambe gauche), pratiquée par les docteurs Bailleul et Luquet : incision cruciale de l'aponévrose poplitée. Les organes du creux poplité sont noyés dans une masse de tissu fibreux. Isolement de ces organes et section transversale des tendons du biceps, du demi-membraneux et du demi-tendineux. Désinsertion des jumeaux sur la coque condylienne. Mise en place d'un plâtre, puis massage et mobilisation.

La même intervention est répétée le 19 novembre 1919, sur la jambe droite.

Le résultat de ces opérations est satisfaisant : le 20 mars 1920, la malade marche à l'aide de cannes ; elle fait des proprès tous les jours.

Le traitement spécifique n'est pas abandonné.

Conclusions. — En présence d'un *rhumatisme chronique*, il faut toujours penser à la syphilis et pousser à fond une enquête dans cette voie (interrogatoire minutieux et prolongé). L'examen du sang pourra fournir des indications utiles. A défaut, le traitement d'épreuve devra être institué.

PHTISIOTHÉRAPIE

Traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax et le sanatorium.

Parmi les nombreux traitements contre la tuberculose préconisés depuis 20 ans, quelques-uns n'ont eu qu'une vogue très éphémère ; d'autres, après avoir donné de grands espoirs, se sont vus réduits par l'expérience à des proportions plus modestes ; d'autres enfin, après des débuts plus obscurs, ont vu confirmer par le temps leur efficacité.

Et si nous n'avons pas encore contre la tuberculose un moyen curatif comparable au sérum dans la diphtérie, nous pouvons affirmer, sans crainte d'être démenti, que dans ces vingt années, notre arsenal thérapeutique s'est très augmenté et très perfectionné. Si nous n'avons pas encore le remède spécifique qui s'adapte à tous les cas, un clinicien averti pourra trouver souvent dans cette thérapeutique nouvelle le moyen d'arrêter la marche de la maladie, de la faire rétrocéder et d'arriver même à une guérison complète chez des malades qui eussent semblé irrémédiablement condamnés, il y a une vingtaine d'années. Malgré tous ces progrès, le traitement de Grancher avec sa triade : repos, aération continue, alimentation, reste la base solide de toute la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire.

Ayant eu mon attention tout spécialement attirée jadis sur la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire, en ayant longuement étudié les traitements en usage à cette époque et ayant vécu plusieurs années dans les sanatoria, j'ai pu, mieux que tout autre, juger des progrès accomplis lorsque, ces temps derniers, je me suis vu à nouveau, plusieurs mois, dans les mêmes conditions, tout à fait à même de suivre les malades, d'assister aux traitements, de constater les résultats immédiats et anciens, tant par l'examen clinique que par la radiographie, car autrefois, la radiographie, encore à ses débuts, ne permettait pas de localiser les lésions pulmonaires ; nous n'avions comme moyens d'investigation que l'auscultation, la percussion, l'examen clinique, méthodes absolument subjectives qui ne laissent pas de traces ; et notre scepticisme pouvait toujours se donner carrière, lorsqu'on nous montrait de trop belles guérisons.

Aujourd'hui, plus de discussion possible : la plaque radiographique matérialise les lésions que l'examen clinique a décelées et reste un document palpable et impersonnel de l'état du poumon malade. Et si, dans les cas légers du début, il peut y avoir encore discussion sur la valeur respective des signes radiologiques et cliniques, dans les cas graves, avérés, dont nous nous occuperons plus spécialement, tout le monde est d'accord pour reconnaître la coïncidence des deux moyens d'investigation.

Laissant de côté les traitements médicamenteux, biologiques, etc., je voudrais attirer l'attention sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax.

Inventé il y a une vingtaine d'années par un médecin italien, Forlanini, ce traitement commençait à sortir de sa période de tâtonnements et d'épreuves, lorsque la guerre mondiale est venue tout bouleverser. Les médecins durent presque tous quitter leurs malades ; rares furent ceux qui, en raison de leur âge ou de leur santé, purent continuer leurs travaux antérieurs. Le Dr Hervé qui, un des premiers en France, avait mis en pratique la méthode du pneumothorax de Forlanini à son sanatorium de Lamotte-Beuvron, se trouvait dans ces conditions ; il put donc continuer à étudier et à perfectionner la cure de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax. Bien plus, il put mettre sa grande expérience au service de la défense nationale et, à côté de son sanatorium, il fonda un service pour les tuberculeux militaires, devenus, hélas ! rapidement si nombreux.

Ce sont les résultats obtenus tant au sanato-

rium de Lamotte-Beuvron, qu'à celui des Escaldes (station d'altitude et de cure solaire dans les Pyrénées) que j'ai été à même de constater ; ce sont ces résultats qui m'ont si profondément frappé que j'ai cru devoir les faire connaître brièvement ici, estimant qu'il y a là un *moyen efficace de guérir* un certain nombre de tuberculeux, *gravement atteints*, chez lesquels *les autres traitements ne donnent rien* et qui semblaient condamnés à bref délai.

Lorsqu'il y a vingt ans, nous trouvions des tuberculeux chez qui le repos complet et l'aération continue ne faisaient pas tomber la fièvre, notre pronostic était très sombre. Force nous était de recourir aux antithermiques ; la fièvre baissait sous l'influence du médicament pour remonter dès qu'on cessait, ou que le malade était accoutumé. On masquait le symptôme fièvre, mais la maladie n'en continuait pas moins, le malade était en très mauvaise voie, et nous devions faire part de nos craintes à son entourage.

Et bien ! c'est chez ces malades, lorsque l'un des deux poumons est encore sain ou presque sain, que la méthode du pneumothorax de Forlanini donne ses plus brillants résultats. De même que l'on immobilise dans un plâtre les tuberculoses osseuses et articulaires, coxalgies, maux de Pott, pour leur permettre de guérir à l'abri des traumatismes que causent forcément les mouvements, de même qu'après avoir vidé les abcès froids, on fait une compression pour accoler les parois et faciliter la guérison, de même le pneumothorax, en refoulant le poumon, commence par l'immobiliser ; celui-ci ne suit plus les mouvements d'expansion respiratoire, il est par conséquent au repos et dans les meilleures conditions pour guérir, puisque ce sont les mêmes conditions que réalise, mais imparfaitement, la défense de l'organisme en limitant les mouvements du diaphragme du côté malade. En outre, le pneumothorax, en comprimant le poumon, accole les parois des cavernes et des ulcérations, véritables cavités d'abcès froids pulmonaires, et en permet l'asséchement et la guérison.

Il empêche en outre la stagnation dans ces cavernes de la suppuration, excellent milieu de tous les microbes, empêchant ainsi la résorption de produits toxiques et pyrétogènes.

Et ce ne sont pas là vues théoriques ou hypothèses en l'air. L'observation des malades confirme cette analogie.

La première malade que nous avons vue, âgée de 25 ans, fut atteinte en septembre 1916 d'une poussée bacillaire au poumon droit qui prit rapidement une marche rapide, avec ramollissement et ulcération, fièvre persistant malgré le repos, crachats contenant des bacilles. Le pronostic était si sombre qu'un professeur de la faculté de Paris consulté, déclara que la malade était perdue et qu'il fallait la laisser tranquille. A son arrivée à Lamotte, l'examen radiographique montre deux cavernes de la grosseur d'une mandarine, à droite, tandis que le côté gauche ne montre qu'un léger voile près du sommet. Amaigrissement continu, toux, crachats abondants, 39° en permanence.

Dès que le pneumothorax est pratiqué, la température baisse, les crachats diminuent l'appétit revient, puis la fièvre tombe tout à fait, la toux et les crachats disparaissent. Après divers incidents qu'il serait trop long de rapporter, la malade est aujourd'hui dans l'état le plus satisfaisant. Elle mène la vie ordinaire, fait des marches de 15 à 18 klm. sans essouflement ni fatigue. Rien, à l'aspect de son thorax, ne décèle la grave affection dont elle a été atteinte, et le traitement qu'elle a subi. Inutile de dire qu'elle ne tousse plus ni ne crache, et que si son poumon est encore atrophié par la compression, elle n'en souffre aucunement.

C'est un beau cas de guérison, dont nous avons été le témoin.

Voici brièvement en quoi consiste l'opération avec l'appareil de Kuss, qui, permettant de suivre facilement les variations de la pression dans la plèvre, met à l'abri des accidents opératoires.

Après désinfection de la paroi costale au niveau de l'aisselle et anesthésie au chlorure d'éthyle pour la peau et au besoin à la cocaïne pour les plans profonds de l'espace intercostal, on ponctionne la plèvre avec un petit trocart spécial, communiquant par un tube à double voie avec un manomètre à alcool en U et avec un réservoir gradué de 500 cmc., contenant de l'azote ou de l'oxygène et où on peut exercer une pression variable.

La première ponction est surtout délicate. La cavité pleurale est, comme on le sait, virtuelle, les deux feuillets en sont accolés ; il faut donc, pour amorcer le pneumothorax, repousser le feuillet viscéral avec un mandrin mousse introduit dans le trocart. Il faut un certain doigté et une grande habitude pour sentir le moment précis où l'on est dans la plèvre. Aussi, pour prévenir tout accident, éviter toute complication, commence-t-on d'abord par injecter un peu d'oxygène qui, en cas de fausse route, se résorberait rapidement, sans causer de troubles. Lorsque les amples oscillations, synchrones des mouvements respiratoires, indiquent qu'on est bien dans la plèvre, on remplace l'oxygène par de l'azote et on continue l'injection. L'azote, en effet, est le gaz qui se resorbe le moins vite. La compression dure plus longtemps, et l'on peut espacer davantage les piqures.

L'opération, lorsqu'elle est faite par un opérateur expérimenté, est bien supportée. Nous avons pu voir des malades qui, quelques heures après leur premier pneumothorax, dînaient à la table commune du sanatorium de Lamotte sans que

rien n'ait pu faire supposer l'opération qu'ils venaient de subir. Les compressions suivantes sont en général encore mieux supportées. Cependant, à cette règle, comme à toute autre, il y a des exceptions ; ces exceptions deviennent plus rares à mesure que la technique et les indications du pneumothorax se précisent davantage ; mais le praticien doit les connaître.

La plus grave est ce qu'on a appelé le choc pleural.

Brusquement, le malade est pris de fourmillements et de parésie des muscles de la face ; puis, la paralysie peut dans les cas plus sérieux atteindre le bras et même la jambe. Enfin, dans les cas tout à fait graves, la mort peut s'en suivre. On discute encore sur la pathogénie de ces accidents. Pour nous, il nous semble que l'hypothèse admise par le Dr Hervé est la plus vraisemblable, et que ce sont là des accidents produits par une embolie gazeuse due à la pénétration de l'azote dans une veinule pulmonaire, embolie qui va échouer dans l'encéphale, et y cause les troubles que nous avons énumérés. Aussi, importe-t-il de pousser le gaz très lentement dans la plèvre, de consulter fréquemment le manomètre pour suivre les variations de la pression intrapleurale, enfin de s'arrêter si le malade grimace ou accuse des sensations pénibles.

Les autres complications sont moins graves. L'emphysème sous-cutané peut envahir l'aisselle, le flanc, le bras, remonter à la base du cou et jusqu'à la figure ; il se résorbera facilement en quelques jours sans laisser de traces. Enfin, le malade peut éprouver un peu d'oppression, avoir des quintes de toux, et expectorer abondamment.

Aussi, une surveillance attentive est-elle utile, pendant et après le pneumothorax ; la radioscopie surtout permettra de suivre les étapes de la compression du poumon. Après le pneumothorax, on verra, d'après la façon dont le poumon se rétracte vers le hile s'il y a des adhérences ; en même temps, l'opacité du parenchyme pulmonaire s'accentue, et quelques cavernes qui ne se montraient pas auparavant peuvent être décelées après la compression.

A intervalles d'abord très rapprochés, puis de plus en plus éloignés, on suivra par la radioscopie la compression et l'immobilisation du poumon ; et chaque fois que les mouvements d'expansion respiratoire feront mine de reparaître dans le poumon comprimé, on injectera une nouvelle quantité d'azote. Ce sera en général, au début, tous les 2 ou 3 jours, puis les ponctions seront plus espacées à mesure que la paroi pleurale tiendra mieux la pression de l'azote. En outre du contrôle radiologique, l'examen clinique dénonce aussi l'insuffisance de la compression ; la toux et les crachats reparaissent ou augmentent, et le malade le plus pusillanime sera amené à réclamer lui-même cette piqûre dont il craint la légère et courte souffrance.

Je ne veux pas d'ailleurs insister sur cette question technique, qui demanderait, pour être bien traitée, de trop longs développements. A ceux qui voudraient des renseignements plus complets, je ne puis que recommander la lecture du récent livre de Desmarest sur le Pneumothorax.

Sous l'influence de la compression du poumon par le pneumothorax, la fièvre tombe généralement en quelques jours, quelquefois après une poussée fébrile causée par la résorption du contenu des cavernes ; en même temps, le malade éprouve un sentiment d'euphorie tout à fait remarquable. L'expectoration diminue considérablement, peut même cesser complètement et la toux suit une marche parallèle. Dans ces conditions, le malade se sent renaître à la vie, l'appétit revient, le poids augmente et l'état général suit. C'est la voie de la guérison qui s'ouvre ; voie encore longue, qui, si le cas est grave, pourra s'étendre sur plusieurs années pendant lesquelles il faudra sans cesse entretenir le pneumothorax par de nouvelles injections gazeuses.

Au cours de cette période peuvent survenir divers incidents dont le plus fréquent est l'hydrothorax. On peut même dire que l'hydrothorax est presque de règle dans le pneumothorax de Forlanini ; il peut apparaître presque au début, surtout dans les cas aigus et la pneumonie caséeuse ; il peut aussi s'établir tardivement au bout de quelques mois ; on en a même vu débuter plus de 15 mois après le début du traitement. Il s'annonce souvent par une poussée fébrile avec un point de côté douloureux ; d'autres fois, il s'installe insidieusement, sans que rien vienne attirer l'attention, et s'il est peu abondant, la radioscopie seule permet de le déceler ; d'où une nouvelle raison de pratiquer très souvent l'examen radiographique des malades traités par le pneumothorax.

Quelquefois, le pneumothorax envahit progressivement les 2/3 ou les 3/4 de la cavité pleurale ; d'autres fois, il procède par étapes successives. La période de formation est en général de trois semaines, mais là encore, il n'y a pas de règle absolue, et l'évolution peut être augmentée ou diminuée, à la fois comme durée et comme quantité.

Que faire en présence de l'hydrothorax ? L'expérience prouve qu'il faut y toucher le moins possible tant qu'il ne cause pas une gêne mécanique, qui se traduit par de la dyspnée ou des symptômes de compression du cœur ou du médiastin. Nous avons pu voir à Lamotte des malades avec un volumineux épanchement qui allaient et venaient dans le sanatorium sans gêne apparente. Si cette gêne mécanique, dont nous parlions plus haut se produit, on retire un peu de

gaz jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de surpression dans la cavité pleurale.

En général, au bout d'un temps plus ou moins long, le liquide se résorbe. Ici encore, il importe de suivre de très près cette résorption, car le poumon masqué par le liquide peut reprendre ses mouvements d'expansion respiratoire, et, la compression cessant, l'action curative du pneumothorax ne se produit plus. Il y a donc lieu dans ces cas-là d'injecter une certaine quantité d'azote dans la cavité pleurale pour y rétablir la pression nécessaire. Au cours de cette opération, on entend un « glou-glou » caractéristique produit par les bulles de gaz dans le liquide pleural.

L'hydrothorax, sans devenir franchement purulent, peut cependant s'infecter légèrement, le liquide peut devenir louche. Alors, certains médecins retirent le liquide à mesure qu'il se produit, par des ponctions répétées. Le Dr Hervé préfère, à moins d'indication pressante d'intervention, laisser les choses en l'état, ces ponctions répétées et rapprochées fatiguant beaucoup le malade, et le résultat final n'étant pas meilleur que dans l'abstention systématique.

Enfin, mais c'est là une complication beaucoup plus rare, le liquide pleural peut devenir fibrineux, et alors, c'est la symphyse pleurale à bref délai avec toutes ses conséquences habituelles.

Plus grave est la complication qui survient si le pneumothorax s'ouvre dans les bronches. On s'en aperçoit d'abord en voyant que, malgré l'injection de grandes quantités d'azote, la pression reste nulle dans la plèvre, le gaz s'échappant à mesure par la communication bronchique. Au bout de quelque temps, l'hydrothorax s'infecte par les germes pathogènes des bronches, et une issue fatale survient plus ou moins rapidement.

D'autres accidents peuvent encore se produire, mais qui n'ont rien de spécial au pneumothorax ; le côté sain peut devenir malade ; il peut y avoir d'autres localisations de la tuberculose, mais cela ne présente que peu d'intérêt à notre point de vue.

Quels sont maintenant les cas qui relèvent de cette méthode ?

Elle ne s'applique pas au premier degré, alors qu'il n'y a que des signes de congestion sans ramollissement. Ces malades tirent d'excellents résultats de la cure de Grancher, au sanatorium de préférence (où l'on suit une discipline plus sévère et mieux réglée) avec, comme adjuvant, la recalcification, l'opothérapie et surtout l'héliothérapie. Nous en avons suivi de nombreux exemples, de ces cas de début, au sanatorium des Escaldes, placé sur le versant méridional du massif du Carlitte dans les Pyrénées-Orientales, à 1.400 m. d'altitude, à une latitude plus basse que les stations de la Riviera.

Pour en revenir aux indications de la méthode de Forlanini, après avoir éliminé le premier degré, nous pourrons dire qu'elle s'applique à presque tous les autres cas, à condition qu'un des poumons soit sain. On l'emploiera aussi avec quelque succès si le côté le moins malade ne présente que des lésions peu avancées, mais surtout en voie de régression. Si le côté le moins atteint présente les moindres symptômes de lésions en évolution, il vaudra mieux s'abstenir.

Pour le côté malade, les plus beaux résultats sont obtenus chez des malades avec ramollissement plus ou moins étendus du sommet, *en évolution*, avec température, toux et crachats abondants.

Les malades qui ont des ulcérations ou des cavernes avec une zone ramollie en tirent aussi très souvent de bons effets.

Enfin on a pu avoir des améliorations ou des guérisons dans la pneumonie caséeuse, quoique ces cas soient moins favorables, le poumon se comprimant mal sous la pression du gaz.

Reste une réserve importante à faire : quelles que soient les apparences d'intégrité de la plèvre, tant à l'examen clinique qu'à l'examen radiographique, même si les culs-de-sacs pleuraux se révèlent à l'écran clairs et libres, on n'est jamais sûr qu'il n'y a pas d'adhérences, et qu'on pourra décoller et comprimer le poumon. Dans certains cas, le pneumothorax est tout à fait impossible, on ne peut injecter de gaz ; dans d'autres cas, les adhérences limitent le pneumothorax à une poche gazeuse plus ou moins étendue.

Malgré l'absence de compression du poumon, certains de ces cas de pneumothorax partiels pourront cependant tirer un grand bénéfice de leur opération. Est-ce parce que la présence du gaz dans la plèvre produit une sorte de révulsion ? Est-ce pour une autre cause ? Nous ne saurions en décider. Mais nous avons vu des malades gravement atteints avoir des améliorations tendant à la guérison après un pneumothorax incomplet et certainement insuffisant pour immobiliser et comprimer le poumon. L'avenir seul pourra nous dire ce que sera l'évolution ultérieure de ces malades.

Voici donc un traitement efficace de certaines formes graves de la tuberculose pulmonaire. Mais, de même que l'immobilisation dans un plâtre n'est pas tout dans le traitement du mal de Pott ou de la coxalgie, de même qu'on envoie ces malades à la mer ou à la campagne, de même dans la méthode de Forlanini, en même temps qu'on comprimera et qu'on immobilisera le poumon malade pour le mettre dans de bonnes conditions de guérison, on devra mettre simultanément en œuvre toutes les ressources de la phthisiothérapie.

On mettra le malade au grand air, jour et nuit, au repos, on l'alimentera convenablement, enfin on ajoutera suivant les cas un traitement

physique ou médicamenteux : héliothérapie, recalcification, opothérapie, etc., tous moyens qui, sous la direction attentive d'un médecin averti, sont d'utiles auxiliaires de la guérison.

Où trouver cette installation radiographique, cette surveillance de tous les instants, un médecin rompu à la pratique du pneumothorax et en même temps la campagne avec les conditions d'hygiène, de bonne nourriture, de climat les plus favorables, si ce n'est dans un sanatorium équipé spécialement pour faire et surveiller l'opération ? Et cela permettra de faire bénéficier du sanatorium toute une série de malades qu'on jugeait trop atteints autrefois, irrémédiablement perdus. Le sanatorium prendra chez nous un nouvel essor, car on y verra qu'en dehors d'une discipline spéciale (que le Français croit facile à suivre n'importe où), de l'hygiène, on y pratique une thérapeutique plus active, souveraine dans certains cas.

Et c'est là, je crois, une des raisons qui fait que le sanatorium n'a pas eu en France le même succès qu'à l'étranger. Si, jusqu'à ces dernières années, jusqu'à la création des Escaldes, nous étions obligés d'aller chercher en Suisse le sanatorium d'altitude, cela provient, il me semble, de ce que notre tempérament latin s'accommode mal d'une cure principalement passive. Notre esprit frondeur a vite vu l'impuissance de l'ancienne thérapeutique dans la majorité des cas un peu avancés ; s'imaginant que, comme je viens de le dire, la stricte discipline du sanatorium s'improvisait partout, le malade a préféré la cure libre. Mais, si nous pouvons offrir à nos malades, en plus du traitement efficace pour certains cas graves, si, par le pneumothorax, nous arrivons à remettre sur pied des malades condamnés à bref délai, le sanatorium où l'on pratiquera ce traitement prendra chez nous un nouvel essor, car ses détracteurs y trouveront la thérapeutique active qui lui manquait jusqu'ici.

Et cela est si vrai que j'ai été particulièrement frappé de l'effet moral que le pneumothorax exerce aussi bien sur le médecin que sur les malades du sanatorium. Le médecin ne se sent plus complètement impuissant et désarmé dès que le malade a un ramollissement en évolution ; il a maintenant autre chose à offrir à son malade que de bonnes paroles. Pour les malades, ils sentent qu'ils ne sont plus abandonnés aux seules ressources de la vitalité de leur organisme, et d'une thérapeutique trop souvent anodine pour éviter les accidents que des tentatives plus actives ont souvent provoqués (tuberculine). Ils voient chez les malades qu'ils ont vus si bas et qui maintenant, vont et viennent comme tout le monde, des exemples salutaires qui leur donnent confiance dans l'avenir. Et ici, comme dans toute la médecine, je pourrais même dire pour une cure si longue, plus que dans toute la médecine, le moral est un facteur important de la guérison,

En résumé, le pneumothorax s'applique avec succès aux tuberculeux pulmonaires, ayant un côté sain, et encore, mais avec plus de réserve, à ceux ayant quelques lésions congestives en voie de régression, tandis que, le poumon malade présente des signes de ramollissement, voire des cavernes en voie d'évolution ; sous l'influence de la compression, la fièvre tombe rapidement, les crachats diminuent, la toux cesse, le malade sent un grand bien-être très caractéristique. Il ne faut pas s'inquiéter de l'hydrothorax qui survient au cours du traitement, et l'on doit prolonger la compression jusqu'à guérison.

La méthode de Forlanini demande, pour donner de bons résultats, un médecin ayant une grande habitude de la méthode, une surveillance continuelle, clinique et radioscopique. Il est indispensable de compléter le traitement par la cure de Grancher avec ses trois piliers : aération continue, repos complet, bonne alimentation ; l'altitude, l'héliothérapie, l'opothérapie, certaines médications bien choisies, sont les compléments utiles du pneumothorax. Dans ces conditions, nous estimons que le sanatorium est l'endroit optimum pour cette opération et qu'il est à souhaiter dans ce but que de nouveaux sanatoria s'ouvrent en France, où nous avons un choix si varié de climats ayant chacun leur indication particulière, de l'Océan à la Méditerranée, de la plaine à la montagne.

Il ne me reste qu'à remercier le docteur Hervé de son bienveillant accueil, de la complaisance avec laquelle il m'a laissé examiner et réexaminer ses malades, ses radiographies, de la patience avec laquelle il m'a exposé ses idées et ses observations, et répondu à mes questions les plus indiscrètes, ainsi que son assistant, le Dr Bonnet, qui a bien voulu relire ces épreuves et les compléter, et à souhaiter que mes confrères, qui ne sont pas encore au courant de la méthode de Forlanini, soient persuadés qu'il y a là quelque chose de très intéressant et qu'on n'a plus le droit d'ignorer.

Dr Louis GASSOT.

A TRAVERS LA PRESSE

La Pédiatrie pratique.

Nous saluons sympathiquement la réapparition de la *Pédiatrie pratique*, dont la publication avait été interrompue par la guerre et nous enregistrons son retour parmi les organes de la presse médicale lilloise.

L'influence de la grossesse sur l'évolution de la tuberculose.

MM. NOBÉCOURT et PARAF ont eu l'occasion d'observer un assez grand nombre de femmes atteintes de tuberculose pulmonaire de types différents, au cours de leur grossesse, de leur accouchement et de leurs suites de couches. (*Presse méd.*, 18 février 1920).

D'autres femmes ont présenté, après leur accouchement, des congestions pleuro-pulmonaires et des pleurésies. La moitié de celles-ci accusaient des antécédents nettement tuberculeux.

De ces observations, il semble résulter que tandis que les formes fibreuses ne sont pas influencées par la gestation, les formes ulcéro-caséeuses s'aggravent et évoluent rapidement.

Les aggravations apparaissent peu de temps avant l'accouchement ou après celui-ci.

A quoi serait due cette aggravation ? Les avis sont partagés et sans intérêt pratique. Le fait fréquent, c'est que l'immunité relative des malades s'affaiblit et disparaît. La preuve en est dans la négativité des réactions de l'organisme à la cuti-réaction par la tuberculine.

Il y aurait une sorte d'anergie tuberculinique, analogue à celui que produisent certaines maladies infectieuses.

Ainsi s'explique l'aggravation que subissent, à ce moment, les processus tuberculeux.

Pratiquement, faut-il autoriser une tuberculeuse qui vient d'accoucher à nourrir son enfant elle-même ? Question d'espèce. « Une femme atteinte de tuberculose ulcéro-caséeuse en évolution ne doit pas nourrir ; en dehors de toute autre considération, la gravité de son état s'y oppose. Une femme dont la tuberculose pulmonaire réalise une véritable cicatrice, reliquat d'un processus éteint depuis longtemps, peut allaiter sans inconvénients ».

Les auteurs suggèrent l'idée de soumettre les femmes suspectes à l'épreuve de la cuti-réaction à la fin de leur grossesse. Si celle-ci demeure positive, la persistance d'une bonne immunité serait en faveur de l'allaitement. Si elle est négative, le fléchissement de cette même immunité rendrait très circonspect.

Moyen de calmer les douleurs de dent et d'oreille.

Le *Journal de Médecine de Paris* (20 février 1920), relate le procédé employé par M. A. SCHWARZ, et qui consiste à présenter à l'une des narines d'un sujet atteint d'une douleur dentaire par carie, un flacon débouché contenant de l'huile éthérée de moutarde.

L'autre narine sera maintenue fermée à l'aide d'une pression du doigt, ainsi que la bouche et les yeux, et le malade fera une seule inspiration. L'action sur les terminaisons sensitives du trijumeau se manifeste par de la rougeur de la face, du larmoiement, de l'arrêt de la respiration. Mais en même temps, la douleur disparaît pendant un temps variable, généralement plusieurs heures.

L'auteur recommande d'utiliser une petite fiole de 20 cmc. contenant 5 gr. d'huile éthérée de moutarde et d'éviter de répandre de cette huile sur la peau.

Le résultat serait aussi satisfaisant dans les douleurs de l'otite moyenne aiguë.

Traitement des bourdonnements d'oreille.

Il varie selon la cause des bruits perçus. Les bourdonnements dus à une obstruction tubaire ou à un bouchon de cérumen disparaissent par le dégagement du conduit ou de la trompe. La mobilisation du tympan par insufflations et massages remédie aux bourdonnements dus à une simple rétraction du tympan.

Les bruits (acouphènes), liés à une otite adhésive ou à une labyrinthite, sont plus difficiles à combattre. M. DE PARREL (*Journ. des Prat.*, 21 février 1920) emploie certains nervins dont il dit se bien trouver. Il prescrit notamment les pilules de Méglin ainsi modifiées :

Extrait de valériane........	ââ 0,06
Extrait de jusquiame.......	
Oxyde de zinc..............	
Extrait de chanvre indien...	0,02

pour une pilule, 4 à 6 par jour.

Chez les artério-scléreux, on prescrira une médication hypotensive, le régime lacto-végétarien, les courants de haute fréquence, les courants continus (5 à 6 milliampères), les éleectrodes étant appliquées un quart d'heure sur chaque tragus.

Aux hypertendus fonctionnels, on recommandera la cure de diurèse réalisée surtout au moyen des cures thermales spéciales (Evian, Vittel, Contrexéville, Aulus, Capvern, etc.).

Les bromures et la valériane calment les bourdonnements. On ordonnera :

Valérianate d'ammoniaque..	1 gr. 50
Bromure de potassium......	10 gr.
Sirop d'éther..............	40 gr.
Eau de tilleul.............	240 gr.

4 cuillerées à dessert par jour.

ou bien :

Bromure de potassium.....	} âà	10 gr.
Teinture de valériane......		
Eau distillée.............		230 gr.

3 cuillerées à soupe par jour.

Les bruits d'origine vasculaire sont sous la dépendance d'un état général (anémie, chlorose), qu'il faut améliorer.

Les bourdonnements par intoxication cèdent à la cessation des toxiques qui les provoquent.

Les bruits musculaires sont accidentels. Le massage, le cathétérisme, le bougirage sont alors indiqués.

Enfin, la physiothérapie (massage externe, air chaud et kinésithérapie) exerce une action bienfaisante sur les bourdonnements d'oreilles.

Les indications opératoires dans l'appendicite aiguë.

Cette question est plus que jamais d'actualité, à la suite des joutes académiques fameuses qui mirent aux prises Témoin et Jalaguier.

M. Villard la reprend (*Lyon méd.*, 10 janvier 1920) et sa doctrine personnelle, appuyée sur une expérience de plus de vingt-trois ans, et plus de 500 observations, est contenue dans les diverses propositions suivantes :

L'intervention chirurgicale dans l'appendicite est indiquée toutes les fois qu'elle est la méthode thérapeutique donnant le plus de chances de guérison au malade.

Dans la phase de début des appendicites aiguës, correspondant sensiblement aux quarante-huit premières heures, l'intervention est formellement indiquée, car elle est le meilleur procédé de traitement.

Dans les appendicites aiguës s'accompagnant de péritonite diffuse ou diffusante, l'intervention est formellement indiquée, car elle est le seul traitement permettant d'obtenir la guérison.

Dans les péritonites enkystées appendiculaires avec collection suppurée, l'intervention chirurgicale, discutable pour quelques-uns, est cependant indiquée, car elle est le procédé de traitement donnant le maximum de chances de guérison.

A la suite d'une crise appendiculaire aiguë refroidie, il faut donner au malade le conseil motivé de l'appendicectomie à froid, sans imposer l'intervention, mais en dégageant sa responsabilité pour les conséquences qui pourraient résulter de l'abstention.

Dans toute appendicite à rechutes, et même après une seule rechute, l'appendicectomie à froid est formellement indiquée.

En suivant cette ligne de conduite, l'auteur fait état d'une statistique brute qui ne fait aucun triage des cas, et qui ne donne que le faible pourcentage de mortalité de 7 %.

« Aucun argument en faveur de l'intervention « ne peut être meilleur que ce faible pource« tage ».

Les polypes cancéreux de l'utérus.

Les polypes utérins se présentent ordinairement sous deux types différents, les polypes fibreux et les polypes muqueux. Ils sont considérés comme des proliférations bénignes de la musculeuse ou de la muquese.

Or, selon M. Siredey (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 février 1920), cette bénignité est loin d'être constante, et dans certains cas exceptionnels, l'épithélioma peut affecter la forme et l'évolution polypoïde.

« On doit tenir pour suspects des polypes qui « présentent une dureté insolite ou dans l'épais« seur desquels on perçoit, au milieu de leur « substance généralement molle, des noyaux « plus fermes d'apparence cartilagineuse.

« On observera avec la plus minutieuse atten« tion la forme, la coloration des polypes qui sai« gnent au moindre contact et sur lesquels la « pression provoque un petit jet de sang. Les « irrégularités de la surface, une coloration d'un « rouge vif, une légère induration, doivent inspi« rer des craintes. On surveillera tout particuliè« rement les polypes présentant une large base « d'implantation. Si celle-ci n'est pas en rapport « avec un cancer, elle doit au moins faire soup« çonner l'existence d'un myome incomplète« ment détaché, et qu'on ne saurait traiter com« me un vulgaire polype muqueux libre et flot« tant.

Dans les cas douteux, une biopsie, en 48 heures, précisera le diagnostic.

Les graines de Fenugrec.

M. Renon consacre un article à ces graines dont il vante la valeur nutritive, et qu'il recommande tant comme aliment normal que comme agent thérapeutique de reconstitution, notamment dans la tuberculose.

Les graines de Fénugrec sont très riches en azote et en phosphore.

Il les emploie, réduites en poudre, à la dose de 8 à 10 gr. par jour, dans le traitement de la convalescence des grippés de son service.

Les graines sèches ont l'inconvénient de posséder une odeur très désagréable et une saveur amère, presque répugnante. Cette odeur se retrouve dans les préparations galéniques ainsi que dans les urines et la sueur des malades qui en font usage.

Pour faire disparaître cette odeur, on réduit les graines à l'état de poudre homogène qu'on traite ensuite par lixiviation par l'alcool. La poudre épuisée est ensuite séchée à 35-40°.

L'odeur et la saveur originelles disparaissent et la poudre est alors facilement utilisable. (*Gaz. des Hôp.*, 1920, n° 24.)

L'hémorragie méningée sous-arachnoïdienne.

L'hémorragie méningée comportait naguère un pronostic sévère. C'était une affection grave qui se terminait habituellement par la mort. Les observations qui en ont été recueillies pendant la guerre ont permis de mieux connaître cette affection et d'en préciser plus complètement le diagnostic, le pronostic et le traitement.

C'est ce que font MM. Mauriac et Ferre (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 10 mars 1920), à la faveur de 3 cas qu'ils ont pu suivre et qui ont été guéris.

Il en résulte que l'hémorragie méningée, en dehors des causes obstétricales et chirurgicales classiques admises, peut être due à la commotion par déflagration de projectile, à l'athérome des artères du cerveau, à l'hypertension cérébrale d'origine rénale, à l'asystolie, aux états toxi-infectieux hémorragipares, etc. L'avulsion de plusieurs dents a pu être retenue dans un cas. Certaines formes peuvent être dites essentielles. On songera alors à la tuberculose ou à la syphilis.

Le diagnostic doit être fait avec l'ictus, l'hémorragie cérébrale., la méningite tuberculeuse, l'épilepsie, l'urémie.

La ponction lombaire est tout à la fois l'élément essentiel du diagnostic et du traitement. Elle combat l'hypertension crânienne et l'intoxication des centres nerveux. Aussi, doit-elle être modérée pour éviter une décompression trop brusque et la provocation d'une nouvelle hémorragie.

Traitement des varices superficielles.

Il s'agit d'un procédé imaginé par M. Sicard et que rapporte le *Courr. méd.* (29 février 1920), procédé qui consiste à isoler la région veineuse du membre, siège de varices, entre deux liens constricteurs moyennement serrés.

On injecte ensuite dans l'une des veines dilatées 3 à 6 cmc. d'une solution stérilisée de carbonate de soude à 5 %. Deux minutes après l'injection, on enlève les liens.

On renouvelle l'injection, dans les mêmes conditions, 3 ou 4 jours après, avec une solution de carbonate de soude à 10 %. Cette injection sera poussée très lentement. Ces injections seront répétées à 3 ou 4 reprises, à 2 ou 4 jours d'intervalle en variant le point de pénétration.

Des variqueux traités par cette méthode ont été débarrassés de leurs varices en moins d'un mois de traitement.

On prendra la précaution de pousser l'injection exactement dans la veine afin d'éviter l'escarre que provoque toute injection sous-cutanée.

G. D.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

CHEZ DEVAMBEZ, PARIS,

43, boulevard Malesherbes,

Lieutenant Lechat. — C. S. S. A. p. i. — *MM. Poule, Laigre et Cie à la guerre.* — Une plaquette illustrée de 170 pages. Prix : 6 francs.

Le lieutenant Lechat, que je connais personnellement comme un de mes jeunes camarades de collège, dissimule, derrière ce pseudonyme, un bon *struggle-for-lifer*, dont l'intelligence, servie par une constance soutenue dans l'effort et une audace réfléchie dans les gestes, a fait une personnalité de premier plan, dans un milieu où l'on sait administrer et commander.

Il a réellement commandé, pendant la guerre, une Section sanitaire automobile rattachée à la Direction du Service de Santé d'un Corps d'Armée, à la tête de laquelle se trouvaient M. le Médecin Principal Poule et M. l'Officier d'Administration de 1re classe Laigre, lesquels ne sont nullement des personnages de fiction.

Il a vécu réellement toutes les scènes dont il trousse de brefs récits d'une plume alerte et vive, où dominent une humour qui se ressent du long séjour qu'il fit jadis en Amérique, et la philosophie sereine de quelqu'un « qui en a vu bien d'autres... »

Tout cet ensemble constitue, au demeurant, une satire bénigne, mais juste, des archaïques méthodes administratives de l'Armée.

L'auteur excelle en effet à gonfler, devant nos yeux amusés, la bulle de savon volumineuse et splendidement irisée des conceptions ... antédiluviennes de la bureaucratie militaire, pour la crever finalement d'une pointe sûre et acérée, et en montrer ainsi tout le vide et tout le néant.

Il faut lire comment Redouce, savetier, fut bombardé d'autorité conducteur à la section, dont il bousilla d'ailleurs trois voitures, ... parce que veuf, père de trois enfants... Il faut lire comment Leblond fut puni pour avoir égaré une clé anglaise, en essayant de retirer d'une auto qui flambait, sous un violent bombardement, tout ce qui en pouvait être sauvé... Il faut lire les commandements du parfait militaire : « Ne jamais exécuter un ordre avant d'en avoir reçu le contre-ordre... Rien faire. et laisser dire... Rendre compte et s'en f..... Pas d'histoires... » Il faut tout lire, en un mot

C'est ce que j'ai fait, et j'y ai pris si grand plaisir que je ne résiste pas au désir de signaler cette plaquette sans prétention à mes confrères du *Concours Médical*. G. D.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Les membres de la M. F. C. M. F. sont convoqués en Assemblée générale extraordinaire le samedi 8 mai 1920, à 2 h. 1/2, au Siège social, 132, rue du faubourg Saint-Denis, à Paris.

ORDRE DU JOUR :

Modifications aux statuts proposées ci-dessous :

Texte ancien

ART. 26.

Une somme complémentaire affectée aux frais de gestion s'ajoute aux cotisations fixées par les barèmes ; elle est calculée sur le montant total des cotisations et fixée par l'Assemblée générale ordinaire.

Cette somme complémentaire est actuellement de :

3 francs jusqu'à 60 francs.
4 francs de 61 à 100 francs.
5 francs de 101 à 150 francs.
6 francs de 151 à 200 francs.
7 francs de 201 à 300 francs.
8 francs de 301 à 400 francs.
9 francs de 401 à 500 francs.
10 francs au dessus de 500 francs.

ART. 27.

Pour toutes les combinaisons, les cotisations annuelles sont dues au 1er janvier.

Elles se payent dans le courant du mois.

Toutefois les sociétaires qui en feront la demande auront la faculté de se libérer en deux fois, moitié en janvier, moitié en juillet.

Les cotisations doivent parvenir nettes de tous frais au trésorier qui en délivre une quittance extraite d'un livre à souche.

Au 5 février et, s'il y a lieu, au 5 août, le trésorier, sans autre avertissement, fait encaisser par la poste les cotisations qui ne lui sont pas parvenues. Dans ce cas, les quittances sont majorées, pour droits de recouvrements, de :

1 franc jusqu'à 20 francs.
1 franc 25 de 21 à 50 francs.
1 franc 50 de 51 à 100 francs.
2 francs de 101 à 300 francs.
3 francs au dessus de 300 francs.

Texte nouveau

ART. 26.

Une somme complémentaire affectée aux frais de gestion s'ajoute aux cotisations fixées par les barèmes ; elle est calculée sur le montant total des cotisations et fixée par l'Assemblée générale ordinaire.

Cette somme complémentaire est actuellement fixée à 10 % du total des cotisations.

Les timbres-quittances sont à la charge des sociétaires.

ART. 27.

Pour toutes les combinaisons, les cotisations annuelles sont dues au 1er janvier.

Elles se payent dans le courant du mois.

Toutefois les sociétaires qui en feront la demande auront la faculté de se libérer en deux fois, moitié en janvier, moitié en juillet.

Les cotisations doivent parvenir nettes de tous frais au trésorier qui en délivre une quittance extraite d'un livre à souche.

Au 5 février et, s'il y a lieu, au 5 août, le trésorier, sans autre avertissement, fait encaisser par la poste les cotisations qui ne lui sont pas parvenues.

Les quittances envoyées en recouvrement, son majorées de :

De 0 à 60 francs	2 francs
De 61 à 100 francs	2 fr. 50
De 101 à 200 francs	3 francs
De 201 à 400 francs	3 fr. 50
Au dessus de 400 francs	4 francs

Cette majoration pourra toujours être modifiée par l'Assemblée générale ordinaire.

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Mᵉ Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMES DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client. (*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien*).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50..... 4 fr. »»
Le 100..... 6 fr. »»
Les 500..... 28 fr. »»
Les 1000... 50 fr. »»

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du **Concours médical, 132,** *faubourg St-Denis Paris.*

AVIS

TARIF DUBIEF

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs le TARIF DUBIEF avec son Répertoire alphabétique. Prix franco : 1 fr.

AVIS

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 en timbres pour frais de réimpression de bande.

ART. 39.

Tout membre admis à la combinaison *M. A.*, paye une cotisation annuelle déterminée par son âge d'entrée.

L'âge d'entrée est celui qu'atteint le sociétaire dans l'année de son admission.

Les cotisations ne peuvent en aucun cas être contre-assurées.

Toute cotisation versée demeure la propriété de la société et ne peut faire l'objet d'une répétition quelconque, sauf la réserve formulée à l'article 51.

Il est loisible aux sociétaires de souscrire seulement une demi-prime pour s'assurer une demi-indemnité.

Après inventaire et sur avis favorable de l'actuaire, l'Assemblée générale pourra décider un jour la possibilité du versement d'une cotisation double pour assurer une double indemnité.

ART. 65.

Tout membre admis à la caisse paie pour une pension type de 600 francs, une cotisation annuelle dont le quantum varie avec son âge et celui de sa femme au moment de son entrée.

Les âges sont ceux que les intéressés atteignent dans l'année de leur admission.

Il est loisible aux sociétaires de ne souscrire que pour un, deux, trois ou quatre cinquièmes de la pension type, c'est-à-dire pour 120, 240, 360 et 480 francs de pension.

La cotisation annuelle peut être rachetée par un versement unique.

Les cotisations ne peuvent en aucun cas être contre-assurées.

ART. 39.

Tout membre admis à la combinaison M. A., paye un droit d'entrée de 25 francs et une cotisation annuelle déterminée par son âge d'entrée.

L'âge d'entrée est celui qu'atteint le sociétaire dans l'année de son admission.

Les cotisations ne peuvent en aucun cas être contre-assurées.

Toute cotisation versée demeure la propriété de la société et ne peut faire l'objet d'aucune répétition quelconque.

Il est loisible aux sociétaires de souscrire seulement une demi-prime pour s'assurer une demi-indemnité.

Après inventaire et sur avis favorable de l'actuaire, l'Assemblée générale pourra décider un jour la possibilité de créer une combinaison nouvelle donnant une indemnité plus élevée moyennant une cotisation appropriée.

ART. 65.

Tout membre admis à la caisse paie un droit d'entrée de 50 francs et, pour une pension type de 600 francs, une cotisation annuelle dont le quantum varie avec son âge et celui de sa femme au moment de son entrée.

Les âges sont ceux que les intéressés atteignent dans l'année de leur admission.

Il est loisible aux sociétaires de ne souscrire que pour un, deux, trois ou quatre cinquièmes de la pension type, c'est-à-dire pour 120, 240, 360 et 480 francs de pension.

La cotisation annuelle peut être rachetée par un versement unique.

Les cotisations ne peuvent en aucun cas être contre-assurées.

Le Président,
A. MAURAT.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La prorogation du 100 % dans le Tarif Dubief.

En juillet 1919, d'après la convention établie à la suite de l'arbitrage de M. Bienvenu-Martin, le tarif Dubief avait été l'objet d'une augmentation de 100 %, avec rétroactivité du 1er avril. Jusqu'à l'élaboration et la promulgation du nouveau tarif destiné à le remplacer, il devait ainsi fonctionner, d'une façon ferme, jusqu'au 1er janvier, et pour les mois suivants également, mais à moins que la convention ne fût dénoncée par l'une des deux parties en cause : assureurs ou médecins.

Les assureurs l'ayant dénoncée à partir du 1er janvier 1920 et le nouveau tarif n'ayant pas encore été élaboré à cette époque, il en résultait qu'à partir de cette date, c'était le seul tarif Dubief de 1905, sans majoration, qui aurait désormais cours pour le règlement des honoraires médicaux dans les accidents du travail, lorsque l'ouvrier aurait fait choix de son médecin ; c'était là, une situation intolérable faite au Corps médical et contre laquelle, tout aussitôt, s'éleva véhémentement l'Union des Syndicats médicaux de France qui s'occupait alors, au sein d'une Commission spécialement formée par elle, d'élaborer un projet de tarification. Aussi, quand ce projet fut établi, qu'il fut approuvé par les Syndicats (avec quelques modifications de détails qui furent effectuées) et qu'il fut présenté au Ministère — l'Union demanda expressément qu'avant toute discussion, avant toute réunion

même de la Sous-Commission du Tarif Dubief, chargée de l'étude, la situation anormale causée par la dénonciation des assureurs fût réglée d'une façon plus équitable et en rapport avec la cherté de la vie qui a quelque peu augmenté depuis 1905..... !

Une réunion officieuse eut donc lieu à ce sujet, le 9 avril, au Ministère. Là, le secrétaire général de l'Union, Lafontaine, son secrétaire adjoint, Quivy et les deux délégués médecins à la Sous-Commission du Tarif, Cayla et Decourt, déclarèrent que le Corps Médical ne pouvait accepter de voir ses délégués entrer en pourparlers, au sujet du nouveau Tarif, si le 100 % n'était pas prorogé, jusqu'au 1er juillet, époque à laquelle il semblait probable que pourrait être terminé et promulgué le Tarif à l'étude. Tout d'abord les assureurs refusèrent; puis, devant l'attitude énergique des délégués médecins — et d'ailleurs forcés loyalement d'admettre que le tarif de 1905 n'était plus possible — ils finirent par accepter de proposer cette prorogation à leurs commettants et de donner réponse au plus tôt.

Cette réponse vient d'arriver. La prorogation est acceptée, comme il était demandé, jusqu'au 1er juillet 1920. La Sous-Commission du Tarif Dubief a maintenant la possibilité de se mettre à l'œuvre, sans arrière-pensée, et il est à espérer qu'elle aboutira avant juillet à l'accord souhaité.

En attendant, et jusqu'au 1er juillet prochain, les confrères peuvent donc envoyer leurs notes aux Compagnies d'assurances, en prenant pour base, comme avant le 1er janvier, le Tarif Dubief, avec la majoration de 100 %.

***

A l'heure actuelle, les assureurs ont, entre les mains, les propositions du Corps médical, la copie même du projet, qui vient de paraître dans « *Le Médecin Syndicaliste* » de février 1920 et que tous les confrères syndiqués ont entre les mains. Les délégués des assureurs remettront bientôt aux délégués des médecins les objections, les modifications, les observations diverses qu'ils auront à formuler et que l'Union pourra, à son tour examiner. Puis, la Sous-Commission se réunira, ayant entendu les « deux sons de cloche ». Espérons qu'on travaillera, des deux côtés, avec le vif désir d'aboutir et « d'harmoniser » les dits sons.

Personnellement, nous aurions grand plaisir, d'ici quelques semaines, à annoncer à nos confrères que les deux diapasons sont d'accord et que les deux chœurs chantent à l'unisson. C'est la grâce que je souhaite à tous, des deux côtés de la barricade.....économique dressée actuellement.

Dr Fernand DECOURT.

CHRONIQUE DE L'ASSISTANCE

La délivrance des bons de lait et les médecins du Bureau de Bienfaisance, à Paris.

Un grand nombre de confrères de Paris se sont émus d'une délibération du Conseil municipal de Paris, invitant le Préfet de la Seine « à prendre « toutes mesures utiles pour subordonner l'attribution de cartes préférentielles de lait aux « personnes autres que les enfants de moins de « 3 ans, aux conditions indiquées et sur les prescriptions exclusives des sages-femmes des hôpitaux ou des médecins de l'Assistance, desservant l'arrondissement du malade ».

En pratique, les malades non indigents devraient s'adresser au Bureau de Bienfaisance de leur arrondissement, qui leur enverrait le médecin de la circonscription. Celui-ci délivrerait la carte de lait, moyennant un honoraire de six francs.

Au point de vue administratif, pareil procédé serait illégal. Le préfet de la Seine n'a pas le droit de restreindre la liberté de travail des docteurs en médecine, tenant d'une loi et non d'un arrêté préfectoral le droit d'exercer leur art, dans toute la plénitude des prérogatives conférées par leur diplôme.

Lorsque le Préfet de la Seine aura publié son arrêté, si tant est qu'il le prenne, il conviendra au Syndicat des médecins de la Seine, joint au Syndicat des médecins de Paris, d'attaquer ledit arrêté en Conseil d'Etat, pour excès de pouvoir.

Un médecin quelconque de la région parisienne peut également se pourvoir devant le Conseil d'Etat. Il lui suffirait de délivrer un certificat, pour que son client ait une carte de lait. Devant le refus qui serait opposé par la mairie, il déposerait une plainte entre les mains du Préfet de la Seine. Bien entendu, celui-ci donnerait raison à son administration. C'est ce refus qui pourrait être déféré en Conseil d'Etat, comme entaché d'excès de pouvoir.

Les syndicats pourraient également faire juger l'illégalité des décisions préfectorales qui enjoignent aux médecins d'indiquer, sur leurs certificats, le diagnostic de la maladie du bénéficiaire de la carte.

Il y a,de ce fait, violation des termes précis de l'article 378 du Code pénal et un arrêté préfectoral ne saurait nous délier du secret professionnel, qui nous est imposé par la loi.

En effet, le certificat que nous délivrons doit être mis sous les yeux des bureaux du commissariat de police, où notre signature doit être certifiée, puis montré à la crémière, qui donnera la carte, enfin aux employés de la mairie, qui apposeront les cachets sur ces papiers.

Cette mention du diagnostic est d'autant plus inutile que les personnes ci-dessus désignées, n'étant pas elles-mêmes docteurs en médecine, n'ont pas qualité pour savoir si notre délivrance de carte de lait est ou non bien fondée.

Au point de vue confraternel, nous ne doutons pas que les médecins du Bureau de Bienfaisance et leur Association ne se soient refusés énergiquement à porter sciemment préjudice à leurs confrères. Ces docteurs ont loué leurs services uniquement pour donner, dans des conditions déterminées, leurs soins aux indigents, inscrits au Bureau de Bienfaisance de leur quartier, et non pour tout autre acte professionnel concernant la clientèle ordinaire.

Nos confrères du Bureau de Bienfaisance seront donc bien fondés en refusant leur collaboration au préfet. Sinon, ils feraient acte de mauvaise confraternité, en détournant à leur profit, la clientèle de leurs voisins : cette concurrence déloyale pourrait être l'objet de sanctions devant les conseils de famille et les associations professionnelles, sans compter un recours possible devant les tribunaux de droit commun, pour concurrence déloyale.

Ces praticiens ne supporteront pas non plus, et nous en sommes sûrs, que pareille atteinte soit portée au prestige médical. La décision préfectorale ne constitue-t-elle pas une accusation gratuite contre notre honorabilité et notre probité professionnelles ?

Pourquoi toujours suspecter la bonne foi du praticien, lorsqu'il délivre un certificat ?

Au surplus, les médecins du Bureau de Bienfaisance seront-ils obligés de prêter serment, pour que leurs certificats soient tenus pour véridiques ?

Enfin, pour 6 francs, ces praticiens devront examiner le malade qu'ils ne connaissent pas, vérifier les urines, etc., pour arriver à un diagnostic exact. Au taux où est la vie, nos confrères du Bureau de Bienfaisance ne seront guère payés.

Pour toutes ces raisons, confiants dans l'énergie et la vigilance de nos syndicats, certains que nos confrères du Bureau de Bienfaisance se refuseront résolument à faire acte anti-déontologique, nous attendons l'arrêté du Préfet, pour rappeler à ce haut magistrat qu'il existe des lois et des tribunaux pour faire respecter nos droits contre l'arbitraire administratif.

Dr Paul BOUDIN.

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année 1919 au trésorier Dr Gassot à Chevilly (Loiret).

HYGIÈNE SOCIALE

L'hygiène sociale et le Corps médical

d'après la leçon inaugurale du professeur L. BERNARD.

Le Grand Maître de l'Hygiène, en France, est officiellement le Ministre, nouvellement créé ; mais, au point de vue technique, une place importante, auprès de lui, appartient aux professeurs d'hygiène des Facultés de Médecine.

Comment ceux-ci conçoivent-ils l'enseignement de l'hygiène, son organisation, son fonctionnement ? Cela ne saurait nous laisser indifférents, puisque les médecins praticiens sont, au premier chef, les protecteurs de la santé publique, et qu'ils doivent participer étroitement à la mise en œuvre des moyens de défense de celle-ci.

Le titulaire actuel de la chaire d'hygiène à Paris est le Professeur Léon BERNARD, récemment nommé à cet emploi, et qui a professé sa première leçon, sa leçon inaugurale, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, le 19 mars dernier, en présence de M. J.-L. BRETON, ministre de l'Hygiène.

De cette leçon nous avons extrait, dans la *Presse Médicale* (10 avril 1920), tout le passage relatif à la façon dont l'hygiène publique est, ou pour mieux dire, n'est pas organisée, et aux conceptions du professeur. Cet extrait est un peu long, mais il nous a semblé qu'il était indispensable de le mettre *in extenso* sous les yeux de nos lecteurs.

Chaque commune doit avoir un règlement sanitaire ; elle l'a, mais il n'est pas appliqué.

Les Bureaux municipaux d'hygiène existent ; combien fonctionnent avec l'outillage, la compétence et l'esprit nécessaires ? Nul ne saurait le dire. Je sais une commune de notre banlieue parisienne dont le directeur du Bureau d'hygiène est le médecin de l'état civil ; il touche 300 francs par an à cet effet ; les travaux d'hygiène, comme les locaux d'ailleurs, se confondent avec ceux de l'agent-voyer.

La loi laisse aux départements la faculté d'organiser un service d'inspection d'hygiène : 53 départements seulement en sont pourvus. Quant aux services de désinfection, également prévus par la loi quel est leur nombre, quel est leur état, que donne leur emploi ? On ne peut le savoir, mais chacun se doute de ce qu'il en est. La plupart des Conseils généraux se désintéressent complètement des questions et, si surprenant que cela paraisse, la présence de médecins en ces assemblées ne semble pas spécialement orienter leur attention vers la politique sanitaire. Je sais un Conseil général, qui, naguère, profitant de l'absence du préfet malade, voulut donner une sage leçon d'économie, en réduisant de 200 francs le crédit des services d'hygiène. Savourez la raison : « à titre d'indication ».

La loi prévoit bien qu'en cas de carence des municipalités ou des départements, les Bureaux d'hygiène et les services d'inspection seront organisés par décret. Je ne sache pas qu'il en ait jamais été rendu. D'ailleurs aucun lien de droit n'existe entre services municipaux et départementaux : le maire est maître dans sa commune.

Qui s'étonnera que les médecins ne regardent pas tous comme le premier de leurs devoirs la déclaration des maladies infectieuses, alors qu'ils savent que celle-ci restera si souvent lettre morte, ou plutôt papier de bureau sans sanction utile. Nulle part il n'existe de système coordonné assurant, par un déclanchement automatique et avec les moyens techniques nécessaires, successivement le diagnostic et la déclaration d'un cas, le dépistage d'un foyer et la recherche de son origine, la mise en œuvre des mesures appropriées, l'étude scientifique du fait en même temps que son enregistrement administratif.

La révision de la loi de 1902 s'impose ; quelque amélioration que l'on envisage dans le domaine de l'hygiène, on se heurte fatalement à l'insuffisance des services publics résultant de cette loi. On ne peut davantage songer à instaurer des organes d'hygiène sociale, car leur fonctionnement repose forcément, sur une solide organisation de ces services.

Cette révision nécessaire s'inspirera des trois principes directeurs suivants : rendre obligatoires les clauses dont le caractère facultatif encourage l'indifférence et l'inertie ; simplifier les procédures de contrainte, dont la complication favorise le mépris de la loi ; enfin à la coercition de l'Etat, illusoire et défaillante, substituer l'action de l'Etat : la protection de la santé publique, qui importe à la collectivité nationale, est affaire d'Etat et non de municipalité : le maire, exposé aux influences locales, mêlé aux intérêts à combattre, étranger souvent aux choses de l'hygiène, doit passer, en cette matière, son pouvoir aux agents de l'Etat.

Sur ce programme tous les esprits avertis s'accordent. Il s'agit de le faire triompher. Jamais les circonstances n'ont paru plus favorables. Une force nouvelle, une autorité inconnue jusqu'ici sont nées, qui vont permettre enfin d'aboutir : par la création du ministère de l'Hygiène, souhaité depuis Littré, le Gouvernement a entendu marquer qu'il comprenait dans l'effort de restauration du pays les mesures destinées à sauver la race.

Pour que, à la faveur de la revision de la loi de 1902, des services d'hygiène existent réellement en France, il suffira que les Pouvoirs publics le décident. Mais pour que ces services rencontrent partout l'adhésion qui donne à leur fonctionnement leur pleine efficacité, il faudra que l'opinion et les médecins y consentent. En vue d'obtenir leur concours, il est essentiel que ces services soient institués de manière à inspirer confiance ; que l'élément technique domine ; que l'élément administratif se dépouille de l'esprit bureaucratique ; que les uns et les autres soient en liaison avec le corps médical. Il n'y a rien là d'irréalisable. Mais, alors, faisons crédit à l'Etat ; et, après l'avoir si longtemps abreuvé de reproches pour son impéritie, ne le rebutons pas sous nos sarcasmes au jour où il se résout à agir, et collaborons avec lui.

A cet effet toute une éducation est à entreprendre, sur le public, sur les médecins aussi.

Au public, nous devons prêcher un catéchisme d'hygiène ; avant tout, nous lui enseignerons la propreté, base de l'hygiène.

Mais la propagande éducative mord peu sur l'adulte, imbu de ses préjugés, esclave de ses habitudes ; chez nous, surtout, si impatients de toute tyrannie, si prompts à la raillerie, les esprits formés se prêtent mal à la prédication. C'est sur l'enfant qu'il faut agir. La propreté doit résulter de l'automatisme psychologique ; elle doit donc être apprise à l'âge, où, gardant facilement dans son entendement malléable, l'empreinte de ses premières impressions l'homme compose le magasin de ses idées, de ses appétits, de ses gestes. L'hygiène à l'école, Messieurs, n'aura donc pas seulement pour but de dépister les malades, de surveiller les bien portants, de régler l'instruction, d'approprier les locaux ; son résultat essentiel doit être de modeler la mentalité de l'enfant, d'en faire un être épris de propreté, et cela non par des leçons théoriques, mais par la pratique de chaque jour.

Par là pouvons-nous espérer voir la propreté s'installer dans les mœurs, et la préoccupation de la santé publique dans les esprits.

Si, selon la forte pensée de Spencer, « le but de l'éducation est de nous apprendre à vivre », c'est bien à nous, médecins, qu'il incombe d'éduquer ce peuple, dont on dirait parfois, devant son insouciance de vivre, — de vivre d'une vie pleine et forte — qu'il ne sait que mourir avec héroïsme !

Mais pour être de bons guides, connaissons nos devoirs nouveaux. Les temps sont révolus où l'idéal hippocratique s'imposait farouchement à notre conscience, où le seul intérêt du malade absorbait, comme en un égoïsme sacré, nos préoccupations professionnelles. Aujourd'hui, de nouvelles obligations doivent élargir, ennoblir encore l'idéal du médecin ; son attention ne doit plus seulement aller au patient qui se confie à lui, mais sa vigilance doit s'étendre à la préservation de l'entourage, à la sauvegarde de la collectivité.

L'idéal moderne du médecin, tout en n'oubliant rien des strictes lois de la plus précieuse des traditions, saura les concilier avec les devoirs nouveaux que lui crée la condition actuelle de l'humanité. Il doit, penché sur les douloureux problèmes de la vie collective, s'appliquer à leur trouver dans sa science des solutions partielles. Si, en combattant la maladie non plus seulement chez le malade, mais autour du malade, s'il s'adonne à tarir les sources du mal, le médecin, l'hygiéniste, ne rétrécit pas son champ d'action, comme il pourrait sembler ; il recule au contraire les limites de son domaine, et il jouit de l'épanouissement des bienfaits de son art.

. . . .

Il ne suffit plus désormais que vous enregistriez dans vos mémoires les notions de prophylaxie et d'assainissement, il faut que vous soyez pénétrés de vos obligations envers les familles et les collectivités, où vous entrerez comme médecins : j'entends vous gagner au rôle magnifique qui se découvre devant vous. Lorsque les hasards de la profession vous mettront en présence d'un enfant atteint de diphtérie ou de méningococcie, votre conscience ne sera pas satisfaite d'avoir posé le diagnostic et assuré le traitement ; vous tiendrez à honneur de préserver

l'entourage, de rechercher l'origine de la contagion, d'en arrêter la propagation à l'école, *d'en informer l'Autorité*. En même temps que votre assistance au malade, vous devez désormais votre protection à la Société.

Dans le conflit apparent que soulève la médecine sociale entre les intérêts personnels du praticien et ceux de la collectivité, n'obéissez qu'aux injonctions de la conscience professionnelle mieux avertie que jadis, et comprenez que vous ne pouvez rien perdre de vos prérogatives ni de vos satisfactions à élever toujours davantage la moralité de notre métier en même temps qu'à élargir ses attributions.

Et, pour prendre un exemple parmi les malades qui me tiennent à cœur, croyez-vous que vous n'aurez pas plus de joie intime à entrer délibérément dans la lutte prophylactique antituberculeuse, qu'à égrener, incrédules, le chapelet décevant de vos vaines prescriptions au long des tristes jours de vos phtisiques désespérés ?

Messieurs, je sais trop l'ardeur généreuse de la jeunesse, le désintéressement traditionnel de la corporation ; comment douter qu'il suffise de montrer la route pour que tous s'y engagent pleins de foi ?

Donc, vous apporterez à la pratique de l'hygiène un esprit nouveau, convaincus de vos obligations envers la Société, qui après tout n'est autre ici que la Patrie. C'est à la sauver, une fois encore, que je vous convie, Messieurs.

....

A côté de l'enseignement élémentaire pour les étudiants, il convient d'instituer un enseignement supérieur d'hygiène. Il n'est pas contestable en effet qu'aucun enseignement méthodique et organisé n'a été établi par l'administration supérieure pour préparer aux multiples fonctions que réclame l'hygiène publique. La seule tentative qui ait été faite dans cette voie a été jusqu'ici l'initiative personnelle, prise dès 1905, à la Faculté de Lyon, par mon cher et regretté ami, le professeur Jules Courmont, qui avait su donner à sa chaire un éclat incomparable. Cette initiative doit être généralisée. Si, comme il faut l'espérer, la revision de la loi de 1902 oblige, un jour prochain, à une organisation complète des services publics d'hygiène, il sera nécessaire que les médecins désireux d'occuper ces postes, trouvent un enseignement approprié. Mais, même jusqu'à ce que cette éventualité se produise, bien des emplois s'ouvrent ou vont s'ouvrir pour lesquels l'intérêt général veut que les professeurs d'hygiène se préoccupent de la préparation de candidats médecins, de dispensaires, de sanatoriums, inspecteurs des écoles, d'autres encore.

....

Dans ce qui précède, plusieurs points sont à mettre plus spécialement en lumière. Ils méritent en effet l'attention des praticiens.

D'abord, M. Bernard constate, après Wurtz, que *l'hygiène publique n'est encore aujourd'hui qu'une façade*. Il ne nous apprend rien, mais il ne nous déplaît pas de rétrouver cette boutade dans la bouche d'un Officiel, ami du Pouvoir...

Le distingué professeur fait sienne une opinion indiscutable qui a cours depuis longtemps dans nos milieux professionnels : « *pour que les services d'hygiène rencontrent partout l'adhésion qui donne à leur fonctionnement leur pleine efficacité, il faudra que l'opinion et les médecins y consentent.* En vue d'obtenir leur concours, il est essentiel que ces services soient institués de manière à donner confiance ; *que l'élément technique domine* ; que l'élément administratif se dépouille de l'esprit bureaucratique ; *que les uns et les autres soient en liaison avec le corps médical...* »

Tout cela est excellemment dit et nous approuvons. Mais, voyons la suite : Qui, dès lors, sera chargé de réaliser ce vaste programme ? L'État, l'ÉTAT, l'ÉTAT...

« *A la coercition de l'Etat, substituons l'action de l'Etat* !.. La protection de la santé publique est affaire d'Etat !.. Le pouvoir des maires doit passer aux agents de l'Etat !.. Faisons crédit à l'Etat !.. » — Voilà la solution qu'a trouvée M. Bernard et qu'il propose *ex cathedra*.

Et quant aux médecins, dont il réclame l'adhésion et le concours, ils devront comprendre que « l'idéal hippocratique ne s'impose plus farouchement à leur conscience... Ils sauront concilier leur nouveaux devoirs avec les strictes lois de la plus précieuse des traditions... Dans le conflit apparent que soulève la médecine sociale entre leurs intérêts personnels et ceux de la collectivité, ils n'obéiront qu'aux injonctions de leur conscience professionnelle ».

Lisons entre ies lignes : l'idéal hippocratique, c'est l'étroitesse et l'intimité des rapports entre le malade et le médecin en qui il a confiance et qu'il a choisi ; c'est, de sa part, et sous le couvert de cette confiance, l'abandon total de sa personne, morale et physique ; c'est, en contre-partie l'assurance que confiance et abandon ne seront pas trahis ; c'est, au demeurant, le secret professionnel...

Mais les devoirs nouveaux des médecins, ceux qui placent l'intérêt de la collectivité au-dessus de ceux de l'individu, c'est de renseigner les services d'hygiène sur tout ce qui peut les inréresser, *d'en informer l'Autorité* ; c'est, dans la police sanitaire, d'y jouer je rôle d'agents...

Nous ne sommes plus d'accord.

Agents de police au service de l'Etat ? Non, merci. Les médecins ne sont pas faits pour cela. Il n'en est pas un, nous en sommes sûrs, qui se refusera à *concilier les intérêts particuliers de son malade avec les intérêts généraux de la collectivité.* Il n'en est pas un qui ne comprenne les bienfaits d'une sage et robuste prophylaxie, et qui ne fasse tout ce qui est en son pouvoir pour en assurer, dans sa sphère, la stricte application. Mais, il y a la manière. Celle que défend et préconise le professeur d'hygiène risque fort de ne pas rencontrer l'agrément du corps médical.

Les méhodes étatiques ont fait leurs preuves

dans le passé. Preuves, hélas ! indiscutables, les résultats négatifs s'offrant à nous avec une éloquence démonstrative. Crache-t-on moins en public depuis que figurent en bonne place les Invitations à ne pas cracher, les Défenses de cracher ? Les éventaires des industriels de l'alimentation, du petit marchand des quatre saisons au grand commerce de la boucherie de l'épicerie et des comestibles, sont-ils mieux protégés contre les mouches et les poussières, contre les souillures de toute espèce,en exécution des ordonnances de police et des instructions du Conseil d'Hygiène ? Et les logements insalubres ? Et la voirie ?.. J'ai cantonné, pendant trois mois, au début de la guerre, dans un village de l'Est dénommé St- G...-les-Fumiers, — les résidus des écuries et des étables y étant soigneusement alignés en tas imposants le long des chemins et des routes, tellement que, quand il y pleut, les ruisseaux charrient des flots de purin, qui contournent et baignent les margelles des puits.

L'Hygiène sociale réclame l'étroite coopération des médecins non seulement dans son fonctionnement, mais encore et surtout dans son organisation. Et non seulement des médecins, mais de tous les techniciens qui ont une compétence reconnue en cette matière, les architectes, les chimistes, les vétérinaires, etc.., le rôle de l'Etat se bornant à fournir le budget et le matériel, avec le droit et le devoir de contrôler la façon dont on en usera.

Mais il importe de préciser encore que les médecins appelés à coopérer à l'Hygiène publique, *dans son organisation aussi bien que dans son fonctionnemeut*, ne doivent pas se limiter exclusivement à quelques membres de l'Académie de Médecine ou des Facultés, mais comprendre surtout l'ensemble du corps médical ,représenté par ses organismes professionnels, les Syndicats médicaux.

C'est au contraire à l'Etat de faire crédit à ceux-ci, en les appelant à une association loyale qu'ils accepteront en parfait accord avec les autres techniciens dont nous avons déjà parlé.

Avant de terminer ces commentaires, nous appelons l'attention de nos lecteurs sur le dernier alinéa de notre extrait de la leçon du professeur Bernard. Il y est question des médecins désireux d'occuper les postes des services d'hygiène publique : médecins de dispensaires, de sanatoriums, inspecteurs des écoles, etc.,. Prenons garde qu'il y a là tout un programme de fonctionnarisation de ces emplois, et que le corps médical ne peut accepter cette conception, qui contient en germes des dangers contre lesquels il ne saurait être trop prémuni.

G. DUCHESNE.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Syndicat médical de Villeneuve-sur-Lot.

Les Médecins de l'arrondissement de Villeneuve, réunis le 1er février 1920, ont décidé qu'il y avait lieu :

1° De créer une filiale du Syndicat des Médecins du département sous le nom :

Syndicat Médical de Villeneuve-sur-Lot.

2° Ce syndicat s'occupant des questions locales et ayant à prendre sanctions et décisions urgentes soumises ensuite au Syndicat d'Agen.

3° Le Syndicat déléguerait deux d'entre ses membres pour être ses porte-paroles aux Congrès annuels des Médecins du Département.

A l'unanimité, le bureau du Syndicat a été constitué comme suit :

Président : Dr DUCASSE ; *Vice-Président*: Dr MORANGE ; *Secrétaire* : Dr VINSON.

Les questions suivantes ont été traitées :

a) *Homologation du tarif villeneuvois ordinaire.*

Visite ou consultation simples .. 10 frs.
Tarif ouvrier .... 5 frs.

(A la campagne,1 franc par kilomètre parcouru aller et retour plus la visite, tarif kilométrique identique, c'est-à-dire un franc le kilomètre pour les confrères des environs).

Tarif kilométrique le même pour tous les médecins de l'arrondissement.

b) *Accident du travail et Médecins.*

Honoraires au tarif ouvrier local. Opérations : le double du tarif Dubief ; envoyer aux patrons pour accidents dont ils sont responsables de par la loi le modèle ci-joint qu'ils doivent signer et nous remettre à seule fin de nous garantir contre la mauvaise foi ou les discussions des compagnies d'assurances, jusqu'à décision définitive et nouveau tarif Dubief revisé.

Je soussigné prie Monsieur le Docteur de donner ses soins à mon ouvrier blessé à mon service, m'engageant à effectuer le paiement de ses honoraires au tarif minimum du Syndicat Médical de Villeneuve-sur-Lot.

A Villeneuve-sur-Lot, le

Lu et approuvé :

c) Société de Secours Mutuels et Syndicats.

Le Docteur Guy est chargé de se mettre en rapport avec les deux Sociétés de Saint-Jérôme et des Travailleurs pour connaître leurs desiderata en spécifiant d'une façon absolue que les malades seront assimilés au tarif ordinaire actuel en tenant compte cependant de la qualité, ouvrier (5 francs) et patrons (10 francs) parce que beaucoup de sociétaires sont à l'heure actuelle patrons enrichis.

Pour les Sociétés de Secours Mutuels, le Dr Guy verra les commissions administratives de ces deux Sociétés qui seront mises sur le même pied de tarif local. — A ce propos, refuser d'émarger quelque feuille que ce soit, refuser l'obligation de ne donner que certains médicaments.

d) Mettre à l'étude pour la prochaine séance les *tarifs pour les confrères des environs*, tarifs qu'ils voudront bien étudier sérieusement entre eux dans leurs zones communes.

e) Mutilés, Tuberculeux, Pensionnés et Syndicats.

Tarif local et certificat servant à faire foi ultérieurement vis-à-vis de l'Etat.

f) *A. M. G. et Syndicats.*

Les médecins rappellent qu'une Commission de huit membres en 1914 a élaboré un travail, prient le président du Syndicat d'Agen de le reprendre en considération et de le présenter au préfet, c'est-à-dire :

(Convoquer les Médecins pour A. M. G., conformément à l'article 12 de la loi du 15 juillet 1893, pour la revision de la liste des assistés de la commune).

g) Interdiction à tout membre de traiter en dehors du Syndicat d'arrondissement s'il s'agit d'une question professionnelle avec une Société ou une Compagnie quelconque.

h) Ecrire aux confrères des environs de donner leur opinion sur les tarifs médicaux de leur ressort, qu'ils soient afférents à une collectivité usinière ou à un groupement quelconque.

i) Demander aux confrères (et les prier de répondre nettement) comment ils envisagent le meilleur moyen d'accentuer leurs honoraires dans les régions limitrophes de département et commune.

j) Inviter les confrères à envoyer dès réception de la convocation à la réunion trimestrielle leur adhésion sérieuse doublée de leur cotisation de 5 francs par tête pour le banquet et de 5 fr. (une fois par an) pour les frais du bulletin et des lettres trimestrielles.

k) Il est bien entendu que notre Syndicat n'est qu'une filiale du Syndicat d'Agen ayant pour but surtout de traiter les questions locales d'une manière amicale dans nos réunions trimestrielles précédées d'un banquet à midi et demi le dimanche, jour choisi à l'unanimité.

l) La prochaine réunion et banquet auront lieu le 14 mars 1920, chez M. Clavier.

II

Syndicat des médecins des Ardennes.

Le Secrétaire de ce groupement a envoyé aux parlementaires du département des Ardennes la lettre suivante :

Monsieur le
Sénateur
ou Député,

J'ai l'honneur de vous transmettre l'ordre du jour suivant, voté le 7 mars 1920, à la demande de Monsieur le docteur Jullich, conseiller général et adopté à l'unanimité :

« Le Syndicat des Médecins des Ardennes, en conformité de l'ordre du jour voté par l'Assemblée Générale de l'Union des Syndicats Médicaux de France le 12 décembre 1919, adresse aux parlementaires ardennais une protestation contre les procédés administratifs employés lors des pourparlers engagés au sujet du Tarif de la Loi des Pensions, entre l'Union des Syndicats et le Sous-Secrétaire d'Etat à l'Administration du Ministère de l'Intérieur, procédés en opposition formelle avec l'esprit et la lettre de la loi, et leur demande de s'opposer à toute modification du texte légal tendant à la radiation du libre choix du médecin par le malade et à la suppression de l'intervention syndicale dans l'établissement des Tarifs. »

Le Secrétaire,
Dr Rosoy.

III

La propriété des professions libérales.

Un exemple à suivre.

On sait qu'il est question de protéger les professions libérales en interdisant aux propriétaires de louer (sauf consentement du précédent occupant) à un locataire exerçant la même profession libérale que celui qui quitte les appartements.

Le Syndicat des médecins de Toulon appuie ce projet :

« Les membres du Syndicat professionnel des Médecins de Toulon, dans leur Assemblée générale du 14 avril 1920, émettent le vœu que le projet de loi sur la propriété des professions libérales soit voté rapidement et comptent sur la diligence

du Bureau de l'Union des Syndicats (et sur les députés et sénateurs du Var) pour en activer la réalisation ».

LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

Cinq années de tuberculose pulmonaire militaire de guerre.

Dès le début de la longue guerre qui vient de se terminer, je fus amené à penser que les hostilités favoriseraient le développement de la tuberculose pulmonaire, en France, et dans l'armée, en particulier : bien des militaires, admis ou conservés dans cette dernière, lorsqu'ils auraient dû en être écartés, me semblaient, en effet, tout désignés pour être une proie facile offerte à la maladie et, surtout, pour transmettre celle-ci à nombre de leurs compagnons d'armes. Ce que, dans ma très petite sphère, j'eus trop souvent l'occasion de constater, dès la première année de la campagne, ne fit que légitimer et augmenter rapidement mes craintes à ce sujet .

A la fin de l'année 1916, je publiai, dans *Le Journal des Praticiens*, en collaboration avec le docteur Souleyre (d'Oran), « à propos des principes du diagnostic rationnel de la tuberculose « pulmonaire », un article qui concluait par ces lignes :

« Chercher, aujourd'hui, sous la pression des « évènements, à raccourcir cliniquement la tu- « berculose et à amoindrir, socialement, son im- « portance, ce n'est pas l'endiguer, c'est la mas- « quer ; c'est augmenter, bénévolement, sciem- « ment, le nombre des décès — des incurables — « des non-valeurs — ; c'est diminuer, davantage « encore, la vitalité de la race pour un profit mi- « litaire immédiat plus qu'illusoire, source pro- « bable de gros embarras ultérieurs » (1).

Depuis lors, les faits n'ont que trop justifié et confirmé cette manière de voir ; mais, à l'époque à laquelle a paru notre petit travail, on semblait vouloir fermer systématiquement les yeux à l'évidence, en ce qui concernait la tuberculose pulmonaire dans l'armée et, à ce sujet, il n'y avait rien à dire, aucune protestation à élever, aucun argument, si justifié parût-il être, à faire valoir en faveur des malheureux tuberculeux de l'armée. En voici la preuve :

En octobre 1917, voyant que, plus la guerre se prolongeait, plus les militaires tuberculeux se montraient nombreux, je communiquai mes observations et remarques sur cette grave question, à l'un de mes confrères et amis, ami, luimême, d'un médecin-député, membre de la Commission d'Hygiène publique de la Chambre, et je lui demandai de bien vouloir transmettre mes réflexions à notre confrère du Parlement et de le prier de tout tenter pour faire mettre un terme aux errements alors en honneur, qui me semblaient — à moi comme à tant d'autres — essentiellement préjudiciables au pays, sans que, d'ailleurs, la défense nationale en bénéficiât, en quoi que ce soit, bien au contraire. Notre confrère du Parlement répondit à notre commun ami par ces lignes lapidaires :

« Tu n'oublies qu'une chose, c'est que, depuis « la guerre, les conseils de révision prennent, « malgré tous nos efforts contraires, *des tuber- « culeux*, et alors ! ! Tout ce que tu me dis, je le « répète, depuis trois ans, et officiellement, au « nom de la Commission de l'Hygiène publique, « et nous nous heurtons au prétexte plus ou « moins bien compris de « besoin d'effectifs ». « L'Etat-major se dresse contre le Service de « Santé, et, d'ailleurs, celui-ci n'est pas très fer- « me : certains de nos phtisiothérapeutes, appe- « lés à examiner, en dernier ressort, les suspects, « déclarent parfaitement que la tuberculose « existe, mais n'est pas en évolution et est com- « patible avec le service (quelquefois armé, le « plus souvent auxiliaire). C'est pourtant con- « traire à l'article 145 de l'Instruction sur l'ap- « titude physique (1), et si notre confrère et an- « cien camarade Hamant peut m'aider et me « permettre de tabler « plus serré » encore sur le « nettement confirmée » de l'article 145, je ne « demande qu'à accepter son concours ». (27 oc- « tobre 1917).

Ainsi invité à donner les indications et renseignements que j'avais réunis, depuis le début de la campagne, sur ce lamentable sujet, je le fis et écrivis, entre autres choses, à mon confrère député :

« Depuis longtemps, depuis le début de la « guerre, en particulier, mon exercice est de plus « en plus restreint. D'autre part, la station de « Cambo-les-Bains, dans laquelle je ne suis d'ail- « leurs pas le seul médecin qui soit appelé à voir « des tuberculeux, est une petite station qui, « chaque année, ne peut recevoir qu'un nombre « limité de malades —. Eh bien, malgré ces con- « ditions d'exercice doublement diminué, je puis « dire qu'il ne se passe pas de mois sans que les « hasards de la clientèle n'amènent dans mon ca-

(1) Revue générale de clinique et de thérapeutique (*Journal des Praticiens*), n° du 16 décembre 1916.

(1) L'article n° 145 de l'instruction sur « l'aptitude physique au service militaire » est ainsi conçu :
« 145. *Tuberculose pulmonaire* : La tuberculose « pulmonaire, nettement confirmée, nécessite l'exemp- « tion et la réforme définitive. »



Argan — Au diable leurs clystères, Coquine !.. je ne puis aller !...
Toinette — Eh! pour "aller„ Monsieur, prenez de la THAOLAXINE !.

Nouvelle Edition DURET et RABY Marly le Roi - S et O. — MOLIÈRE. le Malade Imaginaire

THAOLAXINE

LAXATIF-RÉGIME

agar-agar et extraits de rhamnées

PAILLETTES, CACHETS, GRANULÉ, COMPRIMÉS.

ECHANTILLONS ET LITTÉRATURE

Laboratoires **DURET RABY**, 5, Avenue des Tilleuls, PARIS (18e).

« binet un ou plusieurs malheureux tuberculeux « de la guerre, lamentables victimes de la manière dont la tuberculose est trop souvent comprise, reconnue, soignée dans l'armée, depuis la « guerre. Depuis le début des hostilités, j'ai pu « —malgré la façon *des plus restreinte*, dont je « viens de vous expliquer que j'exerce à Cambo-les-Bains — réunir une quarantaine d'observations tristement instructives. Combien de « fois ce chiffre ne doit-il pas être multiplié, si on « veut réfléchir au nombre de tuberculeux de la « guerre qui se trouvent sur toute l'étendue du « territoire ! ! Et le malheur est que c'est finalement la France qui paye, qui expie une pareille « manière de faire ». (5 novembre 1917).

Je reçus la réponse suivante :

« Je sais que, malheureusement, vos craintes « sont fondées ; nous n'en avons que trop de preuves ; mais l'Etat-major est intraitable et le Service de Santé ne sait et ne peut se défendre efficacement contre lui » (10 novembre 1907).

C'était, sous une plume particulièrement autorisée, la constatation la plus formelle qu'il n'y avait aucun espoir à avoir de modifier les procédés alors en usage, vis-à-vis des tuberculeux de l'armée, procédés qui demeurèrent plus que jamais en vigueur, jusqu'à la fin des hostilités.

«Quos vult perdere Jupiter dementat ».

Le résultat ? — Le voici :

M. Francis Vareddes, au cours d'une série de très intéressants articles qu'il a publiés, pendant le deuxième semestre de l'année 1919, dans le journal *La Liberté*, sous ce titre général : « Les autres blessés » (1), a pu écrire, dans l'un d'eux, sans avoir été démenti, que je sache :

« Tuberculeux de guerre, j'ai dit que vous « étiez quatre cent mille (400.000) en France. « M. André Linville, rédacteur en chef du « *Journal des Mutilés et Réformés*, m'affirme « que ce nombre est inférieur à la réalité ». (Mardi soir, 23 septembre 1919).

Peu après, le Colonel Picot, député de la Gironde, lançait, dans le journal *La Petite Gironde*, un émouvant appel en faveur des tuberculeux de la guerre, sous ce titre sensationnel :

« Quatre cent mille poilus sur qui plane la « mort ». (20 octobre 1919).

Enfin, dans *Les Jours nouveaux*, M. Francis Vareddes formulait cette remarque aussi sévère que juste et tristement circonstanciée :

« La France, grâce à l'imprévoyance et au « manque de conscience des conseils de révision, « qui ont fonctionné pendant la guerre, possède « plus de quatre cent mille tuberculeux de guer- « re ». (Cahier n° 4, du 5 décembre 1919, p. 14).

Au début de l'année 1917, ces tristes constatations, maintes fois répétées, me décidèrent à signaler certains cas, douloureusement significatifs, au *Concours Médical*, par des lettres auxquelles ce journal a bien voulu accorder la bonne hospitalité de ses colonnes, ce dont je le remercie encore bien vivement.

Docteur H. HAMANT,
de Cambo-les-Bains.

(1) Il appelle ainsi ceux que le regretté doyen Landouzy a désigné par ces termes si expressifs : « Les blessés de la tuberculose ».

VARIÉTÉS

Anecdotes médico-militaires de guerre.

Le « savon de Marseille ».

Cinq draps blancs tapissaient la salle qui était réservée au Poste de Secours. Les étiquettes étaient remises à neuf sur les flacons. Les caisses de médicaments venaient d'être repeintes avec de beaux drapeaux tricolores à gauche et une éclatante croix rouge à droite. *Une belle couverture* propre recouvrait la table qui servait de bureau ; dans un coin, un bidet majestueux — acheté dans une ville abandonnée — resplendissait, et un beau « bock » en verre attendait, ironique, la rentrée des permissionnaires.

Nous espérions la visite du médecin inspecteur X..., car, depuis trois jours, nous étions au repos à Villersexel, après de chauds combats au Chemin des Dames.

J'allais oublier de vous dire qu'il se trouvait même un lavabo portatif dans un coin du poste — ayant emporté le bidet, nous l'avions pris lui aussi —. Tout donnait une impression de fraîcheur et de propreté qui ne pouvait que satisfaire le médecin inspecteur.

Mes deux infirmiers étaient rasés de frais, leurs cheveux coupés courts et leurs mains propres. Le gros Allégret fumait tranquillement une cigarette en louchant d'un œil satisfait sur son brassard tout neuf. L'autre, le brave Magnioly, essayait d'adapter à sa tête maigre et basanée un vaste béret rébarbatif qui sentait encore le magasin et qui, sur sa tête, ressemblait à une tarte aplatie. De temps à autre, il lançait de sa grande gueule méridionale un « boniment » à la voisine d'en face.

Moi-même, j'étais content et je me consolais presque de ne toucher de la princesse que 118 fr. par mois, tant mon poste de secours était beau !

Un peu inquiet tout de même, « échaudé » par les jours d'arrêts de « l'opercule ». — J'étais obligé d'avouer que rien ne clochait. Mais il y avait si longtemps que nous étions en ligne dans des postes de secours sales et sanglants, où l'on ne nous « inspectait » jamais !.....

... Un ronflement de voiture, un cri « garde à vous », et le médecin inspecteur aux manches étoilées, bien sanglé dans un dolman noir sans velours, bien culotté de rouge, descendit.

Mes infirmiers bafouillaient un peu et l'appelaient : « mon général ». — Ça ne lui déplaisait pas. — Il regarda partout. Tout y était, même la brosse à ongle ! .

Il avait l'air furieux.....

Tout à coup, sa figure s'éclaircit, sa moustache se redressa et il tomba en arrêt devant un morceau de savon de Marseille tout biscornu qui nageait, dans une soucoupe, à côté du lavabo.

— « Approchez, Monsieur, me dit-il. Evidemment, votre poste est propre ; mais je suis sûr, Monsieur, que vous ne savez pas tout et que des détails vous échappent. Coupez-moi ce morceau de savon. »

— « Magnioly, passe-moi ton couteau. » dis-je à mon infirmier. J'allais me mettre en demeure de trancher...

— « Malheureux ! qu'alliez-vous faire ? Je le savais bien, que vous ne saviez rien ! Du « bluff » votre poste, Monsieur, pas de fond chez vous ! pas de fond !.. Regardez ... »

Lui-même prit une ficelle et scia le savon bien droit, sans en répandre une miette.

— « Voilà, Monsieur, comment on s'y prend, quand on est débrouillard ! Que cela vous serve de leçon... »

Il s'en alla, content de son travail, pour lequel il touchait 2.000 fr. par mois. »

Je le regardais partir, au garde à vous, tandis que mon infirmier fidèle grognait dans mon dos !

— « Ah ! m...! Je crois qu'il vous l'a mis, Monsieur le Major ! vous ne connaissiez pas le fil à couper le savon de Marseille ! »

Et Allegret lui répondit :

« Qu'est-ce qu'il nous faudra voir encore dans ce put' de métier ? »

Villersexel, 1917.

A. MYAL.

Le médecin a l'impérieux devoir d'être prévoyant.

Il doit s'assurer contre l'incapacité de travail que peuvent lui causer la maladie ou les accidents.

Il doit s'assurer une retraite pour ses vieux jours.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

Bureaux d'hygiène.

— Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires, parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

1) Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de *directeur du bureau municipal d'hygiène de Valenciennes* (Nord) est déclarée ouverte.

Le traitement alloué est fixé à 7.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, expirant le 30 avril 1920, pour adresser au ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

2) Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de *directeur du bureau municipal d'hygiène d'Ivry-sur-Seine* (*Seine*) est déclarée ouverte.

Le traitement alloué est fixé à 10.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours expirant *le 2 mai* 1920 pour adresser au ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, leurs demandes, accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

3) Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 28 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de *directeur du bureau municipal d'hygiène de Nevers* (*Nièvre*) est déclarée ouverte.

Le traitement alloué est fixé à 7.000 fr. par an

pour cette fonction, plus 2.500 fr. pour tous services accessoires prévus par arrêté du maire.

Les candidats ont un délai de vingt jours expirant le 5 mai 1920 pour adresser au ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

— Le syndicat des médecins sanitaires maritimes du Havre et de Saint-Nazaire vient de faire reparaître, après cinq années d'interruption, son bulletin, LE GULLIVER, ou revue de médecine sanitaire maritime.

Cette intéressante revue est spécialisée dans la défense des intérêts professionnels des médecins sanitaires maritimes ainsi que dans les études relatives à l'hygiène maritime, à l'épidémiologie et à la prophylaxie des maladies exotiques, aux applications de ces sciences à la police sanitaire maritime.

Le premier numéro de 1920 commence une mise à jour de toutes les questions qui intéressent les médecins sanitaires maritimes. Dans les premières pages, il passe la revue des morts de la guerre, sur terre et sur mer. Il expose ensuite l'état actuel de l'organisation syndicale des M. S. M. C'est ainsi qu'un syndicat de M. S. M. vient d'être créé à Bordeaux. Ce qui porte à trois le nombre des syndicats de M. S. M., celui de Bordeaux, le dernier fondé, celui du Havre et de Saint-Nazaire, fondé en 1911, celui de Marseille, fondé en 1907. Ce dernier porte le nom de Syndicat des M. S. M. du sud de la France et publie un bulletin commun avec le Syndicat des médecins de Marseille et la fédération des syndicats médicaux de Provence.

Tous les M. S. M. navigants, beaucoup de M. S. M. ne naviguant plus ou n'ayant jamais navigué adhèrent à ces groupements. Ils sont animés d'un grand esprit de solidarité. Ils font un effort intense et constant auprès des compagnies de navigation en vue d'obtenir un statut corporatif et une solde digne de la profession médicale. Ils luttent auprès des pouvoirs publics pour l'attribution d'une plus large part de représentation et d'action dans les conseils directeurs de la marine marchande. Il visent enfin à faire de leur profession, qui fut longtemps incertaine, une véritable carrière couronnée, après les dures années de navigation, par l'obtention des divers postes terrestres de directeurs et médecins de la santé ou d'inspecteurs de la marine marchande.

Nous leur souhaitons le plus grand succès dans leurs revendications et nous engageons tous les M. S. M., ayant navigué ou non, qui ont pu s'intéresser à cette belle vie de la mer, à s'inscrire, pour aider leurs confrères dans les groupements, en s'adressant pour : Le Havre au Dr Dumond, 8 rue Le Demandé, à Sanvic (Seine-Inférieure) ; ou au Dr Clerc, 257 boulevard Raspail, Paris (14e) ; pour Bordeaux au Dr Gendronneau, 11 rue Delbos ; pour Marseille au Dr Buissou, 16, rue Puget. Les trois syndicats, jusqu'à présent autonomes, ont mis à l'étude un projet de fédération, qui serait chargée des intérêts généraux de la corporation.

— Le dernier concours des hôpitaux (médecins) vient de se terminer par la nomination de MM. Ameuille, Chiray, Renaud, Lemaire et Vallery-Radot.

— **Médecine opératoire spéciale.** — M. H. LORIN, prosecteur, ouvrira un cours d'opérations sur l'appareil génito-urinaire de l'homme, le mardi 1er juin 1920, à 1 h. 1/2.

I. Voies d'accès sur le rein. Ouverture des abcès périnéphrétiques. Néphropexies. — II. Néphrotomie (sutures du rein). Néphrostomie. Pyélotomie. Néphrectomies lombaire, transpéritonéale et latérale rétrapéritonéale. — III. Chirurgie de l'uretère. Uretéro-cysto-néostomie. Implantation de l'uretère dans l'intestin. — IV. Ponction de la vessie. Cystostomie. Cystectomie partielle, totale. Lithotritie. Cathétérisme uretéral à vessie ouverte. — V. Traitement de l'exstrophie vésicale. Urétrotomie interne. — VI. Traitement des ruptures traumatiques de l'urètre. Urétrotomie externe. Suture de l'urètre. — VII Chirurgie de la prostate. Incision des abcès de la prostate. Prostatectomie. Technique de la prostatectomie sous anesthésie locale. — VIII. Circoncision. Traitement de l'hypospadias. — IX Varicocèle. Hydrocèle. — X. Chirurgie du testicule. Epididymectomie. Castration.

Le cours aura lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur. Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les candidats immatriculés. Le droit à verser est de 50 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet

nº 3), de midi à 3 heures, les mardis, jeudis et samedis.

— Leçons sur la syphilis du système nerveux. — Le Dr Leredde commencera, le dimanche 2 mai, à 10 h. 1/2 du matin, au dispensaire de syphiligraphie, 54, rue Saussure (XVIIe) une série de leçons sur la syphilis du système nerveux et son traitement, avec présentation de malades, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

— Les professeurs et les élèves des cours de vacances de la Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu sur les maladies du foie et du pancréas, institués et professés sous la haute direction de M. le Professeur Gilbert de la Faculté de Médecine, ont visité, les 10 et 11 avril, à l'issue des cours, les sources et les installations de l'Etablissement Thermal de Vichy.

Sous la conduite de M. le Professeur agrégé Maurice Villaret, des docteurs Lippmann et Chabrol, anciens chefs de clinique du Docteur Chiray, médecin des hôpitaux de Paris, des docteurs Paul Descomps, Deval et Dausset, chefs des laboratoires de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, les auditeurs des cours, comprenant de très nombreux médecins étrangers, ont été reçus par les représentants de la Compagnie Fermière et la Société des Sciences Médicales de Vichy.

Une soirée musicale très réussie, donnée le samedi 10 avril dans les salles du Casino, fut d'abord offerte aux professeurs et docteurs ainsi qu'aux médecins de la station thermale de Vichy.

Le lendemain matin, dirigés par des médecins de la Société des Sciences Médicales et par le docteur Aimard, de l'Etablissement thermal, les invités de la Compagnie ont pu examiner en détail et apprécier la perfection des installatison et divers services de cet établissement, bains, douches, mécanothérapie, électrothérapie, radiologie, puis ils ont visité les sources universellement réputées : Grande-Grille, Chomel, Hôpital, Célestins, ainsi que les intéressants travaux de captage de cette dernière source.

Un banquet fut offert à l'Hôtel du Parc par la Compagnie Fermière. Des toasts de bienvenue ont été prononcés par l'Inspecteur général de la Compagnie, qui porta à la santé de M. le professeur Gilbert, sur l'initiative duquel l'excursion fut réalisée, et par M. le docteur Chabrol de la Station Thermale de Vichy, qui insista sur les liens étroits de fraternité et d'affinité de race, unissant les médecins français à leurs collègues gréco-latins, largement représentés parmi les auditeurs des cours de l'Hôtel-Dieu. Puis M. le docteur Lippmann, dans une spirituelle improvisation très applaudie, remercia les représentants de la Compagnie d'avoir organisé à l'improviste, dans les meilleures conditions, une visite quelque peu prématurée, avant l'ouverture de la saison thermale.

Enfin, un auditeur des cours, M. le docteur Jean Goffin, de Bruxelles, se fit en termes très chaleureux l'interprête de ses condisciples étrangers pour remercier à la fois la Compagnie Fermière et les médecins de Vichy de leur bon accueil, et leurs professeurs du zèle avec lequel ils leur avaient prodigué un enseignement si apprécié, dans les cours de perfectionnement de l'Hôtel-Dieu.

— Par arrêté de M. le Ministre de l'Intérieur, en date du 17 janvier 1920, rendu sur l'avis de l'Académie de Médecine, la « Source Salée » de Vittel, déclarée d'intérêt public, portera à l'avenir le nom de *Vittel « Source Hépar »*.

La Société Générale des Eaux Minérales de Vittel a donc l'honneur d'informer MM. les docteurs que cette dénomination de Vittel *Source Hépar*, qui répond mieux aux indications de cette eau, figurera dorénavant sur les étiquettes (lettres bleues) des bouteilles contenant l'eau de l'ex-Source Salée de Vittel.

— Un concours pour la nomination de 90 Médecins Inspecteurs des Ecoles des communes suburbaines de la Seine aura lieu le vendredi 21 mai 1920.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 8 mai inclus à la Préfecture de la Seine (Direction administrative des Services de l'Enseignement - Inspection médicale des Ecoles - Annexe Est de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau), tous les jours non fériés de 14 à 17 heures.

La notice contenant les conditions du concours et le programme sont délivrés 2 rue Lobau.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

ditions de bienfaisance et de désintéressement de notre profession. D'accord, mais que la société ne fasse pas de nous des parents pauvres en nous honorant d'une façon trop sommaire.

Inspirez-vous, pour vos réclamations, du très intéressant rapport du Dr Rinuy, à l'Assemblée générale de l'Union de décembre.

Si le Conseil général refuse vos conditions, que chacun donne séparément sa démission du service de l'A. M. G., pour ne pas donner prise à la discussion juridique, sur les restrictions de notre droit syndical.

Mais, au préalable, obtenez de tous vos syndiqués un engagement écrit d'avoir à se conformer à la conduite arrêtée en commun, pour qu'il n'y ait pas de désertion, au moment où le préfet essaiera de faire miroiter certains avantages et certains monopoles aux yeux des timorés ou des indépendants (d'autres disent : aux égoïstes).

En tout cas, nous nous tenons à votre disposition pour vous documenter et vous aider de notre mieux.

Dr P. B.

Délivrance des certificats aux blessés du travail.

J'ai donné, il y a un mois, un certificat de prolongation en double exemplaire, sur papier libre, à un ouvrier (accidenté 1898), destiné l'un au patron, l'autre à la mairie. L'ouvrier me dit aujourd'hui qu'il a remis un des certificats au patron et a gardé l'autre qu'il a remis à son avoué. Le certificat mentionnait simplement la nécessité d'une prolongation de repos, avec au bas « accident du travail ». Y a-t-il un inconvénient à ce que ce certificat ait été détourné de sa destination, soit au point de vue de la notification à la justice de paix, ce qui ne doit pas être de mon ressort, soit, si ce certificat est produit par l'avoué, à la conciliation qui doit avoir lieu le 5 mai, et ai-je quelque chose à faire pour signaler le fait ?

Dr G.

Réponse

Les certificats de prolongation d'incapacité d'un blessé du travail ne sont pas prévus par la loi et n'ont pas à être déposés à la mairie.

Le tarif Dubief lui-même les ignore et ne leur alloue pas d'honoraires. En principe, le médecin ne peut en exiger le paiement du patron ou de l'assureur que lorsque le certificat lui a été demandé.

D'ailleurs, pour respecter le secret professionnel, le médecin ne doit remettre le certificat qu'au blessé lui-même, à qui il appartient d'en faire l'usage qu'il jugera bon dans son propre intérêt. Mais le médecin n'a jamais à se préoccuper du sort qui est échu à son certificat. Ce n'est

pas lui qui est chargé par la loi de le déposer à la mairie dans les cas où ce dépôt doit avoir lieu.

Le médecin ne saurait être non plus contraint de délivrer son certificat en plusieurs exemplaires. En le faisant, il s'exposerait d'ailleurs à se voir refuser le paiement des duplicata qu'il aurait délivrés, et pour lesquels le Tarif Dubief ne prévoit aucune rémunération spéciale, sauf, bien entendu, dans le cas où ces duplicata lui auraient été expressément demandés, et où il pourrait en fournir la preuve.

Le blessé est toujours libre de choisir son médecin.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me donner votre avis sur le cas suivant, ainsi que la ligne de conduite à tenir.

Un blessé assuré au Syndicat de X. est venu me demander mes soins le 18 mars. Ayant reçu le 7 avril la visite de l'agent de la Cie à P. et sur les instances de celui-ci, il s'en va à O... consulter un confrère sans me prévenir.

Informé de ce fait, j'écris à l'agent en question pour obtenir des explications. Celui-ci me répond que l'ouvrier « trouvant que son état ne s'améliorait pas suivant son gré, lui a demandé de se faire visiter par un médecin de son choix, ce qu'il ne pouvait refuser ».

Le 12 avril, toujours à mon insu, le directeur de la Cie convoque le blessé au siège de la Cie pour le faire examiner, puis l'envoie à Paris.

Étant donné que, d'après ce qu'il me souvient, les consultations ordonnées par la Cie doivent être notifiées au médecin traitant deux jours à l'avance par lettre recommandée, et même se faire en sa présence, quelle ligne de conduite dois-je adopter ?

Mon intention est, après une lettre sévère au Directeur de la Compagnie, d'envoyer promener le blessé.

Dr C.

Réponse.

La disposition de l'article 4, § 5, de la loi sur les accidents du travail, qui réglemente les conditions dans lesquelles le patron peut faire visiter le blessé par un médecin de son choix, préalablement désigné par lui au juge de paix, a été prise, non dans l'intérêt du médecin traitant, mais dans celui du blessé, qui ne peut être contraint de subir cette visite si son médecin n'en a pas été prévenu comme l'indique cette disposition.

Mais le blessé peut renoncer au bénéfice de cette disposition et aussi bien admettre un médecin du patron ou de l'assureur à le visiter que se rendre chez ce médecin, à la clinique ou au

siège de la Cie d'assurances, pour y subir tous examens ou même tous traitements.

Si le blessé agit ainsi volontairement et sans contrainte, s'il n'a été employé aucun moyen prohibé par la loi, tels que menace de renvoi, refus ou menace de refus des indemnités dues en vertu de la loi, en violation de l'article 30 de ladite loi, ou menaces, dons, promesses d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux et fournitures pharmaceutiques, en violation de l'article 11 de la loi du 25 octobre 1919, le médecin n'a aucune action de ce chef contre le patron ou l'assureur.

Mais il a parfaitement le droit de refuser à continuer de donner ses soins au blessé qui a ainsi manifesté son peu de confiance en lui.

Vous pourriez aussi, en l'espèce, envoyer une lettre de reproches au Directeur de la Cie d'assurances. Mais vous pouvez être persuadé qu'elle demeurerait sans résultat.

Pensions civiles et services militaires.

L'œuvre quotidienne du *Concours* est fort appréciée des médecins de colonisation algériens, sans doute parce qu'ils ont à souffrir plus que d'autres de l'arbitraire de l'Administration qui aime à se dire ... supérieure.

« Il ne fallait pas devenir fonctionnaire, puisque vous étiez médecin », pourrez-vous me dire.

Et je répondrai : sans doute, vous avez mille fois raison, mais il est trop tard — car je compte actuellement plus de quinze années de services civils ou militaires.

J'ai fait à peu près toute la durée de la guerre à 2 et 3 galons.

Me voici rentré dans mes foyers avec la perspective d'une retraite encore bien lointaine à mon gré.

Pourriez-vous me dire, si, son heure sonnée, j'aurai alors le choix d'opter pour la liquidation au titre civil ou au titre militaire ?

La *Tribune du Fonctionnaire* a parlé ces jours-ci d'une loi de 1913 qui nous laisserait ce droit d'option. J'en conclus que je pourrai demander alors ma liquidation comme si j'avais été toute ma vie médecin-major de 2e classe si j'y ai intérêt.

Suis-je dans le vrai ? Et pouvez-vous me faire réponse dans votre organe professionnel ?

Dr D.

Réponse.

Fonctionnaire civil, ce sera à une pension civile que vous aurez droit, et non à une pension militaire.

Mais, aux termes de l'article 2 de la loi du 30 décembre 1913, modifiant l'article 8 de la loi du 8 juin 1853, modifié lui-même par l'article 50

de la loi du 28 avril 1893, les services dans les armées de terre et de mer concourent avec les services civils pour établir le droit à pension. Il est fait état desdits services militaires, *au gré de l'intéressé,* soit conformément à la législation sur les pensions militaires, soit conformément à la législation sur les pensions civiles.

La liquidation militaire s'opère conformément au tarif en vigueur au moment où le fonctionnaire a été admis à la retraite.

La liquidation civile est effectuée à raison d'un cinquantième ou d'un soixantième du traitement moyen par année de service, suivant que l'intéressé a servi dans la partie active ou dans la partie sédentaire.

Au moment où vous aurez droit à votre pension de retraite, vous pourrez donc choisir entre la législation civile et la législastion militaire pour la liquidation de la partie militaire de vos services, conformément à votre intérêt, qui ne pourra être déterminé qu'à cette époque, suivant la législation qui sera alors en vigueur.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Un traitement du rhumatisme chronique déformant.

Pendant six mois, quinze jours par mois, prendre 1 cuillerée à potage de :

Acide phosphorique of.	15 gr.
Phosphate acide de soude	30 gr.
E. dist.	300 gr.

cuillerée que l'on mélange avec :

Eau	1 litre.
Sirop de sucre	50 gr.

1 jus de citron.
1 jus d'orange.

à boire dans la journée.

Les 10 jours qui suivent, boire, chaque jour, un peu loin des repas, 1 cuill. à potage de :

Extrait aqueux de racine de bryone	10 gr.
Vin blanc de Gailhac	990 gr.

(F. S. A.)

Comme régime, diminuer beaucoup la ration de pain ; absorber en quantité oranges et citrons ; ne dîner, le soir, qu'avec des oignons.

Traitement hydro-minéral : dans les formes douloureuses : Bagnères-de-Bigorre, Lamalou, etc.. ; dans les formes non douloureuses : Ax, Barèges, Luchon, dans les Pyrénées ; Aix en Savoie, dans les Alpes ; Gransac, dans l'Aveyron...

R. MOLINÉRY.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Révocation de médecin d'hôpital. Communication obligatoire du dossier.

CONSEIL D'ÉTAT

Séance du 3 juillet 1914.

Le Conseil d'Etat, statuant au contentieux ;

Vu la requête présentée par le sieur W... et tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler, pour excès de pouvoir, une délibération, en date du 2 mars 1912, approuvée par le Préfet de Seine-et-Oise, le 12 mars suivant, par laquelle la Commission administrative des établissements hospitaliers de S. l'a relevé de ses fonctions de chirurgien de l'hôpital ;

. . . .

Sur l'intervention des Etablissements hospitaliers de S. :

Considérant que ces Etablissements ont au maintien de la délibération attaquée un intérêt de nature à faire admettre leur intervention ;

Au fond :

Considérant que la loi du 22 avril 1905, dans son article 65, dispose que tous les fonctionnaires, employés et ouvriers de toutes administrations publiques ont droit à la communication personnelle et confidentielle de toutes les notes, feuilles signalétiques et tous autres documents composant leur dossier avant d'être l'objet d'une mesure disciplinaire ;

Considérant que le sieur W... a été révoqué de ses fonctions de chirurgien de l'hôpital de S. par délibération de la Commission administrative de cet établissement, en date du 2 mars 1912, approuvée par le Préfet de Seine-et-Oise, le 12 mars ; qu'il résulte de l'instruction, que le requérant a réclamé la communication de son dossier ; que s'il a reçu communication de la délibération de la même commission en date du 10 juillet 1911, dans laquelle étaient formulés contre lui un certain nombre de griefs et qui concluait à sa révocation, il n'a pas eu connaissance d'une délibération antérieure, en date du 10 octobre 1910, qui avait trait à des faits de négligence qui lui étaient reprochés ; que, d'ailleurs, aucune mesure définitive n'a été prise à son égard immédiatement après la délibération du 10 juillet 1911 ; que plusieurs autres délibérations sont intervenues et qu'un rapport a été rédigé, dans lesquels se trouvent relatés d'autres faits reprochés au requérant ; que ces documents antérieurs à la date de sa révocation, qui ont été nécessairement connus par la commission administrative et par le Préfet et qui ont pu contribuer à faire prendre la mesure dont s'agit, n'ont pas été communiqués au sieur W... qu'il suit de là, qu'il n'a pas été satisfait aux prescriptions de l'article 65 de la loi du 22 avril 1905.

Décide :

Article Premier.

L'intervention des Etablissements hospitaliers de S. est admise.

Article 2.

La délibération susvisée de la commission administrative desdits Etablissements, en date du 2 mars 1912 et la décision approbative du Préfet de Seine-et-Oise du 12 mars suivant sont annulées.

Article 3.

Le sieur W... ne supportera aucun droit d'enregistrement ; les frais de timbre exposés par lui sont mis à la charge des Etablissements hospitaliers de S.

NOTE

Les droits de la défense doivent toujours être respectés et demeurer entiers : le Conseil d'Etat vient une fois de plus de l'affirmer. Bien qu'un médecin d'hôpital ne soit pas un fonctionnaire, il lui est fait application des prescriptions de l'article 65 de la loi du 22 avril 1905, en le considérant comme un employé d'établissement public. Cet arrêt donne donc une garantie de plus, pour s'opposer aux révocations quelque peu arbitraires, envers un médecin d'hôpital, qui a cessé de plaire, ou dont les opinions politiques divergent de celles du maire, président de la commission administrative, ou enfin parce qu'un candidat doit être mis à sa place.

Il faut avouer que le corps médical n'aurait pas ainsi à se défendre, si le service de l'hôpital, surtout dans les localités de moyenne importance, n'était pas l'apanage de quelques privilégiés, mais si les associations professionnelles médicales pouvaient faire un contrat collectif de travail avec l'administration de l'établissement. C'est l'avenir de demain, qui dépend beaucoup de l'activité et de l'énergie des syndicats locaux, comme de la cohésion et de la solidarité entre confrères de la même ville.

Dr Paul BOUDIN.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Sonnet.

Le cœur.

Comme un aigle, à grands coups, du rostre et de la serre,
Heurte, captif, la cage et les barreaux étroits,
Le cœur, de chocs scandés, martèle la paroi
De l'obscure et vivante prison qui l'enserre.

Dans la colère, et dans l'amour, et dans l'effroi,
Il bondit, et voudrait sortir de sa carcère ;
Mais il s'apaise... et bat, calme et vibrant viscère,
D'un va-et-vient pareil chez le rustre et le roi.

Parfois, d'un bref sursaut, palpite sa systole,
Quand passe Locusta, sinistre sous la stole,
César, ou Régulus qui part, inébranlé.

Puis vient l'âge hivernal des séniles scléroses,
Où sa force défaille, en élans trémulés,
Devant les Voluptés et leurs perverses roses.

H. BROUTELLE.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 19 — DIMANCHE 9 MAI 1920

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS

Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

DIRECTION

Dr A. GASSOT, DIRECTEUR

Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT

J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION

Dr J. NOIR,
RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. N° 19 9 Mai 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

AVIS

Automobilisme

Le groupement du Dr de Vaubercey, Miribel (Ain) donne avis que l'essai de la voiturette annoncée a été favorable ; mais le prix de 6.000 francs ne peut être maintenu ; il sera entre 7 et 8.000 ; livraisons des premières en août ; grosses séries suivront ; se hâter pour adhésions et confirmation des anciennes. Maison très sérieuse, dévouée à notre cause ; nous ferons pour le mieux.

Office de Renseignements du « Concours »

(Voir numéros précédents).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours medical*, de M. le docteur Lecœur, de Courbevoie (Seine), la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée d'un timbre pour la réponse.

No 186. — Maine-et-Loire. Médecin pro-pharmacien, poste 18.000, désirerait céder, légère indemnité.

No 187. — Suis acheteur instruments occasion, état de neuf : forceps, thermocautère, aspirateur de Potain, etc. Faire offres.

No 188. — (Doubs). Confrère recevrait dans sa villa, lymphatiques ou convalescents non contagieux. Station d'altitude (800 m.).

No 189. — Achète à 15.000 fr., contrat auto Peugeot 10 HP., modèle 159. Au besoin céderais en échange torpedo 2 places, ayant peu roulé.

No 190. — Docteur Bagot, Roscoff, soigne par traitement marin : anémie, rhumatisme chronique, douleurs, raideurs articulaires, développement défectueux des enfants.

No 191. — Loire. Poste à céder, petite ville industrielle, bonnes conditions, 14.000 touchés avant guerre, 30.000 actuellement environ. Pressé.

No 192. — Somme, région non envahie, clientèle rapportant 12.000 fr. avant-guerre, à céder gratuitement.

No 193. — Dr G. Noir, de Cluny (Saône-et-Loire), achèterait Pratique médico-chirurgicale, bon état, 8 volumes et supp. reliés.

No 194. — Dr 33 a., tr. act., ch. bel. sit. établ. méd. Paris ou banlieue, ou sit. para ou nettem. extra méd., Fr. ou étrang.

No 195. — A vendre cause double emploi, auto Alba 1919, 9-12 HP., ayant roulé 2 mois, 5 roues interchangeables, éclairage électrique. Prix 17500 fr. S'adresser docteur Gouez, Plougastel-Daoulas, Finistère.

No 196. — Val André. Médecin recevrait 4 chroniques ou convalescents pour cure de régime, de repos, du 15 juin au 15 octobre. Dr Simon, Pléneuf (C.-d-N.)

No 197. — Docteur, 3 enfants, serait reconnaissant à confrère qui lui signalerait un poste à reprendre immédiatement, même dans régions libérées.

N° 198. — Jeune docteur demande occupation rétribuée dans Paris ou situation dans clinique oto-rhino-laryngologique.

N° 199. — Poste à reprendre sans indemnité dans petite localité de l'Ouest, situation exceptionnelle, poste susceptible d'un beau rapport. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 200. — Très beau poste ancien, rapportant 30.000 fr. touchés, dans petite ville du nord, 90 km. de Paris, conviendrait spécialement à jeune docteur célibataire. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 201. — Seul médecin pro-pharmacien, commune 5.000 hab., cèderait poste si indemnité suffisante. Dr Thomas, Pluméliau, Morhiban.

N° 202. — Jeune docteur accepterait association avec confrère dans clinique.

N° 203. — Médecin demande poste pro-pharmacien. Chasse, pêche.

N° 204. — Docteur en médecine de la Faculté de Paris, 30 ans de pratique ininterrompue de médecine générale, particulièrement de gynécologie, encore très solide et très robuste, cherche et voudrait occuper deux ou 3 heures de la matinée et au besoin autant dans la soirée, dans clinique, maison de santé ou toute autre institution. Prétentions très modestes.

CORRESPONDANCE

Le blessé du travail n'est pas obligé de se déplacer pour recevoir le médecin du patron.

Je viens vous mettre au courant d'un fait qui m'a paru « extraordinaire ».

Depuis 10 jours je soigne une jeune fille, ouvrière tisseuse au métier mécanique, qui a eu le doigt index droit écrasé par les roues d'un engrenage. Le patron est assuré à la Cie X. Celui-ci a reçu, à la date du 24 avril, un mot de l'agent régional de la Cie domicilié à B., invitant la blessée à se présenter : « Mercredi « prochain 28 avril, à 9 h. aux bureaux de MM. F., « agents généraux de la X., à Lyon, d'où elle sera « conduite chez M. le Dr B. afin que la Cie soit ren- « seignée exactement sur l'état de Mlle P... » Ce sont les termes de la note. L'ouvrière, une jeune fille de 15 ans, et son père, sont accourus dans mon cabinet, m'apportant la lettre, et effrayés, me demandant quelle conduite tenir.

Sur mon conseil, je dis au père qu'il n'avait qu'à rester chez lui. Je lui fis écrire aux agents sus-nommés qu'il ne se dérangerait pas, qu'il invoquait le § 5 de l'article 4 de la loi de 1905 et qu'il demandait pour le médecin désigné : 1° le visa par le juge de

Paix d'une lettre l'autorisant à visiter la blessée ; 2° que le médecin traitant soit avisé 48 heures à l'avance par lettre recommandée.

Ai-je bien agi, en donnant ce conseil ? La Cie ne commet-elle pas un abus de pouvoir, une illégalité, en invitant la blessée à faire ce déplacement, à se laisser examiner hors de ma présence ?

Notez qu'il y a 70 kilomètres de déplacement par voie ferrée.

Veuillez me donner votre avis sur cette affaire.

Dr C.

Réponse.

Vous avez eu parfaitement raison d'agir comme vous l'avez fait, car la Compagnie, non plus que le patron, n'a le droit d'imposer à la victime d'un accident du travail la visite d'un médecin sans que les formalités prescrites par l'article 4 § 5 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905, aient été observées.

La visite du médecin patronal doit avoit lieu au domicile du blessé, auprès duquel le médecin a *accès*. Mais en aucun cas le blessé ne peut être contraint de se déplacer, ni *a fortiori* de faire un voyage comme celui que, dans l'espèce, la Cie voulait imposer à cette jeune fille, votre cliente.

La blessée a donc refusé avec raison d'obéir aux sollicitations de la Cie. Mais il n'y a pas en cette affaire de violation punissable des prescriptions légales, puisqu'il n'y a eu ni menace de renvoi, ni refus ou menace de refus des indemnités dûes en vertu de la loi accidents (art. 30 de ladite loi), ni menaces, don, promesse d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux ou pharmaceutiques, prévus et punis par l'article 11 de la loi du 25 septembre 1919 sur les maladies d'origine professionnelle.

Déclaration du revenu professionnel.

I

Je vous serais obligé de vouloir bien me dire quelle est la teneur de l'article 36 de la loi du 31 juillet 1917, au nom duquel le contrôleur des Contributions directes m'invite à déclarer mes bénéfices provenant de l'exercice de ma profession pendant l'année 1919. Le papier porte en titre : « Impôt sur les bénéfices des professions non commerciales ». J'ai été mobilisé jusqu'à fin mars 1919, j'ai trouvé en arrivant trois confrères nouveaux établis pendant la guerre et mes gains professionnels ont de ce fait sévèrement diminué, rendant mes bénéfices plutôt problématiques...

Dr V.

Réponse.

Aux termes de l'article 36 de la loi du 31 juillet 1917, tout contribuable astreint à dé-

clarer ses bénéfices dans les trois premiers mois de chaque année, qui n'a pas souscrit cette déclaration dans ce délai, est invité par le Contrôleur à produire sa déclaration dans un nouveau délai de vingt jours, passé lequel il est imposé d'office, sauf sa réclamation après l'établissement du rôle. Dans ce cas, l'impôt est majoré de moitié.

Vous savez que les médecins sont assujettis à un impôt sur les bénéfices de leur profession, aux termes des articles 30 à 37 de la loi précitée.

Il y a donc lieu pour vous de faire votre déclaration (puisque sans doute vous ne l'avez pas faite encore), dans le délai qui vous est imparti.

C'est le bénéfice net de l'année précédente qui doit être déclaré, bénéfice constitué par l'excédent des recettes totales sur les dépenses nécessitées par l'exercice de la profession.

Au cas où vous n'auriez réalisé aucun bénéfice aux termes de la loi, vous aurez à faire une déclaration négative.

II

Dans le *Concours Médical*, nº 17, je lis, à la page 1029, à propos de la Contribution de 1 % sur le chiffre d'affaires :

« Les médecins ne seraient donc point soumis à « ce nouvel impôt, et vous pouvez être tout à fait « tranquille à ce sujet. »

Je lisais votre journal le 26 avril au soir. Le 27 je reçois la communication (l'injonction, pourrais-je dire) d'avoir à déclarer, dans le délai de 20 jours, le montant de mon chiffre d'*affaires* pendant l'année 1919.

Je ne vous envoie pas le papier, de crainte qu'il ne s'égare. Il m'est envoyé au nom de M. le Contrôleur des Contributions Directes.

Que dois-je faire ? Obtempérer comme un gendarme ? — Remarquez qu'il est dit : « à défaut « de déclaration dans le délai indiqué, le chiffre « d'affaires sera évalué d'office. »

Et le titre, l'en-tête du papier porte :

Impôt sur les Bénéfices *Industriels et Commerciaux*. (Loi du 31 juillet 1917).

Dr M.

Réponse.

C'est certainement par erreur que le Contrôleur des Contributions Directes vous a réclamé la déclaration de votre chiffre d'affaires et vous a envoyé un imprimé destiné aux redevables de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux.

Les médecins, qui ne sont ni industriels ni commerçants, ne sont pas assujettis à cet impôt ; mais, aux termes des articles 30 à 37 de la même loi du 31 juillet 1917, ils sont assujettis à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.

Cet impôt est établi sur « le bénéfice net de l'année précédente constitué par l'excédent des recettes totales sur les dépenses nécessitées par l'exercice de la profession. »

La déclaration doit en être faite dans les trois premiers mois de chaque année. A défaut de déclaration dans ce délai, le contribuable est invité à la produire dans un nouveau délai de vingt jours. Passé ce délai, le bénéfice imposable est déterminé d'office. L'impôt est alors majoré de moitié.

Vous devrez donc, dans ledit délai de vingt jours, faire votre déclaration de bénéfice, si vous ne l'avez pas déjà faite. Si vous n'aviez fait aucun bénéfice, aux termes de la loi, vous auriez à faire une déclaration négative.

Application des nouvelles taxes téléphoniques.

Pouvez-vous me donner un conseil au sujet du fait suivant qui intéressera peut-être quelques-uns de nos confrères.

J'ai, il y a près de trois mois, adressé au directeur des postes une demande pour une installation téléphonique chez moi. Quelques jours après, je recevais une feuille de l'administration m'informant que la redevance annuelle était de 112 fr. 50 la première année et que j'aurais à payer une redevance supplémentaire de 10 fr. par an pour un poste mobile si je choisissais ce dernier. J'avais aussi à remplir une autre feuille si les conditions me plaisaient. Je la signai et la retournai au directeur en l'informant que j'acceptais lesdites conditions.

Un mois et demi après, les ouvriers des P. T. T. faisaient la ligne et amenaient le fil jusqu'à mon bureau, mais ne posaient aucun appareil. Dans les premiers jours d'avril, je recevais une note de l'administration m'informant que les abonnements du téléphone sont augmentés à partir du 16 avril et qu'au lieu de 112 fr. 50 c'était 300 fr. Puis, le 22 courant, en réponse à une lettre de moi demandant si oui ou non on voulait me terminer mon installation, le directeur m'informait que la redevance d'entretien des appareils mobiles était portée à 60 fr.

Il s'agit de savoir si l'administration des Postes a le droit d'agir ainsi puisque ma demande d'abonnement et l'installation des fils étaient antérieures au relèvement des tarifs. Je ne le crois pas, car, s'il en était ainsi, tous les abonnés, quelle que soit la date de leur abonnement, auraient à payer un supplément et aucun n'a reçu une pareille notification.

Dr L.

Réponse.

Les taxes postales, télégraphiques et télé-

(*Voir la suite page XXIX-1209*)

PROPOS DU JOUR

A propos du prochain concours de l'agrégation.

Les concours d'agrégation des Facultés de médecine vont s'ouvrir, les juges sont désignés. En fait de réformes, nous constatons que le nombre de ces concours est de 11 pour Paris et de 12 pour la province (1), car, notons-le, l'agrégation de Paris n'est pas la même que l'agrégation de province.

La province n'y perdra rien du reste. Les juges, choisis dans plusieurs facultés, seront moins influencés par les petites intrigues, et les épreuves seront vraisemblablement appréciées par eux avec plus d'indépendance et plus d'impartialité.

A Paris, les concours continueront à être selon l'expression très juste et bien connue des « concours de circonstances ». La Faculté gagnerait en dignité à s'affranchir de cette hypocrisie du concours pour la forme et à recruter ses agrégés comme elle recrute ses professeurs par le système de cooptation, cher aux Académies et emprunté au collège des Pontifes de l'ancienne Rome. Rien au fond ne serait changé. Les agrégés ne vaudraient ni plus, ni moins et leur choix arbitraire aurait au moins le mérite de la franchise.

Il nous est permis cependant de trouver bizarre que dans une République une et indivisible comme la République française, où le diplôme de docteur en médecine est unique et donne sur tout le territoire, à tous ceux qui l'ont obtenu les mêmes droits, il y ait pour enseigner et examiner les futurs docteurs deux sortes d'agrégés différents : les uns parisiens formant une classe à part ; les autres provinciaux affectés à toutes les autres facultés. Nous ne pensons pas cependant qu'un agrégé de Paris puisse avoir la prétention de se croire supérieur à un agrégé de province et nous ne voyons quel avantage peut en résulter pour un docteur de Paris, si ce n'est d'avoir eu beaucoup plus de difficultés matérielles à surmonter dans la capitale qu'en province, pour arriver à faire sérieusement et utilement de bonnes études pratiques.

A propos du concours de l'agrégation, le Syndicat des médecins de Meurthe-et-Moselle a adressé au ministre de l'Instruction publique la lettre suivante, qui signale une situation très regrettable, faite aux candidats qui durant la guerre ont le plus payé de leur personne et couru les plus grands risques :

Association syndicale des médecins de Meurthe-et-Moselle.

Briey, 16 avril 1920.

Le docteur A. Giry, président de l'association syndicale des médecins de Meurthe-et-Moselle, à Monsieur le ministre de l'Instruction publique.

Monsieur le ministre,

Un concours d'agrégation pour les facultés de médecine doit avoir lieu le mois prochain à Paris, le concours aurait dû normalement avoir lieu en 1915.

Par suite de la guerre, de nombreux médecins civils qui se préparent depuis longtemps à l'enseignemen, ont été obligés de quitter pendant cinq ans le milieu scientifique pour accomplir leur devoir, en général dans les armes combattantes, voyant ainsi reculer le but poursuivi et s'accroître les difficultés de préparation aux concours futurs.

Nos confrères sont péniblement surpris d'apprendre aujourd'hui, qu'au concours d'agrégation prochain, seront admis à se présenter des médecins militaires de carrière qui, en raison de leurs grades supérieurs, ont été favorisés, au cours de la campagne, d'affectations de tout repos, ont occupé des postes de choix dans les hôpitaux et les laboratoires, leur donnant toutes facilités de travail scientifique.

J'ai l'honneur, au nom du syndicat des médecins de Meurthe-et-Moselle, d'appeler votre bienveillante attention sur une inégalité qui ne vous échappera pas, et de vous demander, si en raison des circonstances exceptionnelles dans lesquelles aura lieu le prochain concours d'agrégation, vous n'estimerez pas qu'il y a lieu d'en limiter l'accès aux seul médecins civils, dont les intérêts seraient menacés par l'éventualité de l'admission des médecins militaires.

Un concours d'agrégation est d'ailleurs également institué au Val-de-Grâce, qui est exclusivement réservé aux médecins militaires de carrière et leurs intérêts de ce fait ne peuvent être lésés par la mesure que je sollicite de votre équité.

Veuillez agréer, Monsieur le ministre, l'assurance de ma respectueuse considération.

Dr GIRY.

---

(1) A Paris, auront lieu des concours d'anatomie et histologie, de physique et chimie, de médecine, d'anatomie pathologique, de dermatologie et syphiligraphie. d'obstétrique, de chirurgie et voies urinaires, de médecine expérimentale et physiologie, d'hygiène, de bactériologie et parasitologie, de médecine légale, enfin d'ophtalmologie. En proviece, à ces divers concours s'ajoutera celui de pharmacie et histoire naturelle.

Cette lettre n'est pas destinée à creuser un fossé plus profond entre les médecins militaires et les médecins civils, encore moins d'exercer des représailles contre certains médecins que le sort ou les circonstances ont plus favorisé que d'autres, mais il est un fait qui choquera profondément toute personne impartiale et tous ceux qui considèrent que la reconnaissance du pays doit être acquise aux mobilisés qui l'ont le mieux défendu, qui ont le plus souffert et couru le plus de dangers pour lui, ce fait est que les jeunes médecins civils qui se préparaient à l'agrégation avant 1914 ont été pour la plupart versés dans les armées combattantes, que, pendant cinq ans, ils ont suivi leurs régiments et ont passé la plus grande partie de cette période dans les ambulances ou dans les tranchées où il leur était absolument impossible de poursuivre leurs études scientifiques. *Ils vont avoir comme concurrents* de plus favorisés et surtout, parmi eux, les médecins militaires de carrière. En raison de leur grade supérieur, beaucoup de ces derniers ont été placés dans des hôpitaux ou des laboratoires où ils ont eu toutes les facilités et tout le loisir de préparer des concours.

Comme le réclame très justement le Dr Giry, au nom du Syndicat de Meurthe-et-Moselle, ne serait-il pas équitable de conseiller à ces candidats militaires de se réserver pour le concours de l'agrégation du Val-de-Grâce, aux épreuves de laquelle aucun candidat civil n'est admis à prendre part ? Cette mesure qui pourrait être exceptionnelle puisqu'elle répond à une situation exceptionnelle, serait indiscutablement bien accueillie par tout le corps médical.

J. Noir.

Conseil supérieur de la Mutualité.

L'élection du représentant des Syndicats médicaux au Conseil supérieur de la Mutualité est fixée au dimanche 9 mai.

Le scrutin sera ouvert, dans la Salle des Prévôts de l'Hôtel-de-Ville de Paris, à 8 h. du matin et clos à 6 heures du soir.

Le candidat proposé est le Dr Legras, d'Epinal, président de l'Union des Syndicats Médicaux de France.

La succession du regretté Gairal ne saurait tomber en de meilleures mains.

Aussi, engageons-nous vivement ceux de nos lecteurs qui sont délégués par les Syndicats pour participer à ce vote, à porter leurs suffrages sur le nom du Dr Legras.

Sou médical.

Nous recommandons à nos abonnés la lecture du compte-rendu des opérations et décisions du Conseil d'Administration, page 1203.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Hôpital St-André : M. Arnozan, professeur.

Un cas d'encéphalite léthargique (1).

Messieurs,

Le malade que je viens de vous présenter à la salle 15 est atteint de cette maladie — dont on parle beaucoup actuellement — et qui a reçu le nom d'*encéphalite léthargique*. Voici en quelques mots le résumé de son observation.

Agé de 44 ans, il exerce la profession de voilier, et a été amené à l'hôpital parce qu'il avait la fièvre et dormait constamment. C'est le 15 janvier — il y a actuellement deux semaines — qu'il est tombé malade ; il s'est plaint de mal de tête, de frissons, de fièvre, de courbature, d'abattement et a interrompu son travail. Le 18, la somnolence est devenue complète ; la tête renversée en arrière et le cou raide, il est resté immobile dans son lit, les yeux fermés, relevant difficilement les paupières. Cette somnolence était complète, mais non continue ; elle se dissipait, ou du moins, s'atténuait par moments ; c'est ainsi que le malade a pu s'habiller et venir — ou plutôt se traîner — à l'hôpital ; mais dès que les excitations extérieures cessaient, il retombait dans son sommeil.

Avant de procéder à son examen, j'ai voulu naturellement me rendre compte de ses antécédents. Rien à noter au point de vue héréditaire. Il a deux enfants vivants et bien portants ; mais sa femme a eu trois fausses couches et est

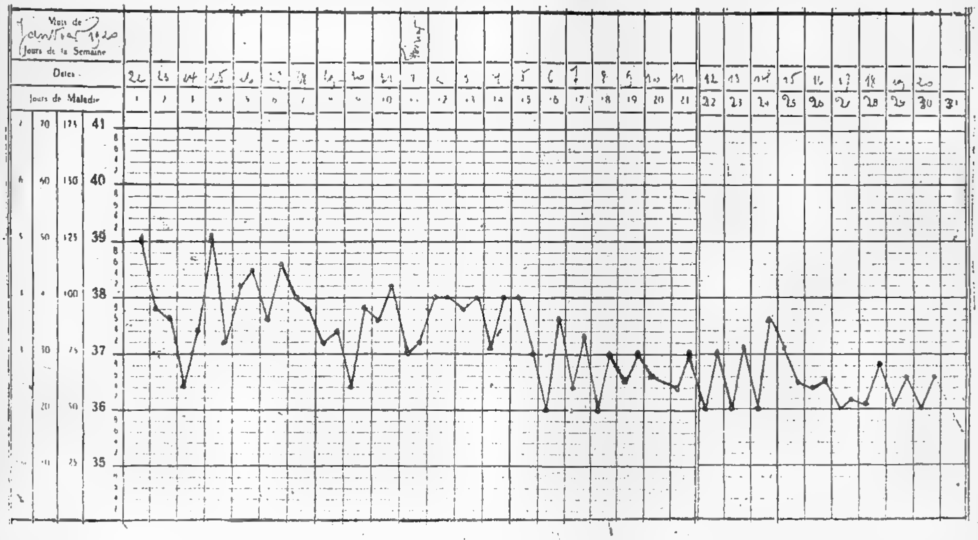
(1) Leçon du 30 janvier 1920.

morte des suites de la troisième. On ne note d'ailleurs chez lui aucun symptôme de syphilis. Blessé trois fois à la guerre, il importe de rappeler qu'une de ces trois blessures a intéressé la tête. Le pariétal droit aurait été traversé par une balle qui est sortie ou qui a été extraite. A la suite de ce traumatisme, dont l'état du malade ne nous a pas permis de rechercher les traces objectives, il n'a eu ni paralysies, ni crises nerveuses, ni attaques épileptiformes (le fait a été bien précisé) ; il a seulement eu de fréquents maux de tête.

Enfin, depuis la guerre, il s'est livré quelque peu à la boisson et a vu se développer un psoriasis disséminé, d'ailleurs très vulgaire. C'est même l'accumulation des squames dans le cuir chevelu qui nous a empêché d'explorer comme nous l'aurions voulu la région pariétale et d'y rechercher la trace de la balle.

Muni de ces renseignements, nous avons alors procédé à l'examen du sujet, et nous avons constaté d'emblée les traits symptomatiques qu'ont notés tous les observateurs d'encéphalite léthargique :

1° *La fièvre.* — Elle est à peu près continue et rémittente, s'élevant parfois à 39°5, descendant ensuite à 37°5, ne suivant aucune courbe régulière, n'ayant ni les oscillations rythmées de la fièvre typhoïde, ni les intermittences rythmées du paludisme. Elle semble n'obéir à aucune loi bien établie. Les frissons ne se sont pas renouvelés. Le pouls est à 100, bien frappé, sans arythmie ; la pression est un peu basse, 11/8 (Pachon).



2° *Le Sommeil.* — Quand on arrive auprès du malade, on le trouve endormi ; il respire régulièrement, sans ces inégalités respiratoires si fréquentes dans les méningites, sans ces profonds soupirs précédés ou suivis d'assez longues pauses, sans aucune ébauche de Cheyne-Stokes ; le nombre des inspirations n'est pas très exagéré, il est de 20 à 24 par minute. Ce paisible sommeil n'est d'ailleurs pas toujours semblable à lui-même; il disparaît parfois pour faire place à de courtes phases d'agitation ou de subdélire, après lesquelles il recommence. Si on parle vivement au malade, si on le secoue un peu fortement par le bras ou par l'épaule, quelquefois il ne répond pas du tout, plus souvent, il ouvre les yeux, regarde vaguement autour de lui, répond lentement oui ou non, puis retombe dans sa léthargie. Il avale bien les boissons qu'on lui présente, mais spontanément il ne demande rien et resterait indéfiniment, dans l'inertie, si la sœur et les infirmières du service ne prenaient soin de lui.

3° *Les troubles des muscles de l'œil.* — Pendant le sommeil, les paupières du malade restent fermées ; dans les courts instants de réveil, elles s'ouvrent, mais difficilement. Les paupières supérieures sont paresseuses et ne se relèvent pas jusqu'au bord supérieur de l'orbite, la droite surtout. Les globes découverts, on constate qu'il existe un léger strabisme divergent, que l'œil droit éprouve de la difficulté à se porter en dedans et marque dans ce mouvement quelques secousses de nystagmus. Les pupilles, presque insensibles à la lumière dès le premier jour, le sont devenues ensuite tout à fait. Le réflexe à l'accommodation est également aboli. Il semble d'ailleurs que la vision du malade s'exerce malgré tout assez bien ; on ne peut l'affirmer, en raison de la difficulté qu on éprouve à obtenir des réponses.

Messieurs, retenez bien, chez notre malade, cette triade symptomatique ; elle serait, d'après les travaux les plus récents, nécessaire et suffisante pour faire le diagnostic de cette maladie à la mode, qu'on appelle l'encéphalite léthargique. Mais notez aussi qu'elle n'embrasse pas com-

plètement tous les symptômes qu'il présente, et qu'il y en a encore quelques autres dont il importe de faire l'inventaire, pour ne rien omettre dans notre observation.

D'abord, pour le système nerveux lui-même, à côté de l'hypersomnie, qui est le fond même de son état, il y a, je vous le rappelle, des phases d'excitation et de subdélire ; il y a une hypoesthésie généralisée, ou tout au moins, un retard très notable de la sensation de piqûre, sur tous les points du corps. Les réflexes rotuliens sont exagérés, ceux de Babinski sont absents ; la nuque est raide quand on veut fléchir la tête en avant, mais les mouvements de rotation peuvent lui être facilement imprimés ; il n'y a pas de signe de Kernig. Si on pince les biceps entre le pouce et l'index et qu'on retire vivement la main, la corde bicipitale (contraction idio-musculaire) se dessine fortement. La ponction lombaire donne issue à un liquide céphalo-rachidien légèrement hypertendu, très clair, sans aucune réaction leucocytaire, présentant des doses normales d'albumine et de sucre.

Du côté des voies digestives, on ne constate ni vomissements, ni diarrhée, ni ballonnement, ni taches rosées de l'abdomen. Les selles, provoquées par des lavements simples, sont moulées et d'aspect normal. Le foie ni la rate ne semblent hypertrophiés. Mais la langue est sèche et les lèvres fuligineuses.

La vessie est paralysée ; il faut régulièrement sonder le malade deux fois par jour ; l'urine ne renferme pas d'albumine, mais contient des traces nettes de sucre ; sa quantité totale ne paraît pas exagérée.

L'examen stéthoscopique ne fait rien constater d'anormal ni dans les p umons, ni dans le cœur. Enfin, l'examen du sang donne une leucocytose normale (8.000 globules blancs). L'hémoculture reste négative, il en est de même de la réaction de Bordet-Wassermann.

Le tableau symptomatoque que je viens de vous présenter était exact, il y a quatre jours ; il est aujourd'hui un peu moins sombre. Le délire a complètement disparu ; il y a plus de stupeur que de vraie somnolence, la fièvre marque une tendance à s'atténuer, mais tous les autres signes persistent.

Messieurs, l'examen détaillé de notre malade ne permet guère d'erreur de diagnostic. L'association des trois symptômes : fièvre, léthargie, strabisme, est considérée comme suffisante pour caractériser l'affection que l'on dénomme aujourd'hui : encéphalite léthargique. Il ne faudrait pas cependant prendre la chose d'une façon absolue. Dans la fièvre typhoïde, par exemple, Trousseau (1) d'abord, puis Jaccoud (2) ont décrit des formes où, au cours d'une violente hyperthermie, les malades tombaient dans un sommeil profond et présentaient des troubles des muscles extrinsèques des globes oculaires. E. Gintrac (1) semble même attribuer une valeur pronostique différente au strabisme convergent et au strabisme divergent. Des faits analogues peuvent se rencontrer dans les périodes avancées des méningites. Mais il s'agit alors de phénomènes tardifs marquant une aggravation d'un mal dont l'évolution remonte à plusieurs jours ; il ne s'agit pas comme ici de phénomènes précoces, débutant avec la fièvre même et se complétant par une somnolence absolue dès le 3e jour. La ponction lombaire, l'examen du sang, nous empêcheraient d'ailleurs de nous égarer, si l'examen clinique ne suffisait pas. Enfin, si quelques doutes subsistaient encore dans notre esprit, il faudrait tenir compte de la notion d'épidémicité, toujours si importante. Or, nous savons que des cas assez nombreux tout à fait semblables au nôtre sont actuellement observés à l'étranger, à Paris, dans plusieurs points de la France et à Bordeaux même ; il est donc inutile d'insister : nous sommes bien en présence d'un cas d'encéphalite léthargique.

Quelle est cette maladie ? Est-elle absolument nouvelle ? D'où vient-elle ? Quelle place faut-il lui reconnaître dans nos classifications pathologiques ? Quel est son pronostic ? Quel est son traitement ? Tels sont les points que je dois examiner avec vous. Il est certain que ce seul cas ne peut suffire pour faire l'histoire d'une maladie ; mais il nous permet de mieux juger les cas semblables qui viennent d'être publiés et nous servira de guide et de contrôle pour l'examen des opinions récemment émises.

Et d'abord, est-ce une malade absolument nouvelle ? Il est fort probable, il est même certain que non. Je sais que mon confrère et ami le Dr Durodié étudie cette question et se propose de communiquer prochainement à notre Société de Médecine et de Chirurgie des documents relatifs à plusieurs épidémies semblables, au cours du XIXe siècle ; mais, sans attendre sa communication, je puis vous donner lecture d'un passage de Sydenham dont je dois la connaissance à mon collaborateur et ami, le Dr P. Mauriac, et qui me paraît absolument trancher la question.

Voici ce que dit l'illustre médecin anglais du XVIIe siècle (2) :

---

(1) Trousseau. — Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu. T. I. p. 261.
(2) Jaccoud. — Pathologie interne. — T. II. p. 748.

(1) E. Gintrac. — Pathologie interne et thérapie médicale. T. III, p. 795.
(2) Sydenham. — Médecine pratique. Ouvrage traduit en français sur les dernières éditions anglaises par feu M. de Jault, professeur au Collège royal. Paris, Barrois le jeune, éditeur, quai des Augustins 18 (1784).

RECOUVREMENTS
D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien*).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50..... 4 fr. »»
Le 100..... 6 fr. »»
Les 500..... 28 fr. »»
Les 1000... 50 fr. »»

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, *132, faubourg St-Denis Paris.*

« Fièvres continues des années 1673, 1674, 1675 ;

« Les malades étaient couchés sur le dos, « attaqués d'une douleur assez violente à la « tête et au dos.

« Le plus considérable des symptômes était « une espèce de coma qui jetait le malade dans « l'assoupissement et le délire ; il dormait quel- « quefois pendant plusieurs semaines et ne se « réveillait que par de grands cris et avec peine ; « alors, il ouvrait simplement les yeux et après « avoir pris quelques remèdes ou un verre de « bouillon ordinaire, il retombait aussitôt dans « son assoupissement, lequel était parfois si « profond qu'il aboutissait à une parfaite aphonie.

« Les malades qui revinrent de cet état com- « mençaient à se mieux porter le 28e jour. Quel- « quefois le malade avait plutôt un délire tran- « quille qu'un sommeil. Quand il ne survenait « pas de délire léthargique, la maladie se ter- « minait ordinairement le 14e jour ; je l'ai même « vue quelquefois se terminer le 13e.

« Jamais, dans d'autres fièvres, cet assoupis- « sement ne fut si profond, ni si épidémique « que celui qui accompagne la fièvre dont il « s'agit maintenant.

« Voilà ce que nous avons à dire touchant la « forme de cette constitution que nous avons « jugé à propos de nommer fièvre comateuse. »

Bien que Sydenham ne mentionne pas le strabisme et la parésie des releveurs de la paupière supérieure, il est impossible de ne pas reconnaître, dans sa description, les grands traits de la maladie qui nous occupe : hypersomnie, fièvre, accès de délire, longue durée du coma, épidémicité. Nous pouvons donc dire très sincèrement que le mal actuel n'est pas un mal nouveau, que nous n'avons pas à ajouter une unité à la liste déjà si longue de nos misères. C'est un fléau oublié qui nous revient. Tâchons seulement de le bien étudier pour le combattre.

Ce qui nous déroute dans l'étude et dans l'appréciation de cette affection, c'est qu'on n'a pas trouvé le germe pathogène qui la produit. Nous sommes habitués depuis Pasteur à chercher et à trouver un germe pour chacune de nos maladies infectieuses ; nous connaissons ceux de la diphtérie, de la fièvre typhoïde, de la tuberculose, du tétanos, de la syphilis, etc., et quel que soit le point où se développe une lésion, quel que soit l'aspect clinique de la maladie, il suffit que nous trouvions dans un coin quelconque de l'organisme un bacille de Lœffler, un bacille d'Eberth ou un spirochète, pour que nous qualifiions le mal dont il souffre de diphtérique, de typhoïdique ou de syphilitique. Nous allons même trop loin dans cette voie de la spécificité à outrance ; mais ce n'est pas le lieu de disserter sur ce point. Contentons-nous de rappeler que la méconnaissance où nous nous trouvons encore des microbes pathogènes des oreillons, de la grippe, de la variole, de la rougeole, doit nous rendre, dans bien des cas, modestes et réservés, et que lorsque le microbe d'une maladie nous est inconnu, nous devons chercher dans les vieilles et bonnes ressources de la clinique et de l'anatomie pathologique les éléments de notre étude.

Or, c'est ici le cas. Les recherches les plus méthodiques et les plus laborieuses n'ont abouti à la découverte d'aucun germe animé à l'origine de l'encéphalite léthargique. On est arrivé à conclure qu'elle est produite par un virus filtrant, c'est-à-dire par ces germes si ténus qu'ils franchissent les filtres les plus serrés et se dérobent même à l'investigation de l'ultramicroscope. En somme, on ne l'a pas encore trouvé.

Mais, en compulsant les quelques centaines d'observations aujourd'hui publiées, on peut préciser des points très importants relatifs à l'encéphalite léthargique. De par les symptômes qui la traduisent et par son évolution, il était aisé de déterminer la topographie des lésions qui sont à la base de la maladie, et même de préjuger la nature du processus causal. L'ophtalmoplégie, l'hypersomnie, l'état fébrile, les manifestations d'asynergie, d'ataxie, tout indiquait, à n'en pas douter, l'atteinte de la région mésocéphalique. Les recherches anatomo-pathologiques effectuées par von Economo, MM. Pierre Marie et Trétiakof, M. *Marinesco*, ont confirmé les prévisions qu'on était en droit d'établir au nom de la clinique et précisé la nature du processus (1).

En effet, les recherches de ces auteurs ont montré que les lésions atteignent leur maximum d'intensité dans le mésocéphale :– pédoncules cérébraux, corps optostriés, pont de Varole, bulbe. Le *locus niger* de Sœmmering est désorganisé, les cellules pigmentaires très réduites de nombre. Les noyaux d'origine des nerfs moteurs de l'œil sont en dégénérescence granuleuse, celui de la 3e paire spécialement. La substance blanche ne présente pas de lésions appréciables. La névroglie offre un développement anormal ; les lésions vasculaires sont intenses (Anglade).

Tout cela est très logique et très vrai. Dans un très grand nombre de cas, la description symptomatique et la description anatomo-pathologique de l'encéphalite léthargique se correspondent rigoureusement. Mais tous les cas rentrent-ils dans ce cadre si exactement limité ? Faut-il écarter de l'encéphalite léthargique les cas où viennent se surajouter des symptômes et des lésions non encore indiquées, le fond de la maladie restant le même ? N'est-il pas possible d'admettre que le germe inconnu qui frappe si durement le méso-

(1) JEAN LHERMITTE. — L'Encéphalite léthargique. (*Annales de Médecine*, T. VI. p. 328).

céphale dans les observations les plus connues peut porter ses ravages sur d'autres points du système nerveux, soit en attaquant simultanément le mésocéphale, soit même en le respectant ? En un mot, l'encéphalite léthargique est-elle réellement « une maladie infectieuse à localisation élective sur le mésocéphale et dont la narcolepsie et l'ophtalmoplégie sont les manifestations les plus certaines » (1), ou bien ce syndrome clinique n'est-il que la manifestation particulière d'une infection qui,tout en restant la même,peut frapper d'autres points du névraxe, ou même tout le névraxe ? C'est le point qu'il faut maintenant examiner.

L'histoire récente de l'encéphalite léthargique peut dans ses grands traits se résumer de la façon suivante : En 1917, M. Von Economo (Vienne) (2) publiait 7 observations recueillies à la clinique de M. von Jaurregg, dont les éléments principaux consistaient dans l'hypersomnie, les paralysies des muscles oculaires et divers troubles parétiques des membres ; et il baptisait ces cas du nom d'*encéphalite léthargique*. En 1918, presque simultanément, Netter à Paris, Harris à Londres, signalaient des cas semblables ; et à Paris, la dénomination nouvelle était immédiatement adoptée. Les observations se multipliaient, car la maladie avait alors un caractère véritablement épidémique ; et, sans être pandémique comme la grippe, elle était assez fréquente pour que chaque semaine, à l'Académie de Médecine, ou à la Société médicale des hôpitaux, des communications intéressantes fussent soumises à l'appréciation de ces assemblées.La première opinion qui rallia d'abord tous nos maîtres parisiens fut qu'il s'agissait bien réellement d'une infection à localisation spéciale sur le mésocéphale, et qu'il fallait écarter du cadre de l'encéphalite nouvelle tout cas qui ne se présenterait pas avec le critérium clinique des trois symptômes (fièvre, strabisme, hypersomnie) et avec le critérium anatomo-pathologique des lésions limitées au mésocéphale.

Mais, peu à peu, survenaient nombre de cas qui ne réalisaient qu'incomplètement le schéma clinique exigé, mais qui, en revanche, y ajoutaient des traits nouveaux. D'abord on peut faire observer que, si les lésions mésocéphaliques expliquent la somnolence, elles ne donnent guère la raison du délire, pourtant si fréquemment constaté. Ensuite, on peut noter que la teinte hortensia des circonvolutions a été signalée dans bien des autopsies, et rien ne nous autorise à croire que cette lésion soit sans importance. Puis, on avait exigé, pour prononcer l'admission des cas incertains dans les rangs de l'encéphalite, que le liquide céphalo-rachidien fut vierge de toute réaction méningée ; et on s'aperçut bientôt que les leucocytes pullulaient dans certains faits qui se présentaient cependant comme des faits bien authentiques d'encéphalite léthargique. Enfin, c'étaient des formes à douleurs vives, lancinantes, généralisées, avec secousses myocloniques, c'étaient des observations à type parkinsonnien. Ce furent même les formes « où la somnolence fait défaut et où les signes moteurs oculaires sont effacés ou absents » (1) c'est-à-dire que l'encéphalite léthargique brise de tous côtés le cadre étroit où l'on a voulu d'abord l'enfermer, et qu'elle apparaît de plus en plus comme une infection à germe inconnu pouvant frapper l'ensemble ou un point limité du névraxe avec localisation plus habituelle sur le méso-céphale.

Est-ce une surprise ? Nullement, Messieurs. Nous savons que toutes les maladies infectieuses peuvent procéder ainsi. Nous connaissons depuis bien longtemps les rougeoles et les scarlatines sans éruption, les oreillons sans gonflement des parotides, les pneumococcies limitées au péritoine, les infections éberthiennes sans ulcérations intestinales. Ici, nous sommes en présence d'une infection qui, habituellement, atteint le mésocéphale, mais qui peut le respecter et porter ailleurs ses ravages, manifestant alors son action d'une façon aussi variable que peuvent différer, entre elles, les fonctions des départements nerveux qu'elle touche.

Cette évolution dans l'histoire de l'encéphalite léthargique ne saurait donc étonner personne ; elle étonnera les médecins de Paris moins que les autres, car notre confrère et ami, le Dr Cruchet, leur avait tracé d'avance toute l'histoire de la maladie qu'ils refont aujourd'hui pièce à pièce. En effet, le 27 avril 1917 (un mois, notez-le bien, avant la publication du numéro du journal allemand où von Economo annonça au monde la naissance de l'encéphalite léthargique), Cruchet, en collaboration avec L. Moutier et A. Calmettes, remettait à la Société médicale des hôpitaux de Paris un mémoire sur 40 cas d'affections cérébro-spinales qu'il qualifiait d'*encéphalo-myélite subaiguë* (2). Si sur certains points sa description s'éloigne des récits actuels de l'encéphalite léthargique, elle s'en rapproche sur d'autres au point de se confondre avec elle. Cette encéphalo-myélite, en effet, comporte d'après nos auteurs plusieurs formes qui sont : 1° la *forme mentale* avec torpeur cérébrale et amnésie, 2° la *forme convulsive*. 3° la *forme choréique*, 4° la *forme méningitique*, 5° la *forme hémiplégique* ou hémiparétique, 6° la *forme ponto-cérébelleuse* avec ptosis, paralysies

(1) LHERMITTE. — *Loc. cit.*

(2) VON ECONOMO. — Encephalitis lethargica. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 10 mai 1917.

(1) *Presse Médicale*, 28 janvier 1920, p. 76.

(2) CRUCHET, MOUTIER et CALMETTES. *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 27 avril 1917.

conjuguées des yeux, titubation, 7° la *forme bulbo-protubérantielle*, 8° la *forme ataxique*, 9° la *forme poliomyélitique antérieure.*

Sans se laisser hypnotiser par la considération d'une localisation trop étroite des phénomènes et des lésions, mais peut-être en laissant trop dans l'ombre le caractère fébrile du mal, Cruchet et ses collaborateurs ont d'emblée tracé un cadre général où l'encéphalite léthargique prend tout naturellement sa place, soit dans la forme mentale, soit dans la forme ponto-cérébelleuse, soit dans une forme mixte, car, disent-ils, ces types cliniques sont souvent associés entre eux.

Pourquoi nos collègues de Paris semblent-ils méconnaître cette importante communication de Cruchet ou ne la signalent-ils que d'une façon distraite et pour ainsi dire entre parenthèses ? Certes, je comprends qu'il leur est très pénible de n'avoir pas été les premiers à décrire la maladie nouvelle. Mais, en présence des faits qui s'accumulent chaque jour, je ne doute pas qu'ils ne se résignent bientôt à ce petit sacrifice, qui consistera à reconnaître à un simple provincial la priorité d'une étude qu'ils accordent sans difficulté à un Allemand. (1)

Quels sont les rapports de cette affection avec la poliomyélite épidémique et avec la grippe ? Pour la première, on a prétendu qu'il y avait identité de nature entre elle et l'encéphalite léthargique. Telle n'est pas l'opinion de Flexner, qui a si bien éclairé la pathogénie de la poliomyélite. Jusqu'à présent, les faits ne contredisent pas l'opinion du savant américain.

Quant à la grippe, on a voulu aussi identifier les deux maladies. On fait observer que la grippe est quelquefois accompagnée ou suivie de complications cérébrales, qui reproduient bien des traits de l'encéphalite léthargique. Le fait est vrai ; j'en ai observé trois cas en 1918. En second lieu, on rappelle que la grande pandémie grippale de 1890 fut suivie, en Italie et dans les Pays balkaniques, d'une série de cas de fièvre à forme comateuse qu'on appela la *nona*. Cette nona était-elle la même chose que l'encéphalite léthargique ? Les témoins manquent pour comparer les deux affections. Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'à notre époque, l'encéphalo-myélite à forme léthargique a paru en 1915-1916, que la grippe n'a apparu qu'en 1917-1918 et que, la grippe éteinte, l'encéphalite est encore présente parmi nous. Il y a donc entre les deux infections un vague rapport de simultanéité ou de succession à courte distance. Cela tend à faire supposer entre elles une certaine parenté ; mais on ne peut rien dire de plus. Ne voit-on pas les épidémies de varicelle précéder souvent les épidémies de variole, bien que ces deux maladies soient absolument distinctes, à moins qu'elles ne représentent deux branches d'un même tronc ? Tant que le germe de la grippe et celui de l'encéphalite léthargique resteront inconnus, la discussion n'aura pas de sanction.

Revenons à notre malade. Quel pronostic devons-nous porter ? Les statistiques déjà publiées nous apprennent que la mortalité varie de 25 à 35 % des cas. Tout nous fait espérer que le malade de la salle 15 sera du grand nombre de ceux qui guérissent.

Guérira-t-il complètement ? Ceci est moins certain. On a prétendu que si les sujets échappaient à la terminaison fatale, ils recouvraient complètement leurs fonctions cérébrales. Messieurs, c'est aller un peu vite. La maladie est encore récente ; et il faut laisser s'écouler un temps assez long, il faut avoir vu le convalescent ramené à sa besogne habituelle, pour être certain qu'il la reprendra avec la même activité et le même entrain qu'auparavant. Il est encore trop tôt pour affirmer de pareilles prévisions. D'ailleurs, notre homme a déjà eu le cerveau touché par un traumatisme ; il est à craindre qu'à la suite de ce nouvel assaut, ses cellules cérébrales ne perdent un peu de leur valeur et ne puissent plus donner qu'un rendement très diminué.

Comme traitement, nous avons prescrit XV gouttes par jour de teinture d'iode, médication qui nous paraît utile dans un grand nombre de pyrexies. Nous avons donné du calomel à doses minimes (1 centigr.). Peut-être essayerons-nous des métaux colloïdaux si les phénomènes infectieux s'accentuent. La glace sur la tête et quelques lotions froides générales, qui ont l'avantage de faire monter la tension artérielle, un peu trop basse chez lui, ont rendu quelques services. Enfin, la liberté du ventre a été assurée par de simples lavements ; et pendant quelques jours, la diète a été sévère. Toutes les fois que le système nerveux est infecté, j'estime qu'il y a grand intérêt à laisser reposer les voies digestives. Faute d'une médication spécifique encore à trouver, force nous est bien de nous rabattre sur la thérapeutique symptomatique ou naturiste, qui n'est pas la plus brillante, mais qui suffit quelquefois à guérir. J'ai provoqué un abcès de fixation qui aura peut-être une influence favorable.

Et maintenant, Messieurs, que je vous ai dit les choses essentielles sur la maladie à la mode, n'en parlez à personne. Le public, certain public, affolé par les notes que publient trop fréquemment les journaux quotidiens, se voit à chaque instant menacé par l'encéphalite. Quelques personnes résistent au sommeil le plus naturel,

---

(1) Depuis le jour de cette leçon clinique, M. le Dr Sicard constatant la diffusion des lésions dans toute l'étendue du système nerveux, a proposé de remplacer le nom d' « encéphalite léthargique » par celui de « névraxite épidémique ». Névraxite, encéphalo-myélite, c'est à peine une querelle de mots.

craignant que ce soit pour elles le début du sommeil éternel. Vous savez que l'hystérie, le pithiatisme, comme on dit aujourd'hui, a de tout temps provoqué chez ses victimes soit des crises d'insomnie, soit des crises de narcolepsie. Soyez sûrs que si on ne rassure pas le public, en lui montrant que le mal n'est ni très fréquent, ni très grave, nous verrons des choses bizarres. Avant-hier, au moment où je sortais de l'hôpital une mère éplorée me supplie d'aller voir sa fille atteinte, disait-elle, de la maladie du sommeil. Je cède à ses instances, et je trouve une jeune femme fort bien portante, sans fièvre et sans strabisme, très préoccupée, disait-elle, d'une de ses amies qui était obligée de se faire jouer de piano pendant des heures entières pour se tenu éveillée, et qui me dit d'un ton tragique : « Docteur, je ne veux pas dormir, je lutterai contre le sommeil ; mais aidez-moi à ne pas m'endormir ! » La situation était facile à juger. Un peu de valériane et quelques bonnes paroles ont eu raison de cette encéphalite qui n'existait pas. Mais, je le répète, faites le silence autour de ces histoires pour ne pas créer, à côté de l'épidémie d'encéphalite léthargique, qui n'a pas jusqu'à présent d'ailleurs, été trop méchante, une épidémie de sommeils hystériques qui vous causeraient toute espèce d'ennuis (1).

(1) A la suite de cette leçon clinique, le malade a été s'améliorant d'une façon régulière ; il a cependant présenté quelques hallucinations de la vue ; mais il était de plus en plus éveillé, tout en gardant une certaine lenteur d'esprit et de mouvements.

Cette convalescence a été interrompue par une congestion pulmonaire survenue assez brusquement à la base droite et qui a cédé très vite à une injection intraveineuse d'un demi-centimètre cube d'or colloïdal.

Le malade a ensuite quitté l'hôpital à peu près guéri, paraissant avoir son intelligence quelque peu affaiblie, mais nous ignorons ce qu'il était auparavant.

PSYCHIATRIE

A propos du traitement des toxicomanies,

Par le Dr Paul SOLLIER,

Médecin du Sanatorium de Boulogne-sur-Seine.

M. le Docteur MIGNON a publié dans le *Concours Médical* (nos des 11 et 18 avril) un article sur les méthodes de traitement des toxicomanies qui me semble appeler certaines observations et rectifications que je demande aux lecteurs de ce journal la permission de leur présenter.

Tout d'abord, M. Mignon paraît, comme beaucoup d'autres, confondre la méthode de démorphinisation *rapide* avec la méthode *brusque*, d'où sans doute le nom qu'il lui donne de *knock out cure*, qui peut en effet s'appliquer à la seconde, mais qui n'est nullement justifiée pour la première, où on procède par diminution progressive comme dans la méthode lente, mais où cette diminution se fait beaucoup plus rapidement. La méthode *rapide* ne met donc nullement le malade *knocked out*. Mais, du fait de cette confusion, M. Mignon impute à la méthode *rapide* les dangers de la méthode *brusque*, abandonnée partout aujourd'hui, brutale, inutilement dangereuse et antiphysiologique, contre laquelle je me suis toujours élevé. Avec la *méthode* rapide, telle que j'en ai fixé les règles, rien n'est à redouter, ni accidents graves, ni encore moins la mort. C'est qu'en effet, ces accidents ne tiennent pas à la rapidité plus ou moins grande avec laquelle on arrive au sevrage définitif, mais à la difficulté avec laquelle l'organisme, et en particulier les glandes, éliminent la morphine qui y est emmaganisée. Aussi, les ai-je vus se produire chez des sujets traités par la méthode lente, où l'on s'était borné à diminuer jusqu'au zéro les doses de morphine, mais en n'oubliant qu'une chose : désintoxiquer le malade en provoquant, pendant sa diminution, l'activité des glandes (foie, estomac, intestin, peau, etc.), comme je le pratique dans la méthode rapide, où tout est basé sur l'état physiologique du sujet et sur ses réactions organiques.

Il ne faut pas confondre sevrage et désintoxication : la plupart des discussions sur la valeur comparée des méthodes rapide et lente proviennent de cette confusion.

M. Mignon semble, d'autre part, considérer ma méthode rapide comme identique à celle d'Erlenmeyer. Il n'en est rien. J'ai autrefois, à mes débuts, appliqué cette méthode. Mais je l'ai vite abandonnée. Erlenmeyer croyait que les réactions pénibles du sevrage tenaient à l'hyperchlorhydrie, et saturait en conséquence ses malades de bicarbonate de soude. La rapidité avec laquelle il agissait découlait des idées qui avaient fait adopter par d'autres la méthode brusque, mais, devant les dangers de cette dernière, il avait ralenti le mouvement, en dehors de toute considération physiologique ou clinique. Ce n'est qu'une méthode brusque atténuée.

Celle que je préconise est basée sur des données physiologiques, expérimentales et cliniques toutes différentes et nouvelles. J'ai montré d'abord que la caractère pénible des réactions du sevrage est dû, non à la rapidité avec laquelle on y arrive, mais à la difficulté avec laquelle les glandes où s'emmagasine de préférence la morphine évacuent les produits cellulaires qu'elles renferment, sous l'influence de l'hypersécrétion intense résultant de la suppression de la morphine qui entravait leur fonctionnement. D'où, la règle de provoquer aussi activement que possible l'élimination des glandes, pendant la diminution de la morphine, et de ne procéder au sevrage

définitif que lorsque tous les émonctoires sont débarrassés des éléments cellulaires qui les encombrent, et que les sécrétions glandulaires se font facilement et abondamment. Non seulement on évite ainsi les accidents, mais on réduit au minimum les douleurs du sevrage et leur durée, qui ne dépasse pas 48 heures.

Les études que j'ai poursuivies avec mes assistants, les Docteurs CHARTIER et MORAT (D. MORAT. — Le sang et les sécrétions au cours de la morphinomanie et de la désintoxication. Thèse de Paris. 1911) ont montré que le sang se comporte dans la démorphinisation rapide comme dans les maladies infectieuses. Or, l'on sait que dans ces dernières, plus les phénomènes critiques sont nets et francs, même intenses, plus la convalescence se fait avec vigueur et rapidité. D'où la règle de pratiquer le sevrage *le plus rapidement possible*, c'est-à-dire, en tenant compte avant tout de l'état physiologique du sujet, de sa facilité d'élimination, de la facilité de ses sécrétions.

La reprise organique montre que l'analogie entre les maladies infectieuses et la démorphinisation se poursuit dans la convalescence, car avec la méthode rapide, les malades reprennent en moyenne 10 à 15 kilos dans les six semaines que dure cette convalescence.

La durée de celle-ci n'est pas fixée arbitrairement : elle repose sur le fait que le sang ne retrouve sa formule globulaire normale qu'au bout de quarante jours. D'où également la durée du traitement fixée à deux mois au minimum, en comprenant la période de diminution et la convalescence du sevrage.

A ce propos, je ne sais sur quoi s'appuie M. Mignon pour dire que « trop de malades, même entre mes mains, abandonnent la cure avant d'être vraiment guéris ». Non seulement il est exceptionnel qu'un malade reste moins des deux mois exigés pour sa cure, sauf le cas où je l'autorise moi-même à en devancer le terme de quelques jours pour aller achever sa convalescence dans une villégiature quelconque et dans de bonnes conditions morales et physiques, mais, beaucoup consacrent volontiers à leur traitement 15 ou 30 jours de plus.

M. Mignon a du reste bien raison de recommander la prolongation de la cure, c'est-à-dire de la surveillance et du traitement reconstituant après sevrage, et signale l'écueil auquel on se heurte lorsque les malades, se basant sur leur bon état général apparent, se croient guéris et en état de reprendre leurs occupations. Mais, s'il est difficile de faire admettre à un morphinomane une convalescence de six semaines à deux mois, lorsqu'on ne lui a demandé que huit à dix jours pour le sevrer, sera-t-il plus facile de l'obtenir de lui lorsqu'il aura déjà employé plusieurs semaines et quelquefois des mois à la diminution ? Ne sera-t-il pas plus porté à se croire guéri du jour où il est sevré définitivement, et sans réactions trop pénibles ? Là est précisément le danger de la méthode lente ; car, comme je l'ai montré, les véritables phénomènes de restauration organique ne commencent qu'avec le sevrage. Le morphinomane sevré lentement et qui ne reste qu'une ou deux semaines en convalescence est donc plus exposé à la rechute que celui qui, sevré rapidement, peut consacrer à sa convalescence la majeure partie de sa cure. Et d'ailleurs, la question de durée du traitement n'est-elle pas, pour certains morphinomanes, les hommes dans les affaires en particulier, de première importance, sans compter les frais qu'entraîne la méthode lente du fait de sa durée indéterminée ?

Cette indétermination est, à mon avis, un des gros inconvénients de la désintoxication lente, et sans compensation. En effet, nous lisons que, malgré cette lenteur de la diminution, on est souvent obligé de la suspendre, de remonter même les doses. Cela n'implique-t-il pas que la méthode lente ne met pas à l'abri de troubles assez sérieux pour motiver des irrégularités semblables ? Rien de tel ne se produit avec la méthode physiologique rapide, où jamais aucun trouble ne survient pendant la diminution, de nature à nécessiter un recul, et où les réactions pénibles ne se montrent qu'au moment même du sevrage.

La cure lente met-elle mieux à l'abri des récidives ? L'exemple du Dr J... que cite M. Mignon n'est pas encourageant à cet égard, car ce médecin a passé sa vie à s'intoxiquer et à se désintoxiquer. J'ai connu plusieurs autres confrères dans le même cas, qui avaient aussi la manie de préconiser des méthodes infaillibles de sevrage, contre la valeur desquelles leur intoxication continue ou leurs récidives répétées auraient dû mettre en garde ceux qui les appliquaient.

Reste la question des douleurs du sevrage. A ce propos, M. Mignon me ressert une phrase qui me paraît avoir été bien mal comprise ou volontairement mal interprétée en la dégageant de son contexte : c'est celle-ci : « Si quelque chose est à regretter sous ce rapport (des douleurs) c'est peut-être que la suppression n'est pas assez pénible ». On a voulu en conclure que je considérais la douleur comme une punition nécessaire et méritée du malade et que je ne cherchais pas, au contraire, à l'atténuer. Thème facile pour plaider l'indulgence, la pitié, la douceur pour les pauvres intoxiqués !

Si j'ai écrit cette phrase, c'est d'abord pour prouver que les douleurs soi-disant intolérables du sevrage rapide le sont singulièrement moins qu'on ne le prétend. Et d'ailleurs, le fait que certains récidivistes viennent se remettre entre mes mains — quelquefois même après des essais

infructueux de cure lente — est là pour le prouver également. Mais il y a d'autres raisons, d'ordre physiologique et d'ordre moral.

Il est d'observation courante que, plus le sevrage d'une intoxication est facile, plus la récidive est fréquente. L'alcoolisme et la cocaïnomanie sont là pour l'attester. Comment faire admettre à un malade que son intoxication l'exposait à de graves dangers quand il voit avec quelle facilité il peut s'en débarrasser ? L'intensité des réactions, non pas plus des douloureuses que des autres, lui démontre au contraire la gravité et la réalité de son état. Plus d'un malade m'a dit : « Je ne me croyais pas si malade que cela, je ne me rendais plus compte de rien ; si j'avais su, je ne me serais pas exposé à cela. » Et si on ajoute, pour l'édification de ce malade, que les dangers de la récidive sont plus grands encore que ceux de l'intoxication première, si on lui en donne, comme je l'ai fait dans mes travaux, la raison physiologique, ne sera-ce pas là une psychothérapie qui a autant de valeur, je crois, que toutes les considérations morales et sociales les plus élevées ?

Car, quoi qu'en pense M. Mignon, qui paraît croire que la méthode rapide ne s'occupe pas du côté moral des sujets, il va de soi que la cure morale se fait parallèlement à la cure physique, avec cette méthode comme avec toute autre. Si je me suis abstenu d'en parler dans mes recherches, c'est qu'elle est d'une telle évidence — et je dirai presque d'une telle banalité — que j'ai cru inutile de le faire, me bornant à attirer l'attention sur les phénomènes physiologiques de la désintoxication, sur leur mécanisme, leur substratum anatomique, alors que la plupart des auteurs ne considéraient, dans la démorphinisation, que le côté psychique, que l'habitude morale.

Tout ce que dit à cet égard M. Mignon est partement juste et je ne puis qu'y souscrire. Si la cure morale est un adjuvant indispensable, elle n'est pas suffisante, ni non plus la base du traitement. Mais je crois que la distinction entre morphinisés et vrais morphinomanes, autrement dit passionnels, est plus théorique que réelle : tout morphinisé d'ancienne date devient plus ou moins un morphinomane vrai ou passionnel. Et, bien loin de réserver la méthode lente aux passionnels, je crois qu'ils sont plus susceptibles que d'autres d'une méthode cathartique, comme la méthode rapide, capable de déterminer chez eux une réaction vive et énergique au lieu d'une convalescence languissante, peu propre à réveiller leur activité constitutionnellement amoindrie.

En résumé, à tous points de vue, la méthode de désintoxication rapide paraît donc supérieure à la méthode lente. Celle-ci ne tient compte que d'une chose : la durée de la diminution. Or, la durée à cet égard n'a qu'une importance absolument secondaire, et les troubles qu'on a attribués à la rapidité du sevrage ne dépendent en réalité pas de lui, mais de conditions organiques faciles à régler. Les craintes d'accidents graves dans la méthode rapide ne sont pas fondées, ces accidents étant imputables à la méthode *brusque*, qui n'a aucun rapport avec la méthode *rapide*. La méthode rapide n'expose pas plus aux récidives que la lente ; elle est basée sur des données physiologiques et expérimentales ; elle n'offre aucun danger (j'ai sevré ainsi des cardiaques et des albuminuriques sans aucun accident); elle est économique et permet de consacrer à la convalescence, à la reprise des forces physiques et morales, la plus grande partie du temps de la cure totale. Le traitement moral trouve enfin en elle les plus puissants arguments contre la récidive.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement du paludisme sans la quinine,

par le Dr H. Roziès (d'Aups)

Ex-interne des Hôpitaux de Montpellier.

Le paludisme, affection relativement rare en France avant 1914, a pris du fait de la guerre une extension considérable. Sans en exagérer l'importance, on peut écrire qu'il n'y a pas de médecin qui n'ait actuellement à traiter : 1° soit d'anciens militaires des Armées d'Orient ou du Maroc, paludiques mal guéris, présentant de temps en temps des réveils de parasite, 2° soit même des civils qui, dans certaines contrées où existent à la fois des porteurs de germes et des anophèles, ont été contaminés à leur tour. Or, bien que la quinine reste le plus fidèle et le plus efficace des agents antimalariens, il est un certain nombre de malades auxquels le médecin ne pourra pas la prescrire, 1° parce que bon nombre d'entre eux ont vis-à-vis de ce médicament une prévention injustifiée, mais qu'il est bien difficile de vaincre, 2° parce qu'un petit nombre présentent vis-à-vis de la quinine une intolérance incontestable (vomissements, hématurie, hémoglobinurie, troubles auditifs, visuels, psychiques), 3° enfin parce que certaines formes de paludisme résistent à la quinine.

Il nous a paru intéressant de rassembler dans cette courte étude les médications dont dispose le praticien pour lutter, sans l'aide de la quinine, contre les manifestations paludéennes.

Certaines, comme l'injection d'acide phénique ou l'ingestion de bleu de méthylène, sont fort anciennes et, à l'heure actuelle, à peu près

◆◆◆

complètement tombées dans l'oubli. D'autres, également vieilles, mais remises en honneur, utilisent les propriétés fébrifuges du quinquina, de la cinchonidine, de certaines plantes exotiques. Plus récentes sont celles qui s'adressent à l'alun ou font l'essai des vertus antiparasitaires des sels d'arsenic.

Injection d'acide phénique. — Dieulafoy a recommandé dans les fièvres palustres qui ne cèdent pas à la quinine des injections sous-cutanées d'une solution d'acide phénique à 1/50. On injecterait par jour de 10 à 20 centigrammes d'acide phénique. L'auteur a pu obtenir par cette méthode de bons résultats (Dieulafoy. *Gaz. hebd.*, 17 oct. 1884). Cette médication, tout à fait oubliée de nos jours, mérite d'être rappelée ici,

Le bleu de méthylène, préconisé dans la plupart des maladies à protozoaires, a été, et très anciennement, opposé au paludisme. On donnera une fois le matin et une fois le soir, ou avant et après l'accès lorsqu'il existe, un cachet de 0,25 centigr. de bleu, et cela pendant plusieurs semaines. Les résultats sont très inconstants ; la médication paraît surtout recommandable dans les formes avec névralgies.

De nombreuses *plantes exotiques* ont été utilisées, avec des effets très variables et très discutés, dans le traitement des accès du paludisme secondaire. L'*hydrastis canadensis,* renonculacée qui nous vient de l'Amérique du Nord et dont on emploie la racine, peut être prescrit sous forme d'extrait fluide (de 0,50 à 3 grammes par jour), de teinture (de 2 à 8 grammes dans les 24 heures) en potion, sirop ou vin et pris soit matin et soir, soit avant et après l'accès fébrile et cela pendant plusieurs semaines. L'*azadirachla indica* ou lilas des Indes, plante de la famille des méliacées, dont on emploie l'écorce amère, astringente et stimulante, et le *boldo* du Chili dont on utilise les feuilles, ont été également recommandés dans le traitement des fièvres palustres. Il existe dans le commerce une teinture de chacun de ces deux médicaments dont il est indiqué de prendre à chaque repas une cuillerée à café dans la boisson (Trouette - Perret). Le *Calaya,* spécialité dont l'élément actif est un extrait aqueux des racines d'un arbrisseau exotique, l'anneslea febrifuga, de la famille des légumineuses, serait susceptible de donner des succès, même après l'administration d'une seule dose. La dose de calaya est absorbée par cuillerées à soupe d'heure en heure et achevée en douze heures environ. Le remède est de goût désagréable et très laxatif. Il est recommandé par le Pr Rauzier qui citant des succès dus au calaya, écrit : « J'ai été témoin de faits de ce genre et n'hésiterai pas à l'utiliser dans des cas rebelles à la quinine. » (Traitement de la fièvre intermittente paludéenne. Leçons de thérapeutique pratique. 1907).

3° *Le sulfate de cinchonine* est un sel insoluble qui se retire des eaux-mères de la quinine. Il s'administre à des doses égales et même supérieures (de 1/3 pour certains) à celles de cette dernière. Il a l'avantage d'être moins coûteux que la quinine, mais serait coupable de propriétés convulsivantes ; de là l'oubli dans lequel il est tombé.

Le *sulfate de cinchonidine* est un isomère du précédent. Il se donne comme la quinine, sous les mêmes formes, dans les mêmes conditions, aux mêmes doses. On peut cependant l'utiliser en des doses doubles, le sulfate de cinchonidine étant moins actif que la quinine, Il est recommandé par le Pr de Brun, de Beyrouth, et par Netter. Ce dernier a pu à la Société Médicale des Hôpitaux (juillet 1918), rapporter un cas où, chez un paludéen offrant une intolérance absolue pour la quinine, les accès cédèrent très rapidement à la cinchonidine.

L'*alun* a été employé par Dufour chez deux malades qui ne pouvaient supporter la quinine. Les résultats furent très satisfaisants. L'auteur recommande de donner par jour 3 cachets de 0,25 centigr.

Quinquina. — Bien avant la découverte de la quinine par Pelletier et Caventou en 1820, les propriétés fébrifuges du quinquina, la rubiacée dont elle provient, avaient été signalées. Connu dès 1640 sous le nom de « poudre de la Comtesse », en 1670 sous le nom de « poudre cardinale », puis tombé dans l'oubli après que la quinine fût entrée en 1840 avec Maillot dans la thérapeutique du paludisme, le quinquina a été ces dernières années remis en honneur et vivement préconisé dans les cas rebelles à la quinine. A la Société Médicale des Hôpitaux, Carnot pouvait signaler que le quinquina se montre parfois plus efficace que la quinine et mérite d'être employé dans les cas où la quinine est inactive ou mal tolérée.

On pourra s'adresser, 1° soit au *quinquina jaune,* 2° soit au *quinquina rouge.*

1° *Quinquina jaune.* — Dieulafoy recommandait la poudre de quinquina jaune prise pendant huit jours, à doses de 8 grammes, dans du café noir. On espaçait ensuite les doses en laissant successivement, suivant la méthode de Trousseau, 2, 3, 4 et jusqu'à 8 jours d'intervalle. Le Pr Chauffard conseille la même thérapeutique, 6 grammes de poudre de quinquina jaune en cachets ou en décoction (*Concours Médical,* 27 juillet 1919).

2° *Quinquina rouge.* — Dans *Paris Médical* (1918, p. 309), M. Baufle recommande, dans le traitement du paludisme, la poudre et la décoction provenant du quinquina rouge du Codex. La *poudre* sera utilisée à doses de 3 grammes par jour, répartis en 4 cachets de 0,75 centigr. La *décoction* est préparée avec la même poudre à 50/1.000 ; 50 grammes de poudre et 50 grammes de racine de réglisse sont mis en décoction

pendant trois quarts d'heure dans un litre d'eau bouillante ; on ramène à un litre, après refroidissement, et on filtre sur un linge. On peut aussi additionner cette décoction de 2 gr. d'acide tartrique ou citrique par litre, car, ainsi qu'on sait, les poudres de quinquina abandonnent la presque totalité de leurs alcaloïdes à une solution acidulée. La dose quotidienne sera de 120 gr. de décoction, soit 6 grammes de poudre. La cure sera de plusieurs mois.

Que l'on utilise le quinquina jaune ou le quinquina rouge, ces préparations sont suceptibles de rendre de précieux services dans le traitement du paludisme. Le quinquina donne de bons résultats dans les formes rebelles à la quinine qui, comme l'a dit Dujardin-Beaumetz, a ses heures de défaillance; il est tout indiqué quand la quinine ne peut être supportée, quand on a affaire à uue bilieuse hémoglobinurique ; son action est moins fugace que celle de la quinine (Chauffard) ; il coûte moins cher qu'elle ; enfin il est unanimement préféré par les malades à celle-ci.

Arsenic. — Il était logique de faire sur le paludisme l'essai des propriétés antiparasitaires des sels arsenicaux. Ceux-ci peuvent être administrés, 1° par la *voie buccale,* 2° en *injections sous-cutanées* ou intramusculaires, 3° en *injections intraveineuses* ;

1° *par voie buccale.* Les doses habituellement utilisées sont tout à fait insuffisantes. La méthode ancienne qui consistait à prescrire par 24 heures 1 à 10 granules de Dioscoride (soit 0,001 à 0,01 d'acide arsénieux), de 1 à 10 gr. de la solution de Boudin, de III à XXX gouttes de liqueur de Fowler, de 0,05 à 0,10 centigr. d'arrhénal, est incapable de donner des résultats sérieux ou durables. Il serait nécessaire pour produire un effet appréciable au moins de doubler ces doses. On commencera par la dose la plus faible que l'on élèvera graduellement en surveillant le malade. On interrompra 24 heures, s'il survenait des vomissements, tout à fait si ceux-ci persistaient. Même lorsque ces précautions sont prises, il reste difficile de faire tolérer par le paludéen des doses élevées du médicament. De là la supériorité indiscutable des voies sous-cutanée et surtout intraveineuse pour administrer les sels d'arsenic.

2° *par voie sous-cutanée.* Il est essentiel de renoncer aux doses faibles encore trop souvent prescrites de nos jours (0,05 centigr. de cacodylate de soude ou d'arrhénal par jour). Le Pr Gilbert recommande de doubler ces doses (Traitement du paludisme. *Concours Méd.*, 1er janv. 1918). Ravaut utilise les injections fessières profondes de 0,20 à 0,40 centigr. « et plus », ajoute-t-il, de cacodylate de soude ou d'arrhénal. On fera une cure de deux mois comprenant au milieu un repos de dix jours (deux jours de cacodylate, deux jours de quinquina) en en surveillant minutieusement les effets.

3° *par voie intraveineuse.* On s'adressera 1° soit au *cacodylate de soude,* 2° soit au *néosalvarsan.*

A) Le *cacodylate de soude* peut être employé par voie intraveineuse à doses très supérieures à celles qui sont communément admises. On ne se contentera donc pas des doses quotidiennes de 0,03 à 0,10 centigr. On ne formulera plus la solution classique à 5 pour 100, mais des solutions à 25 ou 50 pour 100 et on injectera 0,50 cgr. à 1 gr. de cacodylate de soude. Dans le *Bulletin Médical* (Les hautes doses de cacodylate de soude en thérapeutique, 6 août 1919), Maréchal conseille même d'arriver à injecter par doses progressives et en débutant par 0,50 centigr., 4, 5 et 6 grammes de cacodylate de soude. De telles doses ne détermineraient, d'après l'auteur, aucune réaction appréciable de l'organisme.

B) Le *néosalvarsan* ou 914 est susceptible de mettre en œuvre dans la lutte contre le paludisme ses deux qualités principales : la tonique et l'antiparasitaire. Iversen et Tuchinski ont mis en évidence son action nette sur la fièvre tierce, lorsqu'il est administré en injections intraveineuses. Deux techniques sont possibles :

1° On pourra administrer le 914, comme dans la syphilis, par cures de 3 à 6 injections séparées chacune par un intervalle de 5 à 8 jours en débutant par des doses faibles de 0,15 centigr. que l'on élèvera progressivement à 0,60 centigr.

Cette méthode « des petites doses répétées » est susceptible de rendre dans la thérapeutique du paludisme de remarquables services.

2° On peut lui opposer la méthode de l'« *injection unique massive* » telle que l'ont préconisée dans la *Gazette des Hôpitaux* (1912, p. 1.792), MM. Cestan et Pujol. Ces deux auteurs ont rapporté les observations de deux malades, anciens paludéens, qui furent tous deux guéris par une seule injection intraveineuse d'arsénobenzol de 0,60 centigr. Ils conseillent de faire l'injection autant qu'il est possible *peu avant l'accès.* «L'injection intraveineuse qui constitue la voie d'élection pour l'administration du médicament permet de mettre au contact du parasite une dose de toxique suffisante pour l'anéantir, cela au moment où les formes jeunes et peu résistantes apparaissent dans le sang et s'y multiplient.» C'est là pour eux un point très important, et la méconnaissance de cette règle est probablement le facteur des récidives qui ont fait dire à certains auteurs que le 606 ou le 914 ont une action réelle, mais de peu de durée. Un second point, bien mis en évidence par ces faits nouveaux, est la nécessité de frapper fort par une injection du médicament aussi massive qu'il est prudent de l'ordonner. Les auteurs ont injecté d'emblée 0,60 centigr. de 606, cherchant à réaliser ainsi

la stérilisation définitive de l'organisme. Leur façon d'administrer le médicament, l'époque qu'ils ont choisie pour le faire, rendent inutile toute autre injection, en particulier cette injection nouvelle qu'Iversen et Tachinsky déclaraient indispensable dix mois après la première. Par cette thérapeutique, ils ont enfin constaté, chez un de leurs paludéens non syphilitique, que la réaction de Wassermann, de positive, était devenue négative.

On préfèrera au 606 le 914 de toxicité moindre et d'une administration plus simple. Le galyl est susceptible de donner dans le traitement du paludisme les mêmes résultats que le néosalvarsan.

Conclusions. — Dans la lutte contre l'hématozoaire, le praticien pourra être appelé à formuler une médication autre que la médication quinique. Malgré ses vertus spécifiques, celle-ci peut ne pas être tolérée par le malade. Elle est quelquefois inopérante. « La quinine, écrit le Pr Gilbert, est aussi peu efficace contre le paludisme chronique qu'elle est active dans le paludisme aigu ». Son action est rapide, mais fugace, peu soutenue « comme celle d'une vague » (Chauffard). Enfin son prix est très élevé (300 à 400 francs le kilo). Pour toutes ces raisons, le praticien pourra être amené dans certains cas à lui préférer les médicaments auxquels nous avons consacré cette modeste étude et dont certains — comme le quinquina et le 914 — sont susceptibles de rendre dans la lutte contre la paludisme les plus remarquables services.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

L'évolution serpigineuse de l'encéphalite léthargique.

(M. Achard. — *Académie de médecine.*)

La diversité clinique de l'encéphalite léthargique se manifeste non seulement chez des malades différents, mais encore chez le même sujet, au cours des phases successives de la maladie.

M. Achard a traité, dans son service d'hôpital un patient chez lequel l'encéphalite aiguë a commencé par de la somnolence. Huit jours plus tard, apparurent de la céphalée, de l'excitation, de l'exubérance verbale, avec fièvre. La ponction lombaire ramena à ce moment un liquide hémorrhagique. A cette seconde phase succéda, au bout d'une semaine, une troisième phase comportant des accidents paralytiques, du côté des yeux principalement.

Ainsi, chez un même individu, les formes, si variées de l'encéphalite peuvent se combiner, se succéder, donnant à la maladie une véritable allure *serpigineuse*, et à la symptomatologie une grande complexité.

Traitement de l'encéphalite léthargique par les injections d'essence de térébenthine.

(M. Netter. — *Académie de médecine.*)

M. Netter a déjà fait ressortir les heureux résultats des injections d'essence de térébenthine (suivant la méthode de Fochier), dans le traitement des encéphalites aiguës graves.

Il conseille aujourd'hui de généraliser l'emploi de ces injections dans toutes les encéphalites léthargiques aussitôt le diagnostic établi, et sans se limiter aux cas graves.

Il rapporte, d'abord, l'histoire sommaire de 19 malades chez lesquels il a eu recours à cette thérapeutique, avec 17 guérisons et 2 décès, ces derniers concernant des femmes enceintes. La guérison a été surtout rapide lorsque l'injection et l'ouverture de l'abcès ont été précoces.

L'impossibilité de prévoir, au début d'une encéphalite léthargique, quelle sera l'évolution de la maladie, l'allure variable, serpigineuse, de l'encéphalite, la longue persistance du virus dans les centres nerveux, justifient l'usage des injections de térébenthine aussitôt le diagnostic posé.

L'acidose au cours des affections abdominales aiguës.

(M. Marcel Labbé. — *Académie de médecine.*)

L'acidose, phénomène d'un grand intérêt clinique, se rencontre dans un nombre assez important de circonstances morbides. Pour ce qui concerne les inflammations aiguës de l'abdomen, on peut l'observer au cours de l'appendicite, de la cholécystite, des salpingites, etc. M. Marcel Labbé l'attribue à un trouble secondaire à l'insuffisance hépatique.

Traitement des ulcères variqueux, des métrites et du chancre simple par les sels de terres cériques.

(M. Frouin. — *Académie de médecine.*)

Nous signalions récemment un essai de traitement de la tuberculose par les sels de terres cériques. M. Frouin, à qui nous devons la connaissance des propriétés antiseptiques de ces sels, propose leur emploi dans diverses affections.

En 1912, M. Frouin a montré que les sels de terres du groupe cérique modifiaient le développement de différentes bactéries. Depuis, il a cherché à utiliser ces produits dans la thérapeutique.

En 1916, il appliqua les sels de terres cériques à la chirurgie de guerre, avec avantage. Des plaies atones, anciennes, ayant longtemps suppuré, furent ainsi modifiées assez rapidement et se cicatrisèrent. Dans la suite, M. Frouin institua le traitement des ulcères variqueux par les pansements aux sels de terres rares, au sulfate de lanthane à 2 % par exemple. Il obtint des guérisons en 3 à 4 semaines. M. Hudelo constata que la cicatrisation ne consistait pas seulement en

une simple couche épidermique (pelure d'oignon), mais qu'elle était renforcée par une couche dermique résistante.

Les métrites chroniques et les ulcérations du col sont aussi heureusement influencées par l'application de tampons imbibés de solutions glycérinées de sulfates de terres rares. Enfin, les chancres simples guérissent beaucoup plus rapidement par ce traitement que par les médications habituelles.

M. Frouin conclut que les sels de terres rares, en particulier les sulfates du groupe cérique, qui sont moins irritants que les nitrates et les chlorures, ont une action antiseptique.

Les solutions de ces sels à 2 ou 4 p. 100 favorisent, en outre, la cicatrisation, la formation du derme et des couches épithéliales.

L'hygiène prophylactique aux armées d'Orient.

(MM. Armand-Delille, Lemaire et Paisseau. — *Académie de médecine.*)

M. Armand-Delille signale le rôle de la Commission internationale d'hygiène des armées d'Orient, pendant la campagne de Macédoine.

Si la prophylaxie du paludisme et de la dysentérie a présenté quelques difficultés, celle du choléra, de la peste et du typhus a été pleinement efficace. Pour le choléra, toutes les troupes furent systématiquement vaccinées, soit avec le vaccin de l'Institut Pasteur (troupes françaises, serbes et helléniques), soit avec celui de Castellani (troupes anglaises). Pour la peste, un service de dératisation et de contrôle bactériologique fut installé. Le typhus fut combattu préventivement par des mesures sévères d'épouillage.

L'importation en France du vaccin antivariolique.

(M. L. Camus. — *Académie de Médecine.*)

M. Camus présente un rapport sur l'importation des vaccins étrangers, en France.

La question qui nous est posée aujourd'hui, dit-il, par M. le Ministre avait déjà préoccupé le Conseil de l'Académie, et très prochainement, à la demande de M. Laveran, elle eût été mise à l'ordre du jour. Le point d'importance capitale qui est en cause ici se relie à la question plus générale des dispositions à prendre pour ne laisser circuler en France que des vaccins devant donner entière sécurité à ceux qui les utilisent.

La statistique nous révèle, en effet, que parmi les victimes de la variole se rencontre un nombre important de sujets vaccinés ou revaccinés sans succès. Or, ces vaccinations stériles sont, pour la plupart, évitables.

L'ensemble des insuccès vaccinaux évitables peut se subdiviser en deux groupes :

1° Le groupe des sujets réceptifs à la vaccine qui n'ont pas été vaccinés par suite d'une faute de technique opératoire ;

2° Le groupe des sujets réceptifs à la vaccine qui n'ont pas été vaccinés par suite de l'emploi d'un vaccin inactif ou insuffisamment actif.

Le premier groupe n'a jamais été très important et il a presque complètement disparu depuis que les médecins, mieux renseignés, se sont imposé de n'employer que les procédés d'inoculation les plus recommandables.

C'est le deuxième groupe qui, pendant longtemps, a surtout favorisé les épidémies de variole, et sa diminution dans ces dernières années a beaucoup contribué au succès de la lutte antivariolique.

Ayant aujourd'hui les moyens d'apprécier les qualités du vaccin nous sommes tenus de prendre toutes les dispositions utiles pour qu'il ne soit fait usage que de vaccin irréprochable. Les observations faites par certains médecins et les résultats des analyses de contrôle pratiquées à l'Institut supérieur de vaccine concordent actuellement sur ce point. Il existe dans le commerce des vaccins d'activité insuffisante qui peuvent donner une fausse sécurité à ceux qui les emploient.

Un vaccin peut être inactif à sa sortie du centre vaccinogène ; en fait, il ne l'est le plus souvent qu'au moment de son emploi. Nos centres vaccinogènes, qui sont soumis au contrôle et qui ont tout intérêt à ne délivrer que des produits actifs, fournissent habituellement du vaccin d'activité satisfaisante, mais entre le moment de la sortie du Centre vaccinogène et le moment de la vaccination, sa mise en réserve dans des entrepôts défectueux fait perdre au vaccin ses qualités initiales. Disons incidemment que ces entrepôts sont rarement utiles, et qu'il conviendrait d'en restreindre l'existence.

Quoi qu'il en soit, des vaccins inactifs se rencontrent dans certains dépôts, et comme ces vaccins sont surtout des vaccins étrangers sur lesquels le contrôle ne peut s'exercer que partiellement, nous croyons qu'il serait opportun d'en refuser l'entrée en France.

Cette proposition est basée sur les motifs suivants :

1° Le vaccin de nos centres vaccinogènes donne satisfaction à toutes les exigences du contrôle et il suffit quantitativement à tous nos besoins.

2° Ce vaccin utilisé seul en France pendant la guerre, alors que nos frontières étaient fermées aux vaccins étrangers, n'a jamais fait défaut ni à nos armées, ni à notre population civile, et a même été, en outre, délivré sans aucune restriction à tous ceux de nos Alliés qui en ont eu besoin.

Enfin, il convient de faire remarquer que jamais nous n'avons été moins éprouvés par la variole que pendant cette période.

3° Les vaccins étrangers n'offrent aucun avantage particulier ; souvent nous les avons trouvés d'activité insuffisante au moment de leur utilisation, et nous ne pouvons pas, comme nous le faisons pour les nôtres, les contrôler à leur origine.

Les garanties de bonne qualité que nous exigeons des vaccins nous sont fournies en partie par l'analyse expérimentale et en partie par la surveillance des centres vaccinogènes et des vaccinifères. Les épreuves du laboratoire nous permettent d'apprécier

le degré d'activité du vaccin et son état de pureté, mais ces analyses ne nous dispensent pas de prendre en considération la documentation relative à l'état de santé des animaux qui ont servi aux cultures, la façon dont ils ont été choisis, les réactions qu'ils ont présentées au cours de la culture, les observations de leur autopsie.

Si nous ne tenions nos éléments d'information que du contrôle expérimental de la pulpe glycérinée,bien des affections graves des vaccinifères pourraient nous échapper. L'observation des vaccinifères pendant leur séjour aux centres vaccinogènes, les feuilles d'observations des vétérinaires qui les ont examinés, le certificat du service de l'inspection des abattoirs, qui surveille l'autopsie, sont des garanties auxquelles nous ne pouvons renoncer.

Il est de règle dans nos centres vaccinogènes de ne préparer une pulpe récoltée dans des conditions en apparence satisfaisantes, que si le certificat délivré par l'inspection des abattoirs ne laisse subsister aucun doute sur l'état de santé du vaccinifère. La pulpe récoltée sur un animal atteint de la plus légère infection découverte seulement à l'autopsie est systématiquement éliminée.

L'ensemble de tous ces contrôles est imposé au vaccin qui doit servir aux vaccinations publiques. L'arrêté ministériel du 28 mars 1904 dit, en effet :

Article premier, § 2 : « Le vaccin employé ne peut provenir que des établissements producteurs remplissant les conditions déterminées en exécution de l'article 3, § 1er, du décret du 27 juillet 1903 ».

Cette réglementation, qui élimine des vaccinations publiques le vaccin simplement déposé en France, c'est-à-dire importé, serait-elle trop sévère pour les médecins qui opèrent dans leur clientèle privée et pour les personnes qui achètent librement le vaccin ? Evidemment, la tolérance actuelle dans la vente du vaccin est regrettable, et, comme elle présente des inconvénients pour la sécurité générale, sa disparition s'impose.

Est-ce à dire que nous devons apporter des restrictions à nos relations avec les centres vaccinogènes étrangers ? Loin de nous une telle pensée. Personnellement, j'estime que rien n'est plus avantageux pour la propagation de la vaccine et pour son étude plus approfondie que les rapports nombreux des laboratoires de recherches entre eux, mais c'est là, on le comprend sans peine, une question qui n'a rien à faire avec une réglementation commerciale du vaccin. Le vaccin est un produit trop altérable, et son activité a une trop grande importance pour qu'on ne prenne pas vis-à-vis de lui toutes les mesures de surveillance qui peuvent assurer au public tous les avantages qu'il recherche.

En résumé, nous demandons que le vaccin utilisé pour les vaccinations privées offre aux particuliers les mêmes garanties que le vaccin employé dans les vaccinations publiques. Ce vaccin doit provenir exclusivement d'établissements vaccinogènes français autorisés par l'Etat et soumis au contrôle ».

Algie monosymptomatiques de l'encéphalique épidémique.

(M. Sicard. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Sicard rapporte deux observations d'algies cervico-brachiales monosymptomatiques de l'encéphalite épidémique.

Il s'est agi de deux sujets adultes qui furent pris, brusquement, de douleurs cervico-brachiales extrêmement intenses. Les diagnostics de radiculite, de compression radiculaire, de syphilis radiculo-médullaire, etc., furent successivement portés. Vers le quinzième jour,survinrent des mouvements de rythmie clonique, d'abord localisés au diaphragme, puis aux membres supérieurs et inférieurs, et les malades succombèrent à la quatrième et à la cinquième semaine. Il semble donc qu'il y ait eu là, au début, une forme algique, monosymptomatique, de l'encéphalite épidémique.

M. A. Salmon signale un cas analogue, d'encéphalite léthargique mortelle à début douloureux, névralgiforme. Le malade, après une première période vague d'une huitaine de jours, fut pris de douleurs névralgiformes extrêmement intenses du bras gauche, douleurs que rien ne calmait et qui durèrent 3 jours et 3 nuits. Puis, se montra une troisième phase, léthargique, terminée par la mort.

M. André Léri pense que les formes frustes et larvées de l'encéphalite léthargique, loin d'être l'exception, sont probablement presque la règle. Les formes larvées revêtent volontiers le masque d'une névralgie, névralgie cervico-brachiale, névralgie faciale, etc. Or, dans un cas comme dans l'autre, l'affection, en apparence bénigne, peut tourner court brusquement et prendre rapidement une allure grave.

Encéphalite léthargique à type paraplégique.

(M. Sicard. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Sicard présente une malade offrant un type paraplégique de l'encéphalite épidémique.

Il s'agit d'une femme qui fut prise, une dizaine de jours avant son entrée à l'hôpital, de douleurs irradiées dans la nuque et les membres. La malade fut admise dans le service de M. Sicard, atteinte de paraplégie et d'hyperesthésie cutanée de la partie inférieure du corps. Pendant la convalescence, alors que toute paraplégie avait disparu, se montrèrent dans les membres supérieurs, des mouvements involontaires, à rythme clonique.

M. Apert a observé une fillette chez laquelle, peu de jours après des phénomènes grippaux, fièvre et angine, s'est installée une paraplégie totale des membres inférieurs. Ces symptômes guérirent complètement au bout de trois semaines.

On a signalé, ajoute M. Apert, la prédominance de l'encéphalite léthargique dans le sexe féminin. La même prédominance a été notée pour la grippe. Le

virus de l'épidémie actuelle, dans l'opinion de M. Apert, semble un virus grippal modifié, devenu neurotrope et gynécotrope.

P. L.

A TRAVERS LA PRESSE

Des traitements actuels des brûlures.

Au dire de l'auteur, M. Roziès (*Prog. méd.*, 13 mars 1920), en dehors des agents chimiques (acide picrique, pommade de Reclus, eau néolée, sérum de cheval, liquide de Duchesne, etc.), trois procédés méritent de retenir l'attention du praticien.

1° L'ambrine, fondue à feu doux et maintenue à 65°, est appliquée au pinceau ou en pulvérisations. C'est un remarquable cicatrisant, sous l'action duquel les tissus se réparent avec un retour presque complet à l'état normal.

2° Le tulle gras évite l'adhérence des pièces de pansement à la plaie. Il calme les douleurs et évite les hémorragies. Les pièces de pansement sont le silk protective de Lister, le taffetas chiffon, et le tulle gras proprement dit. Celui-ci est représenté par un tulle à mailles de 0,002 imprégnées d'un mélange de vaseline, de cire, d'huile de ricin et de baume du Pérou.

L'héliothérapie, le bain de soleil, exercent une action analgésiante, dessiccante, excitante et puissamment réparatrice. La région est exposée directement au soleil, sans interposition de gaze, de corps gras ou de vitres, pendant un laps de temps qui augmente progressivement par séances, de dix minutes à plusieurs heures.

La tête sera protégée par un chapeau à larges bords ou par une ombrelle. Après chaque séance, pansement aseptique sec.

Les sirops dangereux du Codex.

M. Désesquelle appelle l'attention du praticien sur les dangers de certains sirops officinaux dont la teneur en principes actifs est manifestement exagérée. (*Bull. méd.*, 11 mars 1920).

C'est ainsi que la cuillerée à soupe (20 gr.) de sirop d'aconit renferme 0,50 de teinture d'aconit à 1/10 ; le même volume de sirop de belladone renferme 2 gr. de teinture de belladone ; on trouve un gr. de teinture de digitale dans 20 gr. du même sirop.

Les sirops de stramoine, de jusquiame, de strychnine sont justiciables des mêmes remarques.

L'auteur recommande d'éviter de prescrire ces sirops, mais de les remplacer, dans les formules, par la teinture active incorporée dans une potion.

Il donne les deux exemples suivants :

1° Teinture de belladone ......} ââ 2 gr.
Teinture de jusquiame ......}
Sirop simple .... 160 gr.

4 cuill. par jour.

2° Teinture de belladone ......} ââ 2 gr.
Teinture de jusquiame ......}
Potion gommeuse .... 150 gr.

Une cuill. toutes les deux heures.

Nous nous rallions complètement à cette pratique, qui fut toujours la nôtre. Et, avec notre excellent confrère Dessesquelle, nous rappelons à nos lecteurs, l'obligation que leur fait la nouvelle loi de 1916 sur les substances vénéneuses, de libeller en *toutes lettres* les doses toxiques de leurs formules.

Pour ne pas s'être conformés à cette loi, des confrères ont été menacés de poursuites, sinon poursuivis ; des pharmaciens qui n'avaient pas cru pouvoir exiger des médecins prescripteurs, une rédaction régulière de leurs ordonnances, ont eu de gros ennuis, et certains ont même été condamnés.

L'arsenic et l'arsénobenzol dans les anémies graves.

Le *Journ. de méd. et de chir. prat.* (10 janvier 1920), reproduit un excellent article de MM. Vaquez et Aubertin extrait de leur *traitement des anémies.*

« L'arsenic, disent-ils, reste un des agents thérapeutiques les plus actifs des anémies globulaires graves ».

Il agit thérapeutiquement en augmentant le chiffre des globules rouges, avec augmentation parallèle de l'hémoglobine dans les anémies globulaires. Dans les chloro-anémies, le nombre des globules s'accroît, mais l'hémoglobine ne subit pas de modifications.

« Il est probable que, dans les premiers cas, « les réserves de fer étant suffisantes, le métabo- « lisme du fer est resté normal ; seul le processus « de la formation globulaire était troublé, et les « globules néoformés, sous l'influence du traite- « ment, ont pu se charger d'hémoglobine. Dans « le second, il y avait insuffisance de fer et la mé- « dication arsénicale n'a pu produire que la « multiplication globulaire.

« Dans les cas de chloro-anémie, où la valeur « globulaire est basse, l'arsenic fait remonter le « chiffre des globules rouges sans augmentation « de la teneur en hémoglobine, alors que le fer « fait remonter rapidement le taux de l'hémoglo- « bine et même produit l'augmentation du nom- « bre des hématies ».

L'arsenic s'administre par voie buccale, sauf en cas de troubles digestifs ou d'insuffisance hépatique ; la voie hypodermique est alors indiquée.

La forme médicamenteuse à employer est la liqueur de Boudin ou les granules de Doiscoride, à base d'acide arsénieux. L'arsénite de potasse est l'agent actif de la liqueur de Fowler, soit *per os*, soit en injection sous-cutanée.

L'arséniate de soude est la base de la liqueur de Pearson.

Le cacodylate de soude stimule la nutrition. Le méthylarsinate de soude en injections hypodermiques est supérieur au cacodylate.

L'arsénobenzol a été vanté dans le traitement des anémies, en injections intra-musculaires, par un auteur anglais.

Ses conclusions n'ont pas été confirmées, et il semble bien que cette thérapeutique soit de peu d'utilité dans le traitement des anémies pernicieuses.

Comment soigner les suites de fausse couche.

L'hémorragie et l'infection puerpérale sont les deux conséquences possibles d'une fausse couche qui amènent la femme chez le médecin.

L'hémorragie réclame de la prudence, de la temporisation : l'avortement peut n'être pas encore commencé ; la perte peut être causée par une grossesse extra-utérine. N'intervenir qu'à bon escient.

M. Cadenat donne excellemment ces conseils (*L'Hôpital*, mars 1920, A) et énumère ensuite la succession des interventions que nécessite l'évacuation d'un utérus infecté : curage digital, curettage, irrigation utérine continue, colpotomie, hystérectomie.

La malade sera installée en position gynécologique sur une table quelconque, les cuisses maintenues fortement fléchies sur le bassin au moyen d'un manche à balai qui soutient les creux poplités et se fixe d'autre part à la table. Toilette et désinfection du champ opératoire. Anesthésie générale au chlorure d'éthyle, quand elle est commandée par les douleurs ressenties.

On explorera d'abord prudemment l'utérus à l'hystéromètre pour se rendre compte de sa profondeur et de la forme de sa cavité.

On procèdera ensuite à l'évacuation méthodique de son contenu. Si l'on soupçonne le placenta d'être retenu entièrement dans la cavité utérine, on pourra essayer de l'en déloger par expression bimanuelle, deux doigts pressant sur la paroi postérieure, dans le vagin, l'autre main en comprimant le fond.

En cas d'insuccès, on procèdera au curage digital, la main préalablement désinfectée par une immersion dans la teinture d'iode, ou dans l'alcool à 60°. On aura soin de bien explorer les cornes utérines, surtout la gauche. Terminer par un écouvillonnage au moyen d'une compresse montée sur une pince, écouvillonnage qui aura été précédé et sera suivi d'une irrigation intra-utérine avec de l'eau iodée (C gouttes par litre) ou avec le liquide de Dakin. Pansement vaginal consécutif au moyen d'une compresse ou d'une mèche non tassée. Surtout, on ne fera aucun tamponnement intra-utérin.

Le curage digital n'est possible que si le col ramolli et entr'ouvert est praticable au doigt.

S'il est impraticable ou insuffisant, on curettera l'utérus, après dilatation du col, soit au dilatateur à 3 branches, soit à l'Hégar, soit simplement avec une pince à pansement ouverte dans le col et qu'on fait tourner en tous sens. La curette fenêtrée de Sims sera promenée de tous côtés et ramènera les débris jusqu'à ce qu'on perçoive partout le cri utérin. L'hémorragie qui se produit souvent au début du curettage est sans importance ; la perforation de l'organe est plus grave. Si elle a lieu, on se basera sur les symptômes éprouvés et les signes constatés pour faire une laparotomie, une suture de la paroi utérine, ou, au pis aller, une hystérectomie.

Après le curettage d'un utérus infecté, on fera chaque jour une irrigation intra-utérine avec de l'eau iodée ou le liquide de Dakin. On sera peut être même amené à installer l'irrigation intra-utérine continue qui, peut être facilement réalisée partout. En juxtaposant deux matelas pliés par le milieu, on ménage une rigole pour l'écoulement des liquides d'irrigation, qui pénètrent dans l'utérus par de petits drains d'amenée et ressortent par un drain assez gros pour obturer le col.

Entre temps, on soutiendra l'état général avec les procédés classiques : sérums physiologiques, adrénaline, huile camphrée, électrargol, etc.

Quand tous les moyens précédemment exposés ont échoué, on aura encore la ressource d'effectuer la colpotomie du cul-de-sac de Douglas, si une collection purulente s'y manifeste, ou une hystérectomie vaginale, à faire dans les 24 heures, si, après le curettage, les frissons persistent.

Le saignement dans les rétrécissements de l'urètre.

Un urètre rétréci saigne, soit spontanément, soit au cours ou à la suite d'une exploration ou d'une intervention intra-urétrales.

M. Pasteau examine les différentes circonstances où ce signe se manifeste (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 mars 1920).

En dehors de toute intervention, le saignement apparaît soit à la fin de la miction, au moment de l'expulsion des dernières gouttes, soit au début du premier jet.

L'écoulement sanguin de la fin de la miction est lié à une cystite chez un rétréci : un traitement interne, complété par le traitement du rétrécissement lui-même, fait disparaître tous les symptômes.

Quand le sang apparaît au début du premier jet, il provient habituellement d'une muqueuse

enflammée, qui saigne facilement et dont l'exsudation sanguine est balayée par la colonne d'urine au même titre que l'exsudation muco-purulente. Le traitement du rétrécissement, là encore, guérit le suintement sanguin.

On pensera également au néoplasme urétral, rare, conditionnant le rétrécissement et saignant spontanément.

L'exploration du canal avec l'instrument à boule olivaire peut traumatiser légèrement les bourgeons charnus de la muqueuse malade et déterminer une légère hémorragie, même si l'opérateur est prudent et habile. A plus forte raison, s'il employait intempestivement un instrument poussé avec trop de vigueur. Comme les rétrécissements les plus serrés et les plus saignants sont aussi les plus profonds, ce sont les bougies filiformes qui, pénétrant plus avant, déterminent plus facilement l'hémorragie.

Les dilatations trop rapides ou trop rapprochées peuvent déchirer le canal et provoquer un saignement grave.

Il en est de même au cours de l'urétrotomie interne, quand la lame de l'urétrotome a incisé trop profondément la partie supérieure du col, qui continue à saigner. De même, la sonde à demeure, placée après la section du rétrécissement, si elle est trop volumineuse, réalise ce que Guyon appelait l'opération du Bon Marché, la muqueuse entamée cédant sous la pression comme l'étoffe, entamée légèrement par les ciseaux, se déchire en écartant les lèvres de la première incision.

« En agissant avec précautions, en opérant « avec prudence, en dilatant les rétrécissements « avec douceur, sans vouloir atteindre trop rapidement les numéros élevés, les praticiens ob« tiendront facilement des succès certains ». Ainsi, par suite, seront évitées les manœuvres qui compliquent le rétrécissement d'écoulements sanguins plus ou moins importants.

G. D.

Une active médication anti-infectieuse.

Parmi les médications anti-infectieuses, on sait le rôle important qui est aujourd'hui dévolu à l'*Hexaméthylène-tétramine*. Après les travaux de LOEPER et GROSDIDIER, de PISSAVY et ROBIN, de GLATARD, etc.., la question vient de faire l'objet d'une excellente étude de Mademoiselle FELBERG (Thèse, Faculté de Montpellier, 1919).

Des recherches cliniques faites dans les hôpitaux de Paris avec l'*Uroformine Gobey* (marque française de l'hexaméthylène-tétramine), il ressort que l'action anti-infectieuse du médicament est due, d'une part, à ses effets antiseptiques (dégagement progressif du formol) d'autre, part, et surtout, à ses effets éliminateurs (diurèse puissamment accrue).

Dans les cas d'infections (grippe, bronchopneumonie, fièvre typhoïde, etc.), les auteurs ont administré ce produit, soit par la bouche (comprimés dosés à 0 gr. 50); soit en injections intraveineuses (solution aqueuse de 0 gr. 25 par cmc.).

Quelques praticiens ont observé des insucces dans l'administration de l'héxaméthylène-tétramine du commerce ; à notre avis, cela tient uniquement à l'impureté du produit employé.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses.

Thèses de Montpellier.

Dr Jean SOLANET. — **Contribution à l'étude du traitement des arthrites suppurées du genou par la mobilisation active immédiate.**

Ce travail démontre que le traitement idéal des arthrites suppurées du genou est celui qui, tout en assurant un drainage parfait de l'articulation, prévient l'ankylose.

L'arthrotomie doit être pratiquée dans tous les cas, arthrotomie latéro-rotulienne, complétée par une incision au point culminant du cul-de-sac sous-tricipital.

La méthode de la mobilisation immédiate de l'articulation après l'intervention, préconisée par Willems, nous paraît être la méthode de choix dans les cas où l'infection articulaire est de moyenne intensité ; elle doit être surveillée de très près et suspendue si des accidents inflammatoires surviennent.

Dans les cas d'arthrite purulente très septique, avec accidents septicémiques graves, la méthode est, à notre avis, plus discutable. Les quelques succès obtenus dans ces cas ne permettent pas encore de la généraliser.

Dr Léon LOUVRIER. — **Contribution à l'étude des rétrodéviations douloureuses de l'utérus.**

Pour Louvrier, l'intervention chirurgicale est la seule thérapeutique à conseiller dans les rétrodéviations fixées.

Dans les rétro-déviations libres, elle sera conseillée après échec du pessaire et de la médication décongestive.

Le procédé de choix est la ligamentopexie (variétés Tédenat, Doléris, Gilliam).

Les résultats chirurgicaux sont très encourageants. Ils suppriment la douleur dans 80 p. 100 des cas, et l'atténuent sensiblement dans 15 %. La ligamentopexie n'entrave nullement l'évolution des grossesses ultérieures. Elle favorise souvent la conception.

Dr Maurice Roquelaure. — **Contirbution à l'étude du cancer primitif de l'ovaire.**

Le cancer de l'ovaire s'observe à un âge moins avancé que le cancer des autres organes.

La forme anatomique de carcinome est la plus fréquente.

Le diagnostic est souvent difficile ; il se base sur la bilatéralité de la lésion, quand elle existe, sur son indépendance avec l'utérus, sur la consistance de la tumeu r et l'atteinte de l'état général.

Le pronostic est très sévère et l'évolution est plus rapide que dans les tumeurs malignes des autres organes.

Le traitement de choix, aussi précoce que possible, est l'hystérectomie, avec ablation des annexes.

Dr Henri Saignol. — **Contribution à l'étude du traitement radiothérapique de la syringomyélie par les rayons de Roentgen.**

Méthode préconisée par l'auteur :

Séances hebdomadaires de 10 minutes chacune, en utilisant le procédé dit des feux croisés, avec radio-limitateur. Les rayons employés seront très durs et très pénétrants et préalablement filtrés sous 1 mm. d'aluminium. L'anticathode sera placée à 12 cm. de la peau.

On n'observera aucun accident imputable aux rayons X, si la technique employée s'inspire uniquement de la sauvegarde de la peau.

Arrêter le traitement si, au bout de 3 à 4 séances, l'amélioration constatée ne progresse plus, quitte à le reprendre en cas d'aggravation des phénomènes morbides.

On n'a pu encore enregistrer de guérison complète : mais les améliorations obtenues semblent être au moins des rémissions de longue durée. Les troubles sensitifs et moteurs sont améliorés en 4 à 5 séances. Les atrophies musculaires ne régressent pas en général.

Dr Paul Herry. — **Contribution à l'étude de la pathogénie du shock traumatique.**

Quelle que soit la signification exacte donnée au terme shock, le fait important établi à l'heure actuelle est que la douleur ne suffit pas, comme on l'a longtemps cru, à expliquer le shock ; la douleur peut déterminer une syncope, mais elle n'est pour rien dans l'apparition des phénomènes qui caractérisent le shock. Le système nerveux, atteint plus que les autres par les toxines d'origine tissulaire ou microbienne, donne à la symptomatologie son allure particulière, mais il n'est nullement la cause des accidents observés.

Dr Lucien Carrière. — **Les tétanos postsériques.**

La conclusion générale qui découle de cette étude des tétanos post-sériques est qu'ils sont évitables, s'il est vrai qu'ils proviennent d'une sérothérapie insuffisante. Pour cela, il faut savoir manier à propos, et sans craindre de complications, l'arme précieuse qui nous a été donnée par Roux et Vaillard. Le sérum est efficace, puisqu'il réussit à enrayer l'infection, ou à la prévenir dans la grande majorité des cas ; employons-le donc et plus largement qu'on ne le faisait autrefois, il nous donnera d'excellents résultats.

Dr Maurice Jean. — **Contribution à l'étude clinique du cancer primitif du poumon.**

Le cancer primitif du poumon, dit M. Jean, est une affection rare, à laquelle l'homme est plus sujet que la femme.

Les symptômes sont inconstants. Suivant la prédominance d'un ou de plusieurs symptômes, on observe cinq formes cliniques principales : forme aiguë, forme latente, forme broncho-pulmonaire, forme médiastinale, forme pleurétique.

L'examen cytologique des crachats et le cas échéant, du liquide pleural, la radioscopie, et la bronchoscopie sont susceptibles d'apporter d'utiles renseignements dans la recherche du diagnostic.

L'évolution est progressive et continue. Le pronostic est fatal en moins d'une année.

La difficulté du diagnostic précoce limite les cas où une intervention chirurgicale pourrait être utilement tentée. Le plus souvent, on sera conduit à faire une thérapeutique symptomatique.

Dr Jules Champeil. — **Quelques cas de malformation du vagin.**

A) Il n'y a pas de douleurs ; les organes génitaux sont atrophiés et n'exercent pas leur fonction. Dans ce cas, il faut s'abstenir d'intervenir.

B) Il y a des douleurs d'hématométrie périodiques, allant crescendo.

a) Au toucher, on ne remarque pas de poche bombant au périnée, pas de tumeur. Faire un vagin artificiel.

b) Au toucher, on reconnaît une tumeur (hématocolpos), bombant au périnée ou sur le rectum. L'indication de l'ouverture et de l'abouchement à la vulve est formelle.

Les collections sanguines, abandonnées à elles-mêmes, peuvent être un danger. L'intervention supprime les douleurs et rétablit la circulation menstruelle interrompue.

PARTIE PROFESSIONNELLE

HYGIÈNE SOCIALE

I

L'hygiène sociale et le Corps médical.

J'ai souligné, la semaine dernière, le passage de la leçon inaugurale du professeur L. Bernard, dans lequel il proclame que « les temps sont révolus où l'idéal hippocratique s'imposait farouchement à notre conscience de médecins ».

C'est, comme je l'ai montré, le secret professionnel qui se trouve ainsi remis en question dans des conditions qui empruntent toute leur gravité à la bouche qui profère de telles paroles et à la tribune d'où ces paroles tombent.

J'aurais aimé que M. Bernard s'exprimât en toute franchise, au lieu de s'en tenir à des périphrases qui, sachant que leur traduction en langage clair risquerait de heurter le sentiment de la masse des praticiens, laisse volontairement planer quelque obscurité sur leur signification même.

Pourquoi ne pas dire franchement : « Le secret professionnel des médecins a fait son temps. Ce n'est plus qu'un encombrement bon à reléguer au magasin des accessoires. L'intérêt de la collectivité, supérieur à l'intérêt de l'individu, exige impérieusement que les maladies susceptibles de devenir, par leur contagiosité et leur épidémicité, des fléaux sociaux, soient dénoncées à l'autorité, afin que celle-ci prenne toutes les mesures pour en combattre la diffusion ». Au moins, on sait ainsi à quoi s'en tenir, et l'esprit, affranchi de l'engourdissement où le plonge le murmure berceur des belles périodes, voit nettement le problème qui se pose ainsi devant lui, et peut en discuter les solutions proposées.

Si j'insiste quelque peu sur ce sujet, c'est que je suis loin d'être le seul à m'émouvoir de pareilles tendances, et que le courant d'opinion qui se trouve ainsi déchaîné a son écho dans d'autres organes de la presse médicale. Je citerai spécialement un petit article fort judicieux de M. Lemière, dans le *Journal des Praticiens* du 3 avril dernier, et un rapport de M. Rousselier, dans le *Bulletin officiel* du Syndicat des Médecins de Marseille (avril 1920).

Je ne reprendrai pas ici une argumentation qui s'est librement développée ailleurs.

Il me suffira de rappeler que toute la question du secret professionnel est dominée par cette considération, qu'on est trop enclin à perdre de vue, à savoir que : *le secret professionnel n'est pas un privilège pour le médecin, mais une garantie pour le malade.* La loi n'en a pas consacré l'obligation pour faire plaisir au médecin, mais pour protéger l'ordre public. Sans doute, certains objecteront-ils, avec le professeur d'hygiène de la Faculté, que les temps sont révolus où l'ordre public avait besoin de cette sauvegarde ; que ce qui avait sa raison d'être en 1810 n'est plus justifié en 1920, etc.

Admettons que le législateur, entrant à fond dans la voie de ces considérations, supprime radicalement du Code Pénal l'article 378, et multiplie, au contraire, les cas dans lesquels le médecin devra dénoncer (je ne trouve pas d'autre mot pour exprimer l'acte dont il s'agit) son malade à des tiers, même qualifiés. Qu'adviendra-t-il de l'intérêt général, le jour où le malade en arrivera à préférer se passer des soins médicaux plutôt que de s'exposer à toutes les conséquences légales, réglementaires et autres, de la divulgation de sa maladie ?

Que de rougeoles, que de scarlatines, évoluent en dehors de l'intervention de l'homme de l'art ? Que de syphilis sont négligées ou traitées empiriquement, sans qu'aucun médecin s'en mêle ?

Que faire à cela, à moins de décréter l'obligation pour les malades, à peine de sanctions sévères, de se faire visiter et soigner par un docteur en médecine !

La déclaration obligatoire des maladies contagieuses visées actuellement par la loi et de celles qui le seront demain, choque la conception que la grande masse des praticiens se fait du secret professionnel. Aucun d'eux ne prétend que cette déclaration ne doive être faite. La plupart soutiennent que ce n'est pas à eux de la faire.

Que de controverses ont été déjà soutenues publiquement à ce propos ? Je retrouve précisément, dans le *Concours Médical* de 1913, un rapport de Decourt au Syndicat de Meaux, dans lequel notre ami, dont on connaît la foi syndicaliste, se fait le défenseur de cette thèse.

C'est donc de ce côté que l'autorité doit orienter ses tentatives pour rendre opérantes les mesures relatives à la défense de la santé publique.

Dans le *Journal* du 29 avril, M. Mourier réclame la création d'un Ministère de la Santé publique, centralisant toute l'administration sanitaire aujourd'hui divisée entre la Guerre, la Marine, les Colonies, l'Instruction publique, l'Agriculture, le Commerce, l'Hygiène, etc.

« Cette situation ne doit pas se prolonger, écrit l'ancien Sous-Secrétaire d'Etat. En présence d'un fléau national, l'unité de commandement est aussi indispensable que devant l'ennemi... Nous ne lutterons efficacement contre la tuberculose ou l'avarie que lorsque tous les pouvoirs

sanitaires seront réunis dans les mêmes mains ».

Pour n'être pas neuve, cette idée est loin de nous déplaire. Que ce Ministère se réalise donc, et que, s'appuyant résolument sur les techniciens et sur les compétences, il étudie ce qu'il importe de faire pour associer le corps médical à une œuvre d'harmonisation des lois sanitaires avec le respect que méritent quand même et les intérêts privés du malade, et les possibilités professionnelles du médecin.

G. DUCHESNE.

II

Vœu relatif au Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

La création du Ministère de l'Hygiène si souvent réclamée par la Société de Médecine publique et de Génie Sanitaire (qui a même consacré plusieurs de ses séances à la discussion de cette question), avait laissé espérer que des changements profonds seraient apportés sans délai à l'administration de l'Hygiène en France.

Pourtant, depuis son institution, seules des questions de prévoyance sociale semblent avoir été abordées par lui, alors qu'il en est tant d'autres, au moins aussi urgentes, qui ne paraissent pas avoir encore été envisagées, quoiqu'elles présentent un intérêt capital.

La dépopulation ne sera pas seulement conjurée par les discussions engagées dans les séances de la Commission de la Natalité et par les rapports des commissions départementales : il faut surtout défendre les individus existants contre les causes évitables de décès, tout en s'efforçant d'augmenter le nombre des naissances.

La race sera améliorée par la pratique des sports : mais elle le sera plus encore si l'on protège la santé et si l'on évite les maladies qui la débilitent.

La prophylaxie des maladies professionnelles présente un intérêt indéniable : mais elle n'exclut pas la lutte contre les affections contagieuses et l'assainissement des habitations et des localités.

La loi du 15 février 1902, sur la Protection de la Santé publique, est inappliquée, et même, dans nombre de ses articles, à peu près inapplicable ;

Les communes possèdent un règlement sanitaire qu'elles ignorent ou feignent d'ignorer et les Maires, qui devraient en assurer l'exécution, ne connaissent pas ce règlement ou, pour des raisons trop souvent exposées, s'efforcent de le tourner et de ne pas l'appliquer ;

La déclaration des maladies contagieuses n'est pas régulièrement faite par les médecins, parce que, dans de trop nombreux cas, d'une part elle n'est pas suivie des opérations effectives et efficaces de désinfection que ces praticiens sont en droit d'espérer et parce que la déclaration à la mairie constitue, à leur avis, une violation du secret professionnel; d'autre part elle ne provoque pas de mesures générales d'assainissement ou de prophylaxie ;

L'obligation de la vaccination antivariolique n'est pas réellement et efficacement applicable sans tourner la loi, ainsi qu'il a été fait excellemment dans un département ;

La délivrance des sérums curatifs et préventifs vient d'être modifiée de telle façon que, dans les communes rurales, il est devenu impossible de lutter, non seulement contre la diffusion de la diphtérie en particulier, mais encore contre la maladie déclarée elle-même, pour peu qu'il s'en présente simultanément plusieurs cas dans la même région éloignée des centres d'approvisionnement de sérum ;

L'hygiène scolaire n'existe pas, en dehors de très rares villes ;

Les travaux d'assainissement des communes ne sont pas et ne peuvent pas être entrepris ;

Le permis de construire n'est exigé que dans les villes de plus de 20.000 habitants, et il n'est pas certain que la loi soit réellement appliquée dans toutes les régions dévastées par la guerre, là où il n'existe pas de bureau municipal d'hygiène, on peut reconstruire comme on le veut, contrairement aux prescriptions du décret du 2 juin 1919, aucun engagement de reconstitution hygiénique et conforme aux règlements sanitaires communaux n'étant exigé et aucun contrôle n'existant;

L'assainissement des immeubles est presque toujours impossible dans les conditions prévues par la loi, qui offre toutes les facilités de résistance aux récalcitrants ;

L'application de la loi relative à l'expropriation pour cause d'insalubrité est rendue très difficile par suite des longues et multiples formalités à accomplir ;

L'inspection d'hygiène n'a été créée, en fait, que dans de très rares départements, et là où elle existe, le titulaire est trop souvent impuissant, malgré les services incontestables rendus par ceux qui sont spécialisés dans leurs fonctions (il y a bien, obligatoirement, un vétérinaire départemental, un professeur départemental d'agriculture, des inspecteurs du travail, etc. !) ;

Les services départementaux, en particulier les Commissions Sanitaires, sont inopérants, par suite du manque de compétence de la plupart de leurs membres ;

Les Bureaux d'hygiène ne fonctionnent pas tous avec régularité, et certains même n'auraient pas encore été constitués ;

Le contrôle central des mesures sanitaires

n'existe plus : l'Inspection générale des services d'hygiène s'est fondue avec l'Inspection générale des services administratifs du Ministère de l'Intérieur ; la direction de l'hygiène n'étant plus rattachée à ce Ministère, l'inspection générale a cessé de fonctionner à ce point de vue ;

Les Laboratoires d'hygiène et de bactériologie n'existent pas en dehors des grandes villes, et pourtant leur utilité est primordiale pour le diagnostic des affections contagieuses et pour la surveillance des eaux potables ;

La lutte contre la tuberculose est encore à l'état embryonnaire, surtout dans les campagnes, où cette affection est, peut-être, aussi fréquente que dans les villes ;

La lutte contre la syphilis est organisée dans certains centres : elle devrait être poussée partout très activement ;

Rien n'est tenté pour lutter contre l'alcoolisme et tout semble fait, au contraire, pour encourager le développement de ce fléau ;

La loi sur la protection de l'enfance du premier âge, qui remonte au 23 décembre 1874, ne donne pas les résultats que l'on devrait en attendre : elle doit être revisée ;

Les stations de chemins de fer et les voitures des entreprises de transport en commun (chemin de fer, métropolitains, tramways, omnibus) sont généralement insalubres ou non entretenues, et rien n'est fait pour remédier à cet état de choses dangereux pour la santé publique ;

La répression des fraudes alimentaires n'est même pas sous la direction du Ministère de l'Hygiène ;

La collaboration active, constante et effective du corps médical pratiquant, qui est indispensable, n'est même pas envisagée :

L'hygiène officielle n'existe, en réalité, en France que dans des textes législatifs, des décrets, des circulaires, qui sont inappliqués, sauf dans quelques grandes villes et dans de très rares départements ;

L'hygiène rurale est nulle, et pourtant le chiffre de la population de nos campagnes dépasse les deux tiers de celui de la population totale de la France : tout ce qui est fait et ordonné est envisagé pour Paris et les grandes agglomérations, rien n'est prévu pour les petites localités. Les conditions sanitaires de celles-ci sont pourtant tout à fait différentes de celles des villes : il faut avoir réellement *pratiqué* l'hygiène rurale, avoir été médecin de campagne ou se trouver en relations constantes et intimes avec ceux-ci pour être à même d'apprécier le mode et les difficultés d'application *pratique* de règlements ou d'instructions élaborés dans les bureaux de Paris.

Toutes ces critiques ont souvent été développées. Mais il semble indispensable et opportun qu'elles soient répétées et signalées officiellement à l'attention du nouveau Ministre.

Celui-ci est un fervent adepte de l'hygiène sociale. Il est assisté par le directeur de l'assistance et de l'hygiène, qui est un administrateur très distingué, mais qui est un administrateur et non un technicien. Les chefs de services de la direction sont très aptes à remplir leurs fonctions : mais ce sont des hommes habitués, par profession, à voir les questions de leur bureau et à qui on ne saurait demander d'avoir des connaissances relatives à l'application *pratique* de la loi du 15 février 1902 et des autres textes législatifs à l'exécution desquels ils sont commis. MM. les conseillers techniques sanitaires sont des médecins éminents, qui méritent la plus grande confiance de la part du ministre. Mais, outre qu'ils sont déjà professeurs à la Faculté ou médecins des hôpitaux, ils exercent la clientèle, qui absorbe une partie de leur temps, et l'on ne pourrait leur demander d'être *uniquement* les véritables directeurs techniques du ministère de l'hygiène, avec la collaboration constante et journalière qui serait indispensable.

Des services essentiellement techniques sont donc sous une direction purement administrative.

Il manque, à côté du Ministre, ce collaborateur compétent et de tous les instants, qui aurait fait ses preuves et qui serait auprès de lui ce qu'est, là où il existe, l'inspecteur départemental d'hygiène auprès des préfets.

De même qu'il a été reconnu indispensable que les futurs inspecteurs départementaux d'hygiène aient au moins cinq années de clientèle médicale, il est non moins utile que ce nouveau directeur soit pareillement un ancien praticien de la médecine, et même, de plus, un *praticien* de l'hygiène, qui connaîtrait parfaitement les conditions d'application *pratique* de cette science, tant à la ville qu'à la campagne.

Faut-il donner raison à ceux qui ont prétendu que l'institution du Ministère de l'hygiène n'aurait pour conséquence qu'une simple transposition de bureaux et la création de nouveaux fonctionnaires incompétents ? Vous ne le croyez pas.

Aussi, j'ai l'honneur de vous soumettre le vœu suivant qui, si vous voulez bien l'adopter, serait ensuite transmis, avec son exposé des motifs, à M. le Ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales :

VŒU :

La Société de médecine publique et de génie sanitaire prie instamment M. le Ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales de vouloir bien mettre d'urgence à l'étude :

1° La révision de la loi du 15 février 1902, sur

la protection de la santé publique, afin de la rendre applicable sur tous ses points ;

2° Par un autre projet, qui serait déposé d'urgence, la création obligatoire, et dans le plus bref délai possible, d'inspecteurs d'hygiène et de laboratoires d'hygiène dans tous les départements ;

3° La création, au Ministère de l'hygiène, dans le plus bref délai possible, d'une direction indépendante de l'hygiène ; ce nouveau poste serait confié à un médecin hygiéniste, ancien praticien de la médecine, dont les aptitudes seraient éprouvées, tant en ce qui concerne l'hygiène urbaine que, surtout, l'hygiène rurale ; le service de la répression des fraudes alimentaires devrait être rattaché à cette direction ;

4° Le rétablissement de l'inspection générale des services sanitaires ;

5° La collaboration effective des médecins praticiens à l'application de la loi sur la protection de la santé publique et aux lois d'assistance sociale, avec le concours de leurs syndicats et autres associations professionnelles :

6° La modification du mode actuel de délivrance des sérums préventifs et curatifs ;

7° L'élaboration urgente d'une loi efficace sur l'hygiène scolaire ;

8° La consultation par lui des spécialistes de l'hygiène rurale et des représentants des syndicats médicaux des régions rurales avant toute décision générale relative à la santé publique et aux lois d'assistance réclamant le concours des médecins praticiens ;

9° La révision des autres lois et règlements relatifs à l'hygiène de la première enfance, à l'expropriation pour cause d'insalubrité, aux aliénés, etc.

Il n'est fait, dans l'exposé de ces désiderata, aucun ordre de priorité, tous présentant un réel et égal caractère d'urgence.

Dr P. PAQUET,
Inspecteur départemental d'hygiène dans l'Oise,
ancien médecin praticien.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Fédération des Syndicats médicaux de l'Hérault.

Programme d'études.

I. — *Action syndicale intérieure.*

A. — Procédés pratiques à mettre en œuvre pour amener au Syndicat les Confrères nouvellement installés ou y ramener ceux qui avant la guerre s'en étaient désintéressés.

B. — Révision des tarifs d'honoraires, en tenant compte de l'augmentation progressive du coût de la vie depuis 1914 :

a) Tarif local moyen : un seul échelon dit normal (ancien tarif moyen), à communiquer au public par la voie de la presse, susceptible, quand le médecin le jugera à propos, d'être au maximum réduit d'un tiers, pour les petits revenus, et au minimum doublé dans les milieux fortunés.

b) Propositions en vue de retoucher les divers articles du tarif Dubief.

c) Etude des modifications à apporter pour 1921 au tarif de l'Assistance médicale gratuite : cas des vaccinations.

C. — Rapports des médecins consultants et traitants : fixer ouvertement le taux respectif et le mode de paiement de leurs honoraires réciproques.

II. — *Relations extérieures des Syndicats.*

A. — Mise au point d'un projet de service de nuit, et éventuellement du dimanche.

B. — Question des rapports avec les collectivités :

a) Ceux avec les Mutualités sont, à l'heure actuelle, de droit commun ; en cas de tentative de conversation de leur part, attitude à observer.

b) Les hospices reçoivent indûment certaines catégories de malades (personnes aisées, aux frais des communes : accidentés du travail, au compte des Compagnies d'Assurances ; blessés de guerre, réformés, à la charge de l'Etat), au détriment du Corps Médical (Médecins traitants ruraux et urbains spoliés de ce fait : chefs de service non rétribués pour ces soins à des non-indigents) et du patrimoine des pauvres. Conversations à engager avec les Commissions administratives, en vue de réprimer cet abus.

c) Les grandes compagnies font soigner leurs accidentés du travail par leurs médecins habituels qui ne touchent de ce fait aucune rétribution supplémentaire. Comment assurer le libre choix à cette catégorie d'accidentés, conformément aux lois en vigueur.

d) Les dispositions de l'article 64 de la loi sur les blessés de guerre ne sont pas appliquées par les Pouvoirs Publics. Le médecin traitant ignore quand il sera payé, et à quel taux. Conduite à tenir.

e) A l'occasion de la lutte anti-tuberculeuse, des infirmières bénévoles ont été désignées pour dépister à domicile cette catégorie de malades. Tort matériel porté au médecin traitant. Comment supprimer cette violation de la loi sur l'exercice de la Médecine. Nécessité pour le Corps Médical à prendre part à l'organisation des dispensaires tuberculeux départementaux.

II

Syndicat des médecins de la région de Bourg.

Avis syndical.

L'Assemblée générale du Syndicat du 18 avril a décidé à l'unanimité d'appliquer à partir du 1er mai 1920 le *tarif minimum suivant* :

Consultation au cabinet...........	8 fr.
Visite à domicile.................	10 »
Visite de passage.................	10 »
Indemnité kilométrique (du domicile du médecin à celui du malade) : le kilomètre parcouru à l'aller seulement	3 »
Les visites ou les consultations demandées d'urgence (de 8 heures du soir à 6 heures du matin), ainsi que *les dimanches et jours fériés* entraînent une majoration de 100 % sur les prix ci-dessus.	
Certificats pour assurance-vie......	40 »
Certificats pour coups et blessures (sur timbre)	20 »

Les certificats sont toujours payés comptant et leur prix s'ajoute à celui de la visite et de la consultation.

Le Secrétaire :
Dr SERVAS.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Le service médical des Sociétés mutuelles.

Un de nos amis nous communique le résumé de l'Assemblée générale du Comité mutualiste consultatif du Var du 28 février. Nous y relevons les passages suivants :

« Le Comité décide de s'occuper spécialement de la question du service médical dans la Mutualité.

Le président expose d'abord les difficultés rencontrées par les Mutualistes malades, non seulement pendant la guerre, mais surtout depuis la fin des hostilités, depuis que le service médical pourrait être fait par de nombreux médecins, et cela à cause de la surélévation du prix des visites. Il croit que, pour Toulon et les grandes villes, la crise pourra facilement se dénouer par l'union et la cohésion de toutes les sociétés mutuelles, groupées dans une union médicale avec le système de l'abonnement qui fait disparaître les aléas financiers pour les sociétés et assure une équitable rétribution du Corps médical.

Déjà notre Union médicale a relevé ses tarifs de 50 % et selon les résultats, la mesure sera complétée et arrêtée pour une longue période.

Pour les petites communes, la question est plus ardue ; le médecin, généralement seul, reste maître de la situation et les mutualistes sont obligés d'accepter les prix imposés.

Ainsi l'étude d'un service médical organisé soit par l'Etat, soit par le département et par un groupe de communes, mais avec le concours financier assuré des Sociétés de secours mutuels, s'impose et doit être fait d'une manière très approfondie au prochain Congrès . La solution adoptée serait ensuite transmisé au gouvernement et soutenue tant par la fédération nationale que par les représentants légaux des départements et des communes. Cette proposition est adoptée à l'unanimité ».

Cette communication nous offre à nous médecins plus d'un enseignement.

D'abord, tandis que le Corps médical reste indifférent à l'avenir, ne veut pas s'occuper collectivement de ses intérêts, ni se grouper dans des syndicats puissants et actifs, la mutualité s'organise et recherche la complicité de l'Etat et de ses intermédiaires, les politiciens, pour faire échec à toutes les revendications des praticiens français, pour étrangler toute vélléité d'indépendance de leur part, pour continuer à leur imposer des tarifs de famine,.

Tout concourt à chercher le rétablissement du forfait et l'abonnement dont les médecins ne veulent ni peu, ni prou, ni à aucun prix, car il est immoral. Le médecin ne veut pas être payé quand il ne travaille pas, il veut recevoir des honoraires proportionnés au travail qu'il fournit.

Pour employer le jargon moderne, le travailleur médical, devant transformer la matière malade en matière bien portante, veut le travail aux pièces, qui seul peut assurer un travail bien fait parce que bien payé, et refuse tout travail à l'heure et à l'année parce qu'il amène la surproduction de travail médical, sans salaires correspondants, et qu'un travail, mal payé, nous ont appris les groupements ouvriers, peut être un travail mal fait.

Mais ce que les Sociétés mutuelles ont négligé de nous dire, c'est qu'elles veulent surtout établir un salariat médical. C'est le rêve des compagnies d'assurances, des sociétés industrielles, c'est même la tendance de l'Etat. C'est à ce résultat que sont arrivés les groupements ouvriers, comme à Limoges, qui, dénonçant dans leurs affiches et leurs discours le salariat, n'hésitent pas à l'établir pour leurs médecins.

Que les Sociétés mutuelles ne viennent pas nous dire que le forfait peut seul supprimer les aléas financiers. Les aléas financiers n'ont qu'une cause : l'insuffisance notoire des cotisations établies, selon une formule empirique, sans tenir compte des calculs d'actuariat.

Qu'elles adaptent leurs chiffres de cotisations aux tables de morbidité, comme nous l'avons

fait à la Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français, et l'aléa aura vécu.

Quant à leur épouvantail à moineaux d'un tarif à l'abonnement établi par l'Etat, en faveur des mutualités, contre les médecins, nous n'en avons cure. Nous avons confiance en notre ami Lafontaine, secrétaire de l'Union des Syndicats, qui saura, avec son énergie coutumière, répondre à ces velléités d'exploitation en faisant entendre la voix de tous les praticiens de France.

Mais, pour cela, que nos confrères ne perdent pas leur temps et leur salive à solliciter individuellement un relèvement d'honoraires de 0,25 c. par visite ou consultation, mais prient Messieurs les Mutualistes de s'adresser à leur Syndicat ou à l'Union.

Elle ne perdra pas de vue que le mutualiste est un client appartenant à toutes les classes de la société et doit honorer le médecin selon sa situation sociale.

Que dans ces conditions, les sociétés prennent avec leurs sociétaires tous engagements qui leur conviendront, mais que, pour le médecin, le mutualiste soit et reste un client ordinaire, l'honorant selon ses ressources.

Dr M. VIMONT.

Note de la Direction. — Notre collaborateur et ami Maurice VIMONT, nous prie de publier que ce n'est pas lui qui vient d'être décoré de la Médaille de la Mutualité, mais un de ses homonymes.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Admissions. — Sous réserve des publications statutaires, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

4268 Fouquet, Bassens (Gironde).
4269 Sébald, Le Havre (Seine-Inférieure).
4270 Arène, Chambon-Feugerolles (Loire).
4271 Roujon, Sumène (Gard).
4272 Barbé, Salies-du-Salat (Haute-Garonne).
4273 Cuny, Clermont-en-Argonne (Meuse).
4274 Saric, Targon (Gironde).
4275 Seguinot, Saintes (Charente-Inférieure).
4276 Gragnot, Trans (Var).
4277 Péchin, Bayonne (Basses-Pyrénées).
4278 Lamy, Frévent (Pas-de-Calais).
4279 Sautier, Cluses (Haute-Savoie).
4280 Romieu, Avignon (Vaucluse).
4281 Briens, Bricquebec (Manche).
4282 Blanchon, Clamecy (Nièvre).
4283 Reboul, Berkane (Maroc Oriental).
4284 Colleri-Leduc, Bordeaux (Gironde).
4285 Maffet, Bar-sur-Loup (Alpes-Maritimes).
4286 Sénellart, Hazebrouck (Nord).
4287 Foveau de Courmelles, Paris, 9, rue Tronchet.
4288 Clément, Poissy (Seine-et-Oise).
4289 Delvincourt, Liesse (Aisne).
4290 Corre, Sizun (Finistère).
4291 Espinet, Périgueux (Dordogne).
4292 Ploton, Saint-Etienne (Loire).
4293 Parsat, Andernos-les-Bains (Gironde).
4294 Pouget, Le Raincy (Seine-et-Oise).
4295 Chauveau, Thorigné (Sarthe).
4296 Martin, Plancher-les-Mines (Haute-Saône).
4297 Bourdenne, Pontacq (Basses-Pyrénées).
4298 Surun, Bellac (Haute-Vienne).
4299 Michel, Ancenis (Loire-Inférieure).
4300 Roussignol, Anet (Eure-et-Loir).
4301 Ponson, Montmeyran (Drome).
4302 Bonnes, Paris, 25, rue Custine.
4303 Balatre, Condé-en-Brie (Aisne).
4304 Riou de Kérangal, Bourges (Cher).
4305 Brésard, Guéret (Creuse).
4306 Pelletier, Les Sables-d'Olonne (Vendée).
4307 Guilbeau, Secondigny-en-Gâtine (Deux-Sèvres).
4308 Gaborit, Saint-Fulgent (Vendée).
4309 Demantké, Dreux (Eure-et-Loir).
4310 Rivoal, Tréboul (Finistère).
4311 Claeys, Paris, 5 *bis*, rue du Louvre.
4312 Mabille, La Rochelle (Charente-Inférieure).
4313 Brinon, Chateauneuf-sur-Loire (Loiret).
4314 Diehl, Vierzy (Marne).
4315 Chimot, Boos (Seine-Inférieure).
4316 Résillot, Romanèche-Thorins (Saône-et-Loire).
4317 Durand, Courville (Eure-et-Loir).
4318 Camaret, Menton (Alpes-Maritimes).
4319 Mathieu, Chinon (Indre-et-Loire).
4320 Deumié, Saint-Etienne (Loire).
4321 Garnier, Nancy (Meurthe-et-Moselle).
4322 Durand, Guéméné-Penfao (Loire-Infér.).
4323 Cristol, Paulhan (Hérault).
4324 Jaulin, Orléans (Loiret).
4325 Capman, Pont-de-Beauvoisin (Savoie).
4326 Giralt, St-Laurent-de-Cerdans (Pyr.-Or.)
4327 Guillou, Lanvollon (Côtes-du-Nord).
4328 Pantel, Alais (Gard).
4329 Mme Aubry, Montrouge (Seine).
4330 Nouvel, Vélines (Dordogne).
4331 Hamelin, Ourville (Seine-Inférieure).
4332 Corinin-Schliomé, Mons-en-Laonnois (Aisne).
4333 Labrue, Saint-Astier (Dordogne).
4334 Guittard, La Châtaigneraie (Vendée).
4335 Fonce, Paris, 80, boul. Saint-Germain.
4336 Bouchet, Goncelin (Isère).
4337 Felgeyrolles, Riom (Puy-de-Dôme).
4338 Reysset, Villamblard (Dordogne).
4339 Brachet, St-Sigismond (Savoie).
4340 Cadilhac, Cette (Hérault).

4341 Michel, Meung-sur-Loire (Loiret).
4342 Cannet, Corps-Nuds (Ille-et-Vilaine).
4343 Berger, Les Avenières (Isère).
4344 Eliçagaray, Sare (Basses-Pyrénées).
4345 Michiels, St-Savin-sur-Gartempe (Vienne).
4346 Wertz, Soisy-sous-Etiolles (S.-et-Oise).
4347 Cruchaudeau, Paris, 94, rue de Maubeuge.
4348 Vauzanges, Romilly-sur-Seine (Aube).
4349 Cormontagne, Bonneuil-les-Eaux (Oise).
4350 Moullade, Roanne (Loire).
4351 Moncany, Corbeil (Seine-et-Oise).
4352 Tribeneau, Montchanin (Saône-et-Loire).
4353 Daubret, Arcueil-Cachan (Seine).
4354 Thierry, Brest (Finistère).
4355 Davet, Alais (Gard).
4356 Nocton, Plailly (Oise).
4357 Laulaigne, Gonnord (Maine-et-Loire).
4358 Virenque, Rodez (Aveyron).
4359 Parès, Montpellier (Hérault).
4360 Bouvier, Confrançon (Ain).
4361 Coville, Orléans (Loiret).
4362 Poirel, Le Caylar (Hérault).
4363 Lassale, Nîmes (Gard).
4364 Blayac, Antignac (Hérault).
4365 German, Pernes (Vaucluse).
4366 Destrés, Nice (Alpes-Maritimes).
4367 Lesieur, Paris, 17, rue de la Ville--l'Evêque.
4368 Lagarde, Marseille, 27, rue Sylvabelle.
4369 Bonnaud, Izieux (Loire).
4370 Malon, Le Teilleul (Manche).
4371 Julien, Dolomieu (Isère).
4372 Ricard, Preignac (Gironde).
4373 Robillot, Tamaris-les-Alais (Gard).
4374 Laplume, Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord).
4375 Bahans, Bordeaux (Gironde).
4376 Agut, La Barre (Eure).
4377 Perpère, Le Mont-Dore (Puy-de-Dôme).
4378 Boeldieu, Drancy (Seine).
4379 Lauthier, Ferrière-la-Grande (Nord).
4380 Cros, Hyères (Var).
4381 Dupuy, Nogaro (Gers).
4382 Bernard, Strasbourg (Bas-Rhin).
4383 Blanc, Pézenas (Hérault).
4384 Simon, Lunéville (Meurthe-et-Moselle).
4385 Soulé, Bordeaux, 37, rue Bouffard.
4386 Cambiès, Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme).
4387 Janin, Paris, 111, rue Olivier-de-Serres.
4388 Renard, Choisy-le-Roi (Seine).
4389 Foucherand, St-Pol-en-Chalençon (Hte-L).
4390 Joly, La Chambre (Savoie).
4391 Augier, Rennes (Ille-et-Vilaine).
4392 Labady, Paris, 159, rue Lafayette.
4393 Debard, Annonay (Ardèche).
4394 Froget, La Haye-Descartes (Indre-et-Loire)
4395 Aujalen, Négrepelisse (Tarn-et-Garonne).
4396 Vazelle, Mur-de-Barrez (Aveyron).
4397 Brunetière, Angers (Maine-et-Loire).
4398 Bory, Paris, 13, rue Jouffroy.
4399 Pontal, Bourg-Saint-Andéol (Ardèche).
4400 Oyez, Calais (Pas-de-Calais).
4401 Makereel, Cannes (Alpes-Maritimes).
4402 Abaut, Langoiran (Gironde).
4403 Guignard, Paris, 3, place de Rennes.
4404 Bachelet, Pont-de-Briques (Pas-de-Calais).
4405 Lesueur, Les Brouzils (Vendée).
4406 Calbérac, Chanu (Orne).
4407 Vidal, Pierrefonds (Oise).
4408 Dechambre, Clermond-Ferrand (P.-d.-D).
4409 Thomasset, Chambon-Feugerolles (Loire).
4410 Meslier, Paris, 1, rue Martel.
4411 Ruais, Quarré-les-Tombes (Yonne).
4412 Lemerle, Chabris (Indre).
4413 Tournier, Pa is, 2, rue Perdonnet.
4414 Berthomier, Vichy Allier).
4415 Faivre, La Voulte sur-Rhône (Ardèche).
4416 Chausse, St-Geniès-de-Malgorié (Gard).
4417 Chiappini, Murzo (Corse).
4418 Classe, Huelgoat (Finistère).
4419 Guilly, Romans (Drôme).
4420 Petit, Chateaudun (Eure-et-Loir).
4421 Bonnet, Calvisson (Gard).
4422 Paulet, Sommières (Gard).
4423 Fidel, St-Romain-de-Colbosc (Seine-Infér.)
4424 Chardonnet, Grenoble (Isère).
4425 Pouget, Cazes-Mondenard (Tarn-et-Gar.)
4426 Basso, Flumet (Savoie).
4427 Pardon, Rouen (Seine-Inférieure).
4428 Verdenal, Villeneuve-sur-Bellot (S.-et-M.).
4429 Mignon, Le Mans (Sarthe).
4430 Van Heddeghem, Criquetot-l'Esneval (S.-I).
4431 Vidal, Villeneuve-lès-Béziers (Hérault).
4432 Penquer, Landerneau (Finistère).
4433 Véroudart, Noyon (Oise).
4434 Thomas, Plumélian (Morbihan).
4435 Devèze, Uzès (Gard).
4436 Béraud, Galgon (Gironde).
4437 Bobard, Auxerre (Yonne).
4438 Peyranère, Pau (Basses-Pyrénées).
4439 Delvart, Thérouannes (Pas-de-Calais).
4440 Pont, Lyon, 9, rue du Président-Carnot.
4441 Kuhn, Petit-Quevilly (Seine-Inférieure).
4442 Merveille, Dunkerque (Nord).
4443 Cayre, La Barthe-de-Nestes (Htes-Pyr.).
4444 Ruault Pornichet-les-Pins (Loire-Inf.)
4445 Ballard, Cherbourg (Manche).
4446 Joinaux, Roanne (Loire).
4447 Frèze, Nîmes (Gard).
4448 Faivre, Poitiers (Vienne).
4449 Chamenotte, Fraisans (Jura).
4450 Dautrey, Vignory Haute-Marne).
4451 C air, Le Creusot (Saône-et-Loire).
4452 Simonnet, Ottange (Moselle).
4453 Sauvage, Lorient (Morbihan).
4454 Clarté, La Neuveville-lès-Raon (Vosges).
4455 Lefèvre, Vic-sur Aisne (Aisne).
4456 Merlet, Apremont (Vendée .
4457 Hugues, Robiac (Gard).
4458 Cheynet, St-Agrève (Ardèche).
4459 Lair, Congy (Marne).
4460 Cadre, Torcy (Seine-et-Marne).

4461 Gardette, Paris, 4, square Georges-Lesage.
4462 Murray, Cagnes (Alpes-Maritimes).
4463 Chauvel, Rennes (Ille-et-Vilaine).
4464 Lhomme, (Orgères Eure-et-Loir).
4465 Dalbès, Capendu (Aude).
4466 Cadel, Cotignac (Var).
4467 Stévenel, Raon-l'Etape (Vosges).
4460 Vincent, Nîmes (Gard).
4469 Arnaud, Nîmes (Gard).
4470 Bertrand-Magnan, Nîmes (Gard).

Accidents du travail. — Le Dr C. (Charente-Inférieure), mis en œuvre par le médecin traitant pour radiographier un blessé du travail, se voit refuser le paiement de sa note par la Compagnie d'assurances, sous le prétexte que celle-ci ne lui aurait pas donné l'autorisation de faire ces radiographies.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de sa note d'honoraires.

— Le Dr Quézac, de Millau (Aveyron), envoie la copie d'un jugement d'appel admettant le cumul de la consultation et des pansements (1), malgré l'arrêt de Cassation du 1er août 1899.

Le Conseil ordonnance le remboursement au Dr Quézac de la somme de cent francs, montant des honoraires de son avocat et de celle de 20 fr. pour honoraires de son représentant en justice de paix.

— Les docteurs G. et P. (Maine-et-Loire) ont obtenu la confirmation par le Tribunal d'appel d'un jugement de paix condamnant un patron à leur payer leurs honoraires et les frais de séjour du blessé dans une clinique privée.

Le Conseil ordonnance le paiement à l'avocat qui a plaidé cette affaire, de ses honoraires, qui s'élèvent à 100 francs.

— Le Dr L. (Indre-et-Loire) est traîné en appel d'un jugement de paix qui lui a accordé le paiement de ses honoraires pour soins donnés à un blessé du travail dans la salle payante d'un hôpital.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour défendre à cet appel.

— Le Dr A. (Seine-Inférieure) demande le paiement des honoraires de son avocat (40 fr.) dans une affaire d'honoraires accidents du travail qu'il avait engagée sur les conseils du « Sou » et qu'il a abandonnée à la suite de l'arrêt de Cassation défavorable au cumul (*Accordé*).

— Le Dr P. (Paris), ayant gagné en appel, après plaidoirie de Me Gatineau, un procès d'accident du travail dans lequel l'adversaire soutenait que les frais médicaux n'étaient pas dus, le blessé n'ayant point cessé son travail, manifeste l'intention d'abandonner à la Caisse du « Sou » le montant de la condamnation prononcée à son profit, qui s'élève à une quarantaine de francs.

Le Conseil adresse au Dr P. ses remerciements.

(1) Voir *Concours* no du 25 avril dernier, p. 1077.

Responsabilité civile. — Le Dr F. (Aisne) est menacé par une cliente d'une demande en dommages-intérêts pour prétendue responsabilité professionnelle, s'il exige le paiement des honoraires qu'elle lui doit.

Le Conseil, considérant que la note litigieuse est de la compétence du Tribunal civil, ce qui entraîne des frais à la charge du demandeur, quelque soit le résultat du procès, donne au Dr F. l'appui pécuniaire pour assigner sa cliente devant le Tribunal, et limite à 100 fr. la participation du « Sou, dans les honoraires de l'avocat.

Si une demande reconventionnelle en dommages-intérêts est formée, l'appui pécuniaire sera acquis au Dr F. pour y défendre, dans les conditions des statuts et du règlement de la Caisse de Garantie.

Taxe sur les bénéfices de guerre. — Par arrêt du 30 janvier dernier (1), le Conseil d'Etat a décidé, contrairement à l'avis des avocats conseils du « Sou », que les médecins étaient assujettis à la contribution extraordinaire sur les bénéfices de guerre.

Le Dr B. (Rhône), dont le « Sou » a soutenu l'appel devant la Commission supérieure, qui attendait, pour se prononcer, l'arrêt du Conseil d'Etat, fait don à la Caisse du « Sou », en reconnaissance de l'aide accordée, de la somme de 100 francs.

Le Conseil lui adresse ses remerciements.

Recouvrements d'honoraires. — Le Dr T. (Yonne), ayant soigné la femme d'un cultivateur, se voit proposer le paiement de sa note, par la Compagnie d'assurances, au tarif Dubief qui n'est certainement pas applicable en l'espèce. Comme la note est supérieure à 600 fr., ce qui entraîne la compétence du Tribunal civil et par suite des frais irrecouvrables sur l'adversaire, même en cas de gain du procès, il demande l'appui pécuniaire.

Le Conseil, attendu qu'il s'agit d'une question de principe, accorde l'appui pécuniaire demandé, en limitant à 100 fr. la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

— Le Dr S. (Bouches-du-Rhône) annonce que son avocat a accepté en son nom une transaction, que le Conseil du « Sou » avait déconseillée, dans un procès en appel d'un jugement de paix qui avait admis l'application du Tarif Dubief à un accident domestique. Il demande le remboursement de 100 fr. d'honoraires versés avant la

(1) Voir *Concours Médical*, no du 22 février 1920, p. 490.

guerre à un avocat, actuellement disparu, et le paiement de 100 fr. d'honoraires demandés par son second avocat.

Le Conseil, malgré l'acceptation d'une transaction, contrairement aux indications qu'il avait données au Dr S. sur sa demande même, mais qui peut s'expliquer par le fait que le Président du Tribunal a laissé prévoir à l'avocat la perte du procès, ordonnance le paiement des 100 fr. d'honoraires demandés par le second avocat.

Quant aux honoraires versés au premier avocat, il regrette de ne pouvoir les prendre à la charge du « Sou ».

— Le Dr D. (Algérie) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement d'une note d'honoraires contre un client qui a quitté la région où il exerce.

Le Conseil, considérant que cette affaire ne soulève aucune question de principe et qu'il s'agit d'un simple recouvrement d'honoraires, décide qu'il n'y a lieu à appui pécuniaire.

Divers. — Le Conseil ordonnance le paiement au Dr R. (Paris) de la somme de 316 fr. 10, montant des frais de l'avoué de son adversaire, dans un procès qu'il a perdu contre son propriétaire, et pour lequel les frais de son propre avoué ont été payés antérieurement par la Caisse du « Sou ».

— Le Conseil ordonnance le paiement au Dr P. (Calvados), des frais d'avoué (138,50), et des honoraires d'avocat (100 fr.), qu'il a exposés dans une affaire engagée avec l'appui pécuniaire du « Sou » contre des clients de mauvaise foi qui ont disparu pendant la guerre.

C. T. I. — Le Conseil décide l'adhésion du « Sou Médical » à la Confédération des Travailleurs Intellectuels (C. T. I.), qui vient de se constituer.

Cette adhésion entraîne le versement d'un droit d'entrée de 100 fr. et d'une cotisation annuelle de 25 fr. par délégué.

Sont désignés comme délégués du « Sou » pour 1920 : MM. Noir, Boudin et Duchesne.

Associations d'étudiants. — Sur la proposition de M. Vimont, le Conseil décide l'adhésion du « Sou » comme membre honoraire de la Section de Médecine de l'Association Générale des Etudiants et de l'Association Corporative des Etudiants en médecine.

Chacun de ces deux Groupements sera invité à déléguer, aux séances du Conseil du « Sou », deux de ses membres, qui y auront voix consultative.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Asiles publics d'aliénés de la Seine.** — Le lundi 14 juin 1920, à 14 heures précises, il sera ouvert, à la Préfecture de la Seine, et dans les conditions prescrites par le décret du 13 mars 1920, inséré au *Journal Officiel* du 25 mars 1920, un concours pour 3 places de médecin en chef dans les asiles publics d'aliénés de la Seine.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés (1er bureau), annexe de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 heures, et de 14 à 17 heures, du lundi 3 au samedi 22 mai 1920, inclusivement.

— Par arrêté du 27 avril 1920, sont spécialement adjoints à la *Commission supérieure des Maladies professionnelles* : 1° au titre de représentants de l'industrie du plomb : MM. Duchemin et Bourdel, patrons ; MM. Bailly et Forget, ouvriers ; 2° au titre de représentants de l'industrie du mercure : MM. Chaptal et Legorju, patrons ; MM. Demichelet et Montessuit, ouvriers.

— Par arrêté du 27 avril 1920, M. Basset, maître des requêtes au Conseil d'Etat, est nommé membre de la *Commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail*, en remplacement de M. Georges Cahen, appelé à d'autres fonctions.

— Par arrêté du 27 avril 1920, M. Léger, député, est nommé membre et vice-président de la *Commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail*, en remplacement de M. Delachenal, député.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

LE SOU MÉDICAL

Ligue de Protection et de Défense Professionnelles

SIÈGE SOCIAL, 132, Faubourg Saint-Denis, PARIS

Le Sou médical, ligue de protection et de défense professionnelles, fondé en 1897, est destiné à couvrir ses adhérents contre tous les risques professionnels, et prend, en outre, la part la plus active à la défense générale des intérêts médicaux.

Pour la protection individuelle de ses membres, il est intervenu dans un nombre incalculable d'affaires : procès devant toutes les juridictions (y compris la Cour de Cassation, le Conseil d'Etat et le Tribunal des Conflits), litiges, revendications, arbitrages, consultations, etc. Pour les luttes d'intérêt général, il marche d'accord avec le Concours Médical, l'Union des Syndicats, l'Association générale des médecins de France, etc.

Il a créé une caisse spéciale destinée à garantir ses membres en outre des frais du procès jusqu'à concurrence de **10.000 francs contre les actions en dommages-intérêts qui pourraient leur être intentées en raison des faits cliniques et thérapeutiques accomplis dans l'exercice de leur profession, et** cette Caisse est dotée de ressources suffisantes pour lui permettre d'envisager tous les aléas.

Faut-il ajouter que tous les avis possibles sont donnés, toutes les démarches sont faites en vue de rendre des services même extra-professionnels ?

La lecture de l'extrait des procès-verbaux du Conseil du Sou Médical inséré à la page 1203 *de ce numéro montre suffisamment d'ailleurs, en même temps que la vitalité de cette Ligue, qui continue à recruter de nombreux adhérents, les services qu'elle rend sans cesse à ceux de ses membres qui sont lésés ou menacés dans l'exercice de leur profession.*

Pour être membre du Sou médical, il faut être membre d'un Syndicat ou d'une Association médicale ou bien être présenté par deux confrères déjà membres du Sou Médical.

La cotisation annuelle est de 25 francs, comprise la participation à la Caisse de garantie.

Les membres ne sont admis qu'après envoi de leur adhésion et PAIEMENT DE LA COTISATION.

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné **(noms, prénoms, qualités)** ....

médecin à .... *dép^t^* ....

né le .... *à* ....

reçu devant la Faculté de ....

membre de (1) ....

ou présenté par MM. (2) ....

déclare adhérer à la Ligue de protection et de défense professionnelle **LE SOU MÉDICAL** *et envoie au Trésorier la somme de vingt-cinq francs pour la cotisation de l'année courante.*

A ...., *le* ....

SIGNATURE :

(1) Syndicat médical ou Association médicale.
(2) Deux confrères, membres du Sou Médical.

Envoyer ce Bulletin affranchi AVEC LE MANDAT INCLUS au Trésorier du *SOU MÉDICAL* **:**
Dr GASSOT, à Chevilly (Loiret) ou au *CONCOURS MÉDICAL*, **132, rue du Faubourg Saint-Denis, PARIS**

phoniques sont en réalité des impôts qui sont applicables dès que la loi a été promulguée ou tout au moins à la date fixée pour son application.

En ce qui concerne notamment le prix de l'abonnement au téléphone, et les redevances annexes, les abonnés les payent dès l'échéance qui suit la mise en application de la loi.

Comme vous n'aviez pas payé ces taxes, vous les devez certainement aux prix actuels, car l'Etat ne peut être considéré comme un commerçant qui fait avec les abonnés un contrat valable pendant un nombre d'années déterminé.

Un cantonnier est assujetti à la loi sur les accidents du travail.

J'ai donné mes soins à un chef cantonnier pour plaie du cuir chevelu ayant nécessité suture et plusieurs pansements.

Ma note d'honoraires lui ayant été remise, son chef hiérarchique, agent-voyer du canton, me prie de me conformer au tarif Dubief pour établir mon compte.

Est-ce régulier ? Ce chef cantonnier doit-il être considéré comme un salarié ordinaire et son accident compté comme accident du travail, ou est-il fonctionnaire et par conséquent n'aurait rien à me réclamer au sujet du tarif Dubief ? Dr R.

Réponse.

Il a été jugé qu'un cantonnier était assujetti à la loi sur les accidents du travail (Cour de Cassation, Chambre Civile, 4 déc. 1912, *Rec. des Acc. du Tr. du Ministère du Travail*, t. XV p. 399 ; Trib. Civil de Rouen, 29 janv. 1903, même *Recueil* t. III, 73 et Cour de Cassation, Ch. Civ. 9 déc. 1908, même *Recueil* t. XI, 74).

Par conséquent, si vous avez été choisi par le cantonnier, l'administration est en droit de règler vos honoraires d'après le Tarif Dubief.

Les soins aux malades et blessés de guerre. La question des honoraires.

L'Etat assure des soins aux anciens malades et blessés de guerre pour les affections se rattachant aux blessures reçues ou aux maladies contractées ou aggravées en service, c'est justice. Mais l'Administration aurait volontiers accepté de rejeter cettte charge sur le Corps Médical, en règlant consultations, visites et interventions au tarif de l'Assistance publique. Cependant des pourparlers avaient été engagés avec l'Union des Syndicats pour fixer un tarif ; ce tarif devait être le tarif moyen et non le tarif minimum, puisque les malades et blessés de guerre appar-

tiennent à toutes les classes de la société. Les pourparlers ont été rompus.

Divers syndicats ont fixé depuis lors un tarif en se basant sur le tarif minimum de 1919 augmenté de 60 %. Mais l'Administration demande aux médecins de donner des soins en laissant aux préfets la charge de déterminer si l'affection pour laquelle ont été donnés les soins, se rattache bien à une blessure ou maladie contractées en service, et de faire régler les médecins à un tarif encore indéterminé que ces mêmes préfets fixeront.

« Travaillez à crédit, faites de la paperasserie sans savoir si vous serez payés ou à quel tarif vous serez payés », telle est la demande qu'on adresse aux médecins.

Il est une solution à laquelle on ne paraît pas avoir songé et qui respecte d'une façon absolue le libre choix du médecin par le malade.

Que le malade choisisse le médecin auquel il a confiance, même s'il s'agit d'un orthopédiste ou d'un chirurgien dont le tarif est supérieur aux tarifs projetés, qu'il le paie au comptant et, sur le vu du reçu de ce médecin, qu'il soit autorisé à se faire rembourser la partie de ce qu'il a payé correspondant au tarif officiel.

Beaucoup de malades ou de blessés sont prêts à payer la différence entre le tarif officiel et le tarif du médecin de leur choix. Qu'on les autorise à se faire rembourser la partie des sommes dépensées qui incombe à l'Etat.

De cette façon, le malade ou le blessé conserve le *libre choix* absolu et le médecin ne s'écarte pas de la règle *tout au comptant*.

Dr J. Regnault.

Application de la majoration du Tarif Dubief.

Suivant avis publié dans le *Concours* du 25 avril, j'ai adressé récemment à l'agent de la X., à B. une note d'honoraires pour accident survenu en 1920 (avec majoration de 100 %).

L'agent me retourne la copie ci-jointe d'une lettre qu'il a reçu de sa Cie et qui nous accorde généreusement 75 %.

J'ai naturellement répondu que je n'étais pas d'accord et que je n'acceptais pas cette majoration.

Je vous signale le fait à toutes fins utiles.

Vous pourriez m'indiquer par la voie du journal ce qu'il y a à faire, intervenir auprès de la Cie ou attendre la publication du tarif officiel.

Copie de la note de la Compagnie.

Veuillez faire connaître que le tarif applicable aux accidents du travail, pour les années antérieures à 1920, est prévu par le tarif Dubief.

Celui-ci a été majoré de 100 % à compter du 1er avril 1919 jusqu'en décembre de la même année,

date à laquelle cette majoration a été dénoncée par la « Réunion des Assureurs ».

Toutefois, à titre forfaitaire, et pour solde définitif des honoraires qui nous seraient réclamés, nous accordons sur les mémoires applicables à l'année 1920, une majoration de 75 %.

Lettre du 23 avril 1920.

Réponse.

La X... étant au nombre des Compagnies signataires de l'acceptation du Tarif Dubief majoré jusqu'à la publication officielle de l'arrêté fixant le nouveau tarif, nous voulons croire que la lettre dont vous nous envoyez copie a été écrite en vertu d'instructions antérieures, sinon à la séance de la « Réunion des Assureurs » au cours de laquelle a été signée cette acceptation, tout au moins à la réception, par l'auteur de cette lettre, des instructions nouvelles que la Cie a dû donner à ses agents par suite du nouvel arrangement intervenu.

Il y a donc lieu de croire que vous obtiendrez gain de cause sans difficulté. S'il en était autrement, veuillez bien nous le faire savoir. Nous nous efforcerions de vous faire donner satisfaction.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Pronostic, diagnostic et traitement de l'uricémie,

Par le Dr Constant,

Ancien interne des Hôpitaux de Nancy,
Médecin consultant aux Eaux de Vittel.

Le *pronostic* de l'uricémie est bénin si le traitement est commencé dès l'apparition des premiers symptômes.

Quant au *diagnostic*, il est relativement facile, il est facile en recherchant les signes d'auto-intoxication et d'encombrement que j'ai énumérés dans différentes publications avant la guerre :

Fatigue générale et lassitude plus accusée au lever qu'au coucher ;

Paresse intellectuelle. Diminution de la mémoire. Inaptitude au travail. Modifications du caractère. Insomnie ;

Douleurs vagues articulaires et musculaires. Lombalgie.

Hypertension sévère avec quelques troubles circulatoires ou cardiaques.

Urines diminuées en quantité.

Absence de fièvre.

L'analyse des urines, le dosage de l'acide uri-

que, de l'urée, fixant le bilan de la nutrition, il est facile de se rendre compte de cette période de début éminemment curable.

Le traitement est simple : cure *hydro-minérale* avec tous ses adjuvants.

Indications générales :

L'exercice ou les sports en général, surtout la marche.

L'*hydrothérapie*, ressource précieuse, pour régulariser les échanges, réagir sur le système nerveux, activer la circulation et accroître le travail du cœur, augmenter la fonction respiratoire, les sécrétions en général et la nutrition dans son ensemble.

Les *frictions*, les *massages*.

Le *régime* est aussi un facteur important ; outre qu'il modère, au point de vue quantitatif, l'appétit le plus souvent exagéré de l'arthritique, il a surtout pour but d'éviter la surcharge des organes et de réduire au minimum les apports de substances toxiques ou pouvant fournir par leur désagrégation dans le tube digestif des toxines en plus ou moins grande abondance.

La ration alimentaire pour un homme au repos, pesant 65 à 70 kilos, ne doit pas excéder 2.000 à 2.200 calories. Au point de vue de la qualité de ce régime, et de sa constitution, voici quelques-unes des principales indications.

Il doit être adapté aux conditions cliniques, tenir compte de la valeur alimentaire, de la constitution des aliments, de leur digestibilité.

Tout en tenant compte de l'âge, du tempérament, des antécédents, des causes de l'affection, de l'état actuel du sujet, de l'état de sa nutrition, de la valeur de ses organes, le régime doit être simple, sans apprêt, peu abondant et composé surtout d'aliments dont la digestion est facile et rapide. Ceux-ci doivent être présentés divisés et bien cuits.

La *cure thermale* constitue la partie la plus importante du traitement, l'absorption des eaux (Vittel-Grande-Source).

Leurs propriétés sont connues, diurétiques, toni-stimulantes, etc... Elles ont pour action principale de débarrasser l'économie de tous les déchets uriques et de tous les produits toxiques qui ont pu s'accumuler dans les reins, la circulation et les différents tissus.

Stimuler l'activité des organes, augmenter et favoriser les échanges, accroître et rendre plus intense la vie cellulaire, en un mot, épurer, réparer, ressusciter, régulariser la vie intime des tissus et des fonctions essentielles, tel est le rôle des eaux.

Dr Constant.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Les commissions administratives ont un droit souverain pour la nomination des médecins d'hôpitaux.

CONSEIL D'ETAT

Séance du 26 *mars* 1915.

Le Conseil d'Etat statuant au contentieux ;

Vu la requête présentée par les sieurs A., E., et P., médecins de l'hôpital civil d'E., ... tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler la délibération, en date du 6 janvier 1913, de la Commission administrative de l'hôpital d'E., nommant le docteur B. comme médecin dudit hôpital ;

....

Considérant, d'une part, que l'article 14 de la loi du 7 août 1851 confère aux commissions administratives des hospices et hôpitaux le pouvoir de nommer leurs médecins et qu'il en est ainsi décidé par l'article 9 du règlement administratif de l'hôpital d'E, et, d'autre part, qu'aucune disposition législative ne limite le nombre des agents comportant le personnel médical ; que, dès lors, les sieurs A., E., et P., ne sont pas fondés à soutenir que la délibération, en date du 6 janvier 1913, par laquelle la Commission administrative de l'hôpital d'E. a nommé le sieur B. médecin dudit hôpital, est entachée d'excès de pouvoir.

Décide :

ARTICLE 1er

La requête susvisée des sieurs A., E. et P. est rejetée.

ARTICLE 2.

Les frais de timbre exposés par le docteur B. seront supportés par les requérants.

Note

Nous ne voulons en rien discuter le côté professionnel de ce procès, ni chercher à savoir si le médecin, que ses confrères voulaient évincer de l'hôpital, était indésirable ou non.

Nous ne voulons que mettre en lumière, une fois de plus, le droit absolu qu'ont les commissions administratives des hôpitaux, de nommer leurs médecins, comme bon leur semble. Ces nominations seraient-elles dues au mérite, au savoir, nous ne pourrions que nous incliner. Mais nous savons tous que l'intrigue, la faveur, la politique, les services non professionnels, les relations, sont des facteurs de nomination autrement supérieurs au savoir et à l'habileté professionnelle. Aussi sommes-nous entièrement d'accord avec ceux de nos confrères qui, à l'omnipotence et à l'incompétence en questions

professionnelles médicales, des commissions administratives, veulent substituer une autre organisation du service médical de l'hôpital, en utilisant toutes les bonnes volontés et tous les concours des médecins de la localité.

La loi du 7 août 1851 est d'un autre âge, en ce qui concerne les médecins d'hôpitaux. Le Conseil d'Etat a raison de faire respecter la loi ; mais il est de notre devoir, dans le but de sauvegarder la santé de nos malades, de faire modifier, par notre action syndicale et par des contrats collectifs de travail, ce que les lois ont de désuet.

Dr Paul BOUDIN.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponse ministérielle.

La livraison des autos aux médecins par les grands constructeurs.

1339. — M. Henry FOUGÈRE, député, expose à M. le Ministre du commerce que des mesures on été prises récemment pour la livraison, par les constructeurs, de plusieurs centaines d'automobiles aux médecins des régions libérées et demande s'il n'y aurait pas intérêt à ce qu'un arrêté ministériel accorde d'une façon générale à tout le corps médical un droit de priorité près des grands constructeurs, pour la livraison de voitures neuves et de toutes les pièces nécessaires aux réparations. (*Question du 2 mars 1920*).

Réponse. — La concession d'un droit de priorité aux médecins pour la livraison par les constructeurs des voitures automobiles et pièces de rechange qui leur sont nécessaires ne pourrait être réalisée que par une loi. La mesure demandée paraît d'ailleurs délicate, à la fois dans son principe, contraire à la liberté du commerce et de l'industrie, et dans son application, susceptible de donner lieu à des abus. D'ailleurs, il y a lieu de penser que les difficultés signalées, qui existeraient également pour les pneumatiques. ne sont que transitoires et qu'elles disparaîtront avec l'amélioration des conditions de la production. Aussi, le ministre du commerce, d'accord avec son collègue de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, se propose-t-il avant toute autre mesure de saisir de la question les syndicats des industries de l'automobiles et du caoutchouc, et de leur demander d'intervenir auprès de leurs adhérents pour que les commandes des médecins reçoivent satisfaction par préférence dans le plus bref délai.

(*J. O.*, 24 avril 1920).

AVIS

TARIF DUBIEF

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs le TARIF DUBIEF avec son Répertoire alphabétique. Prix franco : **1 fr.**

Service Vaccinal du « Concours Médical »

fonctionnant sous le contrôle de l'État

Petit tube de pulpe pour 5 vaccinations	1 fr.
Grand tube pour plus de 15 vaccinations	2 fr.
Etui de 6 petits tubes	5 fr.
Lancette spéciale toute nickelée.	5 fr.
Vaccinostyles plats, la boîte (carton) de 100.	5 fr.
Vaccinostyles cannelés, la boîte (carton) de 100	6 fr.
Vaccinostyles plats, la boîte (métal) de 20...	1 fr. 25
Vaccinostyles cannelés, la boîte (métal) de 20.	1 fr. 50
Porte-vaccinostyle maillechort, la pièce	1 fr. 25
Petit porte-vaccinostyle en acier trempé, les 10..	0 fr. 80

Adresser les commandes avec le montant en *un mandat*, à Monsieur C. BOULANGER, administrateur du *Concours Médical* 132, *rue* du Faubourg Saint-Denis, Paris.

AVIS

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 en timbres pour frais de réimpression de bande.

Le VIN GIRARD



IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD**, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE

UN VERRE A MADÈRE
AVANT LE REPAS



VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 20 — DIMANCHE 16 MAI 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
O. BOULANGER, administrateur

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

DIRECTION
Dr A. GASSOT, directeur
Dr P. BOUDIN, secrétaire général
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT, DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, avocat
J. DUMESNY, avocat, secrétaire de la direction

RÉDACTION
Dr J. NOIR, rédacteur en chef
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE, secrétaires de la rédaction
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. N° 20 16 Mai 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL

QUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

AVIS

Les médecins sollicités de venir s'installer à Marsillargues (Hérault) ont intérêt, avant de prendre une décision, à demander des renseignements au Syndicat médical de Montpellier.

***

Les médecins sollicités de s'installer à Rochefort-sur-Loire, Maine-et-Loire, sont priés de se renseigner auprès du président du Syndicat médical — Dr Meignant, à Chalonnes-sur-Loire — qui leur prouvera que le poste est largement desservi par le médecin de la localité et par ceux des communes voisines.

Office de Renseignements du « Concours »

(Voir numéros précédents).

DON. — Nous avons reçu à titre de nouveau don à la Société civile du *Concours medical*, de M. le docteur Lecœur, de Courbevoie (Seine), la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite aux « demandes et offres ».*

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 205. — Maine-et-Loire. Médecin pro-pharmacien, poste 18.000, désirerait céder, légère indemnité.

N° 206. — Val André. Médecin recevrait 4 chroniques ou convalescents pour cure de régime, de repos, du 15 juin au 15 octobre. Dr Simon, Pléneuf (C.-d-N.)

N° 207. — Seul médecin pro-pharmacien, commune 5.000 hab., céderait poste si indemnité suffisante. Dr Thomas, Plumélian, Morbihan.

N° 208 — « Seul médecin pro-pharmacien, ligne de chemin de fer, 4 heures de Paris, céderait poste. Indemnité modeste. Dr Gros, à Auxon, Aube. »

N° 209 — Docteur cherche poste médecine générale Paris ou banlieue immédiate, rapport minimum 30.000 fr. Paiement comptant.

N° 210. — Docteur serait reconnaissant à confrère qui voudrait bien lui indiquer un poste où il pourrait s'installer comme stomatologiste.

N° 211. — Anc. int., 34 ans, tr. au cour. serv. chirurg., orthop., gynéc., syphil., cherche client. ou situation dans clin. ou mais. santé Paris ou banlieue. Références.

N° 212. — Etablissement médical des environs de Paris recherche dame distinguée connaissant musique et anglais, pour diriger salon et tenir compagnie aux pensionnaires.

N° 213. — Docteur demande à acheter forceps Tarnier entièrement métallique, bon état. Faire offres avec prix.

N° 214. — Dr 35 a., ext. int. hôp. au conc. disp. capit. eh. sit. inter. méd. paraméd. même extraméd. Paris ou banlieue. Adr. bur journ.

N° 215. — Infirmière-major munis des meilleures références, croix de guerre, désire trouver situation de directrice dans une maison chirurgicale ou dans maison de santé.

N° 216. — A vendre ou à louer grande propriété d'agrément (15000 mc.), à Noisy-le-Grand (S.-et-Oise) 12 kil. Paris, banl. Est, à prox. de la Marne, avec 2 pav., le principal comprenant : sous-sol, rez-de chaussée, 2 étages, 8 ch., gaz et eau ; communs serre, petit bois, potager, verger. Conviendrait pour maison de santé. S'adresser au Dr Pamart, 47, rue des Mathurins, Paris, les lundis, merc., vend., de 2 à 4 heures.

CORRESPONDANCE

A. M. G. et communes autonomes.

En qualité d'abonné du *Concours*, je me permets de vous demander quelques renseignements sur le fonctionnement de l'assistance médicale gratuite, dans une ville qui, d'après l'art. 35 de la loi du 15 juillet 1893, est autorisée à avoir, à ce sujet, une organisation spéciale.

1°. Les assistés doivent-ils obligatoirement et malgré cette autonomie dont jouit ladite ville, être désignés par le bureau d'assistance légalement constitué ?

2° Le conseil municipal a-t-il le droit, en dehors de tout avis de ce bureau d'assistance et de l'avis consultatif des médecins, d'admettre qui bon lui semble sur la liste des assistés et ceci sans aucune mesure ?

3° L'art. 12 de la loi dit que le médecin de l'assistance ou un délégué des médecins de l'assistance peuvent assister aux délibérations avec voix consultative. Est-ce pour nous une tolérance ou un droit d'assister à ces réunions ?

4° Les personnes bénéficiant de l'assistance aux familles nombreuses doivent-elles être admises de droit à l'assistance médicale ? Cette interprétation est admise par notre municipalité.

Nous arrivons ainsi à avoir un tiers de la population sur la liste d'A.M.G. ; n'avons-nous d'autre recours, contre cette façon de procéder, que la grève pure et simple et le refus systématique de soigner les assistés ? Le Conseil Supérieur de l'Assistance publique ne peut-il intervenir ?

Dr C.

Réponse.

1° Il faudrait connaître le règlement spécial de votre Bureau de Bienfaisance et savoir à quelle époque l'autorisation a été donnée de pouvoir assurer le service de l'A.M.G. selon le bénéfice de l'article 35.

La lecture de ce règlement donnerait probablement la réponse à la plupart de vos questions.

En tout cas, une commune se prévalant de l'article 35 doit toujours et en toutes circonstances fournir la preuve que les bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893, sur l'A.M.G., reçoivent de la commune tous les secours prévus par la loi. Sinon, l'autorisation serait retirée.

Il s'ensuit que les dispositions des articles 10 et suivants conservent toute leur vigueur et doivent être respectées.

2° Si le règlement du Bureau de Bienfaisance de votre ville ne prévoit rien de particulier, le protocole de l'article 12 de la loi de 1893 doit être observé, sauf bien entendu les cas d'urgence prévus par l'article 19.

D'après les articles 16 et 17, tout contribuable peut déposer, entre les mains du sous-préfet, une réclamation pour inscription abusive.

3° Le médecin de l'assistance ou un délégné des médecins a le droit d'assister à la séance du Bureau d'assistance : c'est un droit qu'il faut demander à faire valoir en temps utile.

4° En rapprochant les termes des lois du 15 juillet 1893 sur l'A.M.G. et du 14 juillet 1913 sur les familles nombreuses, il ressort que ces dernières peuvent ecevoir les secours médicaux en cas de maladie d'un de leurs membres. Mais toutes les familles nombreuses ne doivent pas d'office être inscrites sur les listes de l'A.M.G. Ce serait donner une extension abusive à la loi.

Que pouvez-vous faire ?

En principe, personne ne peut vous forcer à faire ce service de l'A.M.G. si vous estimez que le conseil municipal abuse de ses prérogatives en assistance.

Vous pouvez donner vos soins à tout malade en lui délivrant un reçu pour les honoraires que vous toucherez au comptant. Il se fera rembourser par qui de droit. Vous avez un contrat de louage de service pour l'A.M.G. que vous pouvez parfaitement rompre.

Si la commune cherche un médecin dissident, un « jaune », voyez si votre syndicalisme régional est suffisamment uni pour accpter la lutte et empêcher l'installation du « renard ».

En tout cas, envoyez-nous le dossier de votre affaire : je voudrais le règlement communal d'assistance, votre règlement médical et des précisions sur les plaintes que vous formulez. Personnellement, je verrai au ministère compétent la personne non moins compétente, qui me dira alors les conseils nécessaires pour vous faire obtenir satisfaction ou pour faire retirer à la commune l'autorisation de l'article 35.

Dr P. B.

Accidents du travail.
Détournement de clientèle.

Un de mes confrères s'adresse à moi, en tant que Président du Syndicat, pour se plaindre de faits de détournement de clientèle par l'agent de la Cie d'assurances (Acc. du Trav.) la X...

En quelques jours, 2 accidentés, après avoir reçu les soins de notre confrère qui leur avait donné le certificat initial d'accident, se sont rendus chez

l'agent pour lui porter ce certificat. Cet agent leur a remis alors une feuille à en-tête de la Cie portant au recto le modèle d'un certificat et au verso des colonnes pour marquer les visites et consultations faites par le médecin. Or, en tête de cette feuille, se trouve apposé au timbre humide le nom et l'adresse du médecin de la Cie. Non content d'avoir remis cette feuille, il a donné en outre sur un papier le nom et l'adresse dudit docteur en indiquant aux blessés d'aller chez ce dernier. Les blessés n'en ont rien fait et sont retournés chez le confrère qui m'adresse cette plainte.

Peut-on poursuivre l'agent pour détournement de clientèle ? le confrère y est disposé et le Syndicat donnant son appui moral, que peut-on faire ? Lui écrire pour protester ? Ecrire à la direction générale de la Cie ?

Il doit y avoir de nombreux précédents, et vous n'aurez nulle peine à m'indiquer ce qu'il serait préférable de faire. Dr G.

Réponse.

L'article 30, § 5, de la loi du 31 mars 1905, modifiant celle du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, spécifie : « Est passible d'une amende « ... 3° toute personne qui, soit par menace « de renvoi, soit par refus ou menace de refus des « indemnités dues en vertu de la présente loi « aura porté atteinte ou tenté de porter atteinte « au droit de la victime de choisir son médecin. »

Pour qu'il y ait lieu à réparation en justice, il faut apporter la preuve que le blessé a été contraint d'abandonner son médecin traitant, pour prendre celui de son chef d'entreprise, ou de l'assurance de celui-ci.

Lésé par la perte de son client, le médecin peut obtenir des dommages-intérêts. Mais si le blessé n'a pas obéi aux injonctions du patron ou de l'assurance et a continué à recevoir les soins du docteur de son choix, celui-ci n'est pas fondé à réclamer quoi que ce soit, du moment où il ne s'est pas vu enlever le malade.

C'est ce qui ressort de l'arrêt de la Cour d'appel de Paris, 9e chambre correctionnelle, du 12 mars 1910 (*Concours Médical* 1910, p. 529).

Le médecin, qui n'a pas l'heur de plaire aux assureurs, pourrait encore demander réparation du dommage, s'il pouvait apporter la preuve que l'on a cherché à influencer son client, en inspirant à ce dernier sur la capacité du médecin choisi par lui, des doutes de nature à diminuer sa confiance et peut-être à le faire revenir sur son choix (Trib. corr., Reims, 21 févr. 1912, *C. M.* 1912, p. 343.)

Il ne faut pas confondre les deux actions : celle du blessé et celle du médecin.

Se basant sur les termes de l'article 30, cité plus haut, le blessé peut faire condamner son patron ou l'assurance pour entraves au libre choix du médecin, si l'ouvrier a été influencé par

« menace de renvoi ou par refus ou menaces de « refus des indemnités. ».

Le médecin doit apporter la preuve qu'un préjudice matériel ou moral lui a été directement porté, par détournement de clientèle : il basera son action sur le droit commun, surtout s'il y a eu dénigrement à son égard. (Trib. cor. de la Seine, 11e chambre, 24 mars 1908, *C. M.* 1908, p. 246).

Un syndicat médical peut même se joindre à la demande de son adhérent, lorsqu'il « apparaît « que les agissements des prévenus, en créant « malicieusement entre médecins des concurrences et des divisions, ont porté atteinte, « dans une certaine mesure, au bon renom et « au bon fonctionnement du corps médical de « la région ». (Tr. corr. Lille, 15 déc. 1905, *C. M.* 1906, p. 70).

Dans le cas particulier que vous nous citez, il est évident qu'il y a eu pression faite, sur l'ouvrier, pour le décider à recevoir les soins d'un autre docteur. Mais cette pression ne s'est pas accompagnée de menaces de renvoi ou de refus d'indemnité, ni de dénigrement à l'égard du médecin traitant.

D'autre part, votre confrère ne peut se prétendre atteint ni dans sa considération, ni dans ses intérêts, puisque l'ouvrier, usant de son droit absolu, a négligé les indications données par l'assurance, pour continuer à se faire soigner par le médecin de son choix.

Il n'y aurait donc que tentative de détournement de clientèle et je doute fort que les juges admettent qu'il y ait lieu à réparation à cette simple tentative.

Néanmoins, le syndicat de N. peut faire une démarche auprès de l'agent de l'assurance, pour l'inviter à modérer son zèle, s'il ne veut pas se voir l'objet d'une poursuite, dans un cas où les circonstances seraient favorables. Il pourrait également lui être indiqué que, sans dénigrer l'assurance que cet agent représente, les médecins de N. engageront les patrons à choisir toute autre assurance, qui serait en bons termes, ou en relations correctes avec les médecins, ce qui facilite singulièrement le règlement des sinistres et donne toute tranquillité au chef d'entreprise, responsable aux termes de la loi.

Il n'est pas défendu à un médecin de se dire courtier en assurance et de chercher à recruter, gratuitement, des adhérents pour telle société, qui n'use pas de procédés déloyaux et incorrects.

Dr Paul Boudin.

La taxe de luxe sur les autos.

Tout nouvellement installé, j'ai fait l'acquisition en décembre dernier d'une auto. Je l'avais payée

(*Voir la suite page XXIX-1273*)

PROPOS DU JOUR

Les deux faces de la médaille. Tyrannie étatique ou dictature prolétarienne.

Nous nous retrouvâmes hier à la table hospitalière du Dr Jacques Bonhomme, Ariste Dupont et quelques autres.

Naturellement la conversation roula sur les évènements actuels : la C. G. T., le Gouvernement, les Administrations, les Compagnies et les Fédérations ouvrières en faisaient les frais et furent tour à tour traitées sans ménagements ni aménité.

« La responsabilité de la situation présente, conclut brusquement Ariste, incombe à nos gouvernants,

Leur méthode reste toujours la même ; elle se rapproche plus de l'Etatisme à la prussienne, tel que l'a conçu Bismarck, que des principes démocratiques que nos politiciens invoquent sans cesse.

Ces gens-là n'aiment pas la contradiction. Si, par hasard, ils créent une Commission consultative, ce n'est pas pour obtenir l'avis de gens compétents, mais simplement pour mettre leur responsabilité à l'abri. Les Commissions sont toujours composées de telle sorte que leur approbation aux projets administratifs est acquise d'avance. Comme le disait un jour spirituellement un député algérien, ses membres sont toujours choisis dans la tribu des Beni-Oui-Oui.

Un ministre peut de bonne foi vouloir essayer d'une autre méthode, mais qu'est-ce que l'autorité d'un Ministre ? Une simple façade. Derrière lui sont les directeurs et les bureaux tout puissants. Le pouvoir éphémère de M. le Ministre compte peu devant la pérennité des fonctionnaires qui l'entourent.

Ses paroles, ses promesses ! Autant en emporte le vent. Les décrets et les arrêtés sont élaborés, rédigés par les bureaux et M. le Ministre signe. Il signe toujours, et parfois il signe le contraire de ce qu'il a promis la veille.

En voulez-vous un exemple, en voici un qui nous concerne, nous médecins.

Vous avez tous assisté, fin mars, à la conférence que fit Leredde au Musée social sur la Prophylaxie de la syphilis.

Le Ministre de l'Hygiène, M. J.-L. Breton, présidait. Leredde y exposa, avec son talent et sa clarté habituels, sa conception de la prophylaxie des affections syphilitiques. Cette conception est la nôtre, basée sur la collaboration de tout le corps médical, sans laquelle rien de pratique, rien de sérieux, rien d'efficace, ne saurait être tenté. La conférence terminée, M. le Ministre de l'Hygiène, prit à son tour la parole.

Il félicita chaudement Leredde, approuva complètement ses conclusions, affirma qu'il était complètement convaincu de la nécessité de la collaboration du Corps médical, que pour obtenir cette collaboration il désirait voir les groupements professionnels lui désigner directement les délégués qui prendraient part à l'organisation de l'Hygiène Sociale et qu'il n'avait d'ailleurs pas attendu l'appel éloquent et public de Leredde pour prendre cette détermination. Quelques-uns de nos confrères présents, qui avaient pratiqué les milieux officiels, étaient stupéfaits et ne pouvaient en croire leurs oreilles.

Etait-il possible qu'un Ministre osât rompre avec les habitudes surannées, qu'il fît abandon d'une part de sa toute puissance, qu'il permît au bon sens et à la saine logique de triompher une toute petite fois. « Rassurez-vous, me dit ironiquement un sceptique en sortant, vous verrez encore une fois ce que deviendront les promesses d'un ministre ». Certes M. J.-L. Breton est actuellement sincère, mais il compte sans M. Le Bureau qui surveille ses actes et sait les transformer. Avant peu vous serez édifié. »

Un mois ne s'est pas passé que la prophétie de mon ami, le sceptique, s'est réalisée ».

Ariste sortit alors un journal de sa poche et lut :

Contre l'avarie

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales vient de constituer de la manière suivante la commission de prophylaxie des maladies vénériennes :

MM. le professeur Pinard, député, président ; Debierre, sénateur, et Mourier, député, vice-présidents.

Merlin, sénateur.

Deux députés, désignés par la commission d'hygiène publique de la Chambre.

Les directeurs de l'assistance et de l'hygiène publiques et le directeur de la Sûreté générale.

Le professeur Léon Bernard et le docteur Jules Re-

nault, conseillers techniques du ministère de l'hygiène ; le docteur Faivre, inspecteur général des services administratifs.

Le préfet de police ; le docteur Bordas, médecin de la préfecture de police.

Le docteur Doizy, ancien député.

M. de Casablanca, avocat général près de la cour de Paris.

Les professeurs Jeanselme et Gougerot ; le docteur Thibierge, membre de l'Académie de médecine.

Les docteurs Milian, Ravault, Leredde, Vernes, Clément Simon, Nicolas, Pautrier, Marcel Pinard, Sicard de Plauzoles.

Deux représentants du service de santé militaire et un du service de santé de la marine.

« Je ne veux pas discuter la compétence des membres de la nouvelle commission, elle compte des députés, des sénateurs, des magistrats, de hauts fonctionnaires, des professeurs, des spécialistes éminents. Elle compte même notre ami Leredde qui sera sans doute assez mal à l'aise d'être introduit ainsi et sans mandat dans ce milieu sélect. Il y trouvera deux représentants du service de santé militaire et un du service de santé de la marine, mais pas de représentants du Corps des médecins praticiens, de ces médecins praticiens dont la collaboration est, de l'aveu même du Ministre, indispensable au succès de toute mesure prophylactique ; d'eux il ne saurait être question. S'ils ont existé, il y a un mois, dans la pensée du Ministre, le jour de la conférence de Leredde, M. Le Bureau qui est venu par derrière, a su vite mettre ordre à tout cela. L'Administration veut bien l'avis personnel de nos amis, MM. Doizy et Leredde, mais elle n'entend pas entendre la voie autorisée et par ce fait puissante, de délégués de nos groupements professionnels.

Comme ce qui se passe pour les médecins se passe pour toutes les professions, étonnez-vous maintenant qu'il y ait de constants malentendus, un état de malaise social qui s'aggrave, qui font le jeu des extrémistes, des pêcheurs en eau trouble et des politiciens ambitieux dont le secret espoir est de saisir le pouvoir par surprise à la faveur d'une révolution. »

— « Cependant, répliqua un des convives, nous ne pouvons pas, après l'exemple de la Russie, désirer une République des soviets, ni chercher le salut dans la Dictature du Prolétariat. »

« La situation ne serait guère pour nous préférable, continua Dupont. Ariste vient de nous montrer une face de la médaille, la face ministérielle, étatiste, bureaucratique.

Je vais à mon tour vous en montrer le revers et vous faire pressentir ce que serait une dictature du prolétariat. Vous savez qu'à Limoges une union ouvrière s'est constituée comprenant mutualités, coopératives et syndicats. Dans un mystérieux amalgame, les sages élèves de M. Mabilleau se sont confondus avec les farouches séïdes de la C. G. T., et dans un concert harmonieux la flûte mutualiste a tenté d'accorder ses accents avec ceux de la trompette communiste. Ne cherchez pas la raison de ce miracle ? Il y avait un gâteau à partager : le legs à la ville de Limoges du dispensaire de la Croix-Rouge américaine.

Pour faire fonctionner un dispensaire, il faut des médecins. Les médecins de Limoges sont syndiqués. Il fallait donc causer avec le syndicat. Cette causerie devait être de pure forme, elle était destinée à sauver la face. Les hommes de l'Union ouvrière étaient *a priori* bien décidés à ne rien conclure. MM. les ouvriers syndiqués, qui réclament le droit à la vie et ont fait quintupler leurs salaires, trouvèrent excessif de la part des médecins des exigences infiniment plus modestes. Ils avaient reçu des leçons mutualistes et trouvaient absolument légitime l'exploitation du médecin. Le malheur était que les cinquante praticiens de Limoges étaient étroitement unis. Chez eux pas de défection possible. Les ouvriers syndiqués et mutualistes ne s'embarrassèrent pas pour si peu, ils ne firent aucun frais d'imagination, prenant exemple sur l'infâme patron, sur le capitaliste abhoré, ils firent venir des jaunes. Ils allèrent chercher on ne sait où cinq diplômés en médecine et les installèrent dans leur dispensaire comme cinq esclaves dans un ergastule.

Aujourd'hui ils s'indignent de ce que les médecins de Limoges aient mis à l'index ces derniers. Ils protestent avec une naïveté qui serait touchante si elle n'était de la mauvaise foi, parce que les médecins de Limoges ne condescendent pas à achalander leur dispensaire et à seconder les salariés médicaux qui y travaillent.

Voilà un avant-goût de la dictature du prolétariat et du rôle qu'on nous y ferait tenir ».

« Mes amis, dit en souriant Jacques Bonhomme, Ariste et Dupont nous ont chacun montré par des exemples frappants les deux genres de servitude qui nous guettent. Ceci rappelle un pamphlet bien connu au début de la Révolution, où un cuisinier demandait à des poulets à quelle sauce ils voulaient être mangés. On nous offre la sauce étatiste et la sauce

mutualo-prolétarienne : aucune n'est plus particulièrement de notre goût.

Les promesses des ministres ne valent guère mieux que les principes syndicalistes. Les uns et les autres sont faits pour être oubliés, si des intérêts sont en jeu, il en fut de tout temps ainsi ; les hommes n'ont guère changé. En vous écoutant, il m'est revenu à la mémoire la plaisante histoire de Jean d'Alba, que Pascal a racontée dans sa *sixième lettre provinciale*. Jean d'Alba était correcteur au collège de Clermont que les jésuites tenaient à Paris au milieu de la rue St-Jacques, et Jean d'Alba trouvait ses gages insuffisants.

Or, il avait lu les œuvres d'un savant jésuite qui faisait autorité, le père Bauny. Ce casuiste avait écrit quelque part dans sa *Somme* qu'il était licite aux valets qui se plaignent de leurs gages de les compléter eux-mêmes, Jean d'Alba appliqua donc, en plein XVII[e] siècle, le système ultramoderne de la reprise individuelle et s'adjugea quelques plats d'étain pour arrondir ses gages. Mais les bons Pères Jésuites, comme les mutualo-syndicalistes de Limoges, ne l'entendirent pas de cette façon. Leurs principes étaient bons pour les autres, mais ils n'entendaient pas les voir appliquer à eux-mêmes. Sur leur plainte, Jean d'Alba, accusé de larcin, fut coffré au Petit-Châtelet, et on lui intenta un procès criminel en bonne et due forme.

Jean d'Alba ne perdit pas la tête. Il opposa aux plaintes des bons Pères leur propre doctrine et cita pour se défendre le texte du Père Bauny. L'affaire étant piquante, elle fit dans le monde beaucoup de bruit. Les Jésuites, hommes prudents, laissèrent tout doucement tomber le procès et oublier l'histoire. Jean d'Alba sortit de prison et ne rendit pas la vaisselle.

Il en sera de même, croyez-moi, pour la même raison et pour beaucoup d'autres, du conflit de Limoges.

Et s'il est une leçon à tirer de nos propos d'aujourd'hui, c'est qu'il ne nous faut compter ni sur l'Etat, ni sur le prolétariat, ni sur personne autre que nous ; c'est qu'il faut puisamment nous organiser ; c'est qu'il faut nous convaincre que nous ne serons réellement respectés, tant à droite qu'à gauche, que le jour où nous serons devenus réellement une *force* ».

Ainsi soit-il, conclurent les convives.

J. Noir.

Association Générale.

La 58[e] Assemblée Générale de l'A. G. s'est tenue dimanche dernier avec le concours de nombreux délégués provinciaux, accourus, malgré les difficultés matérielles de l'heure.

Nous rendrons compte de cette solennité dans notre prochain numéro.

Enregistrons seulement aujourd'hui, le legs généreux du Dr A. Jean, au bénéfice de l'A. G. Notre confrère parisien, décédé récemment à Nice, a été inhumé mercredi 5 mai au cimetière Montparnasse ; son ami dévoué, le Dr Bellencontre, président de l'A. G. a prononcé sur sa tombe une émouvante allocution, et a adressé à sa mémoire l'hommage de la reconnaissance de ses confrères.

J. N,

PARTIE SCIENTIFIQUE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Quelques considérations pratiques sur les fractures du crâne,

Par le Dr J. Fiévez (de Malo-les-Bains).

Diagnostiquer une fracture du crâne, en établir le pronostic, le pronostic immédiat surtout, en instituer le traitement, c'est, pour le praticien, un problème clinique de tous les jours. Je me propose de l'envisager ici à la lumière de travaux parus peu de temps avant la guerre, des enseignements de la chirurgie de guerre, et de la discussion tout récemment ouverte — mais non close ! — à la Société de Chirurgie.

I. — DIAGNOSTIC.

Que le blessé vienne lui-même vous raconter son accident, que vous le trouviez parfaitement conscient, ou bien délirant ou comateux, que ce délire ou ce coma soient contemporains du trauma ou bien survenus après un « temps libre », le diagnostic consiste toujours à établir la carte

des lésions du contenant et du contenu, du crâne et de l'encéphale.

A. — Lésions du crâne. Le trait de fracture.

Il ne s'agit pas dans ces lignes d'étudier les cas rares de fractures du crâne, mais bien les formes habituelles où le trauma atteint la *voûte crânienne*, qui n'est pas, comme la base, protégée par la face en avant et par la nuque en arrière.

Que le crâne ait été frappé par un corps en mouvement, ou que, mobile lui-même, il ait heurté un corps résistant, ou enfin que le crâne et l'objet, tous deux mobiles, se soient rencontrés, les *lésions des parties molles céphaliques* constituent un véritable point d'impact et vous donnent d'emblée le point d'application des forces traumatiques. Elles doivent donc être étudiées avec la plus grande minutie pour en déduire les conditions de production des lésions crâniennes. C'est à leur niveau que commence le *trait de fracture*, que ce trait soit visible dans une plaie, ou que les téguments restés intacts le recouvrent, car les fractures du crâne se produisant en un point différent du point d'application des forces traumatiques existent à coup sûr, mais sont infiniment plus rares, et, comme telles, ne nous occuperont pas. Je n'insiste pas non plus sur les éléments absolument classiques qui permettent de reconnaître l'existence même d'une fracture.

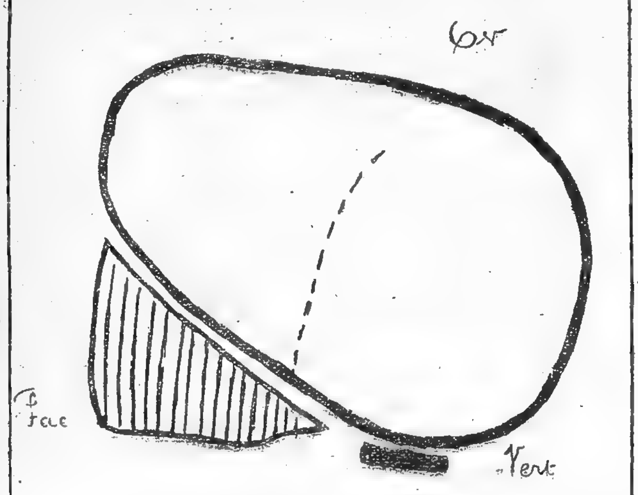
Visible ou non extérieurement, le trait se propage à distance, *s'irradie*. Nous verrons tout à l'heure comment nous pouvons, par l'examen du contenu, établir avec quelque certitude les étapes de ces irradiations. Mais ces signes sont parfois absents ou difficiles à constater, et il importe que nous sachions supputer d'emblée la direction probable du trait, ne fût-ce que pour chercher les symptômes délicats qui le manifestent à coup sûr. Ces irradiations sont commandées par deux éléments : les forces traumatiques en jeu, d'une part, la résistance du crâne, d'autre part.

Les lésions des parties molles, ai-je dit, donnent le point d'application de la force traumatique ; elles vous renseignent aussi sur sa direction et son intensité ; de leur forme se déduit la forme du corps heurtant.

Un autre élément mécanique intervient, qu'il faut connaître encore, dans tout trauma crânien, c'est la contre-pression qu'exercera la colonne vertébrale. Ce facteur est capital dans les traumas verticaux (chute ou coup sur le vertex), beaucoup moins important par contre dans les traumas de direction horizontale, où la colonne vertébrale ne joue plus, par rapport au crâne frappé, qu'un rôle de sustentation et de sustentation mobile. Action décisive du trauma, réaction variable de la colonne vertébrale, telles sont donc les forces auxquelles le crâne est soumis anormalement.

Comment résiste-t-il à ces forces ? Voilà une question que la mécanique a bien embrouillée, et qui me paraît cependant fort simple à schématiser.

Le crâne, nous dit l'anatomie, est un ovoïde. Ovoïde, il est dans sa forme ; ovoïde il est — et cela par voie de conséquence — dans sa résistance. Tout le monde a vu une ménagère casser un œuf sur le bord d'une table : c'est de la même manière que se rompt le crâne ! La zone de destruction, d'écrasement osseux, quand elle existe, dépend évidemment surtout de la force traumatique. Les irradiations qui prolongent cette zone, peuvent être aussi déterminées par la forme de l'objet contondant et la direction de son action : une baguette de fer, par exemple, frappant le crâne horizontalement, le casserait selon cette même direction ; un coup de sabre, un éclat d'obus, décalottent une tête. Mais, avec les larges surfaces de choc, dans une chute sur le sol, par exemple, le crâne se fend, à partir de la zône d'écrasement, perpendiculairement au grand axe de l'ovoïde — comme un œuf — et le trait gagne la base par le plus court chemin en suivant la courbe de plus court rayon (Aran). Par conséquent, il gagne l'étage de cette base correspondant au point lésé de la voûte, l'étage antérieur pour les fractures du frontal, l'étage moyen pour les fractures temporo-pariétales, l'étage postérieur pour les fractures occipitales.



L'Ovoïde crânien (Cr) supporté par la colonne vertébrale (Vert) auquel est appendu le bloc facial (Fac). Le pointillé représente la direction générale des traits de fracture.

SÉDOBROL "Roche"

Tablettes d'extrait de bouillon concentré achloruré et bromuré

1 tablette Sédobrol "Roche"

= 1 gr NABR

Traitement bromuré intensif dissimulé

Régime déchloruré rendu agréable

Indications : Tous les états nerveux neurasthénie, épilepsie, psychoses de toute nature, hyperexcitabilité, insomnies, etc.

Doses Adultes 1 à 5 tablettes par jour
Enfants ½ à 2 tablettes selon l'âge

Échantillon et Littérature sur demande Produits F. Hoffmann-La Roche & Cie 21, Place des Vosges-Paris

SIROP "ROCHE"

au THIOCOL



administration prolongée de

GAÏACOL
INODORE

à hautes doses sans aucun inconvénient

Échantillon & Littérature F. Hoffmann-La Roche & Cie
21 Place des Vosges PARIS

Les renforcements qui séparent ces étages basilaires maintiennent dans une certaine mesure la direction du trait de fracture, mesure faible cependant, car ces soi-disant pièces de résistance sont fréquemment brisées, et la « zone infrangible » sphéno-basilaire de Felizet est loin de mériter son nom (1).

Dans les gros traumatismes d'ailleurs, la force traumatique va droit son chemin, et ne respecte rien ; c'est seulement pour les traumas moins violents que la résistance du crâne intervient de façon marquée, et cette résistance, je le répète en manière de conclusion, est celle d'un ovoïde avec de faibles renforcements, qui se casse — comme un œuf — perpendiculairement à ses grands diamètres.

Notons, pour en finir avec ces considérations un peu longues, mais indispensables pour prévoir et suivre la marche du trait, que la colonne vertébrale, qui est souvent, nous l'avons vu, un agent de percussion crânienne, constitue, d'autre part, par son atlas soudé au pourtour du trou occipital, un renforcement et un organe de résistance pour la base du crâne.

B. — Lésions du contenu crânien.

Le contenu crânien est constitué par l'encéphale, avec ses vaisseaux, les nerfs qui s'y rattachent, le liquide céphalo-rachidien qui baigne le tout.

La ponction lombaire établit les *modifications de ce liquide céphalo-rachidien* ; elle nous permet ainsi une appréciation globale sur les lésions méningo-encéphaliques. La ponction lombaire est indispensable dans tout traumatisme crânien. Certes, la présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien ne veut pas dire qu'il existe une fracture du crâne, car à travers la boîte osseuse intacte, le cerveau peut être contusionné. Mais que l'épanchement sanglant soit dû à la contusion cérébrale ou à la rupture d'un vaisseau, ouvert dans les espaces sous-arachnoïdiens, son abondance mesure en bloc la gravité de la lésion (Tuffier). Cet épanchement, par lui seul d'ailleurs, constitue une facteur important de cette gravité.

La ponction lombaire nous fournit encore la notion de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. En réalité, sans appareil de mesure, cette tension est difficile à apprécier ; mais les jets violents que l'on observe parfois ne laissent pas de doute sur l'existence d'une pression anormale (on sait que le liquide doit couler goutte à goutte). Ce renseignement, nous le verrons, est capital au point de vue des indications thérapeutiques.

Après la ponction lombaire, souvent même, en pratique, avant elle, l'*examen du système nerveux* sera méthodiquement effectué. Quel que soit le mécanisme de production des lésions du névraxe, commotion, contusion (macro ou microscopique), compression cérébrale, cliniquement, les blessés du crâne se divisent en deux grandes catégories, selon qu'ils sont dans le coma ou non.

En ce qui concerne les premiers, de Martel semble avoir raison quand il affirme que « le meilleur clinicien ne peut rien noter d'utile par l'examen d'un homme dans le coma. »

Mais la perte du sentiment et du mouvement n'est pas toujours complète. Les fonctions intellectuelles peuvent être seulement troublées : délire, agitation, torpeur. Il en est de même pour les fractures centripètes et centrifuges, sensitivo-motrices : hyper ou hypoesthésie, paralysie, parésie, contractures, altération des réflexes. Les fonctions de la vie organique, enfin, peuvent être à peine touchées : léger ralentissement du pouls, nausées.

A côté de ces modifications générales, il existe des troubles nerveux partiels, qui indiquent des lésions également localisées (symptômes de localisation). Les lésions de la zone rolandique, par exemple, se traduisent par des troubles moteurs ; celles des lobes occipitaux par l'hémianopsie, etc.... J'ai, personnellement, publié un cas où le signe de Babinski avait permis de localiser les altérations nerveuses du côté opposé à l'origine du trait de fracture — diagnostic vérifié par la trépanation.

Non moins importantes à considérer sont les lésions des nerfs périphériques. Ce sont elles qui vous renseignent avec le plus de précision sur le passage du trait de fracture : cécité par section du nerf optique dans le trou optique ; strabisme par paralysie de la VIe paire ; atteinte à la pointe du rocher ; paralysie faciale de type périphérique dans les fractures transversales du même os ; syndrome du trou déchiré postérieur, etc...

En résumé, on le voit, l'observation, partie du trait de fracture, y est ramenée par l'étude des lésions méningo-encéphaliques, telle est la manière dont s'établit progressivement le bilan des altérations du crâne et de son contenu.

II. — Pronostic.

De ce bilan découle immédiatement le pronostic rapproché de la fracture. Celui-ci en effet dépend essentiellement de deux facteurs :

1° Les lésions primitives, traumatiques, mécaniques, du crâne et de son contenu ;

2° Les lésions secondaires, infectieuses, qui

---

(1) J'ai, pour ma part, publié deux observations (v. bibliographie) où cette « zone infrangible » était brisée. On trouvera au même endroit une explication générale de la loi d'Aran, et l'étude des fractures de la lame quadrilatère du sphénoïde et des apophyses clinoïdes, lésions déroutantes au premier abord, mais qui illuminent la question des grandes fractures du crâne.

compliquent rapidement le trauma dans certains cas.

Les *lésions primitives* paraissent graves par leur étendue plus que par leur intensité. En effet, ces lésions sont de deux ordres, les unes destructrices, les autres irritatives, les deux types variant généralement en sens inverse. A ce point de vue, l'immense expérience de la chirurgie de guerre a montré que les fractures du crâne par projectile n'étaient pas toujours graves primitivement. On s'est même, au début, étonné de leur bénignité fréquente, qui tranchait sur la haute gravité des fractures du temps de paix. C'est que les fractures de guerre, par projectiles, sont caractérisées par une action destructrice très marquée, mais localisée et prolongée par une action irritative minime, la force vive du projectile s'éteignant très près du point d'impact. Au contraire, les fractures du temps de paix, causées par de longs contacts traumatiques, si elles produisent peu de dégâts locaux définitifs, ébranlent par contre profondément toute la masse encéphalique, violemment modifiée à longue distance par les vibrations de la boîte cranienne.

La fracture est-elle ouverte ou fermée? La réponse à cette question est le 2e élément fondamental du pronostic. Car, pratiquement, les fractures fermées sont à l'abri de la terrible méningite traumatique. Il en va inversement des fractures ouvertes. Pourtant, ici encore, il existe des nuances : la fracture ouverte à la peau est la moins grave, parce que en contact seulement avec l'air extérieur, et de désinfection relativement aisée ; la fracture ouverte sur les cavités de la face, cavités où vivent de nombreux germes microbiens, est infiniment plus grave : la fracture ouverte dans le nez, à la lame criblée, est à peu près à coup sûr suivie de méningite ; celle-ci est plus rare, mais fréquente encore, si la communication existe avec les cavités de l'oreille ou du pharynx.

(*A suivre*).

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital des Enfants-Malades :

M. le professeur Hutinel.

Les néphrites aiguës, chez les enfants.

A propos d'un petit malade que nous avons examiné ensemble tout à l'heure dans le service de la scarlatine, je désire vous dire quelques mots sur les néphrites aiguës chez les enfants.

L'une des néphrites aiguës infantiles les plus connues est la néphrite scarlatineuse. La néphrite de la scarlatine n'est pas extrêmement fréquente, mais son aspect est assez caractéristique. Dans les formes intenses, graves, malignes, de la scarlatine, il n'est pas rare de rencontrer de l'albuminurie, sans qu'il s'agisse alors de néphrite à proprement parler. L'albuminurie en question est passagère, sans gravité habituellement (sauf si elle s'accompagne d'anurie), du moins sans gravité immédiate, car il m'a semblé que les enfants offrant cette albuminurie du début étaient plus exposés que d'autres à faire ultérieurement une véritable néphrite.

Sous quel aspect se présente la néphrite scarlatineuse ? Elle affecte deux formes principales. L'une classique, avec grosse anasarque, urines réduites, se rapporte surtout aux cas qui nous sont adressés directement de la ville. Dans le service des scarlatineux de l'hôpital, cette forme est rare. Ce que nous voyons ici, à l'isolement, c'est la seconde forme. Chez un enfant, au 15e, 20e jour de sa scarlatine, la fièvre reparaît parfois alors, 38°, 38°5, exceptionnellement 39°, les urines se montrent plus colorées, albumineuses. Cette albuminurie dure 8 à 10 jours, puis cesse, sans œdèmes.

Y a-t-il donc deux néphrites scarlatineuses, une de la ville, l'autre de l'hôpital ? Evidemment non. Il faut tenir compte des conditions adjuvantes. A l'hôpital, les enfants sont au lit, à l'abri du froid, au repos, et nourris exclusivement de lait. En ville, les petits malades sont souvent soumis à une hygiène beaucoup moins rigoureuse. Il s'agit, en somme, de la même maladie, plus légère dans un cas, plus grave dans l'autre par ce que les précautions nécessaires ne sont pas prises.

A côté de la scarlatine, beaucoup d'autres affections peuvent provoquer une néphrite aiguë chez les enfants. Les infections amygdaliennes, celles du cavum, de la bouche, des gencives, des oreilles, sont susceptibles de retentir sur les reins. Certaines affections cutanées, l'impétigo du cuir chevelu en particulier, amènent aussi parfois une infection rénale. Dans l'érysipèle, on peut rencontrer de l'albuminurie et de la néphrite. Le purpura, qui est habituellement le résultat d'une toxémie, se complique quelquefois d'une néphrite tenace, évoluant vers la chronicité. De même, dans les érythèmes infectieux, l'érythème polymorphe, on peut voir des œdèmes, de l'albuminurie, une néphrite traînante, plus bénigne que celle du purpura cependant.

Les affections pulmonaires, la grippe, la pneumonie, les broncho-pneumonies sont des origines possibles de néphropathies aiguës. La véritable néphrite, avec anasarque, y est rare néanmoins. Les infections digestives méritent encore une mention dans l'étiologie des néphrites aiguës infantiles.

Ces néphrites aiguës déclarées, que deviennent-elles ?

Généralement, elles évoluent vers la guérison. Il est des cas, toutefois, où elles tendent vers la chronicité. Cette dernière éventualité est réalisée lorsqu'il existe une infection latente qui modifie l'allure de la maladie. Les deux infections habituellement en cause sont la tuberculose et la syphilis qui orientent la néphrite vers la dégénérescence ou la sclérose.

Quand une néphrite aiguë tend à devenir chronique, il importe de rechercher les tares plus ou moins latentes du sujet. On a parlé de débilité rénale. Ce mot n'est qu'une interprétation. Ce qui crée cette débilité rénale, c'est la tuberculose, la syphilis héréditaire, quelquefois aussi une hérédité fâcheuse. L'enfant, né d'une mère albuminurique, lorsqu'il ne meurt pas précocement, peut conserver une certaine débilité héréditaire du rein.

Un mot du froid. Autrefois, et il y a dix ans encore même, on incriminait beaucoup le froid dans l'étiologie de la néphrite aiguë. Le froid joue-t-il un rôle ? Certrainement, il contribue dans la production de la néphrite comme dans celle de la pneumonie. La réfrigération agissant sur les vaisseaux périphériques peut amener une poussée congestive rénale, mais, c'est seulement, une cause occasionnelle, la néphrite ne pouvant se produire que s'il y a autre chose, une infection, des phénomènes infectieux. Il ne faut pas dédaigner le froid, mais lui attribuer son véritable rôle.

Cliniquement, comment se présentent les néphrites aiguës ?

Elles affectent des formes assez nombreuses. La forme d'albuminurie passagère, en premier lieu. Dans tous les états infectieux, la fièvre typhoïde, la pneumonie, le rhumatisme aigu, etc., on peut noter de l'albuminurie, une transsudation de l'albumine dans l'urine. Est-ce de la néphrite aiguë ? Sans doute, il y a quelque chose, mais dites que c'est une albuminurie fébrile. La néphrite se traduit par des troubles de circulation et des modifications épithéliales au niveau du rein. Dans cette albuminurie des fièvres, on ne trouve souvent que de l'albuminurie, révélée par une analyse de l'urine chaque jour. Dans les néphrites aiguës, il y a plus. Le rein souffre dans sa fonction et est plus ou moins bloqué, avec des symptômes mieux caractérisés en général.

Le début de la néphrite aiguë est variable. Quelquefois, il existe un peu de fièvre. Dans certains cas, on observe des troubles digestifs, des vomissements, de la diarrhée. Les enfants peuvent être agités, inquiets. La douleur lombaire est possible, mais il ne faut pas faire grand fond sur elle. Un symptôme attire l'attention : l'œdème.

Chez l'enfant, l'œdème apparaît partout, avec des sièges d'élection. Il prédomine à la face, qui devient bouffie, au scrotum, qui est énorme parfois. Il se généralise facilement, s'épanche dans les séreuses. Pour l'apprécier, pesez les petits malades. La balance vous fera prévoir l'envahissement de l'œdème et vous annoncera sa diminution avant que l'œil ne vous l'indique. Une augmentation ou une diminution de poids de 1 kilogr , de 1 kilogr. 1/2 sont des indices importants à noter, en pareil cas.

Lorsque vous constatez l'œdème, examinez les urines. Dans la néphrite aiguë, le taux de la sécrétion urinaire est diminué. La quantité d'urine peut tomber à 100 gr., à 350 gr. L'urine est colorée, foncée, de teinte brun sale, trouble, plus ou moins sanglante. Dans la néphrite du purpura, vous avez de véritables hémorrhagies, l'albuminurie persistant dans l'intervalle. Chez les scarlatineux, le sang fait défaut ou se voit en proportion variable. Dans le dépôt de l'urine, on trouve un nombre plus ou moins élevé d'hématies et des cylindres qui indiquent une fonte des cellules rénales.

Le dosage montre une quantité généralement considérable d'albumine. Il ne faut pas exagérer cependant. On a dit que l'albuminurie, dans la néphrite scarlatineuse, était énorme. Ce n'est pas très exact. On trouve de 2 à 4 ou 6 gr. d'albumine, habituellement, et l'on ne constate pas les albuminuries massives rencontrées dans les dégénérescences amyloïdes et les syphilis rénales.

A l'albuminurie, se joignent quelques troubles généraux. D'abord, des troubles circulatoires, de l'hypertension artérielle. Voici un enfant atteint de néphrite scarlatineuse. Nous prenons sa tension : elle est de 15 1/2, chiffre fort, l'enfant étant petit de taille. La tension n'est pas seulement fonction d'âge, mais aussi de taille. Plus le sujet est petit de taille, plus la tension est basse, normalement. Aussi, le chiffre de 15 12 est-il, ici, relativement considérable.

Cette augmentation de la tension est liée à la gêne circulatoire. Elle entraîne de la dilatation cardiaque, le cœur, obligé de lutter contre l'hypertension, se distendant. Si l'on percute la région précordiale, on reconnaît cette dilatation. En même temps, apparaît de l'éréthisme cardiaque, puis un véritable bruit de galop plus ou moins net, et quelquefois un dédoublement du deuxième bruit.

On peut voir de la congestion passive des bases pulmonaires et de la congestion passive du foie. Chez l'enfant, le foie constitue l'aiguille indicatrice du degré de dilatation du cœur droit. On note aussi, parfois, des épistaxis, des congestions viscérales, pleurales, de l'hydrocéphalie.

Ceci m'amène à vous parler des troubles nerveux. Ils sont plus accusés chez l'enfant que chez l'adulte, dans la néphrite aiguë. Lorsque les convulsions doivent apparaître, elles sont précédées d'une élévation de la tension. Lorsque la tension dépasse 15, en pareil, cas, il est prudent de sai-

gner le petit malade. Ce ne sont pas seulement les convulsions qui peuvent se montrer alors. Les phénomènes nerveux sont susceptibles de se traduire par de la somnolence, un demi-coma, des réactions méningées, et même une véritable méningite.

Souvent, ces différents troubles se calment, mais il est deux complications inquiétantes des néphrites aiguës : l'anurie et l'éclampsie.

L'anurie se rencontre fréquemment dans les néphrites aiguës. En voici un exemple. Je fus appelé, un jour, auprès d'un enfant de 6 ans qui présentait une éruption légère, si légère que l'on hésitait à en faire une scarlatine. Je prescrivis néanmoins le séjour au lit et le régime lacté, le diagnostic ne paraissant pas, malgré tout, douteux. Mais, un soir, les parents ayant donné un dîner, un des membres de la famille, inspiré d'ailleurs des meilleures intentions, porta au petit malade une tranche de cuissot de chevreuil pour lui permettre de participer au repas. Le lendemain, l'enfant eut de l'anurie. On appliqua des ventouses scarifiées à la région lombaire. Malgré cela, l'anurie persista. Le quatrième jour, elle continuait encore, avec un cœur mal rythmé, un pouls inégal, des pupilles rétrécies. M. Albarran, appelé en consultation, pratiqua une néphrotomie : l'urine coula une journée, puis l'anurie reparut et l'enfant succomba. On peut ainsi avoir une anurie grave. Donc, surveillez, dans la néphrite aiguë, le taux des urines et n'hésitez pas, s'il baisse, à donner des bains chauds et à pratiquer la saignée.

J'arrive à l'éclampsie. La crise éclamptique est un accident qui impressionne profondément les familles. Vous êtes appelés, par exemple, auprès d'un enfant qui a eu la scarlatine et est atteint d'une grosse anasarque. Vous assistez à une crise convulsive, éclamptique. C'est un accident plus effrayant, en général, que redoutable. Bien soigné, on en obtient assez ordinairement la guérison, mieux que chez l'adulte.

La néphrite aiguë de l'enfant se termine dans un bon nombre de cas par la guérison, au bout de 20 jours, 3 semaines environ. D'autres fois, la maladie rénale n'est pas aussi bénigne, mais il s'agit souvent alors plutôt de formes subaiguës, chez un enfant dont le rein est déjà sensibilisé par une tuberculose ou la syphilis.

Avant de laisser le petit malade reprendre sa vie ordinaire, il est bon de faire les épreuves d'élimination. Vous donnez 5 à 10 gr. de sel. Quand le rein est encore touché, vous voyez le poids remonter en 4 ou 5 jours, alors qu'il n'y a plus d'albuminurie. En pareil cas, le régime doit être continué. On peut de même recourir à l'épreuve de l'urée, en faisant prendre 20 gr. d'urée, chaque jour, pendant 4 à 5 jours. L'épreuve du sel est plus facile, puisque la balance suffit pour l'effectuer.

Quelquefois, la néphrite, au lieu d'évoluer vers la guérison, aboutit à la chronicité. L'albuminurie persiste, avec des variations. La néphrite du purpura, les néphrites aiguës chez les enfants à rein sensibilisé par la tuberculose ou la syphilis, sont fréquemment dans ce cas.

Le pronostic, hors de ces exceptions, est généralement bon. Le traitement sera, d'abord, prophylactique. En présence d'un scarlatineux, vous recommanderez les nettoyages de la bouche et du nez, l'alimentation lactée, le séjour au lit.

Lorsque, malgré cela, la néphrite apparaît, que faut-il faire ? Faut-il continuer le lait ? Non. Pour ne pas surcharger l'organisme, la première chose est de diminuer l'apport liquide. Donnez le liquide le moins nuisible, à savoir l'eau, l'eau d'Evian par exemple, et prescrivez une diète hydrique restreinte, soit 500 gr. d'eau, pendant 1, 2, 3 jours au plus. Puis, après 2 ou 3 jours, ou le lendemain même, si la balance accuse une baisse notable du poids, donnez du lait coupé d'eau, en augmentant la quantité de liquide.

Comme thérapeutique médicamenteuse, que faire ? Lorsque vous avez une grosse anasarque, formulez un purgatif drastique, 5, 6 ou 8 gr. d'eau-de-vie allemande, selon l'âge. Pour lutter contre la fluxion rénale, appliquez six ventouses scarifiées à la région lombaire et faites envelopper le tronc avec une large bande de gaze humide et chaude, recouverte de taffetas, que l'on renouvellera plusieurs fois par jour.

Pas de médicaments, à proprement parler. De la théobromine ? Non, elle irrite le rein, et le petit malade urinera sans cela. Se contenter de l'expectation armée. Si le cœur est mou, on prescrira une petite dose de digitale, un peu de scille, S'il y a des accidents convulsifs, il faut pratiquer une saignée de 200 gr., 300 gr., à faire suivre d'une purgation drastique, et donner du chloral, du bromure.

Lorsque la guérison se fait mal, recherchez les tares. Trouvez-vous la syphilis, traitez-la. J'aime mieux l'arsénobenzol ici que le mercure, et encore à petites doses, timides, en espaçant les doses, avec un régime convenable. La tuberculose intervient-elle, le régime changera. Le lait n'est plus suffisant. Il faut donner de la viande crue, sans sel. Je pourrai en dire autant au sujet des albuminuries orthostatiques, si fréquentes chez les enfants. Il faut nourrir ces malades, avec de la viande, des œufs, des farineux, qui les améliorent.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

Le médecin a l'impérieux devoir d'être prévoyant.

Il doit s'assurer contre l'incapacité de travail que peuvent lui causer la maladie ou les accidents.

Il doit s'assurer une retraite pour ses vieux jours.

FAITS CLINIQUES

Remarques sur trois cas d'encéphalite dite léthargique.

Venant d'observer trois cas de cette encéphalite qui occupe actuellement tout le corps médical, j'ai cru bon de noter les constatations que j'ai pu faire, pensant que, peut-être, ma modeste contribution pourra, réunie au faisceau des autres, être de quelque utilité.

Mon premier malade fut un enfant de dix ans : Henri Bou... élève pensionnaire dans une école plutôt encombrée dans laquelle, est-ce simple coïncidence ? je soignai en février une méningite cérébro-spinale (diagnostic contrôlé par le laboratoire : Dr Malloizel, de Quimper) laquelle se termina par guérison et resta isolée !

Henri Bou... tomba malade à l'école ; son père le ramena chez lui, à la campagne, et m'appela : l'enfant, disait-il, ne faisait que dormir.

A ma première visite, je fus très perplexe. Je venais bien d'avoir à soigner quelques typhoïdes, mais ici, aucun symptôme intestinal, ni splénique, ni hépatique, aucun exanthème, pas d'épistaxis. Seulement léger état saburral, une température peu élevée (39° rectale).

Je ne constatai, d'autre part, ni Kernig, ni Babinski, pas même de raideur de la nuque, pas de raie méningitique ; une ponction lombaire me donna un liquide limpide.

Il n'y avait, en somme, que sommeil et fièvre, avec un facies particulièrement hébété. Je me trouvai fort ennuyé (car les paysans veulent toujours, vrai ou faux, un diagnostic ferme, et je dus dire que je croyais avoir, *peut-être*, affaire à une encéphalite léthargique).

Je ne me trompais pourtant pas, car, ayant suivi cet enfant depuis lors (15 mars), je le vois maintenant presque convalescent (je l'espère du moins), n'ayant presque plus de fièvre et n'ayant présenté d'autres symptômes qu'une sorte de τῦφος, Il ne dormait pas réellement, mais était « absorbé ». Il fallait le secouer pour obtenir une réponse brève, monosyllabique, réflexe dirais-je ; « M'entends-tu ? — Oui. — Où es-tu ? — Là ! », etc... Pendant trois semaines, je ne pus constater que cela. Il y eut passagèrement un peu de subdélire, de constipation. Il ne demanda jamais à manger, mais on put le nourrir facilement et il ne mangeait que très peu.

Puis, la fièvre diminua, la connaissance revint et le sommeil disparut, sauf vers le soir. C'est là son état actuel. Je l'ai même trouvé levé la dernière fois. Il parle maintenant et m'a dit se rappeler qu'un jour, au début, il avait vu la fenêtre double ; cela n'avait pas duré et ne s'était accompagné de rien d'objectif (strabisme, paralysie).

Bien différents sont mes deux autres malades ; Marie-Anne Guen..., 15 ans, Je suis appelé le dimanche 4 avril par le père affolé : « Docteur, venez voir ma fille ; elle s'est réveillée louche et voyant double. »

Je constatai, en effet, du strabisme interne de l'œil gauche, accommodation difficile et réflexe lumineux faible. Pas de fièvre. Je pensai naturellement d'abord à l'hystérie ; mais deux jours après, débutait la fièvre, faible (38° rectale). En même temps, je notai une paralysie faciale gauche, générale mais peu prononcée, puis tout le visage (même le côté non paralysé) prit un aspect figé, stupide.

Deux jours après, débutait le « sommeil ».

Je n'ai jamais trouvé chez cette malade que ces symptômes, puis une douleur assez forte à la nuque, un léger état saburral ; pendant quelques jours se produisit une « myoclonie » des muscles du cou, attirant brusquement la tête à gauche, par saccades.

Mais ce que j'ai trouvé le plus digne de remarque, c'est le caractère « fallacieux », dirais-je, des principaux symptômes. J'ai relaté le strabisme : il dura huit jours, environ, puis disparut ainsi que la diplopie. Ce strabisme était de cause évidemment paralytique, et pourtant, la paralysie n'était pas réelle, je pus toujours faire mouvoir les deux yeux, *en tout sens* et fort librement. — Il y avait paralysie faciale, mais cette paralysie n'était qu'ébauchée. — Il y avait du ptosis (des deux yeux) et cependant, la malade relevait très bien, quand elle le voulait, les deux paupières. — Le facies était figé, stupide, mais cet aspect était aussi marqué à droite, côté non paralysé, qu'à gauche,.

Enfin, la malade semblait dormir, mais ne dormait pas. Il n'y avait pas de résolution musculaire. Elle se relevait dans son lit, ou levait seulement la tête de l'oreiller, vous répondait, puis, si vous cessiez la conversation, elle se remettait à « dormir », mais sans retomber sur l'oreiller.

Elle entendait d'ailleurs très bien ce qui se faisait ou se disait autour d'elle et répondait parfois brièvement, lorsque la conversation là concernait.

Cet état dura une quinzaine, puis s'atténua. Elle ne « dort » presque plus le jour, se plaint maintenant de ne pas pouvoir dormir la nuit, Tous les symptômes diminuent d'intensité ; seule la fièvre persiste, toujours à 38°. Elle aussi a pu être nourrie, mais sans jamais rien demander, elle a également peu maigri.

Mon troisième malade est un adulte ; M. A..., coiffeur, qui fut prisonnier en Allemagne pendant presque toute la guerre.

Il vint récemment me consulter, pris brusque-

ment de diplopie, ce qui, me dit-il « le gênait beaucoup pour son métier ».

A ce moment, il n'y avait encore rien d'objectif. Craignant une syphilis (ignorée, car il s'en défendait), je le fis examiner par un oculiste (Dr Hardoüin, de Quimper) qui ne trouva rien dans le fond de l'œil et me dit que cette diplopie était due à du strabisme paralytique.

Il y avait en effet, ce jour-là, un début de strabisme qui s'accentua les jours suivants. Comme pour la précédente malade, deux jours après, je trouvais de la fièvre, et après quatre jours une paralysie faciale (à droite, comme pour l'œil).

Chez ce malade, comme chez la jeune fille, la paralysie de l'œil ne fut pas réelle et l'œil pouvait se mouvoir très bien, *en tous sens*. Ce malade eut, lui aussi, une disparition complète de « l'expression » et aussi un peu de ptosis, des deux côtés. Diplopie et strabisme furent là encore fugaces, tandis que la paralysie faciale persiste encore, ainsi que la fièvre, toujours modérée.

Mais ce malade, contrairement aux autres, a eu de l'*insomnie persistante* ; jamais il n'a présenté l'aspect endormi et j'eus quelque peine à lui faire garder le lit !

Lui non plus n'a présenté (jusqu'ici tout au moins) ni Kernig, ni Babinski ; il n'a pas eu de myoclonie, mais a beaucoup souffert de l'épaule droite.

Pour ces deux derniers malades, je n'ai pas cru devoir faire la ponction lombaire, qui ne m'avait cliniquement rien montré chez le premier, ayant lu depuis lors que les autres observateurs avaient, eux aussi, toujours retiré du liquide limpide.

Voilà donc trois cas qui me semblent bien ressortir à l'épidémie (?) règnante et qui m'ont paru intéressants, surtout à cause de leurs différences marquées d'aspect clinique.

Dr Eug. DAMEY.

A TRAVERS LA PRESSE

Néphrites chroniques et hypertrophie prostatique.

Etude des plus intéressante de M. LAVENANT (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 mars 1920), qui peut se résumer ainsi :

« Au cours de l'hypertrophie prostatique avec « rétention, on peut trouver le syndrome de né- « phrite chronique hypertensive. Celle-ci peut « avoir son individualité propre et être indélébi- « le, elle peut aussi n'être que le résultat d'un « trouble de la fonction rénale, le rein mis en « tension par la rétention vésicale. La rétention « vésicale évoluant à bas bruit, seuls, les signes « de néphrite hypertensive que l'on ne rapporte « à aucune cause peuvent être mis en évidence.

« L'examen minutieux des symptômes, une « amélioration par le régime, le repos et surtout « la sonde à demeure, pourront différencier les « deux formes de néphrite.

« La coexistence d'une néphrite hypertensive « indélébile, si elle ne s'accompagne pas de lésions « valvulaires graves, n'est pas toujours une con- « tre-indication à l'intervention ».

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les injections intra-veineuses de salicylate de soude.

Chez un malade âgé de 45 ans, atteint de rhumatisme articulaire aigu, qui présenta rapidement une intolérance gastrique absolue pour le salicylate de soude, M. GUEIT (*Languedoc méd.*, 10 mars 1920) eut recours aux injections intraveineuses de salicylate de soude dissous dans du sérum physiologique.

A deux reprises, une dose de 0,80, puis de 0,60 dissoute dans 40 gr. de sérum, fut injectée par la voie endo-veineuse. L'auteur observa une réaction intense presque immédiate (fièvre très élevée, faciès tiré, lèvres pincées, pouls rapide, filant, petit, etc.)

Mais, à la suite, se manifesta une action sédative remarquable et durable. En outre, il se produisit une sorte de vaccination antianaphylactique qui rendit possible la continuation du traitement salicylé par la voie buccale.

« Il n'en reste pas moins que ce mode de trai- « tement, s'il est rapide et d'une efficacité in- « contestée, n'est pas d'un usage courant, étant « donnés les accidents quelque peu dramatiques « qui accompagnent l'injection intra-veineuse et « dont il faudrait, à l'occasion, prévenir le ma- « lade et son entourage pour n'avoir pas de mé- « comptes ».

Les syndromes rénaux de l'asystolie.

Chez un malade présentant le complexus symptomatique de l'asystolie avec insuffisance rénale, il est souvent difficile de faire la part de ce qui appartient pathologiquement au cœur et de ce qui est du domaine du rein. Assez souvent, certains signes plus en rapport avec une lésion rénale : azotémie, dyspnée toxique, respiration de Cheynes-Stokes, hypertension artérielle, albuminurie, oligurie, œdèmes, etc., suggèrent l'hypothèse d'une asystolie chez un cardio-rénal.

MM. JOSUÉ et PARTURIER publient un long et intéressant travail pour établir, à la lueur des dernières acquisitions en pathologie rénale que ces malades sont très fréquemment de faux cardio-rénaux, et que c'est contre l'asystolie, apparente ou latente qu'il faut diriger le traitement.

L'oligurie, due à la défaillance cardiaque, peut en effet créer le syndrome rénal, soit de la néphrite

azotémique, soit de la néphrite hydropigène. Ce n'est que lorsque la diurèse est rétablie, que le cœur a repris son fonctionnement régulier, qu'il est possible de faire le départ entre les participations cardiaque et rénale au syndrome observé. On est alors parfois surpris de constater l'intégrité parfaite du rein. Dans d'autres cas, on note une constante élevée que le malade supporte sans manifestation pathologique tant que sa lésion cardiaque est bien compensée. Ce sont des malades qui font plus difficilement les frais d'une oligurie prolongée, dans les périodes de non compensation.

Ce que nous devons retenir de cette étude, c'est que de tels malades réclament la médication cardio-tonique. Le symptôme qui devra attirer l'attention et faire penser à l'influence prépondérante du cœur dans le tableau clinique, est l'oligurie. Les œdèmes sont aussi à retenir, au même titre.

« Ce serait une erreur que de vouloir régler la « conduite du traitement sur des symptômes ré« naux qui peuvent être créés de toute pièce par « l'oligurie d'origine cardiaque. Devant la thé« rapeutique, la question des cardio-rénaux « n'existe plus ; il n'y a plus que des cardiaques « décompensés chez lesquels le traitement digita« lique est toujours indiqué, quel que soit l'état « de leurs reins ».

L'institution du traitement digitalique sera précédée de la saignée copieuse, de la purgation drastique, et accompagnée de la diète liquide (lactée ou aqueuse) avec réduction des liquides, puis du régime déchloruré.

On prescrira la digitaline cristallisée à la dose quotidienne de XXX à XXXV gouttes en une seule fois, jusqu'à ce qu'apparaisse la diurèse libératrice, généralement au bout de 4 à 5 jours.

L'albuminurie, l'azotémie, l'hypertension artérielle, la respiration de Cheynes-Stokes ne sont pas des contre-indications de la digitaline. Ces symptômes disparaissent quand la diurèse se déclanche.

On maintiendra celle-ci par la continuation de la digitaline, si l'oligurie reste menaçante. On peut donner V à X gouttes de la solution d'une façon continue pendant des mois et même des années.

On peut compléter l'action de la digitaline ou la remplacer, au bout de quelques jours, par la théobromine (1,50 à 2 gr. p. j.).

Quand le cœur a repris son énergie, tant que celle-ci se maintient, le régime déchloruré peut être sans inconvénient remplacé par le régime avec sel. (*Paris Médical.*)

Traitement des angines de poitrine.

L'angine de poitrine est un syndrome ressortissant à des origines anatomiques, physiopathologiques, étiologiques et provocatrices multiples. Il n'y a pas *une* angine, mais *des* angines de poitrine, de la fausse angine à l'angine vraie, sans oublier la fausse angine vraie sur laquelle M. BERGOUIGNAN a fait un travail que nous avons récemment analysé ici même.

C'est ce que M. MARTINET, dont l'ingéniosité clinique et thérapeutique étayée sur l'érudition scientifique la plus complète est universellement appréciée, met d'abord en lumière. (*Presse méd.*, 25 février 1920).

De ces considérations découle le traitement qui s'adressera aux causes provocatrices : tabac, alcool, café, troubles digestifs, surmenage et excès, efforts physiques, émotions..... ; aux causes génératrices : syphilis, goutte, artério-sclérose, névropathies ..... ; aux éléments physiopathologiques : hypertension, pléthore, spasme, aux lésions...

Ce traitement pathogénique de la cause se complète du traitement de la crise, de l'accès. M. MARTINET expose à ce propos sa pratique personnelle.

Au moment de l'accès, injection simultanée d'huile camphrée (2 à 3 cmc.) dans une cuisse, et de morphine-atropine dans l'autre, 1 cmc. de la solution de sulfate d'atropine, 2 milligr. et de chlorhydrate de morphine, 10 cgr. dans 10 gr. d'eau).

Grand enveloppement sinapisé du thorax au moyen de serviettes éponges roulées dans 2 litres d'eau très chaude additionnés de deux poignées de farine de moutarde ; ou immersion des avant-bras dans un bain d'eau chaude progressivement chauffée.

Inhalation de nitrite d'amyle, pour gagner du temps. Ou solution alcoolique de trinitrine au 100e en injection hypodermique ou en potion.

La saignée reste héroïque quand on constate l'existence d'un œdème aigu du poumon. Elle a donné à l'auteur de magnifiques succès.

Dans l'intervalle des accès, si le ventricule gauche est insuffisant, on aura recours à la digitale à doses minimes et intermittentes. La sclérose réclame le repos relatif, un régime très réduit, la médication digitalique alternant avec les diurétiques (théobromine, scille, lactose). Lorsque la syphilis est en cause, le traitement spécifique (mercure, iodure, arsénobenzol), est indiqué. La révulsion thoracique violente au niveau de la base du cœur (marteau de Mayor, mouches de Milan, cautère permanent, ignipuncture). Dans la pléthore, la goutte, la présclérose, la restriction des liquides, le système des petits repas rendent d'inappréciables services.

Les troubles digestifs, l'aérophagie notamment, qui transforme l'estomac en une poche d'air qui comprime et refoule le cœur et l'aorte, sont justiciables du traitement qui leur est propre.

L'iodure associé au bromure convient aux ner-

veux, aux angio-spasmodiques, auxquels on pourra prescrire la solution suivante à raison de deux cuillerées à soupe par jour :

Arséniate de soude..........	0 gr. 10
Iodure de sodium......... }	âã 10 gr.
Bromure de sodium......... }	
Eau distillée..............	500 gr.

Enfin, on ne négligera pas l'action psychique en rassurant les malades par des paroles et par des actes. L'auteur conseille de munir ceux-ci d'une préparation « gri-gri », dont il affirme l'action préventive et qu'il formule ainsi :

Acétate d'ammoniaque.......	4 gr.
Cognac vieux...............	20 gr.
Sirop d'éther................	40 gr.

par gorgées en cas de crise.

Sporotrichose des organes génitaux.

M. Brainos (*Paris méd.*, 20 mars 1920), a observé deux malades qui présentaient des lésions ulcéreuses du dos de la verge et de la région inguino-scrotale qui furent longtemps prises et traitées pour des lésions syphilitiques.

En présence de l'insuccès manifeste de ce traitement, il pensa qu'il s'agissait peut être de sporotrichose. Un examen microscopique le confirma dans cette opinion. L'administration immédiate de l'iodure de potassium amena la guérison de ces ulcérations.

L'auteur appelle l'attention des praticiens sur cette affection à laquelle on ne pense pas assez. Il estime que le traitement antisyphilitique d'épreuve institué pour une lésion dont la spécificité n'est confirmée ni par le laboratoire, ni par la clinique, devrait toujours comprendre l'association, au mercure et aux arsénicaux, de l'iodure de potassium.

G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Sur un succédané du sous-nitrate de bismuth.

(M. Hayem. — *Académie de Médecine.*)

Le traitement de l'ulcère de l'estomac par les hautes doses de bismuth, préconisé par Monneret, Kusmaul et Fleiner, a été vulgarisé en France par Hayem et Lion. Employé le matin à jeun, à la dose de 20 grammes en une fois, le sous-nitrate de bismuth est un médicament *princeps* de la douleur gastrique.

Le prix actuel, très élevé, de cet agent médicamenteux a incité à la recherche de succédanés. On a conseillé le sous-carbonate de bismuth, mais il est d'un prix à peu près semblable. M. Hayem propose, à cet égard, l'emploi du *Kaolin*. C'est une poudre impalpable, composée de silice-alumine-oxyde de fer et de magnésium, insoluble, pouvant être prise dans les mêmes conditions que le bismuth.

Le Kaolin a été recommandé, en 1906, par Stumpf, comme antiseptique intestinal, dans certaines affections du tube digestif, notamment le choléra asiatique. M. Hayem, sans dédaigner les propriétés antiseptiques de ce produit, le propose surtout à titre de sédatif des douleurs gastriques, dans l'ulcère de l'estomac. Ses effets, toutefois, ne sont ni aussi réguliers, ni aussi soutenus que ceux du bismuth. On peut prescrire, le matin, en un paquet, la dose de 20 gr. de Kaolin, aromatisé ou non avec une demi-goutte d'essence d'anis ou de menthe.

La chirurgie plastique de l'oreille.

(M. J. Bourguet. — *Académie de Médecine.*)

M. Bourguet signale quelques procédés de correction des anomalies du pavillon de l'oreille.

Lorsque le pavillon de l'oreille est anormalement développé en grandeur, on peut le réduire en excisant un coin de ce pavillon et en suturant les deux lèvres, ce qui raccourcit d'autant l'oreille. Il est possible, également, de refaire dans une certaine mesure le rebord enroulé de l'hélix, si le pavillon est plat. L'écartement anormal du pavillon se corrige dpar une résection cutanée de chaque côté du sillon auriculaire et une suture.

La glycorrachie dans l'encéphalite léthargique.

(MM. Netter, S. Bloch, et Dekeuwer. — *Société de biologie.*)

M. Netter a recherché la teneur en glycose du liquide céphalo-rachidien dans 15 cas d'encéphalite léthargique et a trouvé un chiffre généralement supérieur à la normale. Cette teneur élevée lui paraît traduire l'irritation du point de Claude Bernard, irritation qu'explique l'affinité du virus pour le mésocéphale.

La constatation de la glycorrachie n'a pas, d'ailleurs, une valeur absolue. On peut trouver des chiffres aussi élevés dans d'autres maladies. Néanmoins, c'est un indice intéressant pour le diagnostic.

Les vitamines et les champignons.

(M. G. Linossier. — *Société de Biologie.*)

M. Linossier a étudié le rôle des vitamines dans le développement des levures et des champignons microscopiques. Il conclut de son travail qu'entre les êtres, animaux ou végétaux, élevés en organisation, qui ne peuvent fabriquer des vitamines, et sont obligés de les emprunter à leur alimentation, et certains microbes qui, en produisant en excès, se développent aisément dans les milieux avitaminés, les champignons inférieurs constituent une classe intermédiaire : ils sont capables de fabriquer des vitamines

mais parfois en quantité insuffisante et ils perdent cette propriété quand leur vitalité est diminuée. A côté de la notion d'un besoin absolu de vitamines, il conviendrait donc d'admettre celle d'un besoin relatif, si toutefois les constatations de M. Linossier sur les champignons se généralisent.

Le virus de l'encéphalite léthargique.

(MM. Levaditi et Harvier. — *Société de biologie.*)

MM. Levaditi et Harvier ont réussi à pratiquer une inoculation positive d'encéphalite léthargique chez le lapin. Leurs recherches montrent que le virus de l'encéphalite léthargique est un virus filtrant spécifique, différent de celui de la poliomyélite. Ce dernier est, en effet, complètement dépourvu d'action pathogène pour le lapin.

Anomalie du sinus latéral.

(M. Jacques. — *Réunion biologique de Nancy.*)

M. Jacques signale une anomalie rare du sinus latéral qu'il a rencontrée chez un enfant de huit ans. Chez cet enfant, le sinus latéral était sous-cutané. En explorant la mastoïde, on voyait un cordon bleuâtre, dépressible, à bords limités par une arête osseuse, oblique en bas et en avant, offrant en un mot les caractères d'un sinus latéral sous-cutané. L'auteur souligne l'inconvénient que pourrait offrir la méconnaissance de l'anomalie en question, si l'on pratiquait une incision rétro-auriculaire dans un but quelconque.

Calculs des deux reins et immobilisation.

(M. Mayet. — *Société des chirurgiens de Paris.*)

M. Mayet relate une observation de calculs des deux reins chez un enfant immobilisé pendant 3 ans pour mal de Pott. Il rappelle, à ce propos, les travaux de Monsseaux, de Vittel, sur la lithiase rénale chez les enfants immobilisés pour tuberculose osseuse et ses premières observations personnelles publiées, il y a huit ans, sur le même sujet. Cathelin voit dans cette lithiase la preuve d'une bacillose rénale discrète. Sans nier qu'il puisse en être ainsi dans certains cas, M. Mayet croit qu'il s'agit plus vraisemblablement d'une sorte de crise d'arthritisme due aux conditions spéciales de la vie dans l'immobilité. L'inoculation de l'urine aux cobayes a été négative, en effet, chez les malades de l'auteur. De plus, les faits de lithiase ont coïncidé avec une guérison relativement rapide de la tuberculose osseuse.

Troubles mentaux au cours d'une phébite du sinus latéral.

(MM. Caboche et Laurens. — *Société des chirurgiens de Paris.*)

M. G. Laurens analyse une observation de M. Caboche relative à une malade, opérée de mastoïdite aiguë qui présenta, pendant une quinzaine de jours, outre des signes d'infection septicémique, des troubles mentaux, des idées anxieuses, des idées de suicide, tels que le diagnostic resta longtemps en suspens. L'ouverture du sinus amena la guérison de tous les accidents.

A ce propos, M. Laurens rapporte un cas personnel de troubles cérébraux et infectieux simulés à la suite de l'extraction d'une balle de shrapnell d'un sinus latéral. Le patient, blessé de guerre, vit sa supercherie dépistée le jour où l'on remarqua qu'il frictionnait son thermomètre avant de prendre sa température.

Infection post-abortum traitée par le sulfate de cuivre intra-veineux.

(M. Saissi. — *Société des chirurgiens de Paris.*)

Dans un cas d'infection post-abortum, M. Saissi a employé, après curetage, l'injection intra-veineuse de sulfate de cuivre ammoniacal, suivant les indications de M. Mauté.

Dix heures après le curetage, la température était à 39°6, le pouls battait à 130, et l'état général était franchement mauvais. Quatorze heures après la première injection intra-veineuse et sans autre traitement local ou général, la température descendait à 37°, le pouls à 76, et l'état général se montrait transformé.

Gangrène gazeuse guérie après injection de sérum de Weinberg.

(M. Baudouin, de Charleville. — *Société de chirurgie.*)

M. Robineau lit un rapport sur une observation de M. Baudouin intitulée : « gangrène gazeuse toxique du membre supérieur guérie sans amputation, après injection de sérum de Weinberg ». M. Robineau rappelle à ce propos, les exemples déjà nombreux de guérison de la gangrène gazeuse par le sérum mixte de Weinberg.

On peut employer le sérum de Weinberg non seulement dans les gangrènes gazeuses, mais aussi dans toutes les infections graves, d'origine intestinale ou autres, causées par des anaérobies, par exemple les appendicites graves, la septicémie puerpérale, etc.

M. Pierre Delbet a toujours dans son service une réserve de sérum de Weinberg qu'il emploie largement d'une manière préventive non seulement pour les plaies, mais pour la préparation aux opérations intestinales. Ainsi, il fait injecter du sérum de Weinberg avant les extirpations de rectum cancéreux.

M. Mauclaire signale un cas d'érysipèle bronzé qui a guéri par l'injection curative de sérum de Weinberg.

M. Lardennois utilise également les sérums antigangréneux dans la chirurgie intestinale.

MM. Robineau, Pierre Delbet, Lenormant, Pierre

Duval et Louis Bazy sont d'accord pour penser que les acquisitions de la chirurgie de guerre ne doivent pas être négligées dans la chirurgie civile. Le sérum de Weinberg, le sérum polyvalent de Leclainche et Vallée rendront, pendant la paix, les plus grands services.

P. L.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

MASSON et Cie, éditeurs à Paris.

A. C. Guillaume. — **Le sympathique et les systèmes associés.**

« Le grand sympathique, malgré les nombreux et importants travaux qu'il a suscités, n'en reste pas moins la Terre Inconnue, peut-être la Terre Prom se, après la conquête de laquelle soup rent Anatomistes, Physiologistes et Cliniciens.

« Pénétrer le mystère des actions et des réactions nerveuses sympathiques sur les viscéres et les glandes endocrines ou autres, quel rêve ! Pouvoir, de la sorte, mieux comprendre et expliquer tant de phénomènes au sujet desquels nous en sommes actuellement à peine à la période des hypothèses, quel progrès ! »

Tel est le début de la préface que le Pr Pierre Marie, l éminent maître de la Salpêtrière, a bien voulu écrire pour ce vo ume.

C'est, en effet, à l'étude de ces questions si nouvelles du système nerveux de la vie végétative, de sa morpho-physiologie, comme de sa pathologie générale, que M. A.-C. Guillaume consacre un ouvrage de 160 pages, dans lequel il envisage successivement le système dans l'état de santé et ses réactions dans l'état de maladie. Rien ne manque à cet ouvrage, des notions essentielles à la compréhension du problème de la régulation de la vie végétative, car tour à tour, l'auteur fait appel à l'anatomie, à la physio ogie, à la pharmacologie, pour mettre en lumière et expliquer les grands processus pathologiques de la vie végétative. C'est dire toute la part qui est faite dans ces systèmes aux glandes à sécrétion interne, et certes, ce n'est pas un des moindres enseignements de ce volume que ceux qui affirment la solidarité morpho-physio-pathologique des éléments nerveux végétatifs et des glandes à sécrétion interne.

Bâtir à grands traits sur des bases nouvelles (en France tout au mo ns) le système régulateur de la vie végétative, le système neuro-glandulaire de la vie organique ; c'est là le but de l'auteur, qui a vou u avant tout permettre aux médecins l'étude de tous les malades, et ils sont légions, qui n'entrent dans aucune classification neurologique bien précise, faute d'une doctrine directrice.

Dr A. Martinet. — **Les médicaments usuels. Cinquième édition.**

Quatre éditions n'ont pas épuisé le succès de ce livre qui atteint aujourd'hui son cinquième tirage.

Tous es chapitres anciens ont subi des corrections plus ou moins étendues, nécessitées par l'évolution thérapeutique de ces dernières années). Quelques-uns, '*Arsenic* et la *Digitale*, en particulier. ont été transformés et peuvent être considérés comme des chapitres entièr ment nouveaux.

Deux chapitres spéciaux et entièrement rédigés pour cette édition ont été consacrés aux *anthelmintiques* et aux *expectorants modificateurs des sécrétions bronchiques*.

Enfin, au moment où de jeunes générations médicales entrent dans la carrière, après avoir abandonné la pratique civile pendant plusieurs années, le Dr Martinet a pensé que son livre serait incomplet s'il ne plaçait en tête une « Introduction à l'Etude de la Pharmacodynamie ».

On trouvera en quelques pages vigoureusement brossées, 'es règles générales de la thérapeutique pharmacologique, Ce complément sera certainement apprécié en raison du caractère personnel que l'auteur, toujours préoccupé « d'assimilation pratique » et de « taylorisme médical », a su lui donner.

G. Lardennois et J. Baumel. — **Les infections gangréneuses des membres consécutives aux blessures de guerre.**

Cet ouvrage vient à point pour exposer la question des infections gangréneuses, telle qu'elle est maintenant établie, après les enseignements de la guerre Basé sur des observations précises, sur des examens de laboratoire méthodiques, et sur les nombreux travaux que le sujet à inspirés, il sera lu par tous ceux qui désirent étudier l'infection des plaies par les germes anaérobies histolytiques.

L'exposé thérapeutique nous a particulièrement frappé. Les auteurs ayant montré l'inefficacité des antiseptiques et des simples incisions, montrent l'importance de ce progrès essentiel accompli par la Chirurgie pendant la guerre : l'excision méthodique des tissus meurtris et infectés. Les tissus dévitalisés constituant un « corps étranger » p us redoutable en fait que le projectile, l'exérèse de ces tissus est le traitement préventif efficace par excellence, permettant la suture primitive, et ce sera la base du traitement curatif.

Mais les Laboratoires français ont apporté aux chirurgiens un secours décisif : les sérums

immunisants, à la fois préventifs et curatifs. Ces sérums polyvalents, multivalents et monovalents spécifiques, ont permis d'obtenir des résultats inespérés.

Dr Jules BORDET. — **Traité de l'immunité dans les maladies infectieuses.**

Le nom de Bordet restera, dans l'histoire de nos connaissances médicales et biolog ques, attaché à la découverte des sérums hémolytiques qui ont donné au problème de l'immunité une ampleur et une généralité qu'il ne pouvait avoir auparavant.

Cette étude de l'immunité est l'exposé le plus arge qui ait jamais été tenté depuis les premières découvertes de Metchnikoff, et depuis celles de Richet, de Behring, de Kitasato, de Roux, d'Arthus et de Bordet lui-même.

Le livre de M. Bordet s'ouvre par quelques généralités, — des indications sur l'immunité naturelle, — puis vient un exposé détaillé de l'immunité cellulaire, de la phagocytose et de ses modes ; — une troisième partie est consacrée à l'immunité humorale ; au rôle des sérums, leurs processus d'action ; — une dernière partie applique aux maladies et à la thérapeutique les données générales acquises en biologie.

Nous recommandons vivement la lecture de cette œuvre magistrale.

A. MALOINE et fils, éditeurs, Paris.

Dr Roger YVERT. — **Vade-mecum de poche du praticien. Sixème édition.**

Clair et concis, le vade-mecum de notre confrère de Pougues recueillera, nous en sommes convaincu, une grande popularité près des praticiens et des remplaçants. Attendons-nous donc à voir sortir prochainement le septième tirage.

Dr A. AIMES. — **La pratique de l'héliothérapie. Troisième édition.**

L'héliothérapie est maintenant une méthode très utilisée et qui restera en thérapeutique. Et pourtant, combien d'hôpitaux ont leur solarium ? Déplorons-le avec l'auteur, et remercions M. Aimes de nous avoir remis en valeur dans une troisième édition, les effets, les indications, la technique, et les résultats de la cure solaire, permettant ainsi à tous ceux qui désirent connaître l'héliothérapie de pouvoir l'appliquer facilement et méthodiquement.

Mlles P. SÉCELLE et A. DEKOCK. — **L'éducation des enfants anormaux et arriérés.**

Ce petit livre, préfacé par le Dr Stephen Chauvet, contient de nombreuses illustrations, destinées à rendre plus attrayantes les leçons des maîtres qui ont accepté la tâche de s'occuper de l'amélioration du sort de l'enfance malheureuse. A ceux qui sont à la recherche d'un système d'éducation pour enfants anormaux, nous recommandons « l'essai de méthodologie spéciale » de Mlle P. Sécelle et A. Dekok.

G. S.

Revue des Thèses.

Thèses de Lyon.

Dr Jules GUÉRIMAUD.— **Du bloquage des mâchoires dans le traitement des fractures du maxillaire inférieur.**

Pour l'auteur, les fractures du maxillaire inférieur sont des fractures ouvertes, souvent à grand déplacement des fragments, et dont l'évolution spontanée conduit toujours à des consolidations vicieuses, avec perte de l'articulé dentaire.

Le but que doit se proposer le chirurgien est d'assurer une consolidation rapide, en s'efforçant de maintenir l'articulé dentaire, condition essentielle d'un retour à ses fonctions normales du maxillaire inférieur.

Le mode d'appareillage qui paraît donner les meilleurs résultats est celui qui est connu sous le nom de bloquage des mâchoires.

Le bloquage est indiqué dans les fractures esquilleuses, dans les fractures avec pertes de substance et quand on est intervenu pour faire une greffe, autrement d t toutes les fois qu'il y a lieu de faire une immobilisation parfaite.

Dr Marcel LOISON. — **Indications, technique, résultats éloignés de l'opération de Freund-Wertheim-Schauta, dans la cure de certains prolapsus génitaux.**

Cette opération, qu'on peut définir « interposition vésico-vaginale » ne doit s'adresser qu'aux grosses cystocèles avec peu ou pas de prolapsus utérin, chez des femmes âgées, dont les règles sont suspendues ou sur le point de l'être. Sa technique bien règlée est simple, rapide et bénigne. Elle est moins grave que l'hystéropexie abdominale, dont la réussite est aléatoire chez les femmes en instance de ménopause, en raison de l'adiposité fréquente de la paroi abdominale, moins traumatisante que l'hystérectomie vaginale qui comporte malgré tout plus d'insécurité et ne peut rien contre certaines formes de prolapsus avec cystocèle prédominante. Elle donne de meilleurs résultats que les manœuvres opératoires portant uniquement sur le plancher pelvien.

G. S.

L'AGENDA-MEMENTO DU PRATICIEN

ÉDITION 1921

La reprise de la publication de l'*Agenda Memento du Praticien*, en 1919, a été tellement bien accueillie, que les demandes qui continuent à nous parvenir, ont depuis longtemps dépassé le nombre des soucripteurs.

Devant un tel succès, et pour répondre au désir qui nous en a été exprimé de différents côtés, nous préparons l'édition de 1921.

Cette édition comprendra : 1° une partie documentaire ; 2° l'Agenda proprement dit.

En ce qui concerne la deuxième partie, un bon nombre de souscripteurs de l'an dernier se sont plaints que les feuilles de comptabilité tinssent trop de place et que chaque page de l'Agenda, affectée à deux journées, ne leur laissât pas assez d'espace pour y inscrire tous leurs actes professionnels, au jour le jour.

Aussi, désireux de tenir compte d'observations qui nous paraissent légitimes, avons-nous décidé de supprimer, dans la prochaine édition, les feuilles de comptabilité, et de doubler par contre les pages de l'Agenda, en y réservant une page par jour.

Nous n'en continuerons pas moins à tenir à la disposition de nos amis des feuilles de comptabilité détachées, du type adopté, pour ceux d'entre eux qui en ont apprécié l'utilité.

Comme dans les éditions d'avant-guerre, la partie documentaire comprendra l'exposition complète d'une question intéressant l'exercice de la médecine.

La question choisie cette année est celle de l'Associationnisme médical (Syndicalisme), avec tous les développements qu'elle réclame, et notamment la législation, et la jurisprudence résultant des décisions de justice enregistrées dans le passé.

En outre, une large place sera donnée aux textes législatifs qui, dans les lois médico-sociales, s'adressent plus particulièrement au médecin, aux Tarifs d'honoraires, aux Accidents du Travail, etc.

La souscription est ouverte dès maintenant. Elle sera irrévocablement close le 31 juillet 1920, et le tirage de cette édition ne sera fait que si le nombre des souscriptions est suffisant pour justifier un pareil travail.

Le prix de ce volume, basé sur les exigences actuelles du commerce du papier, de l'impression, du brochage, de la reliure, etc., est fixé à 20 francs.

Pour les abonnés du *Concours Médical*, ce prix est abaissé à 15 francs. (Voir le Bulletin de souscription, ci-dessous).

La Direction.

BULLETIN DE SOUSCRIPTION
à l'AGENDA-MEMENTO DU PRATICIEN
(ÉDITION 1921)

qui sera envoyé vers le 15 décembre 1920.

NOTA. — LA SOUSCRIPTION SERA CLOSE IRRÉVOCABLEMENT LE 1er AOUT 1920.

Le soussigné (noms et prénoms)..

.... *Abonné au* **Concours Médical** (1)

médecin à.. *dép. de*..........

*désire recevoir l'***Agenda-Memento du Praticien** *édition* 1921 *et*

(2) { 1° *Envoie ci-inclus le montant de sa souscription en un mandat de* **Quinze francs.**
2° *Demande que le montant de sa souscription soit recouvré par la poste* (16 *fr. frais compris*).

A.., *le*.......................... 1920.

SIGNATURE :

(1) *Pour les non abonnés, le prix de l'***Agenda Memento** *est de* 20 *fr.*
(2) *Biffer la mention qui ne convient pas.*

Adresser les lettres et mandats avant le 1er août 1920, à **M. C. Boulanger**, administrateur du *Concours Médical*, 132, rue du faubourg Saint-Denis, Paris, 10e arr.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le médecin traitant doit-il solliciter la permission de faire radiographier un blessé du travail ?

Nous avons longuement discuté cette question dans le *Concours Médical* 1920, p. 692, et nous concluions en reconnaissant pour le médecin traitant le droit absolu de soigner le malade de son mieux, en faisant bénéficier le blessé de toutes les découvertes de la science, sans attendre d'y être autorisé par des financiers absolument incompétents dans l'art de guérir.

Nous revenons sur cette question uniquement pour signaler à nos lecteurs un article du Dr Arcelin, chef du service de radiologie de l'hôpital St-Joseph de Lyon, paru dans la *Revue Générale des Accidents du Travail.*

Cette revue, qui est dirigée par un chef de contentieux d'assurance, M. G. Cantiniau, a publié, dans son numéro d'avril, p. 75, cet article comme résolvant une question de doctrine et nous sommes heureux de constater que les assurances tiennent tel ou tel langage, selon les besoins de la cause.

Page 692 du *Concours*, nous relations la réclamation justifiée du Dr B., de Paris, auquel on oppose un refus formel de lui payer plusieurs radiographies, nécessitées par l'état du blessé et l'urgence du diagnostic à poser, sous le prétexte que la permission n'avait pas été donnée par l'assurance.

Page 75 de la *Revue des Accidents du Travail*, il est au contraire recommandé de faire bénéficier le malade d'un examen radiographique qui ne saurait attendre.

En effet, le but d'une assurance contre les accidents du travail est le suivant : « soigner « en réglant au minimum, avec la plus stricte « justice, cependant, les frais de traitement et « d'incapacité temporaire ou permanente, par- « tielle ou totale. »

Aussi ne saurait-on négliger les avantages d'un diagnostic précoce : « la radiologie n'est « pas utilisée en temps utile : elle ne donne pas « les résultats qu'on est en droit de lui de- « mander. » Et après voir cité un certain nombre d'erreurs, dues à l'absence d'examen radiologique, pratiqué en temps opportun, le Dr Arcelin ajoute : « Cette manière de faire est di- « rectement opposée aux intérêts du blessé, à « ceux de la compagnie d'assurances, à ceux de « la collectivité... Nous sommes en présence « d'un traumatisme grave, la région est gonflé : « ecchymotique, la palpation est douloureuse « imprécise dans ses données ; je le demande « pourquoi, en 1920, rechercher tous les anciens « signes de fracture ? Nous n'en sommes plu- « à l'époque où le médecin appréciait la tempé- « rature du bout du doigt. Nous n'avons plus « besoin de constater la crépitation osseuse, de « provoquer de la douleur par la recherche de « l'impotence fonctionnelle, alors que la radio- « graphie, nullement douloureuse, nullement « dangereuse, peut donner, en quelques minutes, « un diagnostic précis, indiscutable, complet. « Dans le cas particulier, ce diagnostic graphique « servira en même temps à faire valoir les droits « du blessé, à sauvegarder les ntérêts des com- « pagnies d'assurances.

« Il n'est pas rare de voir une fracture se pro- « duire sur un ancien foyer, sur des tissus osseux « malades. Une radiographie, faite dans les « quelques heures qui suivront le traumatisme, « permettra facilement de distinguer ce qui est « ancien de ce qui est récent. Si, au contraire, « l'exploration radiologique est remise à plus « tard, à trois mois, à six mois, *à un an, il est* « *souvent très difficile, sinon impossible*, de re- « connaître les désordres qui sont en relation « avec le premier ou le second accident, avec « l'état constitutionnel du blessé. »

« Il est donc de toute importance de fixer « l'état d'une blessure, de préciser les indica- « tions opératoires, *par un examen radiologique* « *pratiqué dans les premières heures qui suivent* « *l'accident.*

« ... Il faut, dans l'intérêt général, que ces « vieilles habitudes cèdent la place à une tech- « nique plus moderne... Les blessés seront alors « traités dans les meilleures conditions au double « point de vue rapidité et récupération de la « main-d'œuvre, réduction au minimum des « charges financières. Bien utilisée, la radiologie « n'est pas une dépense, mais une source d'éco- « nomies. »

Les Sociétés d'Assurances contre les accidents ne sauraient ignorer cet article de « Doctrine » paru dans une revue qui est dirigée par un des leurs. Pourquoi, dès lors, se refusent-elles à payer les honoraires de ceux de nos confrères qui ont radiographié le blessé dans les premières heures du traumatisme, alors que cet examen aux rayons X était indispensable pour fixer un diagnostic ?

Pourquoi ce fallacieux prétexte d'autorisation à demander, à obtenir ? Sans revenir sur le fond

du débat, que nous avons discuté page 692 du *Concours* de cette année, laissant de côté la question du contrôle médical, que toute assurance sait faire exécuter par ses médecins désignés à cet effet, ne serions-nous pas en droit de nous demander si les assurances entendent réserver les examens radiographiques à leurs seuls médecins radiologues ? Une radioscopie ne laisse pas de traces, un cliché reste au siège de la société ; le blessé ne peut donc avoir ultérieurement aucune garantie, pour la sauvegarde de ses droits.

Au contraire, le médecin radiologue indépendant remettra au médecin du blessé, comme à celui-ci même, tout calque, ou toute épreuve, qui plus tard servira de base pour la justification d'une demande en demi-salaire, ou en rente pour incapacité permanente partielle.

Les assureurs déclarent que les médecins indépendants — la grosse majorité des praticiens — ne traitent plus ou se refusent à donner des soins aux victimes du travail. Excédés par les tracasseries sans nombre, surtout lorsqu'il s'agit de se faire payer leurs notes d'honoraires, ces docteurs, qui ne sont inféodés ni à une clinique louche, ni à un dispensaire d'assurance, préfèrent soigner les clients de droit commun.

Ne se trouvent-ils pas, dans le cas particulier de la radiographie, dans une cruelle alternative ? Ou ils font pratiquer un examen radiologique précoce et l'assurance refuse de payer, ou ils attendent une permission qui se fait longtemps désirer et ils risquent d'être traînés en justice pour faute professionnelle et négligence.

Sans rappeler les procès en responsabilité professionnelle pour examen radiographique tardif, ou non exécuté, le Dr Arcelin écrit : « L'intérêt général est de traiter un accident du « travail avec les meilleures conditions techni- « ques et j'ajouterai avec la justice la plus stricte. « Or, à la base de tout traitement médical ou « chirurgical, surtout dans les histoires de trau- « matisme violent, il faut mettre en première « ligne l'utilisation systématique de l'explora- « tion radiologique. Si quelques-uns ne veulent « pas l'utiliser, il faut que dans un bref délai « l'opinion publique et au besoin les tribunaux « compétents déclarent coupable de faute lourde « le praticien (médecin de campagne ou profes- « seur de faculté) qui n'aura pas utilisé la radio- « logie en temps utile. »

Tout beau, confrère Arcelin ! Parlez-vous en votre nom personnel et nous pourrions dire : « vous êtes orfèvre », ou parlez-vous au nom des assurances ? Dans ce dernier cas, avant de demander la mise en accusation de vos confrères, obtenez donc des assureurs de ne pas mettre d'entraves dans le libre et loyal exercice de notre profession. Croyez-vous que la position du « praticien (médecin de campagne ou professeur de faculté) soit enviable ?

Ou il sollicite de l'assurance la permission de faire radiographier le blessé. Si cette permission se fait attendre, arrive trop tard, si elle est refusée, ou si elle n'arrive jamais, le médecin court le risque de voir sa situation de praticien compromise par un malencontreux procès en responsabilité, procès que vous estimez nécessaire.

Ou le docteur, guidé par le seul intérêt du blessé, qui souffre et réclame des soins immédiats, fait radiographier le malade, sans avoir au préalable humblement sollicité l'autorisation des bureaux d'assurances, en général aussi impolis qu'incompétents en médecine : il risque de ne pas être payé, ou d'avoir fait travailler son confrère radiologue pour rien.

Quand donc les assurances voudront-elles comprendre que leurs meilleurs collaborateurs sont les médecins ? Toute leur politique d'économies sordides et de discussions exaspérantes amène le praticien honnête à ne plus vouloir soigner les blessés du travail. Il ne reste plus que les cliniques louches et celles des assureurs. Est-ce le résultat désiré par ces derniers ?

Dr Paul Boudin.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Le médecin et les grèves.

C'est aujourd'hui le 1er mai. Tout à l'heure, je suis allé, à ma grille, voir passer un groupe de jeunes gens qui déambulaient dans les rues du village, au chant de l'*Internationale*, drapeau rouge en tête, *une bannière plutôt*, avec franges d'or et l'inscription magique S. F. I. O., des « Unifiés ». Ils étaient peut-être une cinquantaine de bonnes figures réjouies, heureux de cette journée de repos supplémentaire — spéciale à eux, ouvriers d'usine, les ouvriers des fermes ayant continué à travailler. — Tout cela n'est pas bien méchant, allez, et, si l'on ne sentait pas, derrière cette agitation franche et joyeuse, certains esprits haineux, jaloux — ou simplement ambitieux — on sympathiserait sans peine avec cette jeunesse exubérante, toujours prête à saisir la moindre occasion, le moindre prétexte pour faire un peu de « chahut ». Je ne pus même m'empêcher, en les regardant passer, de songer à mes propres « manifestations » de jadis, au Quartier Latin, lorsqu'à propos de je ne sais plus quoi, à l'époque boulangiste, nous déambulions, nous aussi, en monôme.

Juste quelques instants plus tard, alors que,

dans mon cabinet, je parcourais des journaux en retard, mon attention fut soudain attirée par un entrefilet qui me laissa rêveur. Un Syndicat médical, en Bretagne si je ne me trompe, avait décidé, au 1er mai, ou en cas de grève, de ne pas donner de soins *à tout gréviste ni à sa famille*... Je sursautai ! Eh quoi ? Un groupe de médecins a fait imprimer qu'il était résolu à laisser des malades sans soins, à leur refuser tout secours, quelles que soient les conséquences de cette abstention ?.. La grève « administrative » par suppresssion des paperasses officielles, des ordonnances signées et apostillées suivant la fôorme sur le papier *ad hoc*, des visites administrativement gratuites, mais la grêve totale, absolue, celle dite « des bras croisés » ? Oui ! je sais qu'il y a des précédents : à Munich, l'année dernière, lors de la grêve générale, des Communistes... mais c'étaient des Boches.

Certes, je suis loin d'approuver les ouvriers qui font partie de ce que j'appellerais les corporations d'intérêt public, lorsqu'ils font faillite à leur devoir social en privant la nation d'éléments nécessaires à son existence. Quand on est mineur, cheminot, postier, etc... on n'a pas le droit, à mes yeux, de se croiser les bras collectivement, si j'ose dire, pas plus que le paysan de laisser la terre inculte ou de ne pas moissonner le blé mûr. Mais, afin de punir ceux qui commettent ainsi une faute lourde contre la Nation, est-ce donc une raison pour faire exactement comme eux ? La société, dira-t-on, doit pourtant se défendre contre ceux qui cherchent à la détruire et qui parviendraient, si on les aissait faire, à bouleverser notre civilisation et à semer en notre pays déjà si éprouvé la ruine, l'anarchie, le chaos. Tout homme cultivé doit être pour le progrès et l'évolution continue, mais contre la révolution : l'intelligence avertie, contre la force brutale.

Soit ! Mais, dans ces luttes économiques, de chaque côté de la barricade, on trouve des intelligences, mieux encore des sincérités également honorables — de même, hélas ! qu'on y rencontre des haines et des appétits. — Chaque médecin, en tant que citoyen, peut prendre position dans l'un ou l'autre camp, suivant ses affinités. Mais, corporativement, je ne crois pas qu'il ait le droit de prendre parti. Dans la bataille sociale comme dans la longue guerre qui vient de se terminer, le corps médical doit être un *non combattant*. Son rôle doit rester éternellement le même : panser les blessés et soigner les malades, sans plus. Non que je veuille pour lui l'attitude hautaine — et profondément égoïste — d'un Romain Rolland fier de rester « au-dessus de la mêlée », sans souci de ceux qui peinent, qui souffrent et qui meurent. Que, personnellement, par la parole ou par l'action, chaque médecin prenne part à la bataille, s'il le désire, mais en dehors de sa fonction médicale. Corporativement, syndicalement, *il doit rester neutre* et surtout, oh ! surtout ... que jamais un syndicat médical ne prononce de ces paroles impies : l'affirmation préméditée de son intention de laisser des malades — quels qu'ils puissent être — sans soins, sans secours. Combien a plus de panache cette fière réponse d'un médecin de l'Hôtel-Dieu qui, en 1848, répliquait à la police le pressant de questions : « Ici, Messieurs, je ne connais pas d'insurgés, je n'ai que des blessés. »

***

Au reste, en cette après-midi ensoleillée de 1er mai à la campagne, je ne sais pourquoi j'en viens peu à peu à m'échauffer ainsi et à dramatiser la résolution, un peu vive, d'un syndicat de confrères. Est-ce le cortège que je viens de voir passer, dans sa gaîté insouciante, qui m'a laissé dans l'âme un peu de mélancolie, par l'inconscience même de ceux qui le composaient, que j'ai vu, à peu près tous, naître et grandir et dont je connais l'esprit malléable ?..

Refuser, s'ils se mettent en grève, de les soigner ainsi que leurs femmes et leurs enfants ? Allons donc ! je mets au défi quelque médecin que ce soit, même ceux qui ont signé la résolution incriminée ci-dessus, de ne pas se rendre auprès d'une parturiente, femme de gréviste ou d'un enfant de celui-ci atteint d'une angine... Même affreusement gêné dans notre vie par la plus irritante des grêves, pas un de nous, *pas un*, n'hésitera à courir au secours d'un être souffrant — quitte en route, à soulager son cœur en maudissant bien haut « ces bougres de grévi tes. ».

Alors, à quoi bon ces manifestations publiques, ces menaces de désertion médicale devant la maladie, désertion aussi physiquement irréalisable, dans le sursaut de conscience de tout médecin, qu'elle serait inhumaine — et antisociale ?

Dr Fernand DECOURT.

II

Syndicat médical de Pontoise.

Le Syndicat

I. — Donne par 24 voix mandat à son Secrétaire de voter le 9 mai à l'élection du représentant des Syndicats médicaux au Conseil supérieur de la Mutualité pour le Dr Legras, récemment élu Président de l'Union, et présenté comme successeur du Dr Gairal à cette fonction, par le Conseil même de l'Union.

II. — Approuve la Commission de l'Union au sujet de la Loi des Pensions, pour avoir choisi parmi les propositions faites par le Ministre des

Pensions celle qui consiste à adopter le tarif de l'Union comme cadre, en laissant aux Fédérations départementales le soin de convenir avec leurs préfets respectifs des majorations ou des remises. Ayant dû prendre les devants, cette commission a interprété l'opinion unanime en repoussant les trois premières propositions.

III. — Approuve dans son esprit et son ensemb e le tarif chirurgical d'A.M.G. élaboré par la Fédération le 25 mars, — avec mention de porter la ponction lombaire à 30 frs

IV. — Donne mission à son bureau de continuer pour l'année à le représenter à la Fédération.

V. — Charge son bureau d'écrire au Préfet au sujet du Carnet d'Assistance et des feuilles de maladie d'après les indications suivantes : Le procédé appliqué ne permet pas de faire le contrôle syndical..qui est le complément nécessaire de l'adoption du tarif à la visite. En outre: après 4 mois, toutes les communes ne sont pas munies des imprimés adoptés et trop souvent les secrétaires de mairies semblent n'en pas connaître le fonctionnement. Il est désirable que les départements où ce système est appliqué soient consultés, et que le projet qui paraîtra le plus satisfaisant ne soit appliqué dans ses détails qu'après entente avec la Fédération des S.M. de Seine-et Oise et avec le Syndicat des Pharmaciens, intéressé également.

A cette occasion, une observation pourra être faite pour que la voiture chargée de la désinfection ne se déplace qu'une seule fois, à la date que le médecin traitant indiquera sur la carte de déclaration.

VI. — Demande à être renseigné par la Fédération pour savoir la conduite uniforme à tenir relativement aux notes trimestrielles pour les pensionnés : l'Administration prescrit de ne mentionner aucun prix, et l'Union conseille d'appliquer les prix du tarif qu'elle a établis. Faut-il apprécier ou non ? Quelle que soit la résolution prise, la consigne devra être commune à tous les Syndicats du département.

VII. — Estime que la somme de 300 fr. envoyée par le Trésorier à l'Union comme contribution de guerre est suffisante, d'autant plus que le moment serait particulièrement mal choisi pour négocier les titres qui constituent notre seule réserve.

VIII. — Demande que la Fédération établisse pour le département un tarif qui précise les honoraires — prix minimum et prix moyen de l'acte médical simple et usage à généraliser pour l'indemnité kilométrique, d'une souplesse suffisante pour que ce barême puisse s'adapter aux modalités locales.

IX. — Conseille de ne faire aucune remise d'honoraires aux Unions de toutes sortes nées des communautés de guerre. Si les Unions veulent faire des avantages matériels à leurs cotisants pourmaladies, c'est à elles d'instituer un fonds spécial d'Assurance-Maladie, mais les médecins n'ont pas à contribuer à ces remboursements.

III

Fédération des Syndicats médicaux de l'Hérault.

Avaient été convoqués les bureaux, de la Fédération, des Syndicats de Montpellier, Béziers, Cette, Lodève, et le Comité de rédaction du Bulletin.

Les diverses questions à l'ordre du jour sont successivement abordées :

A. *Assistance médicale gratuite.* — Les tarifs d'honoraires actuellement en vigueur (Consultation au cabinet 2 fr. ; visite 2 f.50 ; indemnité kilométrique 1 fr.25 par kilomètre parcouru à l'aller seulement) ne sont pas en harmonie avec le coût de l'existence.

Devant l'augmentation incessante du prix de toutes choses, l'essence en particulier, l'acte médical n'est pas rémunéré valablement, et le déplacement est devenu onéreux. De nouvelles bases de tarification doivent donc être présentées à la Préfecture pour l'exercice 1921 sur le taux de 5 fr. pour la consultation ou visite, 2 fr. pour l'indemnité kilométrique à l'aller. Mandat est donné au Président par le Conseil pour porter cette décision à la connaissance du Préfet.

S'il était objecté que ce nouveau tarif grèverait lourdement les finances départementales, trois points pourraient être successivement développés : a) le département de l'Hérault est à l'heure actuelle un des plus prospères ; b) le nombre des inscrits pourrait être très sensiblement diminué si, conformément à la loi, les médecins participaient à la révision des listes, et si celles-ci, une fois arrêtées ne varietur pour l'année, n'étaient pas enflées de nouveaux inscrits en cours d'exercice ; c) il y aurait lieu enfin d'intéresser l'assisté lui-même pour une part modique dans le coût des soins qu'il réclame de façon à prévenir tout appel injustifié. Des bons de visite pourraient par exemple lui être vendus 1 fr. par la municipalité.

D'autre part il ne saurait être question d'abus possible de la part du corps médical, si celui-ci est honorablement rétribué. Une telle suspicion est d'ailleurs inadmissible en thèse générale, et tout cas litigieux devrait être examiné au plein jour par la commission de contrôle dont les membres, MM. Vires, Blanchon, et Rouzier Joly, n'ont jamais encore été réunis.

B. — *Honoraires pour soins à donner aux blessés de guerre.* — D'un bref historique de la question il découle que l'accord n'a pu encore se faire entre e ministre et les délégués régulièrement mandaté du Corps médical qui ont successivement repoussé le tarif Dubief. fût-il majoré de 25 % (celui-ci ne règle que la part de responsabilité patronale dans les accidents du travail et a d'ailleurs été majoré de 100 % depuis l'arbitrage de M. Bienvenu-Martin) et le tarif départemental de l'Assistance Médicale gratuite majoré de 5 %, un règlement d'administration publique ne peut, contrairement à l'esprit et à la lettre de la loi, assimiler le blessé de guerre à l'indigent.

Des dernières informations reçues de l'union après sa séance du 24 avril, il résulte qu'à l'heure actuelle le Ministre considère les notes d'honoraires comme des créances certaines qui doivent être payées le plus tôt possible au taux du tarif qui sera fixé par le règlement d'administration publique, déclaration qui ne fait que reproduire la volonté nettement exprimée par le législateur. Touchant ce tarif, l'Union aurait accepté, à titre transactionnel, l'établissement d'un tarif départemental basé sur celui qu'elle a déposé devant la commission ministérielle le 15 octobre 1919.

Le Conseil de la Fédération des Syndicats Médicaux de l'Hérault, estimant que l'action générale de tous les Syndicats Médicaux de France doit s'organiser dans le même sens, émet le vœu que l'Union défende l'application d'un tarif général et non d'un tarif départemental.

D'ici que les pourparlers avec les pouvoirs publics aient abouti il y a lieu de demander aux Syndicats locaux s'ils acceptent le tarif du 15 octobre 1919, ou, à défaut, vers quel tarif vont leurs préférences.

Touchant les notes d'honoraires pour soins donnés jusqu'à ce jour, et comme correctif à la circulaire de la Fédération n° 1165, les secrétaires de chaque Syndicat d'arrondissement centraliseront les notes de leurs adhérents, après les avoir provisoirement tarifées sur la base des propositions du 15 octobre, et les adresseront au bureau de la Fédération qui les transmettra à la Préfecture.

C. — *Modification aux statuts de la Fédération.* — Le projet de statuts de la Fédération qui a paru dans le bulletin avant la guerre et qui n'a jamais été approuvé doit être révisé par le bureau, en s'inspirant plus volontiers de ceux de Seine-Oise, pris comme type.

En particulier, et dans un but de simplification, chaque trésorier de Syndicat adressera désormais directement à l'Union la quote-part de chaque membre, portée à 5 fr. au lieu de 2 fr. Une assemblée générale annuelle sera tenue en choisissant de préférence une date ou une circonstance qui permette de réunir à Montpellier le plus grand nombre de confrères possible.

D. — *Publication du Bulletin.* — Cet organe n'a plus paru depuis la guerre. Un numéro de 1919 déjà composé est en souffrance sur le marbre. Il doit paraître dans le plus bref délai.

Pour la publication à venir, le Conseil est mis au courant d'une proposition de l'imprimeur qui accepterait de prendre à sa charge tous les frais d'établissement du bulletin, envoi non compris, à la condition d'être seul fermier des annonces. Cette offre est prise en considération, étant bien entendu que l'imprimeur s'engage par écrit pour un an, à la périodicité habituelle. Une des clauses de ce contrat prévoit que le Conseil se réserve le contrôle moral de la publicité.

Les frais d envoi du Bulletin seront à la charge du trésorier de la Fédération qui ouvrira à cet effet un compte distinct de 2 fr. par membre. Le Bulletin devant être envoyé à tous les médecins syndiqués ou non, le surplus sera prélevé s'il y a lieu dans la caisse générale de la Fédération.

Le comité de publication du bulletin sera composé du bureau de la Fédération, et des présidents des syndicats. Le Dr Coste veut bien accepter de remplir les fonctions de rédacteur en chef.

E. *Recrutement des Syndicats.* — Il y a lieu de s'occuper très activement d'amener les jeunes confrères aux divers groupements professionnels.

Dans ce but, il convient que les étudiants en fin de scolarité soient régulièrement convoqués par le Syndicat de Montpellier pour assister à ses séances.

D'autre part, une brève notice serait aussitôt après sa soutenance de thèse remise par les soins du bureau de la Fédération à tout nouveau docteur pour l'engager à s'inscrire au Syndicat Médical dont relève la localité où il va s'établir. Une notice analogue lui sera, dès son installation, adressée par le bureau de ce syndicat, avec un exemplaire du code de déontologie révisé.

Enfin sera mise à l'étude une topographie médicale du département en vue de permettre à la Fédération d'intervenir utilement soit à la demande des jeunes médecins qui cherchent un poste, soit sur l'invitation de ceux qui seraient menacés d'être concurrencés dans des conditions incorrectes, comme pression de collectivités, mutualistes ou autres, avec qui ils seraient en conflit. De toute façon le bureau se préoccupera des annonces de postes vacants affichés à la Faculté.

Paul DELMAS.

REVUE DES CONGRÈS

Les Congrès de Monaco

pour favoriser le développement des stations hydro-minérales, climatériques, touristiques et alpines des nations alliées.

Dans la grande salle des Conférences du Musée Océanographique de Monaco, s'ouvrait, le 15 avril 1920, sous la présidence d'*Albert Ier*, la première séance d'une fédération de Congrès dont le titre, lu plus haut, indique suffisamment le but.

Préparés en pleine guerre, avec l'intention bien nettement arrêtée de lutter contre les villes d'eaux austro-allemandes, réalisés malgré les difficultés économiques de l'heure présente, ces Congrès ont obtenu un succès qui a dépassé toutes les espérances. Sans doute, on eût voulu plus de cohésion dans les divers services de renseignements, plus de facilité pour ..... mille et une choses ..... Mais, à franchement parler, il faut s'étonner surtout qu'ils aient pu avoir lieu.

Congrès d'hydrologie et de géologie hydro-minérale ; congrès des Villes-d'Eaux, bains de mer, stations climatiques ; congrès d'Hygiène et de Climatologie ; congrès de Thalassothérapie ; congrès de Tourisme, d'Alpinisme, de l'Industrie Hôtelière ; Exposition historique rétrospective ; exposition thérapeutique, touristique, industrielle, et commerciale.... ont vu leur programme synthétisé par ces paroles d'*Albert Ier*, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de Médecine :

« Vous voulez ramener tous les hommes vers ce travail plus que jamais nécessaire après une telle catastrophe, pour rétablir l'équilibre des forces sociales et remettre les peuples sur le vrai chemin du progrès moral et matériel ; vous voulez briser la vague de lâcheté qui paralyse sur les champs du travail les cerveaux et les bras, si forts naguère sur les champs de bataille »...

Le Dr Bardet, secrétaire général, fit l'historique des Congrès . Chacun des délégués alliés apporta le salut de sa nation. (La Belgique et la Pologne furent acclamées). Le professeur Le Dentu s'excusa de remplacer le professeur Robin, souffrant, et assura le Congrès de la haute bienveillance du Gouvernement français, et l'on se mit au travail.

M. le professeur Gilbert, président du Congrès d'Hydrologie médicale, donna dans son discours, la plus magistrale préface qui se puisse imaginer, à l'Exposition rétrospective (inaugurée la veille) et sur laquelle nous demanderons la permission de revenir. La prospérité de nos villes d'eaux sous les Romains et pendant l'époque gallo-romaine, leur destruction au moment de l'invasion des Barbares et leur long sommeil durant le moyen-âge, leur renaissance enfin au 16e siècle et leur épanouissement pour quelques-unes d'entre elles au 17e et au 18e siècle furent étudiés en une large envolée.

La *spécialisation de la cure hydro-minérale*, tel est le sujet du rapport présenté par M. le professeur A. Robin et par M. Bardet. —

Après avoir opposé la conception allemande (une source hydro-minérale n'est que le prétexte à maisons de régime et à sanatoriums), à la conception française (une cure doit être établie suivant les effets de l'eau dans certaines maladies), les auteurs disent et la possibilité et l'utilité de cette spécialisation : ils insistent sur la pharmacodynamie des eaux minérales, sur les notions nouvelles de tension osmotique, de résistivité électrique, de radio-activité, d'état colloïdal... Ils définissent ce qu'ils appellent la *spécialisation fonctionnelle*, déduite de l'étude des diverses formes de la maladie et passent rapidement en revue la spécialité de certaines stations. Mais, disent MM. A. Robin et Bardet, il appartient seulement aux *cliniciens praticiens* des Stations de fixer cette spécialité.

On nous permettra quelques réflexions. Il est bien certain que la station « panacée », a tué dans l'esprit du médecin français la valeur réelle qui doit être reconnue à la thérapeutique hydro-minérale. Une station donnée possède une indication dominante et plusieurs accessoires ou secondaires. Mais le médecin, qui doit diriger son malade vers telle ou telle station, ne peut, en pratique, connaître, en fait, que la dominante. L'idéal serait, pour chaque station, comme celles de la Fédération d'Auvergne, de répondre à une indication typique : Le Mont-Dore, providence des asthmatiques ; Chatel-Guyon, des entérités, etc. Mais la chose est beaucoup plus complexe quand il s'agit des sulfurées qui, à titre divers, réclament les voies respiratoires, les dermatoses, les maladies des os et des articulations... Il faudrait donc, pour les Pyrénées, en particulier, que Ax, Barèges, Cauterets, Luchon, pour ne citer que les vedettes (Saint-Sauveur étant, sans conteste, spécialisé pour les maladies de la femme), aient soin de bien étudier leurs indications dominantes, de mettre une sorte de coquetterie à ne vouloir soigner que les malades justiciables, au premier chef, de leurs sources incomparables. Sans doute, les commodités d'accès, l'agencement des Etablissements, la valeur des hôtels, la mode..... le casino....., pourront intervenir dans le choix de la Ville d'Eaux. Mais, rappelons-nous que le vrai malade va où il sait devoir guérir.

Il faut que le particularisme, nuisible au bien général, disparaisse et soit remplacé par une fédération d'efforts.

Mais pour spécialiser une station, il faut en bien connaître les sources. M. Linossier, rap-

porteur, établit que si « l'observation clinique nous a fourni sur l'action thérapeutique des Eaux minérales des renseignements précieux, nous sommes assez ignorants du mécanisme de cette action. L'analyse physico-chimique des Eaux minérales, nous apparaît donc comme la base indispensable :

a) D'une exploitation rationnelle et scientifique de ce remède naturel ;

b) De l'étude du mécanisme de leurs propriétés thérapeutiques.

Le Congrès vote, à l'unanimité, la réfection des analyses de toutes les Eaux minérales françaises ; ces analyses seront refaites, au minimum, au moins tous les 30 ans ; les variations de composition seront étudiées par un service d'inspection à organiser.

A la suite de l'intervention de M. le Dr LAFFORGUE, agrégé, chargé du Cours d'hydrologie clinique près la Faculté de Médecine de Toulouse, le Congrès demande que l'*autonomie soit conservée aux Instituts d'Hydrologie régionaux*, mais qu'une *unification de méthode ou de formule permette la comparaison entre les résultats d'analyses, résultats obtenus par divers auteurs.*

M. DURAND-FARDEL étudie l'utilisation des Stations hydrominérales et maritimes par le service de Santé militaire pendant et après la guerre Il n'a pas de peine à montrer comment les 6 hôpitaux militaires thermaux sont devenus insuffisants et comment les 37 stations organisées ont pu permettre d'effectuer 20.000 cures en 1918.

M. le Dr LAFFORGUE, délégué de M. le Ministre de la Guerre, précise divers points du rapport de M. le DURAND-FARDEL en ce qui concerne l'application de la loi du 31 mars 1919, art. 64. Parmi les vœux qui font une très large place à l'utilisation de cette thérapeutique hydro-minérale par les blessés de guerre, nous relevons celui-ci : « La direction médicale des cures devra *être confiée à des médecins compétents*, c'est-à-dire à des médecins exerçant *habituellement* dans la station (militaires ou civils) et non pas à des médecins *appelés de n'importe où* pour manier, pendant les 4 mois de saison, un agent thérapeutique *dont ils n'ont nulle expérience* ».

La protection des Sources au point de vue géologique, fut étudiée par MM. MARTEL et GUÉRIN, l'administration municipale des Villes d'Eaux par MM. MAILLARD et PIERRE ; l'organisation des régimes dans les stations thermales, par M. BINET ; le matériel balnéaire des établissements thermaux par M. GUÉRIN.

Mais ces Eaux étant spécialisées, analysées, utilisées, protégées, il reste encore à les faire connaître. C'est le but poursuivi et atteint par MM. LANDOUZY, CARRON DE LA CARRIÈRE et JOUAUST, avec les V. E. M. (voyages d'études médicales). Rien ne vaut la leçon de choses. Plus de 1.300 médecins adhérents, 216 stations visitées, 186 conférences faites, disent assez le succès et l'utilité d'une pareille entreprise.

Comme corollaire, le Dr MAILLON démontra la nécessité de la publicité collective en faveur des stations thermales, balnéaires et climatiques.

L'Hygiène et la Climatologie, réparties en cinq sections diverses mirent au point et discutèrent bien des question de tout premier ordre, mais qui dépassent le cadre de notre Journal. Tous ces rapports seront publiés *in extenso*. Ils méritent une lecture attentive. De même tourisme et alpinisme

La Thalassothérapie eut ceci de particulier : la moitié de ses séances se tinrent mi-partie en France, mi-partie en Italie. Ce Congrès fut l'occasion de manifestations de sympathie inoubliables de la part de nos Alliés Italiens...

... L'importance des questions traitées durant cette fédération de Congrès internationaux, la haute notoriété des rapporteurs, le nombre des adhérents, la grande attention apportée aux séances, les discussions, très au point, qui les animèrent, méritent d'être signalés ici. Joignant l'utile à l'agréable, le Président de la Société des Bains-de-Mer, M. C. BLANC offrit aux Congressistes de somptueuses représentations à l'Opéra, des excursions au Mont-Agel et la Marine italienne, un de ses plus rapides contre-torpilleurs pour aller à San-Remo.

A l'unanimité , Venise a été choisie pour le prochain Congrès de Thalassothérapie (1922) et Bruxelles, pour le Congrès d'Hydrologie (1923).

Dr R. MOLINÉRY.

Monaco, avril 1920.

DOCUMENTS OFFICIELS

Proposition de loi tendant à la suppression de la retenue de 5 p. 100 sur la solde budgétaire des officiers de complément et au remboursement des retenues effectuées pendant la guerre, présentée par M. Georges Lugol, député (1).

Exposé des motifs.

Messieurs , les officiers, en vertu de la loi du 22 juin 1878, comme les fonctionnaires civils, en vertu de la loi du 9 juin 1853, subissent sur leur solde budgétaire, une retenue de 5 p. 100.

Cette retenue ne soulève aucune protestation de la part des fonctionnaires civils, ni de la part des officiers de l'active qui trouvent, les uns et les autres, dans leur retraite d'ancienneté, la

(1) A plusieurs reprises, des confrères ayant été mobilisés, nous ont écrit au sujet de la retenue de 5 % qu'ils avaient subie sur leur solde et qu'ils considéraient comme illégale. Le document actuel leur prouve qu'on s'efforce de leur donner raison.

compensation des 5 p. 100 abandonnés. Mais les officiers de complément, qui ne concourent pas pour la retraite, considèrent comme abusive, la retenue exercée sur leur solde.

Sous l'ancienne législature, notre honorable collègue, M. Barabant avait posé à M. le Ministre de la Guerre, la question écrite suivante : « M. Barabant demande si la retenue faite sur la solde des officiers de complément pour la caisse de retraite est bien légale, ces officiers ne devant jamais bénéficier d'aucune retraite ». La réponse de M. le Ministre de la Guerre publiée au *Journal officiel* du 17 juin 1919 fut la suivante : « Le prélèvement de 5 p. 100 sur la solde des officiers est prescrit par la loi du 22 juin 1878. Ce prélèvement constitue, non pas une retenue pour une caisse de retraite, mais une recette d'ordre pour le Trésor, sans relation avec le droit à pension. »

La thèse exposée dans cette réponse du ministre est donc très nette : la retenue de 5 p. 100 pratiquée sur la solde des officiers est sans rapport avec le droit à pension.

Il ne nous paraît cependant pas qu'elle s'accorde avec les conditions dans lesquelles fut imposée la retenue de 5 p. 100.

A l'origine, la retenue sur la solde des officiers était de 2 p. 100 ; elle avait été instituée par décret du 25 mars 1811, au profit de la dotation des Invalides ; puis, la loi des finances du 21 avril 1832 ayant supprimé la dotation des invalides, la retenue a subsisté et est tombée dans le budget sans affectation spéciale. Il est donc exact, qu'à cette époque la retenue était sans aucune relation avec le droit à pension. Et c'est avec raison que le député Berger disait, le 6 mai 1878, à la tribune de la Chambre : « Ce qui achève de prouver que la retenue de 2 p. 100 n'a pas été considérée comme instituée en vertu de la pension de retraite, c'est qu'il n'en est fait mention dans aucune des lois qui règlent les pensions de retraite de l'armée. Ni la loi du 11 avril 1831, ni la loi du 25 juin 1861 n'en parlent ».

Mais survient la loi du 22 juin 1878, qui, par son article 1er, porte la retenue à 5 p. 100 et en change complètement le caractère ; il faut remarquer, en effet, que la loi de 1878 est une loi de pensions militaires, et le fait que cette loi de pensions militaires fixe à 5 p. 100 la retenue sur la solde établit, suivant le raisonnement même du député Berger, une corrélation entre la retenue et la pension.

Les déclarations du député Antonin Proust, rapporteur de la loi, de Gambetta, auteur de la proposition, et de Léon Say, ministre des finances, sont d'ailleurs concordantes et font de la retenue de 5 p. 100 la condition même des augmentations de pensions prévues par la loi de 1878.

C'est ainsi que Antonin Proust, rapporteur, déclare dans son rapport : « Cette proposition... demande qu'en échange d'une retenue sur le traitement d'activité portée de 2 p. 100 à 5 p. 100 et en échange d'un service supplémentaire et obligatoire de cinq années dans les rangs de l'armée territoriale, le tarif des pensions d'ancienneté soit modifié dans une proportion qui en élève le maximum, etc. ».

C'est donc en échange d'une retenue de 5 p. 100 qu'on élève le chiffre des pensions d'ancienneté.

De son côté, Gambetta, le 7 juin 1878, déclare : « Est-ce que vous ne pensez pas, alors que d'un côté, on relève de 700, de 800, de 900, même de 1.000 fr. la situation de l'officier retraité, est-ce que vous ne pensez pas qu'il soit juste et légitime, en même temps, de l'associer comme tous les autres fonctionnaires et au même titre, dans la même mesure, à la participation générale à cette retenue qui n'est pas un prélèvement, mais qui est un impôt ? »

Il s'agit, par conséquent, d'associer l'officier à la retenue comme tous les autres fonctionnaires, au même titre et dans la même mesure. Au même titre, c'est-à-dire en corrélation du droit à pension ; dans la même mesure, c'est-à-dire au taux de 5 p. 100.

Enfin, Léon Say, ministre des finances, plus affirmatif, déclare à son tour : « Si vous faites entrer dans les caisses du Trésor la retenue de 5 p. 100, vous pouvez laisser la retraite telle qu'elle est fixée au tarif voté par la Chambre. Si, au contraire, vous retirez au Trésor la ressource qui résulte de cette retenue complémentaire de 3 p. 100 il faut abaisser le chiffre des retraites ».

Aucun doute n'est donc permis : la retenue de 5 p. 100 sur la solde des officiers constitue, depuis 1878, un impôt en contre-partie du droit à pension d'ancienneté.

Ce point étant établi, il en découle que la retenue n'est légitime qu'à l'égard des officiers qui ont effectivement un droit à pension d'ancienneté, c'est-à-dire à l'égard des officiers de l'active, et qu'elle est dépourvue de base à l'égard de ceux qui n'ont pas ce droit à pension, c'est-à-dire à l'égard des officiers de complément.

Il est possible qu'avant la guerre, les officiers de complément qui n'avaient à toucher une solde militaire qu'aux rares intervalles de leurs périodes se soient désintéressés de cette retenue ; mais les longs services de la guerre ont donné lieu, pour chacun, à un total de retenues relativement important : pour cinq ans, ce total est de 757 fr. à 853 fr. pour le sous-lieutenant, de 952 à 1.283 fr. pour le lieutenant, de 1,326 à 1,752 fr. pour le capitaine, etc. Si, comme nous venons de le démontrer, ces sommes ont été retenues sans raison véritable, il semble difficile d'en refuser la restitution à ceux qui la demanderaient ou à leurs ayants droit.

Aussi, avons-nous pensé qu'il convenait de vous saisir de la présente proposition qui renon-

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux, Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Mᵉ Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Stations thermales balnéaires et climatiques

Nous allons prochainement publier la liste de nos abonnés exerçant dans les stations thermales, climatiques et balnéaires.

Ceux qui désireront y voir figurer leurs noms sont priés de nous en aviser.

AVIS

TARIF DUBIEF

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs le TARIF DUBIEF avec son Répertoire alphabétique.

Prix franco : 1 fr.

trera, nous l'espérons, votre approbation et qui tend à autoriser cette restitution.

L'effet en sera, d'ailleurs, limité au cinq dernières années, l'Etat n'étant pas tenu au-delà de cinq années (loi du 29 janvier 1831) ; c'est donc à un remboursement de retenues effectuées pendant les cinq dernières années, c'est-à-dire précisément pendant la durée de la guerre, que l'Etat devra faire face.

C'est dans ces conditions que nous avons rédigé notre proposition dans les termes suivants:

Proposition de loi.

Art. 1er. — La retenue de 5 p. 100 prévue par la loi du 22 juin 1878 sur la solde budgétaire des officiers n'est applicable qu'à la solde des officiers qui concourent pour la retraite d'ancienneté.

Art. 2. — Le montant des retenues effectuées depuis le 2 août 1914 sur la solde des officiers qui ne rentrent pas dans la catégorie désignée à l'article premier sera remboursé aux intéressés, ou à leurs ayants-droit.

(*J. O.*, annexes, Chambre S. E. 1919, 29 avril 1920.)

VARIÉTÉS

L'aventure du docteur Pampelonne (1).

Le docteur Pampelonne est accusé par la rumeur publique d'avoir provoqué la mort d'un nourrisson qu'il a soigné « in extremis » *pour bronchite capillaire. Les parents de l'enfant ont porté plainte.*

......Malgré qu'il se reprochât son inquiétude, Pampelonne dormit fort mal cette nuit-là. Sans cesse, il ressassait dans sa pensée les circonstances qui avaient entouré la mort de Jean-Pierre Mondet ; il cherchait tout ce que, dans sa conduite, l'incompétence et la mauvaise foi pouvaient mal interpréter et il avait peine à se trouver répréhensible en quelque point. Il eût préféré avoir commis une imprudence avérée, être coupable d'une grosse négligence : au moins, il aurait su comment se défendre ; il aurait pu ordonner des arguments, préparer des excuses plausibles.

Mais il comprenait que sa grande faute était d'avoir tenté de sauver le petit agonisant. Si sa conscience médicale ne l'avait pas obligé à défendre jusqu'au bout l'enfant contre la mort, si, malin et peu soucieux des responsabilités, il l'avait tout bonnement laissé mourir, on n'eût pas plus fait de bruit autour de cette affaire qu'autour des cinquante mille berceaux vidés tous les ans par la bêtise des mères et des nourrices. Ayant été le seul à agir, il apparaissait tout naturellement comme le seul responsable.

Il se rassurait néanmoins en réfléchissant que le plus simple examen des faits établirait son innocence et que, notamment, l'accusation ne tiendrait pas une minute après l'autopsie.

Au matin, il s'endormit sur cette consolation.

Hélas ! à son réveil, il eut un nouveau sujet de colère et d'écœurement.

En première page du journal qu'il avait coutume de lire s'étalaient en grasses majuscules ce titre et ces sous-titres :

UN SCANDALE MÉDICAL,

Un bébé de quatre mois noyé par un médecin. — Un inspecteur des nourrissons comme on en voit peu. — La douleur d'un père et d'une mère. — Notre enquête.

Sur ce thème, le reporter avait brodé un extraordinaire mélodrame. Jean-Pierre, frais, robuste et frisé (?), adoré de ses parents et de sa nourrice, avait brusquement succombé entre les mains du docteur P..., qui, malgré l'opposition de la nourrice affolée, l'avait plongé dans un bain d'eau glacée. Le docteur P..., chargé, on ne sait grâce à quelles influences, de l'inspection des enfants du premier âge, s'acquitait de ses fonctions de la façon la plus originale ; il émargeait au budget et n'inspectait rien du tout ; ce qui ne l'empêchait pas de donner aux parents des nouvelles de leurs enfants, nouvelles qui, on le conçoit, concordaient peu avec la réalité. Quant à la mort du petit Jean-Pierre M..., elle était entourée de circonstances mystérieuses : il était peu probable qu'elle fût le résultat d'une maladresse, mais il était impossible d'indiquer plus exactement, *pour des raisons faciles à comprendre* (!) de quel côté la justice devait porter son enquête ; la lumière complète ne tarderait pas à se faire ; les lecteurs de la *Grande Gazette* seraient fidèlement tenus au courant.

En dernière heure, on annonçait que, suivant certains témoins dignes de foi, le docteur P... était en état d'ivresse manifeste, au moment où il avait tué le petit Jean-Pierre ; si le fait était reconnu exact, cela pouvait diminuer dans une certaine mesure la responsabilité du meurtrier.

Ce grossier reportage était délayé en deux longues colonnes. Pampelonne fut atterré ; il comprenait difficilement qu'un journal, répandu par toute la France à près d'un million d'exemplaires, eût l'impudeur de colporter bruyamment de telles calomnies ; à supposer que ses démêlés avec les époux Mondet présentassent quelque intérêt, ne pouvait-on les exposer impartialement au lieu d'accueillir comme un chef-d'œuvre de journalisme un odieux ramassis de méchancetés et de sottises ? Aucun des ennemis même de Pampelonne n'aurait inventé à lui seul autant d'accusations fausses.

Que faire ? Répondre à la *Grande Gazette* en exi-

(1) Extrait de « Lolotte du Quartier Latin », scènes de la vie médicale, par René BEAUMESNIL, un volume de 400 pages, 4 fr. 50, en vente à la librairie « Physis », 35, rue de la Victoire, Paris (9e).

geant l'insertion. Cela paraissait le meilleur parti, le moyen de tout remettre au point ; la presse, étant la meilleure en même temps que la pire des choses, proclamerait à un million de lecteurs l'honorabilité de Pampelonne comme elle avait claironné son infamie.

Mais au moment de rédiger sa protestation, il lui vint à l'idée que d'autres journaux devaient raconter « son crime », avec autant d'inexactitude. Il envoya donc Julien, muni de vingt sous, acheter à la gare tous les quotidiens grands et petits.

Il parcourut tout ce papier avec anxiété. Mais le scandale médical qui encombrait la première page de la *Grande Gazette* restait ignoré des autres journaux ; la « vedette » leur avait été fournie par d'autres événements et ils ne concordaient aucunement sur le fait divers plus particulièrement digne ce jour-là de passer à la postérité.

Pampelonne se réjouissait déjà que le docteur P... ne fût un brigand que pour les lecteurs de la *Grande Gazette*, lecteurs bien nombreux, il est vrai, quand il trouva dans les *Nouvelles Rapides* de l'AUBE ces trois lignes :

« *A Béquières, Mondet, 4 mois, est enrhumé ; ivre, survient le Dr Pampelonne : l'enfant meurt de ses soins tumultueux ; mère en pleurs ; justice saisie* ».

Ce laconisme intransigeant fut plus pénible à Pampelonne que la filandreuse copie de la *Grande Gazette*. Et pour lui faire perdre complètement la tête, la bonne vint lui apporter le *Réveil de Béquières* et des communes environnantes, qui venait de paraître, comme il en avait coutume, tous les samedis. On y lisait : DERNIERE HEURE : *Un regrettable évènement vient de se produire dans notre petite ville. Un nourrisson placé chez Madame Stiébert, ruelle Blanche-Epine, est mort consécutivement aux soins que le médecin-inspecteur des enfants en bas âge a cru devoir lui donner pour un rhume sans importance. Lorsque le médecin en question fut appelé, nous savons trop sous quelles influences, à remplir ces délicates fonctions, nous avons vivement protesté contre un tel choix ; d'autres docteurs éprouvés rendaient à Béquières assez de services signalés pour qu'il ne fût pas nécessaire de se jeter à la tête d'un médicastre ambitieux et imprudent. Les faits se chargent de confirmer notre opinion. Mais pourquoi faut-il des cadavres pour ouvrir les yeux de certains aveugles volontaires ? Maintenant, c'est à la justice de faire son œuvre.*

Ceci, qui était écrit par des concitoyens, apparut au docteur comme la lie du calice. En pensant que tout Béquières se gargarisait de cette basse turpitude, il frémit d'indignation et, d'une plume rageuse, adressa au rédacteur du *Réveil* une réponse péremptoire avec ordre de l'insérer dans son prochain numéro.

La rédaction de cette épitre vigoureuse le soulagea plus qu'il ne s'y attendait, car ce qui lui était le plus intolérable, c'était son inertie forcée devant la calomnie, son attente muette des évènements.

A ce moment, survint son ami le docteur Calamas. Sur le seuil du cabinet, il parut, affable, affairé et confraternel ; ses mains étaient encombrées de journaux parmi lesquels l'œil averti de Pampelonne reconnut notamment la *Grande Gazette*, l'*Aube* et le *Réveil de Béquières*.

— J'accours immédiatement, mon cher confrère, s'écria Calamas ; il convient de prendre une décision rapide pour confondre vos accusateurs ; d'accord avec tous les membres de notre syndicat je viens aviser avec vous de la conduite à tenir.

De fait, les médecins de Béquières, se conduisaient très bien avec leur collègue malheureux. Le premier moment de satisfaction passée, ils s'étaient indignés en chœur des noises cherchées à Pampelonne ; et ils avaient grand mérite à le faire car, à ce moment, ils n'étaient pas plus instruits des faits réels que les accusateurs eux-mêmes.

Calamas, toujours en guerre pour la bonne cause, défenseur du praticien opprimé, grand pourfendeur d'assurances, mutualités et autres associations antimédicales, avait senti bouillonner son sang généreux et processif à la lecture des journaux qui attaquaient Pampelonne. Courant de l'un à l'autre, il avait groupé les sympathies et les condoléances de tous les médecins de Béquières, Pitois compris ; et le syndicat lui laissait toute liberté d'action pour mener à bonne fin cette œuvre de solidarité professionnelle, d'autant plus volontiers que, si Calamas assumait à lui seul toute la tâche, il partageait l'honneur avec les autres.

Pampelonne fut très touché de sa démarche. Il raconta son histoire, insistant sur l'injustice et la bêtise de l'accusation. Il tentait, à force de détails techniques et précis, d'étonner et d'indigner Calamas. Mais Calamas était rebelle à l'étonnement : nourri de dossiers médico-judiciaires, farci de tous les documents accumulés depuis des siècles par les discordes éternelles des médecins et de leurs clients, les pires catastrophes lui semblaient naturelles, survenant à quiconque avait formé le dessein de soigner légalement les honnêtes gens. La profession médicale lui apparaissait destinée moins à assurer le réconfort des malades qu'à fournir de multiples occasions d'embûches, de trahisons et de procès.

Ayant entendu Pampelonne, il conclut :

— Comme je le pensais, l'accusation est stupide ; mais il ne faut pas la négliger, au contraire. Il convient de mener immédiatement une campagne vigoureuse en votre faveur dans tous les journaux médicaux. Je vais donc envoyer le nécessaire à tous les secrétaires de rédaction. D'autre part, nos associations de défense professionnelle vont s'occuper de votre affaire. Tout cela va créer une certaine effervescence à votre profit. Le juge qui vous interrogera — car n'en doutez pas, vous serez cité à comparaître — le juge sera probablement influencé par l'opinion nettement exprimée de vos pairs et de vos maîtres ; en tous cas, les racontars sur lesquels il basera l'accusation seront contrebalancés dans son esprit par les raisons scientifiques des médecins — auxquelles d'ailleurs, il ne comprendra rien. Le résultat de l'autopsie vous sera également favorable enfin,

en dernier ressort, il nous sera facile d'appeler en témoignage un maître de la pédiâtrie. Vous aurez un non-lieu, mon cher, je vous le garantis.

— Je vous remercie infiniment, répondit Pampelonne. A vrai dire, je ne me vois pas condamné. Mais je suis exaspéré qu'on puisse me créer, sans motifs, de tels tracas. Ne puis-je me retourner contre ces Mondet, les actionner en dommages-intérêts pour citation abusive, accusation calomnieuse ?

— Ah ! mais non ! Vous ai-je trop rassuré ? Contentez-vous de vous en tirer, des dommages-intérêts aux Mondet ? J'entends déjà leur avocat ! La douleur d'un père, l'affolement d'une mère, la rapacité d'un médecin qui, s'il ne fut pas coupable (la chose jugée nous oblige à l'admettre), tout au moins ne se montra pas très adroit ! Quel juge résisterait à de si beaux arguments, surtout s'il ne s'agit que de condamner un médecin ? Vous paierez les frais, mon cher Pampelonne. Défendez-vous, n'attaquez pas.

Pampelonne se rendit à ces raisons. Il était rasséréné lorsque Calamas le quitta, toujours affairé et vibrant, ruminant déjà les termes héroïques par lesquels il ferait appel à la solidarité de tous les médecins de France.

René Beaumesnil.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales. — Arrêtés :

I

Art. 1er. — Il est institué au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales un comité d'hygiène mentale.

Art. 2. — Ce comité est chargé détudier, au point de vue technique, toutes les questions relevant de l'hygiène mentale, de la psychiatrie et de la psycho-physiologie appliquées aux diverses activités sociales. Dans ce domaine, il poursuivra la mise au point des méthodes, coordonnera les efforts, suscitera et encouragera les initiatives, proposera les moyens de réalisation, propagera les notions et conseils utiles. Notamment, il recherchera les moyens médicaux et sociaux les plus efficaces d'organiser la prophylaxie et le traitement des troubles mentaux.

En outre, il examinera les divers moyens de sélection sociale d'après les aptitudes, notamment des écoliers et des travailleurs chargés d'un service intéressant la sécurité publique.

Art. 3. — Le comité est composé de :

M. le docteur Dron, sénateur du Nord, maire de Tourcoing, président.

M. le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques.

M. le chef du service des aliénés de la préfecture de la Seine.

MM. le président et le rapporteur de la troisième commission du conseil général de la Seine.

4 membres élus par la société médicale des asiles de la Seine.

3 membres élus par la société amicale des médecins des asiles publics d'aliénés.

M. le docteur André Broca, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris.

M. Brunet, conseiller municipal de Paris.

M. Le Châtelier, professeur à la faculté des sciences de Paris.

M. le docteur Doizy, ancien président de la commission de l'hygiène publique.

M. le docteur Georges Dumas, professeur à la faculté des lettres de Paris, médecin-chef de l'hospice de Sainte-Anne.

M. le docteur Dupré, professeur à la faculté de médecine, médecin-chef de l'infirmerie du dépôt de la préfecture de la Seine.

M. le docteur Imbert, professeur à la faculté de médecine de Montpellier.

M. le docteur Pierre Janet, professeur de psychologie expérimentale au Collège de France.

M. le docteur Klippel, médecin de l'hôpital Tenon.

M. le docteur Langlois, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris.

M. le docteur Lapicque, professeur de physiologie à la faculté des sciences.

M. Legendre, préparateur de physiologie au Muséum national.

M. le docteur Mignot, médecin-chef de la maison de santé de Saint-Maurice.

M. le docteur Papillault, professeur à l'école d'anthropologie.

M. Pieron, directeur du laboratoire de psychologie physiologique de l'école des hautes études.

M. le docteur Roubinovitch, médecin de l'hôpital de Bicêtre.

M. le docteur Roussy, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris.

M. le docteur Seglas, médecin de l'hospice de la Salpêtrière.

M. Sellier, conseiller général de la Seine.

M. le docteur Toulouse, directeur du laboratoire de psychologie expérimentale de l'école des hautes études, médecin-chef de l'asile de Villejuif.

(12 avril 1920).

II

Art. 1er. — Il est institué, au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, une commission chargée d'étudier les modifications qu'il conviendrait d'apporter à la

oi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique.

Art. 2. — Cette commission est composée de :

M. le docteur Vaillard, de l'académie de médecine, président.

M. le docteur Calmette, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Paris.

M. le docteur Léon Bernard, conseiller sanitaire technique du ministère de l'hygiène ,de l'assistance et de la prévoyance sociales.

M. le docteur Jules Renault, conseiller sanitaire technique du ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

M. Bouchard, maître des requêtes au conseil d'Etat, auditeur au conseil supérieur d'hygiène publique de France.

M. Dienert, chef du service de surveillance des eaux d'alimentation de la ville de Paris, auditeur au conseil supérieur d'hygiène publique de France.

M. Lœwy, ingénieur des ponts et chaussées, attaché au service technique des eaux et de l'assainissement de la ville de Paris, auditeur au conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Un représentant de l'Union des Syndicats Médicaux de France.

Un représentant de l'Association des médecins français.

Art. 3. — Le conseiller d'Etat directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

(17 avril 1920).

— Ont été nommés membres de la Commission.

M. le docteur Pottevin, sénateur, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

M. Lacroix, conseiller d'Etat.

M. le docteur Ott, inspecteur départemental d'hygiène de la Seine-Inférieure, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

III

— Par arrêté du Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, en date du 20 avril 1920, la Commission de prophylaxie des maladies vénériennes, instituée par arrêté du Ministre de l'Intérieur du 13 novembre 1916, est composée comme suit :

M. le professeur Pinard, député, président.

M. Debierre, sénateur, rapporteur du budget du Ministère de l'hygiène, au Sénat, vice-président.

M. Mourier, député, ancien ministre, rapporteur du budget du ministère de l'hygiène, à la Chambre des députés, vice-président.

M. Merlin, sénateur.

Deux députés, désignés par la Commission d'hygiène publique de la Chambre.

M. le directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de l'hygiène.

M. le directeur de la sûreté générale du ministère de l'intérieur.

M. le professeur Léon Bernard, conseiller technique du Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

M. le docteur Jules Renault, conseiller technique du Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

M. le docteur Faivre, inspecteur général des services administratifs.

M. le préfet de police ou son délégué.

M. le docteur Bordas, médecin de la préfecture de police.

M. le docteur Doizy, ancien député,

M. de Casablanca, avocat général près la cour de Paris

M. le professeur Jeanselme.

M. le docteur Thibierge, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux.

M. le docteur Milian.

M. le docteur Ravault, de l'Institut Pasteur.

M. le docteur Gougerot, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

M. le docteur Leredde.

M. le docteur Vernes.

M. le docteur Clément Simon, médecin de Saint-Lazare.

M. le docteur Nicolas, de Lyon.

M. le professeur Pautrier, de Strasbourg.

M. le docteur Marcel Pinard, médecin des hôpitaux.

M. le docteur Sicard de Plauzoles.

Deux représentants du service de santé militaire.

Un représentant du service de santé de la marine.

— **L'augmentation des prix de la vie et les Tarifs médicaux.** — On a calculé que le prix de la vie coûte en 1920, 327 % plus cher qu'en 1914.

C'est en se basant sur ce chiffre que des commissions paritaires (par exemple à Marseille au sujet des employés de tramways), viennent de relever les salaires ouvriers.

C'est donc dans cette même proportion que les médecins doivent en 1920 augmenter leurs tarifs par rapport aux prix d'avant-guerre.

La visite de 3 francs en 1914 doit donc être tarifée 10 francs en 1920.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

8.500 fr. et pensais avoir terminé le règlement, lorsque la semaine dernière j'ai reçu un mémoire de la maison qui m'avait vendu la voiture, m'avertissant que j'avais encore à payer pour *taxe de luxe*, la somme de 850 fr. soit le dixième du prix de l'auto.

Abonné au *Concours Médical*, je désirerais avant de régler cette somme, avoir votre avis sur cette perception supplémentaire. Cette voiture est pour moi un instrument de travail, ne pensez-vous pas que, comme telle, elle pourrait échapper à cette taxe injuste ?

Dr B.

Réponse.

La taxe de luxe de 10 % est due sur tous achats d'automobiles servant au transport des personnes, sans exception, quels que soient l'acquéreur et le vendeur, la destination de la voiture, qu'elle soit neuve ou d'occasion.

Cette taxe qui, quoique très fortement combattue, a résisté à tous les assauts, sera presque certainement maintenue, sous une appellation et une forme un peu différentes, au nombre des impôts nouveaux sur lesquels la Chambre des Députés vient de se prononcer avant sa séparation.

En ce qui concerne les autos, notamment, M. de Dion, plein de sollicitude pour les acheteurs d'autos (!) ,avait déposé un amendement tendant à réduire de 10 à 5 % l'impôt sur le chiffre d'affaires pour les ventes d'autos de 10 H. P. et au-dessous. Il a exposé dans la discussion que cet amendement avait pour but de dégrever les personnes, et notamment les médecins, qui se servent de l'auto pour l'exercice de leur profession. La Chambre a rejeté cette proposition presque sans débat.

Assujettissement des employés de commerce à la loi-accidents.

Voulez-vous me permettre de vous exprimer mon étonnement au sujet de la réponse faite au Dr G., page 1031 du *Concours* du 25 avril dernier.

Il s'agit d'une bonne à tout faire, blessée au doigt au cours de son travail. Notre confrère demande s'il y a lieu d'appliquer à ce cas le tarif Dubief. Vous avez répondu affirmativement. Or, l'art. 1er du tarif Dubief dit :

« Les accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail aux ouvriers et employés occupés dans l'industrie du *bâtiment*, les *usines*, *manufactures*, *chantiers*, les *entreprises de transport* par terre et par eau, de *déchargement*, les *magasins publics*, *mines*, *minières*, *carrières*, et, en outre, dans toute *exploitation* ou partie d'exploitation où sont mises en œuvre des *machines explosives* ou dans laquelle il est fait usage d'une machine mue par une *force autre que*

celle de l'homme ou des animaux, donnent droit au profit de la victime etc... »

Il s'agit ici d'une bonne de café, dont le genre de travail ne rentre dans aucune des catégories précitées.

J'ajouterai que j'ai eu, il y a quelques mois, l'occasion de soigner pareillement la bonne d'un commerçant blessée au poignet en lavant des bouteilles. J'ai réclamé mes honoraires basés sur le tarif local au patron de la blessée. L'assurance de ce patron m'a payé sans discuter, en me remerciant (oui !).

Dr G.

Réponse.

La bonne d'un café n'est pas assujettie à la législation spéciale sur les accidents du travail par l'article 1er de la loi du 9 avril 1898 (et non du Tarif Dubief), cité dans votre lettre, mais par l'article 1er de la loi du 12 avril 1906, aux termes duquel la législation sur les responsabilités des accidents du travail est étendue à toutes les entreprises commerciales.

Il s'agit, dans la lettre du Dr G. publiée page 1031 du *Concours*, de la bonne d'un café, c'est-à-dire d'une véritable employée de commerce, et non d'une domestique attachée à la personne du cafetier et de sa famille. Peu importe même que cette bonne ne serve pas réellement les consommations aux clients du café. Il suffirait, pour qu'elle soit assujettie à la législation sur les accidents du travail, que son service consistât seulement, par exemple, à laver les verres et les soucoupes utilisés dans le café, à balayer la salle et à essuyer les tables, soit en présence des clients, soit même en leur absence.

Au contraire, la bonne d'un commerçant, si elle est attachée aux personnes de ce commerçant et de sa famille, si elle est seulement destinée à leur service personnel, et non au service de la maison de commerce, n'est pas garantie par la législation des accidents du travail, et les accidents qui lui surviennent sont régis par le droit commun. C'est alors le tarif ouvrier local qui est applicable, et la Cie qui vous a payé votre note à ce tarif pour les soins donnés à une bonne de commerçant blessée en lavant des bouteilles, ne vous a payé, sans doute, que ce qui vous était légalement dû. Vous ne lui devez donc de gratitude que pour les remerciements qu'elle a joints à ce paiement, et qui sortent un peu des habitudes des assureurs.

Remise de la patente aux mobilisés.

Abonné au *Concours Médical*, je me permets de vous demander le renseignement suivant :

Mobilisé du 2 août 1914 au 7 mars 1919, j'ai

rejoint sans avoir acquitté mes impôts de l'année 1914.

Or, je reçois, ce jour, ma feuille d'impôts de 1914 concernant ma patente seule, mais pour toute l'année 1914.

Dois-je payer toute l'année ou seulement les six mois de l'année pendant lesquels j'ai exercé ?

Je dis bien que l'on me réclame ma patente seulement.

Dr P.

Réponse.

Aux termes de la loi du 31 mars 1919, ceux des contribuables dont le revenu net total annuel, déduction faite pour situation et charges de famille, au titre de l'impôt général sur le revenu, n'a pas dépassé 5.000 francs, qui auront cessé l'exercice de leur profession au cours de l'une des années 1914 à 1919 inclus par suite des circonstances provenant de l'état de guerre, doivent obtenir remise de la contribution des patentes à partir du mois suivant celui de la cessation.

Le droit à remise est réglé, pour l'année 1914, d'après le revenu de l'année 1915.

Si vous vous trouvez dans les conditions ci-dessus, vous avez donc le droit d'obtenir la remise de votre patente de 1914, depuis le 1er septembre 1914.

Exonération de loyers.

Je viens vous demander si mon propriétaire est dans son droit en venant me réclamer le prix de mon loyer dans ces conditions :

Mobilisé pendant toute la guerre, j'avais en location près de *R.*, sur le front donc, une maison pour 3-6-9 années. La première période expirant en 1915, j'ai cru bon d'avertir mon propriétaire que je cessais le bail à l'expiration de cette période, étant données les suites et la longueur incertaines de la guerre. J'étais officier pendant la guerre. Mon propriétaire, à qui j'offrais de payer mon loyer jusqu'au 1er août 1914, prétend que je le dois jusqu'au congé, en 1915, parce que, mobilisé, je pouvais payer mon loyer, mes revenus étant suffisants.

Ma situation de locataire sur le front dans un pays bombardé ne me donne-t-elle pas plus de droits qu'au mobilisé de Paris ou Bordeaux, alors que ma maison a été pillée dès 1914 ?

Quelle est la loi à ce sujet et n'est-elle pas plus en ma faveur que la loi qui ne vise que les seuls mobilisés non victimes de la guerre ?

Dr L.

Réponse.

Le régime des loyers du temps de guerre est déterminé par la loi du 9 mars 1918, et celles qui l'ont modifiée, qu'il s'agisse d'immeubles situés ou non dans les régions qui ont été enva-

hies ou évacuées. Il existe bien une loi du 25 octobre 1919 sur les baux des immeubles des pays envahis, mais elle a trait surtout aux résiliations des baux des immeubles qui ont été l'objet de dommages de guerre. Elle ne concerne pas le paiement des loyers.

Aux termes de l'article 14 de la loi du 9 mars 1918, il peut être accordé, pour la durée de la guerre et les six mois qui ont suivi, des réductions de prix pouvant aller, à titre exceptionnel, jusqu'à l'exonération totale, aux locataires qui auront été privés par suite de la guerre, soit des avantages d'utilité et d'usage de la chose louée, soit d'une notable partie des ressources sur lesquelles ils pouvaient compter pour faire face au paiement du loyer.

Le locataire mobilisé est dispensé de justifier de cette situation.

En cas de difficulté entre propriétaire et locataire, il appartient à la Commission Arbitrale des loyers de se prononcer.

Il est de toute évidence que vous vous trouvez dans le cas prévu par la loi, puisque d'une part vous n'avez pas joui pendant la guerre de l'usage des locaux loués. D'autre part, vos ressources professionnelles ont disparu et n'ont été remplacées que partiellement par votre solde militaire.

Vous pourrez donc, si vous êtes appelé devant la Commission arbitrale par votre propriétaire, ou si vous l'y appelez vous-même comme la loi vous en donne le droit, faire valoir cette situation. Vous n'aurez pas en principe à en justifier. Mais, en fait, plus vous pourrez apporter de justifications, mieux vous obtiendrez gain de cause.

Les parties comparaissent d'abord devant le Président de la Commission, en conciliation. S'il n'y a pas conciliation, elles sont citées devant la Commission elle-même.

La décision de la Commission peut faire l'objet d'un pourvoi en Cassation dans la quinzaine de la notification qui en est faite à l'intéressé par le Secrétaire de la Commission. Le pourvoi est formé par déclaration au Secrétariat de la Commission.

Mais généralement les décisions des Commissions sur les exonérations de loyers sont rendues en fait, de sorte qu'elles ne peuvent faire utilement l'objet d'un pourvoi devant la Cour Suprême.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Révocation d'un médecin des chemins de fer de l'Etat.

CONSEIL D'ETAT

Séance du 2 juillet 1915.

Le Conseil d'Etat statuant au Contentieux ;

Vu la requête présentée par le sieur R., ancien médecin des chemins de fer de l'Etat, demeurant à G. ... tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler pour excès de pouvoir une décision, en date du 28 septembre 1912, par laquelle le Directeur des chemins de fer de l'Etat l'a rayé du cadre des médecins du réseau de l'Etat ;

. . . .

Considérant qu'aux termes de la loi du 21 mars 1905, « les tribunaux ordinaires sont compétents pour statuer sur les différends qui peuvent s'élever entre l'administration des chemins de fer et ses employés à l'occasion du contrat de travail » ;

Que cette disposition doit être entendue en ce sens qu'il appartient à l'autorité judiciaire de connaître de toutes les contestations nées à l'occasion des rapports existant entre l'administration du réseau et son personnel, aussi bien en ce qui concerne l'application des règles relatives au recrutement, à l'avancement, à la discipline et aux garanties, notamment de celles qui seraient édictées par le statut prévu aux articles 58 § 2 et 68 de la loi du 13 juillet 1911, qu'en ce qui touche les conditions pécuniaires du contrat de travail et les effets qui peuvent en résulter ; qu'ainsi le litige soulevé par le sieur R. et qui tend à faire apprécier par le Conseil d'Etat les circonstances dans lesquelles le Directeur des chemins de fer de l'Etat a décidé de ne plus faire appel à ses services, n'aurait dû, en supposant même que le sieur R. ait eu, comme il le soutient, la qualité d'agent des chemins de fer de l'Etat, être soumis qu'à l'autorité judiciaire ;

Que, par suite, c'est à tort que le requérant l'a porté devant le Conseil d'Ftat ;

Décide :

La requête susvisée du sieur R. est rejetée.

Commentaire.

Un médecin de chemin de fer, même du réseau de l'Etat, n'est pas un fonctionnaire. Il ne détient aucune parcelle de la puissance publique, il ne tire pas, des appointements alloués pour sa fonction, ses moyens principaux d'existence ; enfin, il n'a droit à aucune retraite.

Il n'existe donc entre le médecin et la compagnie de chemins de fer qu'un contrat de louage de services, ressortissant du droit commun et non du droit administratif.

Un arrêt ultérieur du Conseil d'Etat, en date du 11 janvier 1918, a confirmé le même principe, concernant le recours d'un médecin des chemins de fer de l'Etat, en Algérie.

Il en résulte que le fait, pour un docteur, de contracter même avec une administration d'Etat, pour des soins à donner à des malades, d'après un forfait annuel, ou un abonnement, à l'exclusion de tout autre praticien, ne constitue pas une fonctionnarisation de ce médecin, mais

un contrat de louage de services banal, contrat de salariat médical, relevant des tribunaux de droit commun et non de la juridiction administrative.

Dr Paul Boudin.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

La Source...

C'était une petite source...
Que ses glous-glous étaient joyeux
Lorsqu'en arrivant sous les cieux,
Limpide, elle prenait sa course..

Elle murmurait son refrain
Parmi les fleurs, l'herbe qui pousse ;
Donnait sa fraîcheur à la mousse,
Avant de partir au lointain..

Dans le miroir de son eau pure
Se reflétait le blanc matin ;
L'abeille cherchait son butin
Sur ses rivages de verdure.
Elle avait pour ami l'oiseau,
A plume noire, grise ou blanche ;
Un instant il quittait la branche
Pour demander sa goutte d'eau !
Souvent la rapide hirondelle
Dans sa course à travers les airs
Jetait ses cris joyeux et clairs
En l'égratignant de son aile...

....

Plus d'eau pure, plus de fraîcheur,
Plus d'abeilles parmi les fleurs,
Plus d'herbe verte en la prairie...
Ma petite source est tarie !...

Dans les bois, plus de chants, l'oiseau
A plume noire, grise ou blanche,
A déserté toutes les branches
Ne trouvant plus sa goutte d'eau !

....

C'était une petite source....
J'entends toujours le doux refrain
Qu'elle murmure en le lointain
Où limpide elle a pris sa course !...

Dr Jean Monplaisir.

Service Vaccinal du « Concours Médical » fonctionnant sous le contrôle de l'Etat

Petit tube de pulpe pour 5 vaccinations	1 fr.
Grand tube pour plus de 15 vaccinations	2 fr.
Etui de 6 petits tubes	5 fr.
Lancette spéciale toute nickelée	5 fr.
Vaccinostyles plats, la boîte (carton) de 100	8 fr.
Vaccinostyles cannelés, la boîte (carton) de 100	9 fr.
Vaccinostyles plats, les 20	2 fr.
Vaccinostyles cannelés, les 20	2 fr. 50
Porte-vaccinostyle maillechort, la pièce	1 fr. 50
Petit porte-vaccinostyle en acier trempé, les 10	1 fr.

Adresser les commandes avec le montant en un *mandat*, à Monsieur C. BOULANGER, administrateur du *Concours Médical* 132, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — Nº 21 — DIMANCHE 23 MAI 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

VALS SOURCE REINE

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

AVIS

Agenda 1920

L'édition de l'Agenda 1920 étant complètement épuisée, il ne nous est pas possible de satisfaire les demandes qui nous parviennent journellement pour cette édition. Les intéressés pourront nous adresser leur bulletin de souscription pour l'édition **1921** qui est en préparation et ils trouveront à cet effet un bulletin de souscription dans le n° 20 du *Concours*, page 1250. (Prix 15 fr.)

***

Stations thermales balnéaires et d'altitude

Nous publions plus loin la liste de nos abonnés exerçant dans les stations thermales, balnéaires et d'altitude.

Ceux qui désireront y voir figurer leurs noms sont priés de nous en aviser.

Office de Renseignements du « Concours »

(*Voir numéros précédents*).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou médical », de M. le docteur ROUSSET, de Chamoux (Aube), la somme de trente francs pour bons offices de cette société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite aux « demandes et offres ».*

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 220. — Dr prat. génér. aidera gratuit. conf. qq t. notam. gyn., v. urin., acc.

N° 221. — A céder poste campagne, 35.000. On accepterait remplaçant susceptible succéder.

N° 222. — Docteur reçoit en famille quelques enfants ou adolescents que leurs parents ne peuvent accompagner à la campagne. Prix complet : dix francs par jour.

N° 223. — Docteur recevrait dans sa clinique en pleine campagne, femmes enceintes ayant besoin de soins ou de repos. Docteur Baslez, Charost, Cher.

N° 224. — A vendre, beau phare à acétylène tout cuivre, marque « Géniès », état de neuf, avec générateur séparé. S'adresser au Dr Cucherousset, à Nonan-le-Fuzelier, Loir-et-Cher.

N° 225. — Suite médecin pro-pharmacien. Moyenne 20.000 fr., 20 km. Rouen (chasse). Rapport sans grande fatigue. Prendre début juillet, bail maison agréable (jardin, garage, volière). Ch. de f. P. T. T.

N° 226. — A céder dans la grande banlieue, ancien poste rapportant 25 à 30.000 frs. Grande maison d'habitation. Indemnité 12.000 dont 4.000 comptant. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, Ve.

N° 227. — A vendre auto Vinot-Deguingaud, 10 HP., conduite intérieure, 2 places plus strapontin, modèle 1914, état parfait de marche. Dr Gavet, Aillant, Yonne.

Nº 228. — Côte d'Azur, entre Cannes et Nice, excellent poste médical à céder ; auto inutile ; pouvant rapporter 20.000. Indemnité à débattre. Faire offre.

Nº 229. — A vendre une bobine Carpentier 35 cm. d'étincelle, parfait état, 1.200 fr. ; un paysage par Nicolas Poussin, 0,48 × 0,64, 5.000 fr. ; une scène de cabaret par Van Astade, 22 × 28, 4.000 fr. ; un paysage lac et rochers, par Troyon 75 × 100, 12000 fr.

Nº 230. — Val André. Médecin recevrait 4 chroniques ou convalescents pour cure de régime, de repos, du 15 juin au 15 octobre. Dr Simon, Pléneuf (C.-d-N.)

Nº 231. — Seul médecin pro-pharmacien, commune 5.000 hab., céderait poste si indemnité suffisante. Dr Thomas, Plumélian, Morhiban.

Nº 232. — Docteur cherche bon poste campagne pro-pharmacien dans pays agréable, préférence Centre, chasse et pêche, donnerait légère indemnité. Pressé.

Nº 233. — A vendre : un app. à gaz pour antich., 25 fr. ; une paire de rideaux, 225 fr. ; une portière en peluche, 150 fr. ; un groupe artistique en biscuit de Sèvres, 300 fr. ; un secrétaire chiffonnier en marqueterie, 1.000 fr. ; une desserte en noyer ciré, 250 fr. S'adresser 5, rue de Moscou.

Nº 234. — On désire acheter, 15 à 20.000 environ, de préférence Centre, petite propriété de rapport avec petite maison confortable possédant eau et électricité.

CORRESPONDANCE

La modification du Tarif Dubief ne pourra avoir d'effet rétroactif.

Je viens de lire dans le *Concours Médical* du 2 mai que jusqu'au 1er juillet prochain les Confrères peuvent envoyer leurs notes aux Cies d'assurances en prenant pour base, comme avant le 1er janvier, le tarif Dubief avec la majoration de 100 %.

Je viens vous demander s'il y aurait possibilité d'attendre au 1er juillet prochain d'envoyer les notes du 1er semestre 1920 pour pouvoir bénéficier du Tarif nouveau, — en somme, *le nouveau tarif aura-t-il un effet rétroactif et les confrères pourront-ils l'appliquer pour le premier semestre* 1920 ?

A-t-on le droit actuellement de choisir l'une ou l'autre proposition ?

Dr L.

Réponse.

Les lois, ainsi que les actes qui, comme l'arrêté que prendra le Ministre de l'Hygiène Publique en exécution de l'article 4 de la loi sur les accidents du travail, pour modifier le Tarif Dnbief, ont force de loi, et ne peuvent, conformément à l'article 2 du Code Civil, avoir d'effet rétroactif.

En conséquence, il ne servirait à rien que vous attendiez que la modification du Tarif Dubief soit un fait accompli pour envoyer vos notes d'honoraires accidents, dans l'espoir que le nouveau tarif sera plus avantageux que le tarif ancien majoré de 100 %.

Dans le cas où le nouveau Tarif serait le plus avantageux, les Cies ne manqueraient pas d'invoquer la non-rétroactivité, et les Tribunaux leur donneraient raison.

Dans le cas contraire, elles seraient incitées à résister plus encore que par le passé à l'application d'un tarif périmé et à susciter aux médecins négligents des difficultés pour le règlement de leurs honoraires. Les tribunaux pourraient se laisser influencer par des comparaisons entre les deux tarifs, habilement présentées.

Prorogation de bail postérieur au 1er août 1914.

J'ai lu dans votre dernier numéro, partie professionnelle, un cas se rapprochant du mien, et sur lequel je vous serais reconnaissant de me renseigner :

Le 25 décembre 1917, j'ai contracté un bail de 3-6-9, pour un immeuble que j'occupe et où j'exerce ma profession, avec la clause qu'au bout d'une quelconque des trois périodes le bailleur, comme moi, pouvons, par simple lettre recommandée, envoyée trois mois avant l'expiration d'une des trois périodes, donner congé l'un à l'autre et faire expirer là ledit bail.

J'ai été mobilisé de 1914 à 1916, date où j'ai été mis hors cadre par suite de blessure grave. C'est donc un an après que j'ai fait mon bail.

Or, j'ai ouï dire que mon propriétaire voulait me donner congé cette année à la fin de ma première période.

Puis-je user de la loi sur les prorogations, malgré que le bail ait été contracté durant la guerre ? La loi Levasseur ne comprend-elle pas mon cas, d'autant plus que du jour au lendemain je me trouverais alors sur le pavé, mes autres immeubles loués avant la guerre à des maisons de commerce, ayant usé vis-à-vis de moi de la loi sur les prorogations, leurs baux finissant en 1918.

Si je puis user de la faculté de proroger, de combien de durée sera cette prorogation ? D'autre part, si le propriétaire ne me notifie pas mon congé cette année trois mois avant la date d'expiration, la faculté de proroger s'il se fait qu'elle soit mon droit, le sera-t-elle de même à la deuxième période ?

Si le propriétaire me notifie mon congé en temps voulu cette année, devrai-je lui notifier par huissier que je veux user de ma faculté de proroger ? Et combien avant ?

Dr B.

Réponse.

Vous ne pouviez bénéficier d'une prorogation de bail avant la loi du 4 mai dernier, publiée au *Journal Officiel* du 5, puisque votre bail est postérieur au **1er août 1914. Mais**, en vertu de cette dernière loi, et à titre de réformé de guerre, vous avez droit à une prorogation qui vous assurera la jouissance jusqu'à l'expiration du délai de deux ans à partir de la date de la cessation des hostilités, c'est-à-dire jusqu'au 24 octobre 1921.

Si vous désirez bénéficier de cette disposition,

qui aurait un intérêt pour vous si votre propriétaire vous donne congé pour le 25 décembre 1920, vous devrez faire connaître votre volonté au propriétaire dans les trois mois qui suivront la promulgation de la loi, c'est-à-dire au plus tard le 5 août prochain. La notification doit avoir lieu par acte extrajudiciaire, c'est-à-dire par ministère d'huissier.

A défaut de cette notification, le congé que peut vous donner votre propriétaire jusqu'au 25 septembre prochain aurait effet pour le 25 décembre suivant.

Le demi-salaire dû au blessé du travail.

Je soigne en ce moment un ouvrier d'une scierie qui a été blessé au pied par une pièce de bois : cet homme m'a demandé quels sont ses droits vis-à-vis de son patron et notamment si (comme l'a prétendu un de nos confrères lors d'un traumatisme antérieur) le patron est tenu de par la loi de verser outre le demi-salaire que paye dans le cas actuel la Cie d'Assurances, *un autre quart* du salaire de l'ouvrier ?..

J'avoue n'avoir jamais entendu dire que plus du demi-salaire était exigible et je n'ai vu dans la loi de 1898 rien qui accorde davantage à l'ouvrier. Y a-t-il eu de nouveaux textes de loi pendant que j'étais aux armées ?.. Je compte sur votre amabilité pour me répondre et vous affirme encore l'intérêt que je prends à votre œuvre confraternelle.

Dr G.

Réponse.

L'article 3 de la loi du 9 avril 1898, qui n'a pas été modifiée sur ce point, fixe l'indemnité allouée au blessé du travail à la moitié du salaire touché au moment de l'accident, à moins que le salaire ne soit variable. Dans ce dernier cas, l'indemnité journalière est égale à la moitié du salaire moyen des journées de travail pendant le mois qui a précédé l'accident.

Mais le patron n'est nullement obligé de verser, en outre de la moitié du salaire payé par la Cie d'Assurances (en son lieu et place d'ailleurs et avec les primes qu'il lui verse à cet effet), un autre quart, ce qui constituerait une indemnité totale égale aux trois quarts du salaire.

Déclaration des bénéfices médicaux.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me donner le renseignement suivant :

Je reçois du contrôleur des contributions directes une note m'enjoignant d'avoir à déclarer les bénéfices provenant de ma profession et réalisés en 1919.

Que dois-je répondre ? Mon chiffre d'affaires ? J'ai été démobilisé en avril 1919. Dr F.

Réponse.

La loi du 31 juillet 1917 (art. 30 à 37) a institué un impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, s'appliquant notamment aux médecins.

Tout contribuable doit déclarer ses bénéfices dans les trois premiers mois de l'année. S'il n'a pas fait cette déclaration, il est invité par le Contrôleur des Contributions directes à la produire dans un délai de vingt jours, passé lequel il est imposé d'office, sauf sa réclamation après l'établissement du rôle. Dans ce cas, l'impôt est majoré de moitié.

Vous avez donc intérêt à produire la déclaration qui vous est demandée, et qui doit comprendre le bénéfice net de l'année précédente (1919), constitué par l'excédent de vos recettes professionnelles totales sur les dépenses nécessitées par l'exercice de votre profession.

Même si vous n'avez pas fait de bénéfices aux termes de la loi précitée, vous avez intérêt à ne pas négliger la demande qui vous est faite et à déposer une déclaration négative, pour éviter une imposition d'office arbitrairement fixée et sur laquelle l'administration fiscale reviendrait sans doute difficilement.

Vous n'auriez pas de déclaration spéciale à vos bénéfices professionnels à faire si vous aviez fait une déclaration en vue de l'impôt général sur le revenu, comportant, ainsi que la loi le prescrit, le détail de vos divers revenus par catégories.

Vous n'auriez, dans ce cas, qu'à renvoyer le contrôleur à cette déclaration, en lui rappelant, au besoin, le montant pour lequel vos bénéfices professionnels y ont figuré.

Les graines de fenu grec.

A propos de la récente communication sur l'emploi thérapeutique des graines de fenu grec, je crois intéressant de faire connaître que dès 1912, les Drs Gardon et Martin employaient ces graines dans leur service de l'Infirmerie-Sanatorium de Bistraria près Alger, et qu'ils en obtenaient d'excellents résultats, particulièrement dans les convalescences d'affections fébriles.

J'ajoute que les femmes indigènes de l'Afrique du Nord, plus particulièrement les juives de Tunisie, en font un usage courant pour atteindre à cette obésité chère à leurs époux.

Dr G. Fassina.

(*Voir la suite page XXIX-1338*).

PROPOS DU JOUR

A propos de l'Assemblée Générale de l'Association des Médecins de France.

Comme un délégué de province faisait remarquer, en sortant de l'Assemblée générale de l'A. G., que les trois quarts des questions portées à l'ordre du jour auraient pu être transmises aux Syndicats médicaux, nous entendîmes lui répondre que si l'Association se confinait dans son but de bienfaisance, elle manquerait de vie et ne ferait rien de nouveau. Nous ne sommes pas de cet avis, et en dehors de la réalisation des fameuses retraites de droit, dont nous connaissons au *Concours Médical*, toutes les difficultés, nous pensons que de nombreuses œuvres annexes pourraient être progressivement organisées et permettre au Conseil général comme aux Sociétés locales de faire preuve d'activité.

Le succès et les services de la caisse d'Assistance médicale de guerre prouvent que, selon les circonstances, la force morale que représente l'A. G. peut beaucoup.

L'Association doit avoir pour but élevé de resserrer le plus possible les liens de la famille médicale, de multiplier les occasions et de rechercher sans cesse de nouveaux moyens pour que les membres de cette grande famille, toujours de plus en plus étroitement unis, s'entr'aident, se rendent des services réciproques et secourent efficacement ceux des leurs qui ont besoin d'appui.

Or, dès l'origine de l'Association, son secrétaire, A. Latour, a en une phrase, citée par le Dr Ch. Levassort dans son dernier rapport, indiqué le programme que devrait réaliser l'A. G. :

« Après un demi-siècle d'existence, écrivait A. Latour, dans le n° du 11 janvier 1868 de l'*Union Médicale,* sous la signature de Simplice, l'Association possèdera son hôtel et sa maison de refuge pour les invalides de la profession, et son hôtellerie pour les associés de passage, et son institution pour loger, nourrir, instruire et diriger dans leurs études les fils de ses associés. »

Amédée Latour voyait grand et, après 58 ans d'existence, l'A. G. n'est pas en mesure de réaliser ce merveilleux programme, mais ne pourrait-on pas le reprendre en le modifiant ?

Il ne serait pas impossible de fonder l'Hôtel de l'Association en créant une Maison médicale qui pourrait donner à Paris l'hospitalité aux Syndicats et aux nombreuses Sociétés qui louent des locaux mal appropriés à leurs buts. La maison de refuge des invalides de la profession a été réalisée avec succès en dehors de l'A. G., quand elle aurait pu sans doute l'être avec l'A. G., ce qui eût été préférable. Sans vouloir en rien attenter à l'autonomie de l'œuvre de la *Maison du Médecin,* dont nous nous honorons d'être un adhérent de la toute première heure, nous pensons qu'il ne serait pas inopportun de tenter d'établir une liaison entre elle et l'Association.

L'hôtellerie pour les associés de passage à Paris ne paraît pas être une chimère et, sans tomber dans l'exploitation commerciale ; il serait peut-être possible d'assurer aux provinciaux de passage à Paris et à leur famille, un gîte à des prix convenables, offrant toutes les garanties de bonne tenue, de confort, d'hygiène et où les voyageurs se sentiraient un peu chez eux par l'intérêt discret qui leur serait porté.

Ne serait-il pas possible d'organiser, et cela immédiatement et sans grands frais, un office des pupilles de l'Association qui, loin de se contenter d'adresser un froid secours aux orphelins de nos confrères, trouverait le moyen de leur assurer un appui moral et une aide discrète ?

Lorsqu'il y a trente ans environ, nous vînmes à Paris faire nos études médicales, perdus dans l'immense Ville, sans parents, sans amis, nous aurions été sans doute fort heureux, nous fils de médecin, de recevoir les conseils et l'appui d'un confrère de notre père, qui nous eût de temps à autre admis à son foyer et se fût préoccupé de nous en cas de maladie.

Serait-il impossible de créer dans les centres universitaires et autres des correspondants de ce genre pour les fils ou les filles de médecins qui entreprennent des études ?

Un Comité de l'A. G. ne pourrait-il pas par des prix, des visites, des promenades, des excursions bien organisées, entretenir la gaîté et l'émulation chez nos enfants et ceux de nos confrères et prolonger dans une génération nouvelle les bienfaits de la fraternité médicale ?

Un autre ne pourrait-il pas entrer en relations intimes avec les associations d'étudiants

en médecine, gagner leur confiance par des bienfaits et assurer ainsi le recrutement de toutes nos sociétés professionnelles ?

Chaque société ne pourrait-elle pas, dans chaque département, créer une sorte de Comité d'initiative qui renseignerait l'A. G., et par son intermédiaire tous ses membres, sur les stations climatiques, les lieux de villégiatures et de convalescence où les médecins pourraient aller se reposer durant les vacances et y adresser leurs malades, sans passer au hasard par les fourches caudines de certains hôteliers peu scrupuleux, ni tomber dans des taudis sans nom où les règles les plus élémentaires de l'hygiène sont considérées comme d'incroyables exigences de luxe ?

L'A. G. ne pourrait-elle pas pour cela entrer en relations étroites avec une association qui a fait ses preuves, nous avons nommé le Touring Club français ?

Nous nous arrêtons là, bien qu'il soit facile de montrer que le domaine de l'Association peut s'étendre à l'infini et que son rôle bienfaisant, protecteur, discrètement moralisateur, peut se développer sans marcher sur les brisées des syndicats, sans faire en double une besogne inutile et risquer de provoquer de nuisibles conflits.

Il nous semble que pour donner une vie intense à l'A. G. et à ses sociétés locales, il suffirait à chacun de vouloir, et nous sommes persuadés que parmi ceux qui sont à la tête, il en est beaucoup qui veulent et qui ne demandent qu'à réaliser pas tout à la fois, évidemment, mais quelque chose.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Quelques considérations pratiques sur les fractures du crâne,

Par le Dr J. Fievez, de Malo-les-Bains.

(*suite et fin*).

TRAITEMENT.

En pratiquant la *ponction lombaire* en vue du diagnostic, nous avons, du même coup, appliqué le traitement fondamental, essentiel, suggéré par Tuffier, érigé en méthode par Quénu, des fractures du crâne.

Le sac dural et son contenu sont en effet comparables à une immense articulation : quand une hémorragie s'y est produite, il y a un intérêt capital à vider cette mégaarticulation du sang épanché (considéré comme toxique par presque tous les auteurs), tout comme on vide un genou de son hémarthrose.

De plus, le cerveau, ébranlé par le choc, s'œdématie dans les jours qui suivent la blessure ; le liquide céphalo-rachidien est secrété plus abondamment et peut-être aussi se produit-il une exsudation méningée. L'hypertension intra-crânienne qui résulte de toutes ces causes est combattue par la soustraction de liquide céphalo-rachidien effectuée à plusieurs reprises, chaque fois que le syndrome de l'hypertension crânienne (céphalée, somnolence, ralentissement du pouls et de la respiration, augmentation de la pression sanguine, vomissements) l'indiquera.

Contre la contusion cérébrale et ses conséquences, pour calmer l'irritation méningo-encéphalique consécutive, un autre élément thérapeutique doit intervenir : *la glace*, très largement appliquée et de façon absolument continue. C'est là un moyen excellent de combattre la réaction excessive des tissus contus. Dans la discussion à la Société de Chirurgie, Auvray seul a parlé de la glace ; mais j'imagine que c'est, de la part des autres, simple prétérition pour cette pratique fort ancienne et efficace.

Glace et ponctions lombaires en série ; expectation — armée — nous l'allons voir, telle est la conduite à tenir dans le plus grand nombre des fractures du crâne.

Sous l'influence de ce traitement, les lésions évoluent vers la guérison, sans que le blessé présente à aucun moment de troubles méningo-encéphaliques. Ou bien, les accidents généraux : délire, torpeur, voire coma, rétrocèdent rapidement et progressivement ; l'hypertension crânienne disparaît.

A côté de ces cas simples, il en existe d'autres qui exigent une *intervention chirurgicale* immédiate. Tels sont, en général, ceux qui se compliquent de troubles localisés, attestant l'existence d'une compression : fragments osseux, corps étrangers, épanchements sanguins.

Presque toutes les innombrables trépanations de la chirurgie de guerre consistèrent essentiellement à enlever les fragments osseux embarrés

(1) Cf. *Concours Médical*, n° 20, p. 1229.

ou fichés dans l'encéphale, à extraire les corps étrangers et à régulariser la brèche osseuse.

En pratique civile, l'indication habituelle est l'hémorragie de l'artère méningée moyenne dont le sang, s'accumulant dans l'espace décollable, entre la dure-mère et le crâne, comprime progressivement le cerveau et aboutit au coma et à la mort. Le tableau typique de cette hémorragie extradurale est le suivant : un blessé a reçu un coup, fait une chute sur la tête ; il est relevé, est rentré chez lui ; quelques heures plus tard, progressivement, s'établit l'hémiplégie et finalement le coma. Dans ce cas, il n'y a pas à hésiter : il faut trépaner, évacuer le caillot formé, et lier le vaisseau qui saigne.

Ces indications de l'intervention opératoire dans les fractures du crâne ne sont ni discutées, ni discutables. Il en va autrement pour la *trépanation décompressive chez les fracturés comateux*, sur laquelle s'est ouvert — et reste ouvert — le débat à la Société de Chirurgie.

Exposer l'historique de cette intervention, qui actuellement se présente sous forme d'*opération de Cushing*, ne rentre pas dans l'allure de cet article. *Primum non nocere*. Peut-être autrefois, des trépanateurs ont-ils un peu oublié ce précepte. C'est ce que de Martel rappelle aux chirurgiens, quand il déclare qu'il ne faut pas « pratiquer, sous prétexte de Cushing, une grosse trépanation mal réglée, temporo-pariétale, qui tuerait un homme bien portant » ! L'opération de Cushing, sans anesthésie (le sujet est comateux), simple trou de trépan (rapidement agrandi à la pince gouge), à la région temporale, avec incision cruciale de la dure-mère, échappe évidemment à ce reproche de brutalité.

Bénigne, elle l'est. Mais a-t-elle des avantages sur la ponction lombaire en série, aidée de la réfrigération par la glace ? Non, disent les uns, qui semblent la grosse majorité. Oui, répondent les autres et de Martel en particulier. Cherchons plutôt les indications précises de cette interventions, telles qu'elles ressortent des documents versés au débat.

D'abord, l'intervention est réservée par tous aux comateux (auxquels de Martel ajoute les « subcomateux »). Il ne s'agit donc plus de la trépanation préventive, systématique, abandonnée.

Encore même faut-il que le coma ne rétrocède pas sous l'action des ponctions lombaires. S'il reste stationnaire, à plus forte raison s'il s'accroît, l'indication est réalisée.

Dans le premier cas, l'expectation est prolongée plus ou moins longtemps selon les chirurgiens ; mais, à la vérité, il semble bien qu'à la suite de la discussion, on temporisera moins.

Comment mesurer le coma ? Par la variation de ses éléments cliniques, en particulier les variations du pouls et de la respiration, de la pression sanguine, de la température. Personne n'a voulu donner de chiffres ! C'est un peu affaire d'impression clinique, la rapidité de la variation ayant plus d'importance que sa valeur absolue.

Un symptôme me paraît plus précieux que les précédents ; peut-être n'existe-t-il pas toujours ; mais, quand il existe, il crée l'indication formelle à la trépanation. Delbet qui en a parlé dans sa première intervention ne l'a plus signalé dans les « directives » où, à la fin de sa deuxième intervention, il a résumé sa pratique.

Puisqu'il n'a pas été baptisé encore, je propose de l'appeler « *dissociation de la tension crânio-rachidienne* », la tension crânienne étant augmentée, parfois formidablement augmentée, la tension rachidenne au contraire restant normale, voire diminuée. Cliniquement, les signes d'hypertension crânienne sont au grand complet, et progressent rapidement ; par contre, le liquide céphalo-rachidien coule goutte à goutte, péniblement, à la ponction lombaire.

Quand on trépane de tels blessés, on trouve la dure-mère crânienne extrêmement tendue ; à peine l'a-t-on incisée que le cerveau se précipite en une énorme hernie, « comme je n'en ai jamais vu dans les tumeurs cérébrales », dit de son malade, Delbet — qui fait craindre pour le cerveau « de le voir se déchirer », remarque Jacob dans un autre cas.

Comment se produisent ces œdèmes cérébraux si intenses ? Manifestement, il y a suppression des communications entre les espaces sous-arachnoïdiens crâniens et les espaces sous-arachnoïdiens rachidiens. Cette interruption ne peut se faire qu'au niveau du trou occipital. Il semble facile d'en imaginer le mécanisme, et je propose l'explication suivante : Normalement, le trou occipital est occupé par les artères vertébrales, les veines rachidiennes, le bulbe et les tonsilles du cervelet (v. Testut, Anatomie humaine. 1908. T. II. Article : *Bulbe rachidien*. Fig. 406).

Quand le cerveau se dilate, sa masse à l'étroit se précipite vers le seul espace praticable, le trou occipital ; mais cette poussée ne s'exerce qu'à travers la tente du cervelet, qui, s'aplatissant vers le bas, chasse la face inférieure du cervelet, les tonsilles par conséquent, en droite ligne vers le trou occipital. Ces tonsilles, s'insinuant et se tassant progressivement derrière le bulbe comprimé, voilà réalisée une *fermeture autoclave du crâne*. Et dès lors, toute augmentation de pression intracrânienne va faire effort de compression sur la circulation de retour, sinus et veines. Les artères cependant continuent à amener le sang à l'encéphale. On voit que la dissociation de la tension crânio-rachidienne traduit l'*étranglement cérébral* (1).

(1) Ce mécanisme d'occlusion du crâne en hypertension ne doit pas être spécial aux fractures du

La ponction lombaire, dans ce cas, fait ventouse à la face inférieure du cervelet ; elle est donc nuisible. La trépanation (peut-être la trépanation sous-temporale n'est-elle pas l'idéal en ce cas) en levant, par la décompression du cerveau, le clapet tonsillaire, permet au contraire l'évacuation dans le rachis des liquides crâniens. On conçoit qu'elle agit plus par ce mécanisme que par l'ablation des quelques caillots qui peuvent exister au point découvert. Cliniquement, les auteurs ont noté qu'après la trépanation, la ponction lombaire redevient possible et efficace.

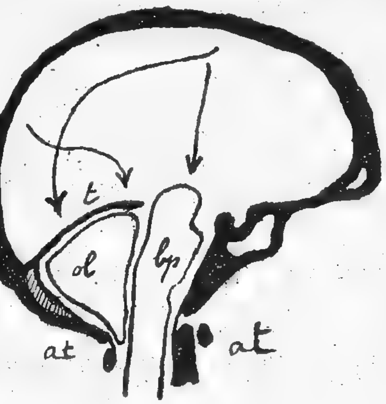


Schéma du crâne en hypertension (coupe sagittale).

Les flèches montrent les pressions agissant :
1° Sur le bulbe et la protubérance (*bp*) au niveau de l'orifice de Pacchioni.
2° Pour une surface beaucoup plus considérable sur la tente du cervelet (*t*) et, par son intermédiaire, sur le cervelet, dont les olives (*ol*) supposées ici médianes), font coin dans le trou occipital.

En résumé, la trépanation décompressive est indiquée quand existe la dissociation de la tension crânio-rachidienne, quand le coma progresse rapidement ou se prolonge anormalement.

Notons, en terminant, un avantage considérable de l'opération de Cushing : elle conduit souvent sur une rupture de l'artère méningée non diagnostiquée. Cette rupture, en effet, ne se présente pas toujours « comme dans les livres », « l'espace libre » caractéristique n'est pas constant, et souvent le coma d'emblée, par commotion cérébrale, conduit au coma par compression sans que le blessé ait repris ses sens. De Martel a cité « la statistique du Cook County Hospital, où, sur 567 fractures, il y avait 100 hémorragies de la méningée, dont 63 ne furent diagnostiquées qu'à l'aut psie ». Voilà une lésion qui paraît bien fréquente, comparativement aux rares diagnostices qu'on en fait !

Pour conclure, la thérapeutique des fractures du crâne comporte essentiellement la ponction lombaire et la glace. La trépanation combat les phénomènes de compression, qu'ils soient localisés ou généralisés. Il existe des signes permettant de poser nettement l'indication opératoire dans les phénomènes de compression généralisée.

Dr J. Fiévez.

---

crâne ; il est probable qu'il intervient dans les méningites, dans les méningites tuberculeuses en particulier ; peut-être même on pourrait en tirer des conséquences thérapeutiques importantes.

Quelques références bibliographiques :

Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie. 1920, p. 221, 204, 511, 561.

Duret. — Sur le mécanisme des fractures du crâne (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, 16 juillet 1920).

Fiévez. — Double fracture du crâne par coup de révolver. (*J. S. M. L.*, 9 nov. 1907). — Un cas d'écrasement de la tête par chute (*J. S. M. L.*, 16 juil. 1910) Embrassures et lésions dure-mériennes (*Paris Méd.*, 1915, n° 17).

Fiévez et Fourdinier. — Fracture du crâne irradiée à l'étage moyen. Délire traumatique. Troubles et lésions du contre-coup. Epanchement sous-arachnoïdien du côté opposé à la fracture, révélé par le signe de Babinski. Crâniectomie de ce côté. (*J. S. M. L.*, 10 septembre 1920).

Poulain. — Essai sur le mécanisme et la classification des fractures de la base du crâne irradiées à plusieurs étages (Th. Paris, 1911).

BIOLOGIE

Symbioses et Symbiotes.

La Sagesse des Nations proclame, avec une ironie un peu amère, que « dans toute association, il y a un voleur et un volé ». Si l'on s'en tient à ce que l'on peut observer dans le domaine biologique, il semble que le pessimisme de cette assertion ne soit pas absolument justifié, et qu'il existe entre certains êtres vivants des associations avec échanges plus ou moins complexes, dont chacun des associés tire un égal bénéfice : on a donné à ce genre d'association le nom de « symbiose ».

Les exemples classiques de symbiose sont nombreux, et ont même été un peu gratuitement multipliés par les admirateurs enthousiastes des « harmonies de la Nature » : j'avoue demeurer légèrement sceptique en face de faits où se complaît l'imagination de certains, qui donnent aux causes finales une importance que les tendances matérialistes de la science expérimentale qualifient d'illégitime. Le bénéfice réciproque de l'association de la Moule avec le petit crabe nommé Pinnothère, ou de certains autres crabes avec une actinie lumineuse ou avec une éponge, me paraît rentrer légèrement dans le domaine de la fantaisie, et l'extension du mot Symbiose aux relations de certains insectes entre eux, tels

Membres du Concours exerçant dans les Stations thermales.

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains. Boël.
Ax-les-Thermes (Ariège). Bousquet, Dresch, Gomma.
Bagnoles-de-l'Orne. Joly, Pesnel.
Barèges. Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Lacour.
Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.
Bourbon-l'Archambault. Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains. Colbert. — Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Châtel-Guyon. Baumann, Bayrac, Conchon, Foucaud, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, St-René-Bonnet.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Evaux-les-Bains. Lepage.
Forges-les-Eaux. Bernardicou.
Gréoux (Bses-Alpes). C. Mathieu.
La Bourboule. Christin, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou. Cauvy.
La Roche-Posay-les-Bains. Canoy.
Luxeuil-les-Bains. Bornèque, Cugnier, Picot, Rimey.
Martigny. Dedet, Payen.
Mont-Dore. Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, Hagen, de Langenhagen, Truelle.
Pougues les-Eaux. Hyvert
Royat. Mougeot.
Salins-les-Bains. Bourny.
Salies-de-Salat. Barbé.
St-Didier (Vau.). Masquin.
St-Gervais-les-Bains. Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy, Comte, Odin.
St-Nectaire. Serane, Siguret, Versepuy.
St-Sauveur. Sabail.
Salies-de-Béarn. Callais, Coustère, David, Raynaud.
Sermaize-les-Bains. Rousselot.
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Vals-les-Bains. Chabannes, David.
Vichy. Caben, Castera, Chevreux, Cotar, Gannat, Guinard, Gandelin, Reynes. Ed. Vidal.
Vittel. Constant, Mousseaux.

que fourmis et pucerons, voire même à celles de l'homme et des animaux domestiques, me semble une conception infiniment plus littéraire que scientifique.

Toutefois, à côté de ces exemples dont l'interprétation est des plus contestable, il en est d'autres où le sens étymologique du terme symbiose apparaît beaucoup plus justifié. Le cas le plus classique est celui des Lichens, végétaux inférieurs du groupe des Thallophytes, c'est-à-dire des plantes qui n'ont pas de membres différenciés. Pendant longtemps on considéra les lichens comme un groupe spécial du règne végétal, au même titre que les algues ou les champignons, jusqu'au jour où une analyse microscopique plus minutieuse, et des recherches biologiques délicates eurent prouvé irréfutablement que les lichens sont en réalité un organisme hybride, formé de l'association d'une algue microscopique et d'un champignon. Dans cette association, il y a véritablement symbiose, c'est-à-dire vie commune avec bénéfice réciproque : l'algue, grâce à la chlorophylle dont elle est abondamment pourvue peut assimiler le carbone de l'anhydride carbonique de l'air, et réaliser la synthèse des hydrocarbones et des substances albuminoïdes ; le champignon profitera ensuite par osmose de ces divers produits indispensables à son existence, que son manque de chlorophylle l'empêche d'élaborer personnellement. En revanche, le champignon protège l'algue, la maintient dans l'humidité nécessaire, dont elle manquerait sur les supports arides où se développent ordinairement les lichens, et peut-être même lui fournit l'azote. Il y a donc bien bénéfice réciproque des deux organismes symbiotes, et l'association est si bien établie que dans les conditions où se développent naturellement les lichens, aucun des deux organismes qui le constituent ne serait ordinairement capable de subsister seul, alors que le complexe qu'ils forment présente au contraire une vitalité extraordinaire.

Il existe des exemples de relations du même ordre entre animaux et végétaux. Tel est le cas de certains protozoaires microscopiques qui élaborent un squelette siliceux extrêmement élégant à symétrie ordinairement radiée, d'où leur nom de Radiolaires, ou encore celui de certains Infusoires (paramécie, stentor, stylonychie). Le protoplasme de ces animaux renferme en grande quantité des algues unicellulaires, qu'on désigne sous le nom de zoochlorelles, quand elles sont vertes, de zooxanthelles quand elles sont jaunes. Il y a encore bénéfice réciproque dans l'association des deux êtres : le protozoaire fournit certainement des aliments à l'algue, et celle-ci utilise sans doute l'acide carbonique résultant de la respiration du cytoplasme, pour procéder à la synthèse chlorophyllienne, mais les produits de cette synthèse et l'oxygène qui est libéré sont à leur tour utilisés par l'animal. Pourtant cette association florissante n'a pas une durée indéfinie ; au bout d'un certain temps, l'algue finit d'ordinaire par dégénérer, sa vitalité diminue, et le protozoaire se débarrasse d'un commensal devenu inutile en le digérant.

Il existe une association analogue dans le groupe des Cœlentérés. On sait depuis longtemps que les tissus de certaines Hydres d'eau douce renferment des zoochlorelles, qui leur donnent leur couleur verte. Il en est de même chez les coraux constructeurs de récifs, qui ne sont nullement carnassiers, comme on le croyait jadis, par analogie avec leurs proches parents, les anémones de mer. M. Gravier a montré que leurs tissus sont également bourrés d'algues vertes unicellulaires, qui nourrissent le polype des produits de leur assimilation chlorophyllienne : ainsi s'explique que ces animaux ne puissent se développer au-dessous d'une certaine profondeur, voisine de 40 mètres, au-delà de laquelle la lumière ne parvient plus en quantité suffisante pour assurer indirectement leur nutrition.

Un exemple plus curieux encore nous est fourni par les Convolutes, petits vers communs sur nos côtes et qui hébergent également des algues microscopiques. Sans doute par suite de non-fonctionnement, leur tube digestif a disparu, et l'animal paraît uniquement nourri par les produits élaborés par le végétal. Mais comme chez les protozoaires, l'algue finit par dégénérer, et ses cellules sont alors digérées par les tissus de la convolute, laquelle meurt ensuite, du reste, faute de pouvoir s'alimenter dorénavant par ses propres moyens.

Toutefois, cet exemple, si typique en apparence, pourrait prêter à une interprétation différente des relations entre l'algue microscopique et le ver qui l'héberge. La façon dont ce dernier finit par se débarrasser de ses hôtes, rappelle de trop près la lutte par phagocytose au cours d'une infection, pour qu'on ne soit pas frappé de l'analogie. Si la convolute n'avait pas laissé son appareil digestif s'atrophier par manque d'usage au cours des générations successives, elle pourrait continuer à vivre de façon parfaitement normale ; l'association avec l'algue cesserait donc de lui être indispensable, et le bénéfice que l'animal en tire deviendrait des plus restreint, comparé aux charges qui en résulte pour lui : la symbiose nous apparaît ainsi bien proche du parasitisme, dont elle n'est peut-être bien souvent, pour ne pas dire toujours, qu'une adaptation secondaire. Supposons, en effet, que deux organismes en présence luttent en quelque manière à forces égales, un parasite s'efforçant d'envahir son hôte et celui-ci cherchant au contraire constamment à se débarrasser de lui ; si cet antagonisme aboutit à un équilibre

◆◆

parfait, il va finir par s'établir entre les deux êtres une sorte de compromis, qui n'est en somme qu'un pis aller constituant pour l'hôte principal un état stable intermédiaire entre la maladie proprement dite et l'état sain. Cette adaptation à une vie commune inéluctable constitue la symbiose et, considérée sous cet aspect, celle-ci n'est plus qu'un équilibre de rapports absolument exceptionnel ; dès que la moindre cause viendra à favoriser un des deux organismes antagonismes, il prendra immédiatement le dessus, et la symbiose cessera.

C'est à cette conception des relations symbiotiques qu'ont amené les recherches poursuivies activement depuis le début de ce siècle, sur les phénomènes de cet ordre, qui apparaissent chaque jour plus fréquents chez les végétaux, même supérieurs, et sur lesquels ont jeté un jour des plus nouveau les recherches extrêmement remarquables de Noël Bernard.

On sait que les Orchidées tirent leur nom de l'aspect spécial de leurs racines, qui sont renflées en sorte de tubercules et servent d'organes de réserve à la plante. Or cette tuberculisation coïncide avec l'infection des racines par certains champignons qui ont pu être isolés et identifiés, et les expériences ont prouvé que les graines à organisation plus que rudimentaire des orchidées sont incapables d'ébaucher le moindre développement, même dans les meilleures conditions de germination, si elles ne sont dès l'origine infectées par un champignon spécifique (Rhizoctonia). Il existe donc bien entre ce dernier et l'orchidée une symbiose nécessaire, indispensable à la vie de la plante supérieure, et dans laquelle le bénéfice réciproque des deux associés est manifeste.

Et pourtant l'étude de cette symbiose à ses débuts montre que, pour indispensable qu'elle soit actuellement à l'orchidée, elle n'en constitue pas moins pour celle-ci un *état d'équilibre, accidentel en quelque sorte, entre une infection curable et une infection mortelle.*

En suivant l'infection par le mycélium des graines en voie de développement, on voit en effet qu'un grand nombre d'entre elles réagissent si vigoureusement à l'envahissement que le champignon est complètement détruit dès son inoculation par un processus de digestion intracellulaire qui rappelle étroitement celui de la phagocytose ; du reste, tout comme la convolute, la plantule meurt ensuite de sa victoire, faute des réserves nécessaires à sa germination, dont la graine n'est pas pourvue, et que les filaments de mycélium ne remplacent en quantité suffisante qu'à condition de continuer à se développer activement à mesure que certaines de leurs portions sont digérées.

En revanche, quand le champignon est extrêmement actif, et possède une « virulence exaltée » telle que celle qu'on peut lui conférer expérimentalement par des inoculations en série, l'infection devient souvent si intense qu'elle est mortelle pour l'embryon de l'orchidée.

Enfin l'analogie, sinon même l'identité des phénomènes observés lors de cette lutte entre la plante supérieure et le thallophyte, et ceux de la résistance des organismes animaux aux infections microbiennes, se trouve encore confirmée par les manifestations de vaccination qu'on peut déterminer chez un embryon d'orchidée en l'infestant d'abord par des champignons atténués ; la plantule devient alors — pour son plus grand dommage — réfractaire à l'infection par un champignon normalement virulent, et cette immunité s'accompagne de réactions humorales dénotant l'élaboration d'anticorps spécifiques absolument comparables à ceux dont la vaccination expérimentale détermine la production chez les animaux.

Mais les résultats de l'étude expérimentale de la « symbiose » des orchidées avec leurs champignons, ne se sont pas bornés là. Noël Bernard a pu mettre en évidence que la forme même de la plante à l'état adulte est fonction de l'équilibre dit symbiotique. Les tubercules qui se développent par la suite, au cours de l'évolution de la plante, ne sont pas eux-mêmes infestés par le mycélium, mais ils constituent pourtant des organes de défense résultant d'une excitation à distance par le parasite (1), et il est permis de se demander si toutes les formations tuberculeuses ou analogues, si communes chez les plantes vivaces, ne seraient pas l'indice d'une infection « symbiotique » analogue. Dans l'état actuel de nos connaissances, cette hypothèse présente les plus grandes vraisemblances, au point qu'on en arrive à concevoir que l'état vivace lui-même pourrait bien n'être que le résultat d'une infection parasitaire ou symbiotique.

On voit par ce rapide exposé combien nous sommes actuellement loin de la conception classique si simpliste de la symbiose, et combien les recherches en cette matière s'annoncent fertiles en résultats d'une portée biologique extrêmemt considérable. Récemment, dans un livre qui a suscité de retentissantes controverses (2), M. P. Portier a tenté de généraliser encore la conception de la symbiose, et sa théorie si ori-

(1) Des expériences extrêmement curieuses semblent autoriser à rapporter l'apparition des tubercules à une augmentation de la concentration moléculaire du milieu intérieur de la plante les substances complexes de la sève pouvant être dissociées par les produits solubles élaborés par le champignon, et qu'il laisse diffuser dans les tissus au sein desquels il vit.

(2) PAUL PORTIER — *Les Symbioles.* Paris (Masson) 1918.

ginale, quoique passible de nombreuses critiques, ne peut être ignorée actuellement, au moins en tant qu'hypothèse de travail ouvrant aux recherches toute une série de voies nouvelles.

Pour M. Portier, toute cellule vivante est constituée par une association symbiotique comportant d'une part le protoplasme de la cellule même, et d'autre part des microorganismes que M. Portier pense avoir isolés, et qu'il a appelés « Symbiotes » : ceux-là seuls seraient des êtres simples, tous les autres étant en réalité doubles.

Cette conception, au premier abord si paradoxale, M. Portier pense pouvoir la justifier par des arguments multiples, et l'étayer par des considérations de physiologie comparée. Ainsi, certains termites de Madagascar se nourrissent de champignons dont le mycélium se développe sur des résidus de bois mort ingérés, digérés en partie, puis rejetés par l'animal tout imprégnés de sucs digestifs qui favorisent la culture du champignon. La chose semble d'abord sans grand rapport avec la symbiose, mais peut s'y rattacher par des transitions ménagées, empruntées à la biologie d'autres groupes zoologiques. Par exemple, chez certaines chenilles xylophages le culture du mycélium de champignon s'effectue non plus à l'extérieur, mais dans le tube digestif même de l'animal qu'ensemence largement le champignon, et les spores qui en résultent sont ensuite phagocytées par les tissus de la larve. Mais certaines, échappant à cette destruction, vont s'enkyster dans les tissus de l'insecte, pénètrent même dans les œufs, et assurent ainsi l'ensemencement, l'infection, si l'on veut, de la génération suivante : le champignon, qui est ainsi devenu le symbiote des tissus normaux, se trouve désormais transmis héréditairement.

Poussant les choses à l'extrême, M. Portier soutient que toute cellule vivante renferme de même des microorganismes symbiotiques, qui constituent pour lui un groupe de bactéries spécifiques aux caractères propres. En effet les glandes génitales, le pancréas donnent souvent des ensemencements positifs, et les germes qui en proviennent prolifèrent rapidement dans les cultures. Ces microbes se montrent alors très polymorphes, en fonction des conditions de milieux où ils se trouvent, et sont tout particulièrement résistants à la chaleur, quand ils sont à sec ou inclus dans des corps gras, ou vis-à-vis des agents chimiques (chloroforme, alcool absolu, acétone, teinture d'iode, etc.).

Pour M. Portier, les microorganismes ainsi isolés seraient précisément des symbiotes normaux des tissus ; ils existeraient sous une forme plus ou moins directement reconnaissable dans toute cellule et, quelle que soit leur forme, ils y joueraient un rôle primordial : ils seraient en effet les véritables et seuls agents de toute synthèse biologique, de tout processus assimilateur amenant à une édification moléculaire nouvelle. Le protoplasme de la cellule qui les héberge ne pourrait se nourrir qu'aux dépens des substances élaborées par ces symbiotes, ou aux dépens des symbiotes mêmes, dont un apport alimentaire constant serait ainsi rendu nécessaire ; si cet apport n'est pas réalisé, des troubles graves éclateraient immédiatement dans le métabolisme des cellules, incapables de se subvenir à elles-mêmes ; ainsi se produiraient les troubles dits d'« avitaminose » ou de « carence », qui, pour M. Portier, ne sont que des phénomènes d'« asymbiose », les agents destructeurs ou éliminateurs des vitamines supposées étant précisément pour lui destructeurs ou éliminateurs des symbiotes.

Ainsi, seules les bactéries symbiotiques constitueraient des êtres simples, capables de vie autonome, au moins dans certains cas, et toute autre cellule serait en réalité un organisme complexe dont seule l'activité assimilatrice du symbiote permettrait l'existence.

Enfin, non seulement les symbiotes joueraient de la sorte un rôle prépondérant dans les phénomènes intimes de nutrition cellulaire, mais encore ils seraient susceptibles à eux seuls de déterminer le processus de segmentation de la cellule, en particulier lors des phénomènes de fécondation, et leur intervention inopinée dans ce sens permettrait d'expliquer aisément les phénomènes encore obscurs de la parthénogénèse naturelle ou expérimentale, ainsi que les proliférations néoplasiques ou les processus de cicatrisation.

Telles sont, brièvement résumées, les grandes lignes de la théorie de M. Portier. Je n'ai pas besoin de faire remarquer combien tout cela est séduisant, et cette hypothèse originale, groupant si harmonieusement des faits en apparence disparates sous une même loi universelle, ne pouvait manquer de passionner les biologistes et de susciter immédiatement de nouvelles recherches de contrôle. C'est ce à quoi s'est attaché M. A. Lumière, qui, dans un ouvrage (1), tout récent vient d'exposer les résultats qu'il a obtenus, et de se livrer à une critique extrêmement serrée de la théorie des symbiotes.

L'expérience fondamentale sur laquelle est édifiée toute celle-ci est la culture de microbes contenus dans certains tissus normaux des Vertébrés, et ceci, naturellement, dans des conditions telles qu'il soit hors de doute que ces germes n'ont pas été introduits accidentellement par une faute de technique. D'autre part, puis-

1) Auguste Lumière. — *Le mythe des Symbiotes* ; Paris (Masson), 1919.

qu'il s'agit de tissus sains, ils est bien évident qu'il ne saurait être question de microbes pathogènes.

Ceci posé, le premier point qu'il importe d'établir, c'est l'origine des germes qui peuvent cultiver lorsqu'on ensemence certains organes. Font-ils partie inhérente en quelque sorte de la constitution de ceux-ci ? Ou bien ne pourrait-il, dans certains cas exceptionnels, exister dans les tissus normaux et sains, des microbes indifférents, saprophytes, qui auraient pu, par un concours fortuit de circonstances, franchir les barrières de défense de l'organisme de la même façon que les microbes pathogènes peuvent parfois le faire ? A cette question, l'expérience peut répondre. Si de tels microbes, à l'état actif, c'est-à-dire sous leur forme végétative, sont introduits artificiellement dans l'organisme (soit par ingestion, soit par injection), ils y sont régulièrement détruits en quelques heures ; par contre il n'en est plus exactement de même lorsque les cultures employées renferment des formes sporulées, infiniment plus résistantes, et l'on peut alors retrouver de ces dernières parfaitement vivantes même encore plusieurs mois après l'expérience, dans certains organes tels que le foie.

Ce premier résultat acquis, il reste à savoir si les spores des microbes saprophytes peuvent pénétrer normalement dans l'organisme. M. Lumière a procédé à cet égard à des expériences très minutieuses, dont il résulte que les conditions nécessaires pour que cette infection se produise sont si nombreuses que, pratiquement, leur réalisation simultanée doit être tout à fait exceptionnelle. Néanmoins, on est en droit d'en conclure à la possibilité de rencontrer dans les tissus vivants des spores de saprophytes, et c'est tout ce qu'il s'agissait de démontrer. Si, pour exceptionnelle qu'elle soit, la chose est possible, cela suffit à autoriser un doute sérieux à l'égard de l'expérience fondamentale de M. Portier ; les germes que l'on peut parfois cultiver à partir des organes sains ne seraient-ils pas de telles spores saprophytiques, et non pas les symbiotes supposés ?

Les formes microbiennes observées par M. Portier dans les tissus, soit avant, soit après culture, semblent justifier cette nouvelle interprétation qui contredit sa thèse.

Avant culture, M. Portier décrit les symbiotes comme des microcoques, et l'aspect morphologique des spores de saprophytes n'est nullement en contradiction, bien au contraire, avec cette appellation. Dans les cultures, M. Portier a constaté que les microcoques en question donnent naissance à des formes bactériennes : cette constatation cadre admirablement avec l'interprétation proposée par M. Lumière : la forme sporulée des saprophytes, seule forme assez résistante pour que les microbes aient pu résister à la phagocytose après leur pénétration dans le milieu intérieur, forme sous laquelle ils demeurent dans les tissus pendant un temps qui peut être fort long, à l'état de vie ralentie, donne naissance, dès que les conditions redeviennent favorables, à des formes végétatives typiques, les formes bactériennes qui caractérisent le microbe pendant sa vie active. Ainsi la succession de ces aspects s'explique le plus aisément du monde, alors qu'au contraire elle est absolument paradoxale dans l'hypothèse de M. Portier : il est en effet difficile de s'expliquer comment les symbiotes se présenteraient sous cet aspect sporulé dans les tissus mêmes, où, par définition, ils devraient proliférer plus activement qu'en aucun autre milieu et de concevoir que les formes végétatives, bacillaires, y soient au contraire l'exception alors qu'elles sont la règle dans les cultures.

En cultivant expérimentalement les micro-organismes contenus dans les tissus, M. Portier a été frapppé du polymorphisme de ces cultures et ce caractère lui semble de nature à justifier la création d'un groupe à part pour les symbiotes. Or, il semble prouvé que, dans un même milieu à composition rigoureusement constante, une même race microbienne donne toujours exactement les mêmes caractères de cultures, et dans les expériences de M. Lumière il en a toujours été ainsi pour les divers saprophytes dont il a pu faire germer les spores prélevées dans les tissus. Le polymorphisme des cultures obtenues par M. Portier suscite donc un nouveau doute et autorise à se demander si le « symbiote » isolé par lui ne doit pas précisément son polymorphisme cultural à ce qu'il s'agit en réalité non d'une espèce unique mais de saprophytes variés tels que ceux identifiés par M. Lumière au cours de ses recherches.

Indépendamment de leur polymorphisme cultural, M. Portier a pensé trouver un caractère spécifique des symbiotes dans certaines propriétés des espèces cultivées, à savoir leur résistance exceptionnnelle aux agents chimiques et à la chaleur d'une part, et en second lieu la réactivation de leur vitalité quand les cultures ont été maintenues un certain temps à une haute température. A l'encontre de M. Portier, M. Lumière se refuse à voir dans ces propriétés une justification des caractères exceptionnels attribués aux symbiotes, car il fait remarquer que des faits analogues étaient bien antérieurement connus pour certaines spores de certaines espèces banales, et lui-même a pu les mettre en évidence au cours de ses recherches, précisément pour les microbes dont on peut trouver les spores à l'état saprophytique dans les tissus. Il en est d'ailleurs de même des réactions chimiques de fermentation que M. Portier considère comme caractéristiques des symbiotes parce qu'elles

sont identiques à celles des tissus vivants, mais mais qu'on peut réaliser à l'aide de microbes saprophytes banaux qui indubitablement ne sauraient faire partie des symbiotes présumés.

M. Portier estime trouver un argument indirect en faveur de sa théorie en constatant que les injections des symbiotes supposées se montrent absolument inoffensives pour les organismes qui les subissent. Toutefois l'argument perd sa valeur si l'on remarque avec M. Lumière que les injections expérimentales de microbes saprophytes ne se montrent pas plus dangereuses.

Ainsi donc, en résumé, tous les caractères par lesquels M. Portier a pensé être autorisé à mettre à part une nouvelle classe spéciale de microbes, les symbiotes, peuvent être interprétés d'une façon très différente à la lumière des faits antérieurement connus ou de ceux mis en évidence par M. Lumière ; de plus, ils concordent parfaitement avec tout ce que l'on peut savoir actuellement des espèces saprophytiques dont les spores peuvent exceptionnellement se rencontrer à l'état quiescent dans les tissus normaux : rien ne justifie donc la craétion du groupe spécial des « symbiotes ».

(*A suivre*). Dr J.-M. Pacaut.

A TRAVERS LA PRESSE

Une active médication anti-infectieuse.

A propos de l'Hexaméthylène-tétramine, une note publiée dans le dernier numéro du *Concours Médical*, p. 1190, citait les travaux et les expériences d'un certain nombre de médecins des hôpitaux. Parmi ceux-ci, figure le Dr René Robine, chef de laboratoire à l'Hôpital Cochin, médecin consultant à Barèges, dont le nom a été à tort orthographié Robin.

Cette mise au point s'impose, afin qu'il n'y ait pas de confusion, et que chacun trouve le dû auquel il a droit.

La douleur aux attaches du diaphragme dans la grippe.

M. Gueit appelle l'attention sur des manifestations douloureuses, parfois intenses, que présentent les malades atteints de grippe thoracique (*Journ. des Prat.*, 6 mars 1920).

Ces manifestations, qui peuvent en imposer parfois pour de la pleurodynie ou même des douleurs pleurales, siègent au niveau des attaches du diaphragme, sur tout le pourtour de la cage thoracique. Elles s'accompagnent parfois d'une dyspnée intense, ne correspondent à aucun signe positif d'auscultation et se traduisent par une hyperesthésie segmentaire en ceinture de plusieurs centimètres de hauteur.

Constantes dans les formes trachéo-bronchiques, elles disparaissent dès qu'une localisation pulmonaire profonde apparaît, faisant même place à un état d'euphorie et de bien-être trompeur.

Cette amélioration paradoxale, coïncidant avec une persistance ou un retour de la fièvre, est un bon élément de diagnostic pour prévoir la complication pulmonaire.

L'épistaxis et son traitement.

Le saignement de nez provient presque toujours d'un point situé à la partie antéro-inférieure de la cloison.

S'il s'agit d'une hémorragie de suppléance ou de déplétion (flux menstruel vicarié, phlétore, etc.) M. de Parrel est d'avis, avec l'ensemble des praticiens, qu'elle doit être respectée, à moins que, par son abondance, elle ne devienne menaçante, ainsi que, personnellement, j'en ai observé plusieurs cas.

Les autres formes d'épistaxis doivent être combattues par un traitement local et général, tout à la fois (*Journ. des Prat.*, 6 mars 1920).

L'auteur réprouve le tamponnement postérieur. Si l'écoulement sanguin ne s'arrête pas de lui-même à la suite de manœuvres banales (larges inspirations, efforts de mouchage), on *cautérisera le point qui saigne avec un tampon* imbibé d'eau oxygénée pure ou de solution d'antipyrine, ou de cocaïne-adrénaline. Les applications d'une poudre composée d'alun, tanin, talc et acide borique à parties égales, seraient efficaces. Une cautérisation plus intense à l'acide chromique, au nitrate d'argent, au galvanocautère, vient à bout des épistaxis plus graves.

Si ces moyens échouent, on pratiquera un tamponnement antérieur, en bourrant la cavité nasale avec une mèche de gaze qu'on ne laissera pas en place plus de 24 heures. La mèche retirée, le malade fait qulques larges inspirations, se mouche, puis introduit dans la narine une masse de vaseline résorcinée au 30°.

L'insuffisance seule de ces moyens commanderait le tamponnement postérieur. J'ai dû plusieurs fois y recourir. A défaut de sonde de Belloc, je me suis servi d'une sonde de Nélaton en caoutchouc poussée dans la narine jusqu'à ce qu'elle apparaisse derrière la luette. A l'extrémité de cette sonde, je fixais le fil qui entraînait le tampon obturateur de l'orifice postérieur. Le résultat a été chaque fois satisfaisant.

Le traitement général comporte les injections sous-cutanées de sérum gélatiné, de caféine, d'huile camphrée, de sérum frais de cheval, de sérum antidiphtérique, l'administration par la bouche de chlorure de calcium (4 gr.), et la cure de la diathèse génératrice de l'épistaxis.

Les poisons alimentaires.

M. Loeper les passe en revue (*Prog. Méd.*, 27 mars 1920) dans l'ordre suivant :

Substances spontanément toxiques : champignons vénéneux, par la muscarine ou la phalline qu'ils renferment ; fèves dans certaines conditions ; haricots de certaines provenances, par l'acide cyanhydrique auquel donne naissance l'émulsine qu'ils contiennent ; pommes de terre très jeunes (solanine) ; rhubarbe, oseille, chocolat, par l'acide oxalique qui entre dans leur composition à doses parfois excessives ; moules et huîtres fraîches (mytilotoxine) ; viandes de certains poissons, des animaux (foie, corps thyroïde, capsules surrénales) ; lait d'animaux nourris avec de la betterave, des drèches, certaines euphorbes.

Substances toxiques provenant de la contamination ou de la putréfaction des aliments : animaux morts de maladies infectieuses ; mollusques infectés par le bacillus piscidus ; seigle ergoté ; céréales recouvertes de moisissures ; maïs décortiqué et stérilisé (pellagre) ; aliments contaminés au cours de leur préparation culinaire (bacilles typhique et paratyphique) ; aliments putréfiés (gibier faisandé).

Substances toxiques empruntées par les aliments au récipient qui les a contenus : plomb, cuivre, arsenic ; ou mélangées aux aliments dans un but de coloration ou de conservation (acide borique, sels de cuivre, aniline, sulfate de potasse).

Acides irritants et substances aromatiques émanant de la transformation dans la tube digestif d'aliments déjà putréfiés ou albumineux.

Les poisons alimentaires possèdent une action élective sur certains organes (tube digestif, cœur, système nerveux). Tous produisent des lésions artérielles (athérome).

Tous les organismes ne sont pas impressionnés par la plupart de ces poisons. Les uns y sont réfractaires. Les autres, au contraire, en souffrent en vertu d'une prédisposition individuelle, l'idiosyncrasie, voisine de l'anaphylaxie.

On prévient les intoxications alimentaires par un choix raisonné des aliments, et en tout état de cause, en faisant bouillir ceux-ci.

On les soigne en neutralisant les poisons et en les précipitant pour les rendre insolubles. Les purgatifs actifs, les lavements de sérum, les injections intra-veineuses ou sous-cutanées de sérum glucosé ou salé, combattant les effets des intoxications.

Les antidotes sont : le lait, pour presque tous les poisons minéraux ; la magnésie, pour l'acide oxalique ; le sulfate de soude pour le plomb ; l'adrénaline pour la muscarine ; la digitale enfin pour certains poisons diastoliques des viandes putréfiées.

Infection staphylococcique, suite d'anthrax, guérie par le sérum de Leclainche et Vallée.

M. Darget rapporte dans le *Journ. de Méd. de Bordeaux* (25 mars 1920) l'histoire d'un malade atteint primitivement d'un anthrax localisé du dos, qui présenta successivement une pyélonéphrite droite, puis gauche, une congestion pulmonaire, une congestion du foie, une ostéite de l'os iliaque, imputables à une infection généralisée par le staphylocoque provenant de l'anthrax primitif.

L'état du malade s'aggravant, l'auteur eut recours aux injections de sérum de Leclainche et Vallée, à la dose de 20 cmc.

Dès la deuxième injection, un mieux très sensible se manifesta. La guérison fut assez rapidement définitive.

Tout en reconnaissant l'efficacité de cette médication, l'auteur se demande s'il n'aurait pas mieux fait de pratiquer, dès le début de l'affection, l'exérèse totale de l'anthrax. Ce serait, selon lui, la méthode de choix quand la lésion est nettement localisée et que la réparation des téguments apparaît aisée.

Les abcès du poumon.

Les abcès collectés du poumon, suite d'affections des voies respiratoires, sont difficiles à diagnostiquer. On peut les confondre avec une pleurésie enkystée.

S'il survient ultérieurement une vomique, on constatera l'existence de certains signes cavitaires, et on conclura plus généralement à une pleurésie enkystée.

M. J. Chalier (*Lyon Méd.*, 25 mars 1920) attache de l'importance à certains signes généraux. L'amaigrissement, l'asthénie, la sécheresse des téguments, le teint pâle et terreux plaident en faveur de l'abcès pulmonaire.

La radioscopie permettra assez souvent de préciser le diagnostic. Elle peut rester négative quand l'abcès est peu volumineux. On n'hésitera pas alors à faire une ponction exploratrice, malgré le résultat négatif de l'examen à l'écran.

Cet exposé est illustré par une observation concluante, dans laquelle l'auteur a suivi cette conduite et s'en est bien trouvé, son malade ayant guéri à la suite de la ponction évacuatrice de la collection purulente.

La médication rénale chez les hypertendus.

Elle repose sur les trois principes suivants que développe excellemment notre ami et collaborateur M. Siguret dans l'*Hôpital* (mars 1920, A) :

« Soulager le rein, en restreignant au minimum l'apport des toxines par l'institution « d'un régime alimentaire approprié.

« Aider le rein, en s'adressant à des émonc-« toires accessoires tels que la peau et l'intestin.

« Stimuler le rein, quand la nécessité s'en « fera sentir, par l'emploi de substances capa-« bles d'exciter la diurèse ».

A son sens, le meilleur des diurétiques est l'eau pure à raison de 1000 gr. à 1500 gr. par jour. Toutefois, quand la réduction des liquides s'impose, on abaissera pendant quelques jours la quantité d'eau ingérée à 500 gr., par doses fractionnées de 50 à 100 gr.

La théobromine est le plus actif des diurétiques déchlorurants. Associée à la lithine ou au phosphate de soude, elle se prescrit à la dose de 0,50 par jour dans les cas légers. Les cas graves peuvent réclamer des doses de 2 à 3 gr. *pro die*. Quand la digitale est indiquée, elle ne fait pas obstacle à la théobromine qui peut être administrée simultanément.

La scille prudemment maniée, le chlorure de calcium, certains sels de potasse, l'acide formique, les sucres (sérum glucosé) exercent également une action diurétique que l'on pourra mettre en œuvre selon les cas et les nécessités.

Comment évoluent les tuberculoses ganglionnaires et comment les traiter.

Conseils lapidaires donnés par M. Bufnoir dans le *Journ. de Méd. et de Chir. prat.* (25 mars 1920), sur la conduite à tenir en face des adénites tuberculeuses.

La phase d'induration réclame l'abstention interventionniste. La mer, la montagne, l'alimentation substantielle, l'aérothérapie, l'héliothérapie suffisent assez souvent pour en déterminer la régression, à intervalle plus ou moins rapproché.

L'augmentation rapide du volume de la masse indurée doit faire penser au lymphadénome. On n'opèrera que lorsqu'elle devient volumineuse et gênante. Le pronostic est fatal.

A la phase de suppuration intra-ganglionnaire, ponctionner l'abcès. Injecter quelques gouttes de thymol camphré mélangé à parties égales avec de l'éther. La masse abcédée se liquéfiera. On reponctionnera autant de fois que cela paraîtra nécessaire.

La guérison est encore assez souvent ainsi obtenue.

La conduite sera la même au stade de suppuration périganglionnaire.

Eviter de laisser la peau s'envahir. Si l'évènement se produit contre toute attente, inciser nettement et drainer avec expression quotidienne. Pas de pansement. La plaie reste exposée à l'air et à la lumière, protégée la nuit par une compresse.

Au stade de fistulisation, établir un bon drainage en usant encore de l'air et du soleil.

Enfin, si tous ces moyens échouent, on enlèvera la masse ganglionnaire, en étant très parcimonieux dans la longueur de l'incision, toutes les cicatrices de tuberculose externe étant vouées à la chéloïde.

G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paris.

Le virus de l'encéphalite léthargique.

(MM. Levaditi et Harvier. — *Académie de Médecine.*)

MM. Levaditi et Harvier ont réussi à obtenir, chez le lapin, une inoculation positive du virus de l'encéphalite léthargique. Ils ont pu réaliser chez le même animal, de nombreux passages successifs, ce qui leur a permis d'arriver à un virus maniable dont ils ont fait alors l'étude. Leurs recherches montrent que l'agent de l'encéphalite léthargique épidémique est un virus filtrant spécifique, nettement différent de celui de la poliomyélite.

Contagiosité de l'encéphalite léthargique.

(M. Arnold Netter. — *Académie de Médecine.*)

La contagiosité de l'encéphalite léthargique ne saurait être mise en doute, car on ne comprendrait pas sans elle la diffusion de l'épidémie. Mais elle est difficile à mettre en évidence, puisque les cas restent généralement isolés dans une famille ou dans une maison.

M. Netter a pu suivre, néanmoins, la contagion sur un petit groupe de malades : d'abord chez plusieurs habitants d'un village du Puy-de-Dôme, et ensuite dans une famille parisienne, où elle fut apportée du village en question. M. Netter insiste sur le long intervalle qui sépare l'éclosion des symptômes dans ces différents cas : un mois, sept semaines et plus. Une aussi longue incubation est de règle dans la rage, maladie qui se rapproche par divers côtés de l'encéphalite léthargique.

D'autres exemples de contagion ont été observés par M. Léri, M. Longuet. En Angleterre, où la déclaration de l'encéphalite a été rendue obligatoire, 5 fois on a rencontré la maladie chez plusieurs habitants d'une même maison.

Quoi qu'il en soit, la contagion, pour être réelle, reste rare dans l'encéphalite léthargique. C'est que cette affection est somme toute peu contagieuse : il en est de même pour la méningite cérébro-spinale et la poliomyélite. Les microbes ou le virus filtrant de ces états morbides ne sont pas à craindre pour l'entourage aussi longtemps qu'ils restent enclos dans la cavité arachnoïdienne. La transmission se fait par les germes sortis de cette cavité et parvenus dans

les fosses nasales, la bouche, le pharynx. La salive paraît jouer un rôle important dans cette élimination du virus. Celui-ci, une fois mis en liberté, pourra pénétrer dans les fosses nasales d'un sujet sain, et, s'il n'est pas détruit par les forces de défense naturelles (le mucus nasal, en particulier), se propager aux sinus et à la cavité crânienne. Il ne faut pas oublier, non plus, dans la genèse de la contagion, la longue persistance du virus chez les convalescents.

M. Netter conclut que l'encéphalite léthargique est contagieuse et que son contage est vraisemblablement véhiculé par la salive. L'isolement prophylactique des malades est une mesure difficile à conseiller, en raison des nombreuses formes (les formes ambulatoires, par exemple) de la maladie et de la longue persistance du virus.

Les troubles oculaires de l'encéphalite léthargique.

(M. de Lapersonne. — *Académie de médecine.*)

M. de Lapersonne considère comme très fréquents les troubles oculaires de l'encéphalite léthargique. Ce sont souvent eux qui incitent les malades à consulter. Le ptosis et la diplopie sont particulièrement communs et leur constatation doit inciter à rechercher les autres symptômes de l'encéphalite. Le grand nombre des cas oculaires ambulatoires vient augmenter sensiblement l'importance numérique de l'encéphalite léthargique.

M. Netter va plus loin que M. de Lapersonne. Pour lui, la constatation d'une paralysie oculaire n'impose pas, mais rend très vraisemblable le diagnostic d'encéphalite léthargique, plus vraisemblable même que celui de syphilis cérébrale.

M. Widal appuie l'opinion de MM. de Lapersonne et Netter quant à la fréquence des troubles oculaires au cours de l'encéphalopathie léthargique. Il est exceptionnel que ces troubles manquent complètement et si on les recherche avec soin on les trouve presque toujours légers il est vrai, parfois. Il est bien rare, par exemple, que les malades ne se souviennent pas avoir vu double à un moment donné de leur affection.

Dans la symptomatologie de l'encéphalite, il n'y a pas que l'ophtalmoplégie qui puisse être parcellaire. Il en est de même des myoclonies, souvent localisées à un fragment de muscle. Ainsi, s'étend encore le domaine de la maladie.

L'immunité acquise dans la grippe.

(M. Chauffard. — *Académie de Médecine.*)

Chez 40 malades, hospitalisés à l'hôpital Saint-Antoine, pendant l'hiver 1919-20, pour « grippe », M. Chauffard a recherché l'existence d'une atteinte grippale antérieure dans l'épidémie de 1918-19. Il l'a trouvée 2 fois sur 3, et il conclut à une immunité acquise dans la grippe.

M. Netter remarque qu'il faut s'entendre avant tout sur les cas auxquels on doit réserver le nom de grippe. Il y a une grippe vraie, la grippe-influenza, celle qui fut observée en 1837, en 1889, et en 1918. Elle semble bien conférer l'immunité. Les pseudo-grippes ne rentrent plus dans ce cadre.

A propos de mille opérations pour goitre.

(M. Léon Bérard, de Lyon. — *Académie de médecine.*)

Le traitement médical du goitre, dit M. Bérard, par les médications thyroïdienne, iodée, arsenicale, ou par la radiothérapie, est de mise dans les formes congestives et molles. Il échoue dans les formes kystiques. Si au bout de quelques mois de cet essai loyal, la rétrocession du goitre n'est pas nette, il faudrait recourir, pour l'auteur, à l'intervention chirurgicale qui, seule, guérit à peu près sûrement le goitre et prévient toutes ses complications.

Les risques de l'opération sont des plus minimes. M. Bérard a opéré depuis 15 ans mille goîtreux, avec un seul cas de mort, par asphyxie due à la coudure de la trachée ramollie — accident rare et dans une large mesure évitable.

Sur la purgation huileuse avant les opérations.

(MM. Gosset et Mestrezat. — *Société de Chirurgie*).

MM. Gosset et Mestrezat ont étudié les effets de la purgation huileuse avant les opérations. L'analyse chimique a montré, à la suite de l'administration d'une purgation d'huile de ricin, une modification défavorable de la formule urinaire. M. Gosset considère, dès lors, que la purgation préopératoire est contre-indiquée chez les sujets dont les fonctions rénales ou hépatiques laissent à désirer et, d'une façon générale, chez tous les individus fatigués.

M. Faure se félicite de voir le travail de MM. Gosset et Mestrezat donner une précision scientifique à des constatations cliniques que beaucoup de chirurgiens ont faites depuis longtemps. Pour sa part, voilà des années qu'il ne purge plus les malades avant l'opération.

M. de Martel a l'impression également que la purgation fatigue les patients sans utilité.

M. Arrou a depuis nombre d'années abandonné la purgation avant les opérations.

M. Walther est heureux d'entendre tant d'avis contre la purgation. Il y a renoncé complètement chez les malades atteints d'affections intestinales, encouragé en cela par les travaux de Tissier, qui a montré l'énorme augmentation de la virulence des microbes de l'intestin, du perfringens notamment, sous l'influence du purgatif.

La scaphoïdite du tarse des jeunes enfants.

(M. CARLE RŒDERER. — *Société de Chirurgie.*)

M. MOUCHET lit un rapport sur un travail de M. Carle Rœderer, intitulé : « la Scaphoïdite du tarse des jeunes enfants, dite maladie de Köhler ».

La maladie décrite en 1908, en Allemagne, par Köhler, est une affection assez singulière des jeunes enfants de 6 à 10 ans. Elle n'a pas de symptomatologie précise, n'étant guère caractérisée que par la radiographie.

Cliniquement, elle se présente ainsi : un garçon ou une fille, entre 6 et 10 ans (âge spécial), sans antécédents ni signes de rachitisme, se plaint de souffrir au niveau du scaphoïde, à droite ou à gauche. Il accuse quelquefois un léger traumatisme. Il boîte légèrement et pose le pied à terre avec précaution, tantôt en varus, tantôt en valgus.

On constate une conservation parfaite de tous les mouvements du pied, un gonflement de la région scaphoïdienne et une sensibilité du scaphoïde à la pression. La radiographie montre un scaphoïde modifié dans son volume (il est réduit de moitié), dans sa forme (il est aplati), et dans son architecture (il est condensé).

La maladie a une tendance naturelle vers la guérison, guérison que favorise le repos, une immobilisation légère du pied pendant quelques mois et le massage des muscles de la jambe.

La pathogénie est discutée. Köhler a admis une anomalie de développement du scaphoïde. On a pensé aussi à une fracture par tassement, à une sorte de dystrophie osseuse analogue à la *coxa vara*.

P. L.

Province.

Société de Médecine de Toulouse.

M. AUDEBERT expose *quelques réflexions sur le manuel opératoire de la césarienne conservatrice.* Après avoir montré que le grand succès de cette intervention tient à la simplicité de son manuel opératoire, il en étudie les différents temps et insiste sur la suture utérine avec exact affrontement du plan séreux et sur le drainage utérin. Il discute ensuite le moment opportun de l'intervention qu'il vaut mieux pratiquer avant le début de tout travail.

M. MOSSÉ rapporte un cas de *méningite tuberculeuse chez l'adulte*, ayant évolué d'une façon latente et qui paraît consécutive (ainsi que l'ont montré les lésions nécropsiques) à une tuberculose des capsules surrénales. Le malade n'avait jamais présenté de signes de la maladie d'Addison.

MM. DALOUS et LAPORTE donnent le résultat de leurs recherches sur les *variations de la formule leucocytaire dans les tachycardies* qui présenterait dans 60 % des cas une mononucléose très nette.

MM. LAPORTE et SOULA ont étudié la *pression artérielle et la courbe oscillométrique dans le pouls alternant* qui sont un très bon procédé pour le diagnostic de la mesure de l'alternance du pouls.

M. AZÉMA communique un cas d'*ostéo-périostite rhumatismale* de la clavicule droite observé chez un jeune soldat et qui s'était accompagné d'une décalcification osseuse des plus marquées.

M. SECHEYRON présente une fillette âgée actuellement de 5 ans, et qu'il a opérée 50 jours après sa naissance de *tumeur kystique de la région sacro-coccygienne.* Il insiste sur la nature d'une semblable formation qu'il convient de séparer des *spina bifida* à forme de méningocèle.

M. J.-P. TOURNEUX rapporte un cas de *corps étranger du genou* survenu à la suite d'un traumatisme (chute de cheval) et qui provenait d'une fracture parcellaire de la face postérieure de la rotule.

M. J.-P. TOURNEUX communique un cas de *plaie du crâne et du cerveau par balle de revolver*, chez un jeune homme âgé de 15 ans. Six mois après cet accident, se manifestèrent différents troubles nerveux qui nécessitèrent une crâniectomie décompressive. Cette intervention détermina la production d'une hernie cérébrale due à une hydropisie du ventricule latéral, ainsi que le montra une nouvelle opération.

MM. DUCUING et LAPORTE signalent un cas de *tétanos à forme hémiplégique*, cas extrêmement rare observé chez un jeune soldat blessé à Craonne, et qui avait reçu une injection de sérum antitétanique.

MM. DUCUING et LAPORTE ont observé, chez un malade opéré de péritonite aiguë, *une perforation de l'intestin grêle donnant issue à un ascaris lombricoïde*, qui avait dû vraisemblablement déterminer cette lésion intestinale.

MM. DUCUING et LAPORTE exposent le résultat de leurs recherches sur *la réaction de Hay dans la rachianesthésie.* Alors que pour le chloroforme et l'éther, elle est presque toujours positive, cette réaction a été constamment négative dans les 46 cas où elle a été recherchée. La rachianesthésie n'aurait donc pas avoir d'influence sur le foie, et semble particulièrement indiquée dans les cas où il paraît déficient.

MM. DUCUING et LAPORTE communiquent une observation de *tumeur du foie* développée aux dépens d'un diverticule du bord antérieur de cet organe, où le diagnostic fut particulièrement délicat. L'ablation ne fut pratiquée que devant l'absence de tout autre néoplasme abdominal. Il s'agissait d'un épithélioma et par conséquent, d'une tumeur secondaire.

M. J. BAYLAC rapporte un cas de *phocomélie des*

deux membres supérieurs qu'il a eu l'occasion d'observer chez un homme de 48 ans : l'examen radiographique a permis d'établir la constitution exacte de ces deux membres doués de mouvements beaucoup plus limités à gauche qu'à droite. Malgré la brièveté de ses bras, ce sujet exerce le métier de tombelier : il a appris à manier la pelle et peut charger un tombereau.

MM. J. et R. Baylac font une communication sur la *pneumococcie traînante et prolongée simulant la tuberculose* dont ils rapportent trois cas observés sur des sujets âgés de 32, 20 et 72 ans ; l'évolution de la maladie, qui dura respectivement 70, 60 et 90 jours, se termina par la guérison. Les auteurs insistent sur la difficulté du diagnostic et terminent par quelques considérations sur la pathogénie de ces pneumococcies.

MM. Serr et Laporte communiquent 3 observations de *pneumococcie pulmonaire prolongée* dont l'évolution dura de 90 à 120 jours. Le diagnostic longtemps hésitant fut confirmé par l'examen bactériologique des crachats.

M. Sorel signale 2 cas de *pneumococcie prolongée* qu'il a eu l'occasion d'observer en 1914, étiquetés d'abord tuberculose pulmonaire, et dont l'évolution ultérieure montra la véritable nature.

M. J.-P. Tourneux expose les grandes lignes d'un mémoire qu'il a consacré à l'étude des *lipomes préherniaires étranglés*. Il passe successivement en revue, l'étiologie, l'anatomie pathologique et la pathogénie, et insiste sur la difficulté du diagnostic de ces lésions, dont la symptomatologie se confond presque avec celle des hernies étranglées. Un seul symptôme lui paraît permettre de porter un diagnostic exact, c'est la *mobilité relative de la tumeur* qu'il a pu relever dans les 4 cas de lipomes étranglés qu'il a observés, signe qui n'existe pas dans la hernie étranglée.

M. J.-P. Tourneux communique quelques observations de *sarcome primitif des muscles* qu'il lui a été donné d'observer. Ce sont là des tumeurs assez rares, dont il n'existe qu'un petit nombre de cas connus. Le pronostic en est très réservé, car, dans la plupart des cas, l'exérèse est rapidement suivie de récidive et de généralisation.

M. J.-P. Tourneux a eu l'occasion d'intervenir pour une *plaie pénétrante simple de l'abdomen* par coup de couteau, s'accompagnant de hernie épiploïque. La laparotomie pratiquée d'urgence, tout en montrant l'intégrité complète des viscères abdominaux (cas exceptionnel)) lui permit de retirer un fragment de vêtement dont la présence aurait certainement entraîné de grosses complications infectieuses.

M. Escande présente un travail intitulé : *contribution à l'étude radiologique de l'ulcère prépylorique*, où il montre l'importance de la radioscopie et de la radiologie dans le diagnostic précoce de l'ulcère prépylorique, particulièrement dans les formes frustes où les symptômes fonctionnels sont encore très peu marqués.

MM. J.-P. Tourneux et Ginesty rapportent un *cas d'entérorragie tardive après la kélotomie* survenu 11 jours après l'intervention et dont la pathogénie doit être rapportée à la chute d'une escarre due à une gangrène localisée des tuniques intestinales comme le montra ultérieurement l'apparition d'une fistule pyostercorale.

M. J.-P. Tourneux donne lecture de ses *statistiques opératoires de guerre* concernant les opérations qu'il a pratiquées pour les plaies pénétrantes de poitrine et de l'abdomen, les plaies du crâne et les écrasements des membres. Si les résultats obtenus dans les amputations (47 opérations dont 2 décès), et dans les plaies de poitrine (18 interventions dont 4 décès) sont assez satisfaisants, ils le sont un peu moins pour les plaies de l'abdomen (36 interventions dont 25 décès), et surtout pour les plaies du crâne (159 interventions dont 58 décès avant l'évacuation).

DERMATOLOGIE

Les principales dermatoses et leur traitement aux eaux sulfurées de Luchon,

Par le docteur F.-Henri Pelon (de Luchon).

Membre de la Société française de dermatologie.

Le caractère thermal essentiel de Luchon réside dans l'étendue et la puissance de sa gamme de sulfuration, allant des sources *hyposulfatées*, radio-actives, éminemment sédatives, aux *polysulfurées* fortes, excitantes et électrogènes, en passant par les *sulfhydriquées* et les *blanchissantes*. Cette infinie variété dans la nature et la richesse de minéralisation du principe sulfuré permet de traiter avec succès aux Thermes de Luchon les maladies de la peau les plus diverses. L'on conçoit aisément, en effet, que telle dermatose irritable ou prurigineuse, qui serait vivement exacerbée par des eaux polysulfurées très excitantes, se trouvera à merveille des eaux blanchissantes ou hyposulfitées, si nettement radio-actives, calmantes et sédatives. Par contre, des dermatoses anciennes, torpides, non irritables, trouveront une rapide amélioration, par l'usage, aux mêmes Thermes de Luchon, de sources fortes, polysulfurées, capables de réveiller et d'exciter l'activité des tissus.

Sources sulfureuses *fortes* et sources *douces* ont des indications respectives que je vais maintenant préciser.

Sont justiciables du GROUPE POLYSULFURÉ de Luchon :

1° Les DERMATOSES NON IRRITABLES dont le *psoriasis* est le type ; qu'il s'agisse de psoriasis *généralisé* ; de psoriasis *localisé* aux coudes, aux genoux, au cuir chevelu ; de psoriasis palmaire, plantaire ou unguéal ; de cette forme clinique si intéressante de psoriasis *arthropathique*, dans laquelle les eaux sulfurées sont doublement indiquées.

A côté du psoriasis vrai, et s'en rapprochant par leur aspect objectif, je placerai les trois types de *parapsoriasis* : en gouttes, lichénoïde, et en plaques ; et les *syphilides psoriasiformes*.

2° La grande classe des KÉRATOSES, parmi lesquelles je signalerai plus spécialement : *a*) les kératoses *diffuses* et *généralisées*, comme la *kératose* si bien étudiée par Darier, la *séborrhée* qui n'en est qu'une complication, le *pityriasis simplex*, l'*icthyose* et les *hyperkératoses ichthyosiques*, généralisées et partielles ; *b*) les kératoses *régionales*, plus connues sous le nom de *kératodermies*, dont les kératoses palmaires et plantaires sont les plus connues. Complication très fréquente de la kératose et particulièrement de la séborrhée, l'*acné* vulgaire, polymorphe ou juvénile, est une des maladies de peau le plus anciennement traitée avec succès à nos eaux polysulfurées.

3° Les DERMATOSES INFECTIEUSES OU PYODERMITES, dont je citerai seulement les principales : *a*) les manifestations cutanées de la *streptococcie*, à savoir : l'*impetigo* à répétition, laissant après lui son cortège de séquelles, nommées par Sabouraud reliquats chroniques de l'impetigo (rougeurs croûteuses rétro-auriculaires, narinaires ; blépharites, pityriasis, etc...) ; l'*ecthyma*, si rebelle aux moyens thérapeutiques ordinaires, la *streptococcie sèche du visage*, plus connue sous le nom de dartres furfuracées ; l'*intertrigo* dû à l'infection des plis cutanés, localisé surtout au sillon rétro-auriculaire et aux plis inguinaux et interfessier ; la *perlèche* ou impetigo du coin des lèvres ; enfin la *kératite phlycténulaire* et les *orgelets* ; *b*) les manifestations cutanées de la *staphylococcie* : les *folliculites*, dont le syndrome le plus courant est le *sycosis* simple, qui se rencontre surtout à la moustache et à la barbe, et quelquefois aussi aux aisselles et au pubis ; la *furonculose*, qui fournit chaque été à la cure luchonnaise l'occasion de nombreux et remarquables succès.

4° *Les* DERMATOSES PARASITAIRES, dues soit à des *acariens* comme la *gale*, à des *insectes* comme la *pédiculose*, soit à des *champignons* déterminant des *épidermomycoses*, c'est-à-dire des lésions purement locales sans retentissement sur l'état général (*pityriasis versicolor, érythrasma*).

5° Certaines ALOPÉCIES, diffuses ou circonscrites ; parmi les premières : l'*alopécie kérosique* liée à la *séborrhée* et au *pityriasis* et aboutissant immanquablement à la calvitie, si un traitement sulfuré local et général n'est pas institué en temps opportun ; l'*alopécie des maladies générales*, survenant pendant ou après la convalescence de la grippe, de la fièvre typhoïde, de l'érysipèle, de la pneumonie, des fièvres éruptives, se voyant aussi dans certaines maladies chroniques, anémies, goitre exophtalmique, affections utéro-ovariennes, intestinales, hépatiques ; parmi les alopécies criconscrites, la plus importante et la plus habituelle est la *pelade* qui trouve aux Thermes de Luchon une installation thermale toute spéciale sous la forme de pulvérisations locales de l'aire peladique données dans des cabines d'isolement.

Sont, au contraire, justiciables des sources DOUCES de Luchon (eaux BLANCHISSANTES et HYPOSULFITÉES) :

1° Les DERMATOSES IRRITABLES, au premier rang desquelles je place les *eczémas*, à l'exclusion, bien entendu, de l'eczéma aigu qui doit être tenu à l'écart de toute médication sulfurée, si douce soit-elle. Je me borne à énumérer ici les formes les plus communément traitées à Luchon : *eczéma vésiculeux*, s'observant de préférence aux extrémités et dont on a même distingué un type sous le nom de *dysidrose* ; *eczéma suintant*, siégeant surtout aux jambes et aux bras ; *eczéma sec*, désigné quelquefois aussi sous le nom d'*eczéma séborrhéique*, de *séborrhéides* ou mieux d'*eczématides* ; *eczéma squameux*, à desquamation abondante et interminable, se rencontrant surtout sur des sujets ou sur des régions à nutrition défectueuse ; *eczéma lichénifié*, souvent circonscrit, très prurigineux, quelquefois difficile à différencier d'avec le prurigo eczématisé ; *eczéma impétigineux*, donnant fréquemment naissance, quand il n'est pas traité à temps, à des folliculites, des furoncles, des adénites, des lymphangites, en un mot à toutes les manifestations de la pyodermite.

Le *pityriasis rosé de Gibert*, caractéristique par ses éléments érythémato-squameux, s'accompagnant de démangeaisons, est avantageusement traité par les sources douces de Luchon, délicatement maniées, au lieu que les eaux sulfurées fortes, brutalement appliquées, congestionneraient violemment la peau, exagèreraient le prurit et feraient naître parfois une eczématisation véritable.

2° Toute la classe des DERMATOSES PRURIGINEUSES comprenant, à côté des *prurits* et *pru-*

rigos provoqués et secondaires, ceux qu'on désigne sous le nom de *neurodermatoses*, dans lesquelles la démangeaison nous apparaît comme primitive et essentielle et est liée à un trouble nerveux de nature encore inconnue, mais qui est la cause directe des manifestations cutanées. Les *prurits*, qu'ils soient *généralisés* comme le *prurit sénile* ou le *prurit nerveux* (névrodermie de Brocq), ou, plus habituellement, *localisés* (prurit anal, périgénital, palmaire, plantaire, des régions pileuses) sont régulièrement calmés par les bains hyposulfités ou blanchissants.

Retirent un égal bénéfice de cette même médication thermale trois formes principales de *prurigos* : le *prurigo simplex aigu* ou *strophulus* ; le *prurigo de Hébra* ; le *prurigo vulgaire* diffus ou circonscrit ; l'*urticaire* à répétition, qu'on la rattache à un état nerveux, à des troubles digestifs, à une autointoxication, ou bien qu'on la fasse, comme Darier, dériver de l'anaphylaxie ; le *lichen plan*, s'accompagnant souvent de démangeaisons provoquant un grattage auquel il faut attribuer les lichénisations diffuses qui accompagnent alors l'éruption typique au point de la masquer ; de même aussi l'*herpès* récidivant, notamment l'herpès génital de l'homme ou de la femme. Le *zona*, intercostal, lombo-abdominal, génito-crural, celui des membres, laisse toujours après lui des névralgies tenaces et fort douloureuses qui sont constamment calmées par la cure sulfurée.

La division précédente des maladies de la peau en deux grandes classes, justiciables, les unes du groupe *polysulfuré*, les autres, du groupe *hyposulfité* de Luchon, n'a qu'une valeur schématique, commode pour une description didactique, et la barrière qui les sépare n'est pas absolument infranchissable. Un eczéma, par exemple, présentant une réaction inflammatoire encore assez marquée, s'accommodera mal des sources polysulfurées ; mais celles-ci, mises en œuvre plus tard, après l'apaisement de toute réaction, auront, au contraire, sur le même eczéma un effet réducteur des plus favorables.

Le traitement thermal des dermatoses doit être d'ailleurs surveillé de très près par le médecin : si un effet trop irritant et une poussée congestive, non recherchée, surviennent après l'application d'une source forte, il faudra les tempérer par la prescription d'une source douce quitte à reprendre ensuite l'usage des premières eaux. C'est là essentiellement affaire de doigté et d'habileté de la part du médecin thermal, qui doit savoir manier avec maîtrise la gamme sulfurée des sources luchonnaises pour le plus grand bien de son malade.

Ce traitement thermal, pour être vraiment efficace, devra répondre à une double indication :

a) S'adresser, si possible, à la *cause* même de la dermatose, ou du moins au *terrain diathésique* sur lequel elle évolue ; les pratiques générales de balnéothérapie réaliseront ce desideratum ;

b) S'adresser à la *lésion cutanée*, par les applications locales d'eau sulfurée (bain, pulvérisation, etc..). Ce traitement local aura, suivant la qualité de la source prescrite, suivant son degré de sulfuration ou de radio-activité, suivant aussi son mode d'utilisation, une action qui sera : *antiphlogistique* et *calmante* (dermatoses irritables et prurigineuses), *antiseptique* et *antiparasitaire* (pyodermites, gale, pédiculose), *détersive*, *révulsive*, *irritante*, *substitutive* (dermatoses non irritables), *pilo-excitante* (alopécies).

Les ressources hydrologiques ne seront d'ailleurs pas taries après le traitement d'une dermatose aux eaux sulfurées de Luchon. Une *cure consécutive* à une station appropriée sera souvent indiquée pour agir sur les causes internes et profondes de cette dermatose : les eaux d'Aulus, Vichy, Brides, Châtel-Guyon, Plombières, Luxeuil, etc.., rendront alors de précieux services pour modifier favorablement une affection gastro-intestinale ou utéro-ovarienne dont la maladie de peau n'est qu'une manifestation (1).

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses.

(*Thèse de Lyon*)

Dr Henri HUGARD. — **L'ostéosynthèse précoce dans les fractures exposées et compliquées.**

Hugard conclut que l'ostéosynthèse précoce est appelée à devenir le traitement de choix de la grande majorité des fractures exposées et compliquées.

L'ostéosynthèse est formellement indiquée :

1° Dans les fractures ouvertes irréductibles et à grand déplacement des fragments ;

2° Dans les fractures fragmentaires, esquilleuses ou avec perte de substance osseuse ;

3° Dans les fractures épiphysaires ou juxta-épiphysaires avec bascule des fragments ;

4° Dans les fractures s'accompagnant de gros délabrements des parties molles ;

5° Dans les fractures ouvertes infectées dont elle combattra efficacement l'infection.

Un appareil plâtré est indiqué comme complément indispensable de l'ostéosynthèse.

(1) Pour plus de détails, voir :

F.-H. PELON. — Guide de thérapeutique hydrominérale. Choix d'une station française dans les maladies courantes. Paris, Maloine. (*Médaille de vermeil. Académie de médecine.*)

F.-H. PELON. — La station thermale et climatique de Bagnères-de-Luchon. Luchon, Lafont, Sarthe (*id.*).

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

A l'Association générale des médecins de France.

L'Assemblée générale annuelle de l'Association des médecins de France est toujours un évènement qui compte dans les fastes du Corps médical français.

Est-il possible qu'un médecin ignore actuellement l'Association ? Cependant elle ne compte que 12.000 membres et l'on ne comprend guère pourquoi 8 ou 10.000 praticiens, par ignorance ou par négligence, refusent pour une insignifiante cotisation annuelle, de devenir copropriétaire des *sept millions cinq cent mille francs* qui, au 31 mars 1920 formaient le capital de l'A. G., capital qui s'accroît chaque jour ? Quel est le praticien qui peut affirmer, à l'heure actuelle qu'il n'aura, lui ou sa famille, jamais besoin de l'assistance de l'A. G., et combien voyons-nous chaque jour de vieux confrères, de veuves et d'orphelins qui se lamentent de l'imprévoyance passée, ne pouvant pas prétendre aux revenus de l'Association ?

Espérons que les jeunes confrères qui liront ces lignes voudront bien réfléchir et s'informer.

***

Cette année, l'Assemblée, qui se tint le dimanche 9 mai à la Faculté de médecine, fut nombreuse et brillante. Malgré les difficultés des transports, causées par la grève des cheminots, malgré la suppression de la réduction habituelle de 50 % par les Compagnies de chemins de fer, malgré l'encombrement de Paris et l'exagération des frais de voyage et de séjour, un grand nombre de délégués venus des quatre coins de France assistaient à la séance; 109 prirent part aux élections des membres du Conseil général. L'on admirait la verte vieillesse du Dr Lugeol, de Bordeaux, président de la Société de la Gironde, doyen de l'A. G., et du légendaire Dr Langlet, ancien maire de Reims et président de la Société de la Marne. Le président de l'A. G., Bellencontre, après avoir souhaité la bienvenne à tous, sut, en orateur consommé, faire l'éloge des bienfaiteurs de cette année. Son discours, d'une éloquence simple, délicate, pleine de charmes, devint d'une très émouvante sincérité lorsqu'il adressa les remerciements de ses confrères au dernier donateur de la liste, son ami intime, le Dr Alfred Jean (de Paris) qu'il avait conduit, trois jours auparavant, à sa dernière demeure.

Les comptes du trésorier général, le dévoué Dr Jules Bongrand furent approuvés et des félicitations bien méritées lui furent adressées, en y associant M. Maillard, qui, depuis de longues années, assure le service de la comptabilité et dirige tous les services administratifs de l'A. G. qui prennent chaque jour une plus grande extension. La Caisse d'assistance de guerre est venue considérablement accroître la besogne de ce fidèle et intelligent collaborateur du conseil dont l'activité n'a d'égale que le dévouement.

Le secrétaire général, Ch. Levassort, fit alors l'exposé sommaire de son important rapport, publié et distribué à l'avance et la discussion put s'engager avec ordre et méthode sur chaque chapitre.

De cette discussion nous ne retiendrons que ce qui intéresse l'A. G., car la plupart des vœux adressés par les Sociétés locales étaient du ressort des syndicats. Respectueux des statuts de l'A. G., bien antérieurs à la naissance du syndicalisme médical, le secrétaire général avait cru, par déférence, examiner chaque question et en faire même parfois un historique détaillé. Mais l'Assemblée, avec sagesse, passa à l'ordre du jour presque sans discussion.

Rappelons quelques-uns de ces vœux, pour montrer jusqu'à quel point un débat à leur sujet eût été oiseux, nous allions dire presque déplacé : la déclaration obligatoire de la tuberculose, le service de santé militaire, l'ordre des médecins.

Nous ne cesserons de répéter que dans l'intérêt du Corps médical, il convient d'éviter l'intrusion de l'A. G. dans le domaine syndical. Il pourrait se créer involontairement des conflits entre l'Association et l'Union des Syndicats, conflits que pourraient exploiter les ennemis du Corps médical et jeter le trouble au Parlement ou dans les milieux officiels qui ne sauraient quels sont les véritables mandataires du Corps médical dans la défense de ses intérêts.

Il convient donc d'être sur ce point extrêmement circonspect et de se borner à renvoyer ces questions à l'examen de l'Union des syndicats, en émettant tout au plus un avis.

La question véritablement intéressante et qui fut longuement discutée, fut exposée très nettement et avec beaucoup d'à propos par le Dr Clermont, délégué de la Société départementale de la Haute-Garonne.

Le Dr Clermont, avec juste raison, s'indigna de la faible somme allouée par l'Association à ses pensionnés. Le taux de cette pension pour être de quelque efficacité à l'heure actuelle, devrait être de 3.000 francs au minimum. Le Dr Clermont s'éleva contre cette poussière de subventions sans utilité que sont les allocations d'ancienneté, allocations qui vont le plus souvent à des personnes riches qui, rendues parfois quelque peu égoïstes ou indifférentes par l'âge, se contentent de les encaisser, alors que leur devoir consisterait à les renvoyer à la caisse sous forme de dons. Nous partageons absolument à ce sujet l'opinion de M. Clermont.

Les allocations d'ancienneté sont une erreur ; elles furent imaginées comme une amorce, un acheminement vers les retraites de droit. Le simple bon sens suffit pour se rendre compte que jamais ces allocations ne deviendront des retraites et cette prétendue amorce est simplement une création falote qui peut donner aux esprits superficiels l'apparence que l'on a fait quelque chose alors que l'on n'a rien fait du tout. Nous sommes heureux de voir que nos confrères de la Haute-Garonne ont eu le courage de revenir de cette erreur et félicitons le Dr Clermont de l'avoir proclamé.

L'objection à opposer au Dr Clermont sur la faiblesse des pensions venait à l'esprit naturellement d'elle même ; pour les augmenter, il faut avoir de l'argent. Tous les fonds de l'A. G. ont des destinations statutaires ou rendues obligatoires par la volonté des donateurs.

L'important legs Dard, par exemple, qui atteint un million et dont le dévoué Dr Zipfel vient d'achever avec succès la liquidation difficile, est destiné aux veuves et aux orphelins.

Mais le Dr Clermont a prévu l'objection : il faut, a-t-il dit, augmenter les cotisations, ou plutôt créer une cotisation supplémentaire avec une affectation spéciale pour les pensions.

En respectant les statuts de l'A. G. le dixième de la cotisation de 12 francs serait versé à la caisse des frais généraux, augmentant le capital et ne laissant disponible qu'un revenu insignifiant, tandis que la cotisation supplémentaire ayant une affectation spéciale, irait former une caisse nouvelle dont les fonds seraient répartis entre les pensionnés des seules sociétés qui voudraient bien alimenter cette caisse.

Bien que quelques délégués eussent prétendu qu'une augmentation de la cotisation serait désastreuse pour le recrutement de leur société, la proposition du Dr Clermont fut adoptée à la presque unanimité.

Le Dr Lugeol annonça d'ailleurs que la Société de la Gironde était résolue à élever sa cotisation à 36 francs.

L'adhésion de l'Association à la Confédération des Travailleurs intellectuels a été en outre décidée. Bien qu'assez peu éclairée sur l'organisation et les tendances de cette confédération, l'Assemblée jugea qu'il serait utile de ne pas laisser le corps médical en dehors du courant social qui gagne les intellectuels.

En pénétrant dans la C. T. I. les délégués médecins se rendront compte de son but et de sa puissance, pourront prendre une part à sa direction et s'ils constatent que les destinées de cette œuvre sont incompatibles avec la dignité et les intérêts du corps médical, ils pourront à toute heure se retirer.

Le banquet traditionnel réunit le soir chez Marguery les délégués. De nombreux toasts furent échangés. Le président Bellencontre, les Drs Lugeol, Langlet prirent la parole, MM. les sénateurs Chauveau, président du groupement médical parlementaire et Delpierre, nouveau membre du Conseil général de l'A. G., MM. Thierry et Pacaut anciens députés, montrèrent combien le groupe des médecins du Parlement pouvait être utile à nos revendications professionnelles et combien il serait heureux de défendre la cause médicale en toute circonstance.

M. Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris, qui était un des convives, fit un chaleureux appel à la générosité de tous pour la réalisation du Monument commémoratif aux médecins morts pour la Patrie. Il espère voir un jour s'élever devant la Faculté de médecine de Paris, ce Monument qui doit être digne du Corps médical français et des héros qu'il doit glorifier (1).

Une heureuse innovation avait conduit au banquet, parmi les invités, deux représentants du corps pharmaceutique, MM. Loisel et Faure, dont nous ne saurions oublier l'utile et géné-

(1) Envoyer les cotisations au Dr J. Bongrand, trésorier du Comité de l'A. C., 5, rue de Surène.

reuse collaboration lors de la cérémonie de la Sorbonne en l'honneur des victimes du Corps de Santé. M. Loisel, en une allocution très applaudie, fit l'éloge du praticien de campagne, dont la situation n'est pas ce qu'elle devrait être, et but à l'étroite union qui doit régner entre médecins et pharmaciens et qu'il s'efforcera toujours d'assurer. Deux délégués des Associations d'Etudiants avaient été aussi conviés. Espérons qu'ils feront connaître à nos futurs confrères l'Association générale des médecins de France.

II

La Confédération des Travailleurs Intellectuels.

Un certain nombre de nos confrères nous ont posé les questions suivantes : qu'est-ce que la Confédération des Travailleurs Intellectuels, qui vient de se fonder ? A quel but répond-elle ? Les médecins ont-ils intérêt à y adhérer ?

La C. T. I. est née du besoin social d'associationnisme : les individus ne peuvent plus rester isolés, sinon ils sont broyés, parce qu'incapables de lutter, avec leurs seules ressources, contre les modes d'organisation collective du travail contemporain.

Les associations, les syndicats, les groupes professionnels sont eux-mêmes conduits à se fédérer, à se concerter pour une union d'efforts corporatifs.

Il est, d'autre part, de langage courant d'opposer le capital au travail. Les uns désirent une entente, parlent de coopération, préconisent la participation aux bénéfices et l'actionnariat ouvrier, sous toutes ses formes : d'autres préfèrent la lutte de classes, l'action brutale et désorganisatrice, devant aboutir, grâce à une révolution économique, politique et sociale, à supprimer les modes actuels du salariat, pour mettre fin à l'exploitation des travailleurs au profit de quelques privilégiés de la fortune.

Depuis longtemps, les travailleurs manuels se sont groupés, en syndicats, en Bourses du Travail et en C. G. T. Seuls peuvent être admis les ouvriers, les salariés, ; en sont exclus ceux qui peuvent avoir sous leurs ordres des ouvriers ou des salariés.

Les travailleurs intellectuels, ceux qui gagnent leur vie, non par leur effort musculaire, mais par leur effort cérébral, ne peuvent faire partie de la C. G. T. Les ingénieurs, les chimistes, les architectes, etc., bien que souvent à la solde de puissantes compagnies industrielles, ou de riches patrons, qui les traitent et les considèrent comme des salariés, ne peuvent faire partie de la C. G. T., parce qu'ayant sous leurs ordres des ouvriers, qu'ils dirigent pour la bonne marche de l'entreprise.

Les avocats, les artistes-peintres, décorateurs, sculpteurs, etc., sont également en dehors de la C. G. T., parce que non salariés, du moins en apparence.

Les médecins eux-mêmes sont considérés comme des « bourgeois », ou comme des ouvriers à « mentalité bourgeoise », à cause de leurs origines. Seuls, quelques médecins ont-ils pu trouver grâce aux yeux de la C. G. T. et, non sans peine, ont réussi, sous le nom de syndicat de Médecine Sociale, à se faire admettre à la « Fédération de la Santé ». Ce syndicat ne peut pas faire partie de notre Union des syndicats médicaux de France, à cause du règlement de la C. G. T.

Dans cette lutte sociale pour un mieux-être, qui met actuellement aux prises capital et travail, les intellectuels devaient-ils rester indifférents ?

Le travailleur cérébral a cependant les mêmes aspirations que les travailleurs manuels. Lui aussi commence à se révolter à l'idée de n'être qu'un salarié. Ne voit-il pas souvent son invention, sa découverte, son intelligence, être accaparées par les détenteurs du capital, pour le seul profit de ces derniers ? Les meilleurs élèves des lycées, les travailleurs, les forts en thème, ont lutté pendant leur belle jeunesse pour affronter les concours des grandes écoles du gouvernement.

Plus tard, devenus ingénieurs, chimistes, avocats, médecins, ils se sont trouvés à la merci de puissantes organisations financières et industrielles, dirigées et accaparées par leurs anciens condisciples de lycée, qui n'ont eu que la peine d'hériter de la fortune de leurs parents, qui prennent à leurs gages ceux-là même qui, jadis, avaient tous les premiers prix.

Devant les difficultés croissantes de la vie, les intellectuels formulent les mêmes réclamations que les manuels : ils entendent participer à une plus équitable répartition des bénéfices provenant du travail, au lieu d'éternellement jouer les Raton de la fable, et de tirer les marrons du feu, pour le seul profit des détenteurs du capital.

Mais les moyens de lutte sont dissemblables : alors que les travailleurs de la C. G. T. emploient l'action directe, la violence, la grève et la proclamation d'un idéal de révolution, les intellectuels, sont plus pondérés, plus évolutionnistes que révolutionnaires, moins portés à la grève et à la violence. Disons d'ailleurs que, jusqu'à présent, les savants, les cérébraux, n'ont été que de farouches individualistes : leurs rares associations n'ont que des buts scientifiques ou désintéressés.

Néanmoins, les difficultés de l'heure présente les obligent à concevoir les bienfaits retirés des groupements professionnels. Mais, comme cha-

que association corporative est elle-même trop faible pour faire entendre et écouter sa voix, groupons en une Fédération, tous les syndicats et associations de ceux qui gagnent leur vie par leur travail intellectuel et, puisque la C. G. T. ne peut nous admettre, formons une C. T. I. dans le but de réunir des efforts communs.

C. T. I. et C. G. T. sont d'ailleurs appelées à travailler ensemble, soit par des commissions interfédérales, soit au Conseil économique du Travail. Les aspirations sont les mêmes : tous les travailleurs doivent donc s'unir pour faire régner un équilibre économique plus équitable, comme pour obtenir une formule destinée à rétablir l'équilibre entre les forces productives du travail et celles moindres du capital.

Voici d'ailleurs les buts, indiqués dans les statuts de la C. T. I., dont nous donnons quelques extraits.

Formation. — Durée. — Objets.

Article premier. — Entre les collectivités ci-dessous contractantes et celles qui seront, par la suite, admises à adhérer aux présents statuts.

Il est formé, dans les termes de la loi du 1er juillet 1901, une Association dénommée : Confédération des Travailleurs Intellectuels (C. T. I.) qui pourra comprendre, outre les Associations constituées conformément à la loi du 1er juillet 1901, tous autres groupements, syndicats ou institutions du travail intellectuel légalement constitués.

Art. 2. — La C. T. I. a pour objet :

D'organiser entre le plus grand nombre possible de colllectivités représentant les différentes professions intellectuelles, libérales et techniques, une action commune concernant la protection et la défense des intérêts et des droits généraux desdites professions et le rôle des Travailleurs intellectuels dans laNation.

Etant bien entendu que chaque collectivité conserve, de la façon la plus absolue, sa personnalité propre, ainsi que son entière autonomie et le choix de ses moyens d'action en ce qui concerne son objet ou ses intérêts particuliers.

En conséquence, la C. T. I. se propose, notamment :

1° D'établir, faire reconnaître, soutenir et étendre, au besoin, les droits généraux, actuels ou à venir, des professions intellectuelles, libérales et techniques ;

2° D'étudier et de surveiller tout ce qui peut, de près ou de loin, concerner les droits et les intérêts desdites professions ;

3° De prendre l'initiative de toutes actions en vue d'assurer, tant en France qu'à l'Etranger, la reconnaissance et la protection de ces droits.

4° D'apporter à chacune des collectivités adhérentes, sur sa demande, le concours de la C. T. I. chaque fois qu'un intérêt primordial de cette collectivité se trouvera en jeu ;

5° De créer un ou plusieurs lieux ou centres de réunions ;

6° De favoriser la création de groupements régionaux ;

7° D'agir enfin, d'une façon générale et en toutes circonstances, pour le bien, tant des collectivités adhérentes que des professions intellectuelles, libérales et techniques.

Les collectivités adhérentes versent une cotisation annuelle de 25 francs pour chacun des délégués les représentant.

Le chiffre de cette cotisation pourra être modifié par décision du Comité, sans pouvoir, toutefois, dépasser 100 francs.

Art. 7. — La C. T. I. s'interdit toute ingérence dans l'administration intérieure des collectivités adhérentes.

Toute collectivité adhérente est libre de se retirer de la C. T. I. à toute époque.

Médecins, avons-nous intérêt à nous affilier à la C. T. I. ?

Je conclus nettement par l'affirmative et j'en donne les raisons.

Tout d'abord, nous aurons bénéfice à faire inscrire nos délégués dans différentes sections, prévues aux statuts.

Sections professionnelles.

Art. 9. — La C. T. I. est divisée en neuf sections principales :

Arts, enseignement, fonctionnaires, lettres, presse, professions libérales, sciences pures et appliquées, techniciens du commerce, techniciens de l'industrie.

De nouvelles sections pourront être créées par décision du Comité, sous réserve de ratification par l'Assemblée générale.

Chaque collectivité adhérente choisit, en fonction de son objet particulier, la ou les sections dans lesquelles elle veut être inscrite et où elle aura le droit de vote.

En cas d'oppositions de la part de collectivités déjà adhérentes à ces sections, le Comité statue sauf appel à l'Assemblée générale.

Art. 10. — Chaque collectivité adhérente nomme et mandate, pour la représenter, un Délégué jusqu'à deux cents membres actifs, titulaires ou sociétaires ; deux, de deux cent un à cinq cents ; trois de cinq cent un à mille ; quatre de mille et un à deux mille ; cinq de deux mille et un à cinq mille ; six de cinq mille et un à dix mille ; sept de dix mille et un à vingt mille ; huit de vingt mille et un à cinquante mille ; neuf de cinquante mille et un à cent mille, et dix au-delà, sans que ce chiffre puisse être dépassé. Pour ce calcul, il ne sera tenu compte que des membres de nationalité française.

Chaque collectivité, en outre des Délégués régulièrement mandatés, désigne un certain nombre de suppléants. Dans le cas où une collectivité est inscrite dans plusieurs sections, ses Délégués sont répartis

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Jougne (Doubs). Charlin
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). A. Dumont.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

Nous rappelons a nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Cassis-sur-Mer. Buges.
Douarnenez. Damey.
Paramé. Ronsin.
Riva-Bella. Gourceral.
St-Quay-Portrieux, Christian, Le Lionnais.
Sables-d'Olonne, Pelletier

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

entre les sections par décision du comité, sauf appel à l'Assemblée Générale.

Délégués et suppléants devront être de nationalité française et jouir de leurs droits civils et politiques. Ils représentent les intérêts de tous les membres : titulaires, sociétaires, stagiaires, adhérents ou correspondants.

Les Délégués se réunissent par section après l'Assemblée générale annuelle et dans un délai maximum de quinze jours pour choisir, dans la section, les membres du Comité Directeur, et ce, à raison de six membres et trois suppléants pour chaque section.

Ces élections sont faites pour trois ans.

La nomination a lieu à la majorité absolue.

Un des nôtres devra se faire inscrire à la section « Enseignement ». Nous devons nous préoccuper des travaux de ce groupe, à deux points de vue : tout d'abord, le médecin prend à cœur ses études scientifiques et nombreux sont ceux qui critiquent le genre d'enseignement qui est donné à la Faculté.

Nous aurons donc une tribune pour faire prévaloir nos conceptions sur l'enseignement supérieur et sur celui de la médecine en particulier.

En second lieu, ne devons-nous pas, en hygiénistes et en puériculteurs, prendre part aux discussions concernant l'instruction primaire et secondaire? N'aurons-nous pas à donner un avis autorisé quant à la confection des programmes des écoles et lycées, à dire nos conceptions d'éducation physique et de plein air ? Enfin, l'hygiène à l'école, tant pour l'inspection sanitaire des locaux, que pour l'enseignement à faire aux jeunes enfants, ne doit pas nous laisser indifférents.

Les sections de la « Presse » et des « Professions libérales » doivent aussi nous accueillir. Nous pourrons discuter, d'une part, le peu de place qui est reconnue à la presse périodique et scientifique, au profit des journaux quotidiens, politiques ou amusants, quelquefois parfaitement inutiles, pour ne pas dire nuisibles. Nous avons à défendre les droits de la science et de la vulgarisation de l'instruction, alors que tiennent trop de place les futilités, les balivernes et les faits divers.

Avec les professions libérales, nous serons également chez nous. Nos intérêts économiques sont semblables de ceux des avocats : que de fois n'a-t-on pas comparé les deux professions, tant au point de vue d'un Conseil de l'Ordre, que pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, ou sur les bénéfices de guerre ?

Avec les ingénieurs, nous serons surpris de parler le même langage. J'ai assisté, il y a quelque trois mois, à une réunion constitutive d'une Union des Syndicats d'ingénieurs chimistes, électriciens, mécaniciens, etc.

Il me semblait, à entendre les orateurs, que j'étais resté dans un milieu médical : toujours les mêmes plaintes, les mêmes exploitations, la même misère pour vivre, la même difficulté dans les études.

Disons enfin qu'il n'est peut-être pas loin le jour, où il nous faudra envoyer un délégué à la section des fonctionnaires : la collectivité a besoin de médecins contrôleurs, n'exerçant pas la médecine, mais pouvant inspecter, vérifier, surveiller, au nom de la puissance publique. Nous, médecins praticiens, indépendants, nous devrons nous préoccuper de la manière dont seront exécutés ces contrôles, pour que nos malades soient respectés, la santé publique utilement surveillée et les droits de chacun absolument sauvegardés.

Pour toutes ces raisons, d'ordre purement professionnel, nous ne devons pas nous désintéresser de ce mouvement, qui tend à grouper toutes les forces de l'intelligence. D'autant qu'isolés, dans nos syndicats, nous n'avons pas, à nous tout seuls, la force corporative suffisante, pour faire utilement écouter notre voix. Que de fois nous est-il répondu que, s'il existe 20.000 médecins en France, il y a 40 millions de Français, dont l'intérêt prime le nôtre.

Par la C. T. I., nous saurons prouver que l'intérêt égoïste de notre profession n'est pas le seul mobile de nos syndicats, mais, qu'au contraire, nous entendons collaborer, avec la puissance publique, pour toutes les questions tendant à l'amélioration de l'assistance et de l'hygiène sociales. Nous qui vivons de la maladie, nous voulons diminuer le nombre des malades, dans notre patrie. N'est-ce pas de l'altruisme et du patriotisme au premier chef ?

Je vois, dans cette C. T. I., une amorce des conseils professionnels, techniques, que je réclame depuis longtemps et dont j'ai ébauché une esquisse, dans ma thèse de doctorat en droit.

Les syndicats ne doivent pas être suspectés : ils ne doivent pas être des facteurs de révolte ; il ne faut pas que, pour obtenir un mieux-être corporatif, ils puissent troubler la paix publique, ni la liberté collective de travail.

Le syndicat, tel que je le comprends, est un organisme de gouvernement : formant la somme des intelligences, des forces intellectuelles d'un corps de métier ou d'une profession, il ne doit pas gouverner, ni administrer, mais il doit être le conseiller autorisé, constitutionnel, de la puissance publique, à quelque degré que cette puissance puisse se manifester.

J'espère que, par la C. T. I., nous ne serons pas les artisans d'une révolution sociale, qui ne pourrait s'effectuer que dans le trouble, le sang et la destruction, mais que nous collaborerons à l'évolution économique de demain. Nous devons travailler, dans le calme et la paix, à une meilleure répartition du profit du travail, à un meilleur équilibre social, basé sur une conception, nouvelle, mais non brutale, de la transformation

de l'utilisation du capital : nous devons enfin, avec les autres professions intellectuelles, collaborer avec les travailleurs manuels, pour que le gouvernement soit véritablement l'émanation du peuple travailleur, sous toutes ses formes. Les forces techniques de la nation, groupées en confédérations, deviendront les conseils de gouvernement et feront entendre leur voix autorisée et écoutée, chaque fois que l'intérêt public se trouvera en jeu.

J'estime que l'expérience est à tenter et qu'il est de notre devoir d'affilier nos groupes professionnels à la Confédération des Travailleurs Intellectuels. Dr Paul Boudin.

Encore l'encombrement.

Un de nos bons correspondants nous adresse la lettre suivante :

N'y a-t-il pas un cri d'alarme que le *Concours*, qui s'est donné pour tâche de défendre les intérêts légitimes du Corps médical, devra bientôt pousser ? Je fais allusion au nombre considérable des jeunes étudiants, français ou autres, qui envahissent nos Facultés de medecine.

Je ne puis vous fournir de statistiques précises, mais je sais que partout, le chiffre des candidats est bien supérieur à ce qu'il était avant guerre. Que deviendront plus tard ces futurs jeunes confrères ?

Déjà la pléthore médicale se fait sentir. Les villes sont encombrées de médecins de quartier ou de spécialistes. Dans nos villages, les paysans, devant l'augmentation du prix de la visite, raréfient leurs demandes et le médecin de campagne végète péniblement.

Que sera le métier plus tard, quand ces légions de jeunes, quittant les bancs de la Faculté, déborderont, pleins d'enthousiasmes à travers nos provinces ? Et que donnera, en pareil cas, la loi de l'offre et de la demande ?

Vous citez et déplorez, dans votre article de la semaine, l'histoire du conflit médico-muctualiste de Limoges. C'est que la faim est mauvaise conseillère, et qu'il faut mieux prévenir le mal que le guérir. n'y aurait-il pas lieu d'ores et déjà d'entreprendre une campagne à base de tracts ou d'articles de presse, auprès des proviseurs de lycée, dans les classes de philosophie, chez les P. C. N., de démontrer aux intéressés que notre profession, quel que soit le prestige qui l'entoure, n'a rien du pactole, et, qu'au contraire, la misère la plus pénible, la misère dorée avec toutes les compromissions de conscience qu'elle peut comporter, les attend infailliblement ?

Détourner ces jeunes gens vers l'industrie, dont le besoin en techniciens va devenir considérable, serait certainement une belle œuvre française ; c'est une opinion que je vous soumets en vous priant de l'envisager en vous même, et si vous le jugez utile, de la soumettre publiquement au monde syndical.

Dr Ferran.

Le péril que nous dénonce le Dr Ferran n'est pas inconnu de nous. Il y a longtemps que le *Concours Médical* a poussé l'énergique cri d'alarme qu'il réclame de lui.

En 1899, la question fit l'objet d'une enquête très approfondie et de rapports qui parurent assez intéressants à notre *Journal* pour qu'il leur attribuât une honorable récompense.

L'un émanait du regretté Gouffier, de Neuilly. Il était de beaucoup le plus important et le plus complet, et il emporta de haute lutte le premier prix.

Les autres avaient pour auteurs, l'un, le Dr Hervé, de Lamotte-Beuvron, l'autre, moi-même.

En ce qui me concerne, je proposais, comme remède à l'encombrement une limitation du nombre des étudiants en médecine par un mécanisme que j'ai précisé ultérieurement dans un article publié dans le *Courrier médical*.

Je suggérais de placer une barrière au début des études médicales en rendant le premier examen , le P. C. N., éliminatoire, soit en assignant aux candidats une limite d'âge, comme la chose existe pour les grandes Ecoles, soit en décrétant que l'échec subi à la troisième tentative entraînerait l'exclusion des études médicales.

Tous ces travaux n'eurent d'autre résultat que de provoquer, dans la presse médicale, des discussions destinées à demeurer fatalement stériles, puisque le corps médical, médiocrement organisé, ne disposait pas des moyens nécessaires pour les faire aboutir.

Aujourd'hui, nous savons pertinemment que le péril renaît, plus menaçant que jamais. Nous savons que les Ecoles et les Facultés sont encombrées et nous promettent, d'ici peu, une surproduction de médecins qui vivront, nous nous demandons comment.....

Mais aujourd'hui, le corps médical est mieux organisé qu'à l'époque lointaine où se situe notre première campagne. Le Syndicalisme médical, qui groupe plus de la moitié des médecins français, est plus qu'un vain mot, mieux qu'une façade. Il est en passe de devenir une puissance avec laquelle il faudra compter. Il faut que les Syndicats, bien disciplinés, prennent cette question à cœur, qu'ils y consacrent une partie de leurs délibérations, et qu'après s'être mis d'accord entre eux, sur la ligne de conduite à adopter, ils la suivent résolument.

Quelle sera cette ligne de conduite ? Il ne m'appartient pas de la définir ici. Ma conception est-elle de nature à être prise en considération ? Est-il possible, si elle était acceptée, de la soumettre au Conseil supérieur de l'Instruction publique ? Je ne saurais répondre à ces demandes.

Dans sa tendance actuelle vers l'étatisation à outrance, le Pouvoir ne nous suivrait sans doute pas. S'il cherche, comme nous le craignons, à fonctionnariser la médecine, d'une façon plus ou

moins avouée, son intérêt est évidemment d'avoir à sa disposition le plus grand nombre possible de médecins, afin que l'âpreté de la concurrence, les difficultés de la vie, la faim, mauvaise conseillère, comme le rappelle le Dr Ferran, créent un important contingent de besogneux tout prêts à se rendre à merci, et à se jeter sur l'os gouvernemental qu'on leur jettera à ronger.

Ce n'est cependant pas l'intérêt de la santé publique. La loi économique de l'offre et de la demande aboutit à l'avilissement, à la dépréciation de la marchandise quand l'offre est supérieure aux besoins. La qualité est en raison inverse de la quantité dans le sujet qui nous préoccupe.

Mais ce sont là spéculations qui risquent d'échapper à nos dirigeants.

Alors ? ? ? Suivons les suggestions de notre correspondant. Entreprenons des campagnes de presse. Que nos Syndicats rédigent des tracts courts et impressionnants et les distribuent dans les centres d'enseignement secondaire, dans les familles, etc.

Pour notre part, nous sommes disposés à accueillir toutes les communications que nos lecteurs auraient l'intention de nous faire, et à leur donner la plus large publicité.

Ce n'est pas un intérêt mesquin et personnel qui nous guide, mais l'intérêt de la collectivité qui exige que les « producteurs de soins », — employons cette expression puisque la terminologie du jour l'a consacrée —, se trouvent dans des conditions telles que leur travail soit aussi parfait que possible.

G. DUCHESNE.

Syndicat médical de Montpellier et de la région.

Tarif syndical normal des honoraires médicaux.

Visite simple de jour ou consultation au cabinet	15 fr.
Visite à heure fixe ou sur rendez-vous	20 »
Visite les dimanches et jours fériés	30 »
Visite d'urgence	30 »
Visite avec examen spécial	20 »
Visite de nuit	50 »

Visites multiples dans la même famille :

1re visite, plein tarif ; chacune des autres, 1/2 tarif.

Heure médicale de séjour (surveillance)... 20 »

Indemnité kilométrique : 3 francs par kilomètre parcouru.

Consultation chez le malade entre médecins de même résidence : les honoraires du médecin traitant correspondent dans tous les cas à la moitié des honoraires du consultant.

Les consultations de professeur de Faculté ne sont soumises à aucun tarif (prix à débattre), les honoraires du médecin traitant correspondant à une visite triple.

Certificats médicaux :

Exempts de timbre : Vaccine, maladie ; Guérison ; Invalidité	15 fr.
Exempts de timbre : Certificat de nourrice et examen	30 »
Certificat assurance-vie	50 »
Certificat, aliénation mentale pour internement	50 à 100

Petite chirurgie
(en sus de la visite ou consultation.)

Injection de sérum antitoxique (tétanos, diphtérie)	20 fr.
Injection de sérum physiologique	30 »
Injection de sérum physiologique intraveineuse	60 »
Injection intraveineuse de novarsénobenzol	40 »
Injection intraveineuse d'autres médicaments (mercure, colloïdaux, etc.)	20 »
Prise de sang	20 »
Ponction lombaire	100 »
Ponction d'ascite	100 »
Ponction de la plèvre	200 »
Abcès de fixation	20 »
Ventouses scarifiées	20 »
Saignée	100 »
Suture simple et pansement	40 »
Tamponnement antéropostérieur des fosses nasales	80 »
Ouverture d'abcès superficiel	40 »
Appareil plâtré (petit : main, pied)	100 »
Appareil plâtré (moyen : jambe, bras)	200 »
Cathétérisme vésical simple	20 »
Lavage urétro-vésical	20 »
Dilatation simple, instillation, massage de la prostate	20 »
Ponction capillaire de la vessie	100 »
Extraction de corps étrangers des voies naturelles (cornée, oreille, fosses nasales, etc)	40 »
Séance de massage	20 »
Pansement simple	10 »
Grands pansements (brûlures, vastes traumatismes, etc.)	50 »
Pansement vaginal	20 »
Injection intra-utérine	30 »
Pansement intra-utérin	40 »
Vaccination	15 »
Anesthésie générale	100 »
Anesthésie locale	20 »

Accouchements :

Accouchement simple avec 10 visites ou consultations	400 »
N. B. — Toutes interventions (forceps, version) *en sus*	*hors tarif.*

Grande chirurgie et spécialités.

Toutes interventions	*hors tarif*

Mutualité Familiale et Professionnelle DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Assemblée générale extraordinaire.

8 mai 1920

Le samedi 8 mai 1920, à deux heures et demie du soir, les membres de la Mutualité Familiale et Professionnelle du Corps Médical Français se sont réunis en Assemblée générale extraordinaire sous la présidence de M. le Dr Maurat, président.

L'Assemblée générale a désigné comme assesseurs MM. les Dr Arago et Vimont, de Paris, et comme secrétaire M. le Dr Duchesne, de Paris.

Le président rappelle que la convocation a été faite dans le numéro 14 du *Concours Médical* (4 avril 1920) et qu'elle a été répétée dans le numéro 18 (2 mai 1920) avec indication de l'ordre du jour. Il déclare que l'Assemblée générale est régulièrement constituée et peut valablement délibérer.

L'ordre du jour porte : « Modification des articles 26, 27, 39 et 65 des statuts ».

Le Président donne la parole au Secrétaire général.

M. le Dr Mignon, secrétaire génétal. donne lecture du rapport suivant.

Messieurs,

Votre conseil d'administration vous a réunis aujourd'hui, en assemblée générale extraordinaire conformément à l'article 32 des statuts, à l'effet de vous proposer quelques modifications à nos statuts.

Ces modifications n'apporteront aucune réforme essentielle à notre constitution fondamentale, et l'esprit général de notre société ne sera pas touché par elles. Cependant elles nous ont paru nécessaires et urgentes et nous n'avons pas cru pouvoir attendre, pour vous les proposer, le résultat du prochain inventaire qui ne pourra pas être prêt avant deux ans environ.

Il s'agit en somme de modifier quelque peu les articles 26, 27, 39 et 65. Le premier vise les frais de gestion, le second les frais de recouvrements postaux, les deux derniers les conditions d'admission.

Nous ne vous étonnerons pas, en vous disant que, comme tout le reste, nos frais de gestion augmentent de jour en jour. Non seulement les papiers, imprimés, enveloppes, statuts, registres, tracts de propagande, etc., deviennent de plus en plus chers, non seulement les frais de timbres-poste pour une correspondance toujours plus active ont doublé ; mais encore les frais d'administration proprement dite, surtout ceux d'administration financière et de trésorerie vont devenir hors de proportion avec les frais de gestion actuellement perçus, et si ces derniers n'étaient pas surélevés, il nous serait impossible de continuer à fonctionner dans des conditions satisfaisantes.

Votre trésorier, Messieurs, fait depuis 25 ans, un travail colossal, que chacun de vous devine sans doute, mais que n'ont pu apprécier à sa juste valeur que ceux qui, comme les membres du Conseil ou les commissaires des comptes, l'ont vu à l'œuvre. Ce travail permanent comporte la réception des cotisations, l'envoi des indemnités, les placements de fonds, la surveillance du portefeuille, la récolte et le remploi des coupons, les écritures de la comptabilité, la tenue des registres des diverses combinaisons, des banques, etc. celle des registres de statistique pour la préparation des inventaires et la surveillance de la marche de notre société peut-être plus importante encore. Réfléchissez qu'il y a, quatre fois par an, 130 à 140 envois d'indemnités à faire, qu'il y a les rappels aux négligents, aux retardataires, la comptabilité spéciale et supplémentaire des sociétaires touchés par la guerre, celle de la Caisse auxiliaire, que sais-je encore ? Songez que votre trésorier consacre actuellement à ce service écrasant tout son temps, qu'il est responsable et que pour payer tous ses frais de bureau, de déplacements, pour payer le secrétaire ou les aides dont il a besoin, pour mener à bien une fonction qui partout ailleurs emploierait tout un bureau et plusieurs employés, il reçoit la misérable indemnité de 3.200 francs par an.

Notre ami qui a assumé ce labeur écrasant parce qu'il était un des fondateurs de notre société et qu'il voulait assurer son succès, prévoit le moment prochain où il ne pourra plus continuer ; et, comme jamais — vous entendez, jamais — nous ne trouverons quelqu'un capable de le remplacer, il nous faudra bien organiser d'une façon toute nouvelle notre trésorerie.

Pour faire face à toute cette comptabilité, pour manier 5. à 600.000 francs par an, pour gérer et surveiller un capital qui dépasse 1.200.000 francs il faudra bien que le trésorier futur, tout en gardant la haute main sur l'administration financière de notre société et la responsabilité de sa gestion, s'entoure d'un organisme technique compétent ; il lui faudra ici à Paris, un bureau, un comptable de métier ; et, ce comptable, il nous faudra le payer plus de 6.000 francs par an.

Et puis il faut prévoir les frais d'inventaire, et le prochain, qui aura à récapituler 10 ans de fonctionnement avec des irrégularités considérables, ne sera pas une petite affaire, croyez-le bien.

Je pourrais encore accumuler des arguments, mais j'abrège, croyant que le court aperçu que je

viens de vous donner suffira à vous faire comprendre la légitimité de notre proposition.

Elle est simple : Au lieu de demander à chaque sociétaire une somme insuffisante, empiriquement fixée avec plus ou moins de rapport avec le taux de sa prime, nous avons pensé qu'il était plus légitime de majorer chaque prime de 10 % pour tous les frais de gestion. Cela nous donnera un supplément de ressources de 10.000 francs, or, je vous assure que ce ne sera pas trop pour faire face à toutes les obligations devant lesquelles nous allons nous trouver.

En conséquence nous vous proposerons de modifier l'article 26 de la façon suivante.

A la place du petit barème que contient cet article, nous dirions simplement ceci :

« *Cette somme complémentaire est actuellement fixée à 10 % du total des cotisations* »

Et nous ajouterons une disposition qui ne fait que consacrer ce qui existe : les frais de timbres-quittances sont à la charge des sociétaires.

Pour l'article 27 qui vise les recouvrements postaux, la modification est imposée par l'élévation actuelle du tarif postal.

Donc l'ancien tableau de l'article 27 serait modifié ainsi :

2 francs jusqu'à 60 francs.
2 fr. 50 de 61 à 100 francs.
3 francs de 101 à 200 francs.
3 fr. 50 de 201 à 400 francs.
4 francs au-dessus de 400 francs.

Certainement ce barème nouveau laisse quelques centimes de bénéfice au compte de gestion ; mais personne n'est obligé de recourir au recouvrement postal et il est assez naturel que ceux qui imposent volontairement un travail supplémentaire en supportent un peu les conséquences.

Les autres modifications sont d'un caractère tout différent.

Vous vous rappelez, Messieurs, ce que je vous disais à notre dernière Assemblée générale de la gêne que nous avons souvent à désigner des confrères examinateurs aux candidats qui demandent leur admission parmi nous.

Vous savez combien est important cet examen médical d'entrée, vous savez peut-être moins qu'en pratique, cet examen d'entrée laisse parfois à désirer. Il n'est pas toujours facile à votre secrétaire général de trouver dans la région de chaque candidat un confrère qui veuille bien assumer sérieusement la tâche ennuyeuse et délicate de nous renseigner sur la santé du candidat que nous lui envoyons.

Qu'arrivera-t-il si ces certificats concluent à l'acceptation, un peu par camaraderie, un peu par négligence, un peu parce que l'examen médical a été fait d'une façon trop sommaire ? Et de quel droit pourrions-nous blâmer les examinateurs que nous jugeons trop complaisants ? Nous leur demandons de perdre un temps précieux, de remplir une véritable corvée, de risquer l'inimitié d'un confrère s'ils sont trop consciencieux, et en revanche, c'est tout juste si nous leur disons merci.

Je suis réellement étonné de trouver des examinateurs aussi nombreux, aussi dévoués, aussi complaisants que ceux que je trouve chaque jour. Il y en a un certain nombre qui sont des juges sévères et qui par leurs diagnostics et leurs pronostics nous ont évité d'accepter des candidats qui auraient pu devenir pour nous de lourdes charges, et alors, par la force des choses, je m'adresse continuellement à eux ; j'abuse, je le sens et j'en suis confus.

Eh bien Messieurs, il faut que cela cesse. Il faut que la Mutualité familiale fasse tout son devoir, vis-à-vis de ces confrères toujours si empressés à lui rendre service. Et le moins qu'elle puisse faire c'est de leur allouer à chaque examen un honoraire de 20 francs, ce qui est encore fort peu, avouons-le.

Or ces 20 francs, nous ne pouvons les prendre sur le montant des cotisations qui sont entièrement réservées au service des indemnités ou des pensions ; nous ne pouvons les prendre davantage sur les ressources déjà bien limitées du compte de gestion. Nous avons donc pensé que le meilleur moyen de nous procurer cette ressource était de demander à chaque nouvel admis un droit d'entrée, comme cela se fait dans beaucoup de sociétés.

Mais il arrivera que certains candidats ayant subi l'examen médical seront refusés par nous, justement à cause de cet examen et nous ne pouvons réellement pas demander un droit d'entrée quelconque à ces candidats refusés. Or précisément le confrère examinateur nous aura rendu dans ce cas un service d'autant plus grand qu'il nous aura évité un mauvais risque ; il ne peut venir à l'idée de personne de lui supprimer l'indemnité et nous avons pensé que pour pouvoir payer 20 francs tous les examens demandés, il nous fallait percevoir 25 francs par membre admis. En effet l'expérience de 25 années montre que nous éliminons actuellement en moyenne un candidat sur six et il est à prévoir qu'en raison des circonstances actuelles cette élimination portera sur le cinquième des candidats.

Nous pourrons alors demander des examens plus approfondis et plus sérieux et nous sommes convaincus que tout le monde y trouvera son avantage. Car il ne faut pas perdre de vue que les mauvais risques portent préjudice à tous comme à chacun et que s'ils devenaient trop nombreux, ou bien il faudrait élever considérablement le taux des primes, ou il faudrait voir les fonds de réserve s'épuiser rapidement. Nous avons déjà une moyenne de un chronique sur quatre malades et ce chiffre nous donne fort à réfléchir.

C'est pour toutes ces raisons que nous avons cru devoir vous proposer la modification des articles 39 et 65 qui seraient à l'avenir rédigés ainsi :

ART. 39. — « *Tout membre admis à la combinaison M. A. paie un droit d'entrée de 25 francs et....* »

ART. 65. — « *Tout membre admis à la caisse des veuves paie un droit d'entrée de 50 francs et..* »

L'entrée à la combinaison nécessitant deux examens différents.

Telles sont, Messieurs, les modifications légères mais essentielles que votre conseil d'administration vous propose aujourd'hui.

D'autres, plus considérables, pourraient être suggérées. Pour ces dernières nous vous demanderons d'attendre le résultat du prochain inventaire qui se fera fin 1921. C'est de cet inventaire seul que nous pourrons tirer les enseignements réels nous permettant de juger sainement ce que nous devrons et pourrons faire. Il ne suffit pas de proposer des améliorations, il faut savoir sur quel terrain les établir et connaître à l'avance les répercussions qu'elles pourront avoir.

Après une très courte discussion générale, à laquelle prennent part quelques-uns des membres présents, le président propose de passer à la discussion des articles (*assentiment*).

ART. 26.

Une somme complémentaire affectée aux frais de gestion s'ajoute aux cotisations fixées par les barèmes ; elle est calculée sur le montant total des cotisations et fixée par l'Assemblée générale ordinaire.

Cette sommme complémentaire est actuelleent fixée à 10 % du total des cotisations.

Les timbres-quittances sont à la charge des sociétaires.

Personne ne demandant la parole, le Président met aux voix l'adoption de cette rédaction nouvelle.

Elle est adoptée à l'unanimité.

Le Président donne ensuite lecture de l'ancien article 27 puis du texte nouveau qui devra le remplacer :

ART. 27.

Pour toutes les combinaisons, les cotisations annuelles sont dues au 1er janvier.

Elles se payent dans le courant du mois.

Toutefois les sociétaires qui en feront la demande auront la faculté de se libérer en deux fois, moitié en janvier, moitié en juillet.

Les cotisations doivent parvenir nettes de tous frais au trésorier qui en délivre une quittance extraite d'un livre à souche.

Au 5 février et, s'il y a lieu, au 5 août, le trésorier, sans autre avertissement, fait encaisser par la poste les cotisations qui ne lui sont pas parvenues.

Les quittances envoyées en recouvrement, sont majorées de :

2 francs..........	jusqu'à 60 francs
2 fr. 50	de 61 à 100 francs
3 francs..........	de 101 à 200 francs
3 fr. 50	de 201 à 400 francs
4 francs..........	au-dessus de 400 francs

Cette majoration pourra toujours être modifiée par l'Assemblée générale ordinaire.

Répondant à un membre, le Trésorier déclare qu'il s'occupe de l'ouverture d'un compte de chèques postaux au nom de la Mutualité Familiale.

Personne ne demandant plus la parole, le Président met aux voix l'adoption de la nouvelle rédaction de l'article 27.

Elle est adoptée à l'unanimité.

Le Président donne lecture de l'article 39 et de la nouvelle rédaction qui doit lui être substituée :

ART. 39.

Tout membre admis à la combinaison M. A. paye un droit d'entrée de 25 francs et une cotisation annuelle déterminée par son âge d'entrée.

L'âge d'entrée est celui qu'atteint le sociétaire dans l'année de son admission.

Les cotisations ne peuvent en aucun cas être contre-assurées.

Toute cotisation versée demeure la propriété de la société et ne peut faire l'objet d'aucune répétition quelconque.

Il est loisible aux sociétaires de souscrire seulement une demi-prime pour s'assurer une demi-indemnité.

Après inventaire et sur avis favorable de l'actuaire, l'Assemblée générale pourra décider un jour la possibilité de créer une combinaison nouvelle donnant une indemnité plus élevée moyennant une cotisation appropriée.

Le Président fait remarquer que le dernier paragraphe rend possible une augmentation d'indemnité qui était impossible avec la rédaction ancienne.

Le Secrétaire général ajoute qu'une indemnité double ne saurait donner lieu à une double indemnité, la question étant beaucoup plus complexe.

Personne ne demandant la parole, le Président met aux voix l'adoption de la nouvelle rédaction qui est votée à l'unanimité.

Enfin le Président donne lecture de l'article 65 et de la rédaction nouvelle :

ART. 65.

Tout membre admis à la caisse paye un droit d'entrée de 50 francs et, pour une pension type de 600 francs, une cotisation annuelle dont le quantum varie avec son âge et celui de sa femme au moment de son entrée.

Les âges sont ceux que les intéressées atteignent dans l'année de leur admission.

Il est loisible aux sociétaires de ne souscrire que pour un, deux, trois ou quatre cinquièmes de la pension type, c'est-à-dire pour 120, 240, 360 et 480 francs de pension.

La cotisation annuelle peut être rachetée par un versement unique.

Les cotisations ne peuvent en aucun cas être contre-assurées.

Personne ne demandant la paorle, le Président met aux voix l'adoption de cette nouvelle rédaction qui est votée à l'unanimité.

Sur la proposition du Secrétaire général pleins pouvoirs sont donnés à M. le Dr Vimont, vice-président, pour effectuer le dépôt légal des modifications statutaires qui viennent d'être adoptées.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Les Assesseurs, Dr ARAGO, Dr VIMONT.

Le Président, Dr A. MAURAT.

Le Trésorier Dr DUCHESNE.

Le Secrétaire général prie instamment les membres de la Mutualité Familiale de lui transmettre leurs vues sur l'augmentation de l'indemnité-maladie prévue par l'article 39 des statuts.

VARIÉTÉS

Anecdotes de guerre.

Le cahier des charges.

Monsieur le Sous-Intendant paraissait fatigué. La guerre, le tirant d'une retraite bien gagnée par une laborieuse carrière tout entière consacrée à l'étude du B. O., l'avait rappelé tout à coup à l'activité.

L'activité ? A vrai dire, ce petit vieux en avait bien encore suffisamment pour entretenir un jardinet, dans lequel je m'imagine volontiers des plates bandes s'alignant, telles les colonnes d'un état périodique ; mais, de toute évidence, il n'en avait plus assez pour satisfaire aux obligations d'une lettre de service dont l'auteur, certes, n'était pas partisan du rajeunissement des cadres.

Monsieur le Sous-Intendant devait d'ailleurs s'en rendre compte, car sa place, à la table du Gouverneur (l'histoire se passe dans une place forte), était marquée par une fiole dont l'étiquette annonçait : « Solution S. L. F., n° . . . » ; mais il connaissait les hommes et n'ignorait pas qu'ils jugent le plus souvent d'après les apparences ; aussi se donnait-il des airs de jeunesse, faisant, chaque jour, à cheval, les quelques cent mètres qui séparaient ses bureaux du mess ; ce qui justifiait les éperons qu'il aimait faire sonner et la cravache dont il ne se séparait guère.

En dehors du service, Monsieur le Sous-Intendant était d'un commerce agréable, sa conversation était intéressante ; il ne dédaignait pas la facétie pourvu qu'elle fût de bon ton et possédait un chic particulier pour approuver ses interlocuteurs de quelques citations peu communes, dénotant ainsi une rare érudition. Mais, quand il s'agissait de service, c'était une autre affaire ; M. le Sous-Intendant était alors d'une intransigeance absolue, il ne connaissait qu'une chose, le règlement ! Avec une obstination sénile, il l'appliquait à la lettre, fût-il du temps de Charles X.

Je n'eus jamais affaire qu'une seule fois avec lui : ce fut malheureusement pour une question de service !

J'étais alors médecin-chef d'un hôpital militaire du temps de paix et, comme tel, j'avais, sur les conseils d'un camarade du génie, ingénieur civil, qui, par ordre, venait de réviser mon chauffage central, fait toucher par mon gestionnaire, du parc de l'Intendance, au lieu de charbon aggloméré qui obstruait invariablement ma chaudière, sans la mettre sous pression, un stock important d'anthracite qu'on m'assurait devoir me donner, sans ennuis, un rendement parfait.

Tout allait pour le mieux, lorsqu'à la révision trimestrielle des comptes, Monsieur le Sous-Intendant, qui préférait la régularité à la logique, s'aperçut, en furetant dans ses archives, qu'il y avait, pour le chauffage de mon hôpital, un cahier des charges.

Or, ce cahier des charges, que j'ignorais totalement, m'imposait des agglomérés. Qu'avais-je fait, Grands Dieux !

Le pauvre homme, outré de mon audace, y vit rouge : sans débrider, il m'adressa une note de service dont je frémis encore. J'étais frappé de huit jours d'arrêts ; je devais restituer de suite l'anthracite qui me restait ; et quant à celui que j'avais indûment brûlé, comme il représentait une valeur supérieure à celle de la quantité correspondante d'agglomérés, il en serait retenu la différence sur ma solde.

J'eus beau plaider ma cause, produire un rap-

port de l'officier du génie, démontrer chiffres en mains qu'avec l'anthracite, je chauffais mieux en consommant tellement moins que, tous comptes faits, l'Etat y gagnait ; il n'y eut rien à faire ! Le cahier des charges était là. Arme terrible plus qu'on ne saurait croire ! Monsieur le Sous-Intendant le brandissait avec fureur, refusant d'entendre mes raisons qu'il qualifiait d'oiseuses du moment qu'il y avait un cahier des charges.

Le Directeur du Service de Santé, le Gouverneur lui-même furent impuissants à le convaincre. Le cahier des charges, encore qu'il se fût trompé, resta maître de la situation. J'aurais été curieux de connaître la pensée du Ministre, mais Monsieur le Gouverneur, préférant ne pas déranger si haut personnage, intervint habilement pour m'en dissuader. Ma modeste solde (c'était au début de la guerre) fut respectée ; on ne parla plus d'arrêts, mais, dans mon hôpital, malades et blessés grelotèrent tout l'hiver au milieu du nuage de fumée qui, de la chaufferie, montait à l'assaut de leurs chambres.

Cependant, Monsieur le Sous-Intendant, à qui sans doute on cachait l'avance des Boches, à la douce chaleur d'un phare réquisitionné, bien bourré d'anthracite, passait ses jours, — d'aucuns ajoutent : et ses nuits, — à inscrire en marge de son règlement, de multiples renvois aux circulaires ministérielles qui, comme chacun le sait, pendant la campagne, vinrent, inlassablement, chaque jour, démolir, les unes, après les autres, tous les articles de tous ces règlements qui s'étaient donné la prétention inconcevable de préparer la guerre.

Dr C.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Conférences et démonstrations pratiques de radiologie, de radiumlogie et d'électrologie.** — La Société des Médecins-Chefs des Laboratoires de Radiologie et d'Electro-radiothérapie des Hôpitaux de Paris organise, à partir du 17 mai 1920, une série de *Conférences et démonstrations pratiques* d'électro-radiologie et de radiumlogie.

Les Conférences auront lieu tous les jours, à 18 heures, à l'Amphithéâtre de Physique de la Faculté de Médecine de Paris.

Elles feront suite au cours de Radiologie organisé par la Faculté de Médecine de Paris.

Des démonstrations pratiques auront lieu le matin dans les Laboratoires de Radiologie et d'Electro-radiothérapie des Hôpitaux de Paris.

Pour l'inscription, qui est gratuite, s'adresser : au Dr Mahar, hôpital Trousseau, 158, avenue du Général Michel-Bizot, Paris (XIIe).

— **Concours pour une place de chirurgien des hôpitaux d'Amiens.** — Un concours doit s'ouvrir devant les hôpitaux d'Amiens, le 19 mai 1920.

Le jury est composé de MM. Moulonguet, Pauchet, Sourdat, Chazarain, Merle.

— Dimanche 9 mai, dernier avait lieu l'Assemblée générale de la *Prévoyance médicale*. La situation toujours prospère de la Société, malgré les difficultés économiques de l'après-guerre, a permis de distribuer 1.460 pensions de retraites de 800 fr. aux médecins ; de 266 fr. aux veuves et orphelins.

— **Congrès du Royal Institute of public Health** *Bruxelles* (19 au 24 mai 1920). — Comité français. Secrétaire général : F. Marié-Davy, 5, avenue d'Orléans.

Programme :

Section I. — Médecine d'Etat. — Les maladies vénériennes. — La tuberculose. La prophylaxie des maladies contagieuses.

Section II. — Navale, militaire, tropicale et coloniale. — Les maladies vénériennes. La maladie du sommeil. La campagne contre les parasites dans l'armée.

Section III. — Hygiène municipale. — La tuberculose. Les habitations modernes. L'approvisionnement et la distribution d'eau. L'urbanisme et l'hygiène.

Section IV. — Hygiène industrielle. — Le travail des mines. La prophylaxie de l'empoisonnement par le plomb. L'oxyde de carbone. La fatigue de l'appareil visuel.

Section V. — L'hygiène et le *travail des femmes.* — La grossesse. L'allaitement. Les enfants.

Section VI. — Bactériologie et chimie. — Les anaérobies. L'approvisionnement en eau. Le lait.

Réceptions par S. M. le Roi des Belges, la Ville de Bruxelles, l'Université de Bruxelles, etc.

Excursions. — Anvers, Liège, Mons, Charleroi, Louvain, Ypres, Dixmude, Nieuport, Ostende.

Le montant de la cotisation des membres est fixé à *vingt-cinq francs.*

Hôtels et voyage. — Par suite d'arrangement avec l'Agence Cook, le voyage aller et retour, séjour dans de bons hôtels, pendant la durée du Congrès, transport de 30 kilogr. de bagages, pourboires compris, sera de 425 francs en seconde classe, 475 francs en 1re classe.

— **Memento Cartier.** — C'est par erreur que l'ouvrage a été annoncé comme étant sorti. Il est seulement pour paraître prochainement.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

ACTUALITÉS BIOLOGIQUES

L'odeur du fer et l'odeur du sang,

Par le Dr Ed. CROUZEL, Le Buisson (Dordogne).

Un odorat un peu exercé et d'une acuité normale détermine très facilement l'odeur spéciale du *fer* partout où il se trouve en dissolution (solutions salines diverses, sulfates, citrates, tartrates, oxalates, chlorures, ferrocyanures, tannates, etc.) ou en suspension. La méthode optima pour permettre à ce sens de s'exercer, en ce qui concerne le fer contenu en dissolution simple ou complexe, ou dans un liquide *physiologique* (sang, urine, salive, sueur, etc.) ou *pathologique* (pus, sérosité, épanchements divers) consiste à en déposer un fragment liquide ou solide entre la pulpe du pouce et de l'index qu'on fait glisser dans tous les sens pour diviser et dissocier l'échantillon soumis à l'examen. Cette expérience de la *pulpe digitale* provoque, au maximum, la sensibilité de l'odeur développée, en se produisant à une température voisine de celle des fosses nasales et en donnant naissance à un produit isotonique au mucus nasal, par réaction, pourrait-on dire, physico-osmo-physiologique. On pourrait, je crois, y baser une méthode d'analyse ou plutôt, un procédé de détermination et de différenciation métallo-métalloïdique. Pour cela, il faudrait de la part du technicien un odorat très sensible et exercé.

Tous les métaux, du moins ceux qui sont oxydables à l'air libre, développent, par frottement, une odeur spéciale à chacun d'eux. L'odeur spécifique d'un métal se perçoit, en raison directe de son altérabilité à l'air libre : le fer arrive en première ligne, le cuivre vient ensuite. Le fer porphyrisé n'a pas d'odeur appréciable, mais, soumis à l'épreuve de la pulpe digitale, l'odeur caractéristique devient sensible. Parmi les produits usuels sur lesquels il est facile de faire l'expérience de l'odeur du fer, il faut citer l'encre ordinaire. Les eaux minérales ferrugineuses sont également très propices. Mais le sang, liquide physiologique, offre un exemple typique : une goutte déposée sur la pulpe digitale (pouce et index) donne l'odeur très caractéristique du fer. Donc, ce qu'on appelle *l'odeur du sang* n'est que *l'odeur du fer* ; mais ici, c'est en quelque sorte le *fer vivant*, à sa sortie d'un vaisseau. En médecine légale, concurremment à la recherche de l'hématie, on pourrait employer avantageusement la méthode de la *pulpe digitale* qui n'exige qu'une gouttelette de sang et celle-ci pourrait même être récupérée par raclage de la pulpe réceptrice de la gouttellette soumise à l'expérience de l'odorat. L'acidité ou l'alcalinité ne paraissent pas exercer un rôle sensible dans le développement

de l'odeur du fer par l'expérience de la *pulpe digitale*. Un fragment de rouille soumis à l'expérience de celle-ci donne rapidement l'odeur du fer. Le sang des animaux ne peut être, malheureusement, différencié du sang humain. Dans les solutions métalliques complexes, l'odeur du fer domine à tel point les autres odeurs métalliques qu'elle les annihile et les rend imperceptibles à l'odorat, par la méthode de la *pulpe digitale*. L'état *colloïdal*, l'état *organique* et la *dissolution* augmentent l'intensité de l'odeur du fer. La limaille de fer, le fer réduit par l'hydrogène, sont très propices à l'expérience de la *pulpe digitale* par suite de l'action rapide de la sueur sur ce fer réduit à l'état pulvérulent. L'expérience de la *pulpe digitale* développe l'odeur métallique sur l'or, l'argent, le cuivre, le plomb, l'étain, l'aluminium, le nickel, les alliages (bronze, laiton, etc.).

Le sang cru est plus odorant que le sang cuit ou desséché.

Le procédé de recherche à la *pulpe digitale* que je préconise, procédé physique par excellence, est surtout à recommander en clinique, pour une recherche rapide du sang, dans les liquides de ponction, tels que le liquide céphalo-rachidien, pleural, ascitique, synovial ; le suc gastrique ; les crachats, etc... Il n'est pas suffisant, bien entendu, si l'on se propose d'effectuer une recherche de *certitude absolue*. Ce n'est pas une méthode dite de *valeur négative* ni un *procédé de certitude*, c'est une *méthode indicatrice spécifique* très sensible, procédant non pas au moyen du sens de la *vue*, mais de celui de l'odorat ; tandis que les méthodes spectroscopique et microscopique se pratiquent au moyen d'appareils optiques mis au service de la vision. Seules, ces dernières méthodes permettent au biologiste ou à l'expert légiste de formuler une conclusion précise et indiscutable, d'engager sa responsabilité pleine et entière, sans être influencé aucunement par l'examen des conséquences parfois redoutables de son affirmation ou de sa négation.

Modus operandi : Pour procéder à l'épreuve de la *pulpe digitale*, il faut avoir soin d'effetuer un nettoyage soigné du pouce et de l'index, savon et eau chaude, pour éviter les odeurs surajoutées (tabac chez les fumeurs, eaux de toilette, etc...), qui empêcheraient ou tout au moins gêneraient la perception odorante ferrugineuse. Il faut aussi, préalablement, se moucher et renifler ensuite un peu d'*eau salée isotonique*, pour débarrasser les fosses nasales de toutes mucosités et augmenter la sensibilité pituitaire de l'olffaction.

L'expérience de la *pulpe digitale*, avec les divers métaux et avec les solutions salines, fait ressortir les différences d'odeur, avec une telle netteté que celles-ci sautent ... au nez ! Il

serait possible d'établir, entre ces odeurs et l'intensité de celles-ci, de véritables gammes, comme il existe des gammes tactiles, gustatives, algiques, chromatiques, auditives, etc..., sans rapport au psychisme qui peut les dénaturer.

Dr Ed. CROUZEL.
Le Buisson (Dordogne).

JURISPRUDENCE MÉDICALE

CONSEIL D'ÉTAT

Patente d'un médecin attaché à un asile privé.

(Séance du 15 décembre 1916).

Le Conseil d'Etat statuant au Contentieux (Section Spéciale du Contentieux) ;

Vu la requête présentée par le sieur Leulier, demeurant au Vésinet, ladite requête enregistrée au Secrétariat de la Section Spéciale du Contentieux du Conseil d'Etat, le 24 avril 1914, et tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler un arrêté, en date du 3 février 1914, par lequel le Conseil de Préfecture du département de Seine-et-Oise a rejeté sa demande en décharge de la contribution des patentes à laquelle il a été imposé, pour l'année 1912, sur le rôle de la commune du Vésinet, en qualité de « médecin » (tableau D) ;

Ce faisant,

Attendu qu'il exerce, dans la maison de santé du Vésinet, auprès des docteurs Raffegeau et Mignon, qui sont eux-mêmes imposés à la patente, les fonctions de médecin-adjoint-remplaçant ; qu'il donne exclusivement ses soins aux clients des sieurs Raffegeau et Mignon, dont il est considéré comme l'employé ; que les conventions passées avec eux lui interdisent expressément de rechercher aucune clientèle personnelle ; qu'il reçoit une rémunération mensuelle et fixe ; qu'il doit être regardé comme employé à gages ; que la patente afférente à la profession de médecin atteint non le titre même de docteur en médecine, mais l'exercice de la profession ; que, n'exerçant pas pour son compte, il ne saurait donc être assujetti à la patente ;

Accorder la décharge demandée ;

Vu l'arrêté attaqué ;

Vu la réclamation présentée devant le conseil de préfecture ;

Vu les avis du maire et des agents de l'administration des contributions directes ;

Vu le rapport du Directeur des Contributions directes ;

Vu les observations présentées par le Ministre des Finances en réponse à la communication qui lui a été donnée du pourvoi, lesdites observations enre-

gistrées comme ci-dessus, le 5 juin 1915, et tendant au rejet de la requête ;

Vu les autres pièces produites et jointes au dossier ;

Vu les lois dés 15 juillet 1880 et 19 avril 1905 ;

Vu la loi du 29 mars 1897, art. 42 ;

Ouï M. Binet, auditeur, en son rapport ;

Ouï M. Vergniaud, auditeur, Commissaire adjoint du Gouvernement, en ses conclusions ;

Considérant qu'il résulte de l'instruction que le sieur Leulier n'a pas de clientèle particulière et qu'il est exclusivement au service de la maison de santé dirigée par les Docteurs Raffegeau et Mignon, lesquels sont personnellement imposés à la patente ; que le requérant reçoit un traitement mensuel et fixe ; que, dès lors, il a droit, tant en raison de ce mode de rémunération qu'eu égard aux conditions dans lesquelles il est employé par les directeurs de la maison de santé du Vésinet, à l'exemption établie par l'article 17 de la loi du 15 juillet 1880 en faveur des commis et personnes travaillant à gages ; que, par suite, c'est à tort qu'il a été imposé et maintenu à la contribution des patentes, pour l'année 1912, sur le rôle de la commune du Vésinet, en qualité de médecin (tableau D) ;

Décide :

Article 1er

L'arrêté susvisé du Conseil de Préfecture de Seine-et-Oise en date du 4 février 1914 est annulé.

Article 2.

Il est accordé au sieur Leulier décharge de la contribution des patentes à laquelle il a été imposé, pour l'année 1912, sur le rôle de la commune du Vésinet, en qualité de « médecin » (tableau D).

Article 3.

Les frais de timbre exposés par le requérant et s'élevant à 4 fr. 20 lui seront remboursés.

Article 4.

Expédition de la présente décision sera transmise au Ministre des Finances.

Commentaire.

Cet arrêt, *qui a été obtenu avec l'appui du* « Sou Médical », fait ressortir deux points :

1° Pour qu'un médecin soit assujetti à la patente, il faut qu'il exerce pour son propre compte, en recherchant lui-même ses propres clients et en se faisant rémunérer directement et complètement par eux.

2° Dans certains cas, le médecin peut être considéré comme un employé, ayant loué à gages ses services professionnels à un autre confrère. Dans ce cas, il doit soigner les malades qui lui sont confiés, à l'exclusion de tous autres et, pour ce faire, il touche une rémunération fixe de la part de son confrère employeur.

Comparons, pour en constater la similitude, le cas particulier du Dr Leulier, avec celui des nombreux médecins qui, pour un forfait annuel, soignent des mutualistes, des assistés, des blessés d'usine, des blessés du travail, etc.

Constatons avee plaisir la tendance bien marquée du corps médical à refuser de pareils contrats, pour obtenir, pour le malade, le libre choix du médecin : ce n'est pas vers la fonctionnarisation, mais vers le salariat sous toutes ses formes que conduiraient notre profession les conventions de louages de services médicaux à forfait et à rémunération fixe.

Disons cependant que le cas du Dr Leulier est spécial et très déontologique : spécialiste, il s'associe avec des spécialistes, qui ont une maison de santé ; mais, pour ne pas encourir les risques d'une gestion, il préfère une rémunération fixe, donnée par ses confrères propriétaires de l'établissement, ne recevant qu'une clientèle spéciale.

Dr Paul BOUDIN.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponse ministérielle.

Les médecins ne peuvent déduire de leur revenu une somme forfaitaire à titre d'indemnité de double résidence.

2156. — M. Charles BERNARD (Seine), député, demande à M. LE MINISTRE DES FINANCES si les médecins habitant Paris et exerçant dans une station hydrominérale, et, d'une façon générale, les contribuables exerçant une profession libérale les obligeant à avoir plusieurs résidences peuvent, dans leur déclaration d'impôt sur le revenu et de bénéfices professionnels, déduire une somme forfaitaire de 1.000 fr. par mois à titre d'indemnité de double résidence et frais supplémentaires. (*Question du* 30 *mars* 1920).

Réponse. — Les personnes exerçant une profession libérale sont admises à retrancher de leurs recettes brutes, pour déterminer leur revenu imposable, le montant effectif de toutes les dépenses directement nécessitées par l'exercice de leur profession, mais aucune disposition légale ne permet l'usage de déductions forfaitaires.

(*J. O.* 9 mai 1920.)

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Autre chanson de Fortunio.

Vous me demandez de vous dire
Ce que j'éprouve auprès de vous...
A mon cœur épris sont très doux,
Tendre regard, joyeux sourire !

Quand votre main presse la mienne
Je tressaille d'un vif émoi ;
Je vibre, au son de votre voix
Comme une harpe éolienne....

Ah ! si vous m'accordiez l'obole
D'un baiser furtif mais aimant,
Pour peindre mon ravissement
Il n'existerait de parole ! ! ...

Après son départ.

Morne, accablé, les yeux baignés de larmes,
J'ai vu s'enfuir mon doux trésor.....
Le voile de regret épandu sur ses charmes
Me la rendait plus chère encor !
Elle s'efforçait de sourire ,
Esquissant un dernier baiser ,
Son joli geste avait beau dire,
Il ne pouvait ma douleur apaiser.
L'implacable destin qui violentait nos âmes,
N'a pas permis que plus d'un jour,
Se prolongeât le temps divin où nous aimâmes
D'un si profond et tendre amour !
Et désormais, il ne me reste au cœur,
Que son départ endeuille,
Rien que l'intime écho des frissons de bonheur,
Bible où l'Enfant vainqueur,
Ecrivit chaque feuille.
Oh ! ce livre émouvant, plein de belles images,
Et de récits charmeurs,
De quel doigt attendri j'en tournerai les pages,
Loin des vaines clameurs,
Dans le recueillement des songes endormeurs !
En évoquant, alors, les heures d'allégresse,
J'aviverai l'espoir,
Dont toujours mon esprit recherche la caresse,
De bientôt la revoir !
Quoi qu'il puisse advenir,
Au plus profond de moi, comme un autel, je dresse,
De ces instants trop courts d'ardente et sainte ivresse
L'impérissable souvenir.

Dr Plantier,
(d'Annonay).


Le VIN GIRARD
IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ
SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE
est le véritable
SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME
chez les Enfants et les Adultes
Le VIN GIRARD, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le VIN GIRARD est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.
Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.
LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE
ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES
TUBERCULOSE
UN VERRE A MADÈRE
AVANT LE REPAS
VIN GIRARD
VIN GIRARD
Succédané de l'Huile de foie de Morue
A. GIRARD
48, Rue d'Alésia, PARIS
VIN GIRARD
48, Rue d'Alésia PARIS

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 22 — DIMANCHE 30 MAI 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT, DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE, SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
— Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

TARIF

général minimum raisonné des honoraires médicaux.

(*Ancien tarif Jeanne*).

Etabli par une Commission spéciale nommée par le *Concours médical* et comprenant des chirurgiens et des spécialistes. *Volume de 208 pages relié.*

PRIX : 3 francs.

Adresser les commandes, accompagnées du montant en un mandat, à M. C. BOULANGER administrateur du Concours médical, *132, faubourg Saint-Denis, Paris.*

AVIS

Agenda Memento du Praticien

(**Edition 1921**)

Nous prions nos lecteurs qui désirent recevoir l'édition 1921 de l'**Agenda Memento du Praticien**, de vouloir bien nous envoyer leur souscription sans retard, autant que possible, au moyen du bulletin qu'ils trouveront page 1387.

La souscription *sera irrévocablement* arrêtée le 1er août prochain.

Son envoi aura lieu dans le courant de décembre prochain.

Maladies de l'Estomac et du Foie

VICHY GRANDE-GRILLE

Un verre, un quart d'heure avant chaque Repas

Digestion difficile, Aigreurs, Pesanteurs d'Estomac

PASTILLES VICHY-ETAT

2 ou 3 après les Repas.

Envoi échantillons au CORPS MÉDICAL. — Adm. : 24, Boul. des Capucines, Paris.

VITTEL

GRANDE SOURCE



Goutte - Gravelle - Rhumatismes goutteux

Régime des ARTHRITIQUES

SAISON DU 20 MAI AU 25 SEPTEMBRE

NÉOPLASMES, ÉRYTHÈMES POLYMORPHES, TOUS ACCIDENTS BLENNORRAGIQUES

Ampoules de Bromure
DE

Mésothorium

3 Sortes de Solutions

LABORATOIRES RHEMDA
PAUL NAVELOT, Pharmacien de 1re Classe.
51 et 53, Rue d'Alsace,
COURBEVOIE-PARIS.

NOUVELLE MÉTHODE

d'Antisepsie intestinale

DOSE :

2 à 4 comprimés par jour
1 heure avant les repas.

ENTEROSEPTYL

CLÉRAMBOURG

PHOSPHATE DE TRI-NAPHTYLE $\beta PO(C^{10}H^{7}O)^{3}$

Nouveau Médicament ne se **DÉCOMPOSANT QUE DANS L'INTESTIN** dont il assure l'antisepsie absolue.
MODIFICATEUR de la **RÉACTION** du **MILIEU INTESTINAL.**
Indiqué contre les **Fermentations intestinales, l'Entérite muco-membraneuse,** la **Colite,** les **Diarrhées,** les **Dyspepsies gastro-intestinales.**

Echantillons sur demande. — **LABORATOIRE CLÉRAMBOURG, 4, Rue Tarbé, PARIS**

Quarante-deuxième année. **N° 22** 30 Mai 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

(Voir numéros précédents).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de MM. les docteurs RENOUL, du Loroux (Loire-Inf.), et CHAMNET, de Malesherbes (Loiret), la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 235. — A vendre : appareil Radiguet et Massiot pour galvano-caustique et phonendoscopie, courant 110 volts, sur meuble noyer massif verni avec console et tiroir, se fixant au mur. Dr de la Tour, Rochefort-sur-Mer.

Nº 236. — Banlieue Ouest. Cause de santé, à céder clientèle 30.000 francs, susceptibles augmentation.

Nº 237. — Confrère détenteur poste banlieue immédiate Paris, d'un rapport de 35.000 fr. touchés, désirerait pour raison de famille échanger ce poste contre un poste, même de 25.000 fr., à Toulouse ou dans la banlieue toulousaine.

Nº 238. — A vendre : 1º 1 forceps Tarnier, état de neuf, avec tracteur ; 2º 1 forceps Tarnier sans tracteur ; 3º 1 panier balance pèse-bébé ; 4º 1 boîte à trachéotomie de chez Mathieu.

Nº 239. — A céder part dans clinique centrale, médico-chirurgicale, bien située.

Nº 240. — Docteur spécialiste demande comme assistante dame âge moyen, du milieu médical ou para-médical, sans famille directe, absolument libre, pour l'aider dans ses traitements. Docteur de F., 18 avenue Carnot, Paris (de 11 h. à midi seulement, ou écrire).

Nº 241. — Région des Charentes. Bon poste, seul médecin, dans chef-lieu de canton, à céder de suite. Conditions à débattre.

Nº 242. — On désire acheter 15 à 20.000 environ, de préférence Centre, propriété de rapport avec petite maison confortable, possédant eau et électricité.

Nº 243. — Val André. Médecin recevrait 4 chroniques ou convalescents pour cure de régime, de repos, du 15 juin au 15 octobre. Dr Simon, Pléneuf (C.-d-N.)

Nº 244. — Seul médecin pro-pharmacien, commune 5.000 hab., cèderait poste si indemnité suffisante. Dr Thomas, Plumélian, Morhiban.

Nº 245. — A céder dans région Est important poste de campagne, rapport 35 à 40.000 frs. Seul médecin, on fait la pharmacie. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris Ve.

Nº 246. — A vendre machine à écrire Oliver nº 3, écriture lisible, bon état, 700 fr.

Nº 247. — Médecin de campagne s'absentant un mois fin août, offre sa maison et sa clientèle à confrère grande ville seul ou en famille. Grand jardin. Région pittoresque du Centre, proximité grande ligne. Chasse, pêche.

Nº 248. — A céder immédiatement pour raisons de santé, clientèle de quinze ans, banlieue immédiate de Paris.

Nº 249. — A vendre ou à louer grande propriété d'agrément (15000 mc.), à Noisy-le-Grand (S.-et-Oise) 12 kil. Paris, banl. Est, à prox. de la Marne, avec 2 pav., le principal comprenant : sous-sol, rez-de-chaussée, 2 étages, 8 ch., gaz et eau ; communs ; serre, petit bois, potager, verger. Conviendrait pour maison de santé. S'adresser au Dr Pamart, 47, rue des Mathurins, Paris, les lundis, merc., vend., de 2 à 4 heures.

CORRESPONDANCE

Hospitalisation d'un malade de guerre.

Pourriez-vous me donner la marche à suivre pour faire entrer à l'hôpital un jeune homme malade des suites d'une affection contractée en service ou plus exactement en captivité en Allemagne ?

Cet homme est démobilisé. Il n'est pas réformé.

Je suppose que j'ai à lui fournir un certificat constatant la relation de la maladie actuelle avec celle du temps de guerre.

Où devra-t-il envoyer ce certificat ?

Dans le cas où les formalités devraient se prolonger, pourrai-je le faire hospitaliser par la commune, quitte à celle-ci à se retourner ensuite vers l'Etat pour le remboursement ?

Dr G.

Réponse.

Ont seuls droit à la gratuité des soins médicaux en vertu de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, les bénéficiaires de la dite loi, c'est à dire les titulaires d'une pension accordée à la suite d'une blessure ou infirmité provenant du service ou étant présumées en provenir.

Puisque le jeune homme auquel vous donnez des soins a été démobilisé sans avoir été réformé, il ne saurait prétendre à la gratuité des soins et à l'hospitalisation aux frais de l'Etat en exécution de ladite loi.

Pour obtenir ce droit, il devrait faire une demande à l'effet d'obtenir une pension. Cette demande doit être adressée, par lettre recommandée, au Directeur du Service de Santé de la région dans laquelle l'intéressé a actuellement son domicile.

Si ce jeune homme est dénué de ressources, la commune dans laquelle il a son domicile de secours aux termes de la loi sur l'assistance médicale gratuite peut le faire hospitaliser en attendant qu'il fasse régler sa situation à l'égard de la loi des pensions.

L'impôt sur la solde militaire.

Voudriez-vous être assez aimable pour me faire savoir si l'Etat a le droit de m'imposer au point de vue revenu (je parle seulement de la solde militaire que j'ai reçue pendant les années 1918 et 1919) étant donnée ma situation qui était la suivante :

« Etant toujours étudiant à la mobilisation, je suis parti comme infirmier et suis passé successivement médecin-auxiliaire, médecin-aide-major de 2e classe et de 1re classe ; puis démobilisé, en juillet 1919, j'ai repris mes études et ai passé ma thèse en février 1920 et me suis installé en mai. »

Dr B.

Réponse.

Les traitements publics et privés étant, aux termes de la loi du 31 juillet 1917, assujettis à l'impôt sur le revenu, il est hors de doute que l'Etat a le droit de vous imposer sur le revenu du chef de votre solde militaire touchée pendant les années 1918 et 1919, si cette solde dépasse le montant qui, aux termes de la loi, échappe audit impôt. Ce montant est actuellement de 1500 fr. pour les contribuables domiciliés dans une commune de moins de 10.000 habitants. Mais il est probable que ce minimum va être prochainement augmenté, en même temps d'ailleurs que le taux de l'impôt, qui est actuellement de 3,75 pour cent.

Pour le calcul de l'impôt, la fraction du revenu imposable comprise entre le minimum exonéré et la somme de 5000 fr. est actuellement comptée seulement pour moitié.

En outre, bien entendu, le traitement militaire doit figurer dans le revenu général imposable globalement.

Tarification d'honoraires accidents.

Je vous serais obligé de vouloir bien m'indiquer les honoraires que je dois réclamer pour la note d'accident du travail que je vous adresse ci-inclus.

Il s'agissait d'une hémorrhagie consécutive à une plaie de l'arcade palmaire de la main droite. Je n'ai pas encore produit ma note, l'accident étant récent ; mais, dans la crainte d'une contestation avec la Cie d'Assurances, je désire m'assurer votre appréciation.

Dr D.

Réponse.

A notre avis, il y a lieu de compter comme suit :

Visite de nuit (art. 5) 3 visites	6 fr.
Pansement hémostatique (art. 10 B 7) de nuit, 2 visites de nuit	12 fr.
Surveillance prolongée pendant une heure (art. 6) 2 visites de nuit	12 fr.
Total	30 fr.
Majoration de 100 %	30 fr.
Ensemble ...	60 fr.

Un succès syndical.

Je vous remercie personnellement et au nom du Bureau du Syndicat des renseignements juridiques que vous avez bien voulu nous donner.

Mais nous n'avons pas été appelés à nous en servir, et vous vous en rejouirez certainement avec nous en apprenant que le Conseil Général vient de nous accorder complète satisfaction.

A dater du 1er mai courant, le Service de l'A. M. G. et des Enfants Assistés dans le Cher sera rémunéré au tarif minimum ouvrier du Syndicat avec une réduction de 5 % consentie déjà aux Sociétés de S. M. du département.

Nous sommes doublement heureux de ce résultat qui constitue un beau succès syndicaliste et une brèche enfin ouverte à travers laquelle auront à cœur de passer à leur tour tous les Syndicats de France.

Dr B.

Création d'un syndicat.

J'ai le plaisir de vous annoncer la fondation du Syndicat des médecins de l'arrondissement de Sétif qui s'est réuni pour la première fois le 25 avril dernier. Nous sommes une quinzaine bien unis par le lien syndical. Les confrères ont bien voulu me confier la présidence. Pour les éclairer j'aurai souvent recours à votre obligeance si connue. J'ai engagé les confrères à s'inscrire aussi au Sou. Mais je n'ai plus de carnets à feuillets d'adhésion. Veuillez bien m'en envoyer encore deux. Entre autres choses, nous avons décidé de rompre avec les assureurs. Les patrons devront nous signer l'engagement de paiement de soins (pour ma part, deux patrons se sont déjà exécutés de bonne grâce). Nous établirons nos certificats sur nos papiers personnels, ainsi que nos notes d'honoraires, et les enverrons aux Patrons qui auront signé l'engagement. Comme Tarif d'honoraires accidents, notre Syndicat a fait *sien* le projet du nouveau Tarif Dubief, paru dans le numéro de février du *Médecin Syndicaliste.* Si quelque jour un patron refuse de signer l'engagement, nous donnerons nos soins d'humanité au blessé, mais *jamais* de certificats — à moins que l'ouvrier ne consente à nous payer, quitte à se faire rembourser ensuite par son patron.— Quant à nous faire payer comptant les soins par les ouvriers — en général pauvres —. nous ne pouvons l'exiger. Cela, pensons-nous, n'est pas possible nulle part. Notre Syndicat a donc bien débuté, en rompant avec les assureurs, que nous allons d'ailleurs aviser. Il est à souhaiter que tous les Syndicats en fassent autant. Nous approuvez-vous sur le choix comme tarif du projet de nouveau Tarif Dubief ? Nous avons cru bien faire et d'une façon commode.

Dr Mons.

Réponse.

Nous vous adressons nos sincères félicitations pour le résultat que vous venez d'obtenir et nous souhaitons longue vie de travail et de prospérité au jeune syndicat. Mais, il ne faut pas vous le dissimuler, votre groupe ne sera actif et ne recrutera la presque unanimité des confrères voisins, que s'il abandonne les théories et les grands palabres, pour ne faire

que des réalisations pratiques et immédiates. Notre grand défaut, à nous Français, c'est de trop parler, de toujours vouloir construire dans les nuages, de faire la critique de tout ce qui existe et de satisfaire notre esprit frondeur. Mais il est rare qu'à côté de la critique, soit énoncée clairement la manière de remédier immédiatement à l'état de choses qu'on voudrait abolir.

Vous avez donc parfaitement raison de donner des résultats tangibles, en abordant la grande question des assurances.

Le nouveau tarif Dubief est conçu dans une idée excellente : autoriser les assurances à contrôler le médecin, au-delà de ce que permet la loi de 1905, pour faire cesser les discussions actuelles. Aussi a-t-on supprimé le cumul, etc.

Mais ce tarif n'est qu'officieux et vous ne pouvez l'adopter qu'en qualité de tarif syndical local, ou comme transaction avec les chefs d'entreprise. Il faut espérer qu'en juillet, ce tarif aura sa consécration par un arrêté ministériel.

En tous cas, vous savez que vous pouvez compter sur nous, pour tous renseignements et appui, lorsque vous aborderez les questions d'assistance, de mutualité et autres.

Dr. P. B.

Assistance médicale gratuite et communes autonomes.

E. a un service autonome d'A. M. G. La Commission du Bureau de Bienfaisance a pris des décisions qui ne conviennent nullement au Corps médical.

Une lettre signée de tous les médecins a été adressée au maire, en spécifiant que si satisfaction ne leur était pas donnée dans le délai d'un mois, les médecins se réservaient de ne plus assurer le service d'A. M. G. Ce délai expire le 15 mai, et nous n'avons encore aucune réponse. Pouvons-nous faire et déposer, le 15 mai, une lettre adressée au maire pour l'informer de l'abandon du service.

J'ai l'intention de faire la même lettre, mais avec un nombre d'exemplaires égal au nombre de médecins, et chaque exemplaire portant la signature d'un confrère ? Ces exemplaires peuvent-ils être dactylographiés, sauf la signature qui serait manuscrite ?

D'autre part, certaines décisions prises par le Bureau de Bienfaisance sont illégales. Elles contreviennent directement à certains articles de la loi du 15 juillet 1893. Voici un exemple :

Les décisions ont été prises par la Commission du Bureau de Bienfaisance *seule.*

Or, E. possède un Hôpital-Hospice, et comme je l'ai vu dans l'Agenda du *Concours* (année 1914) page 154 :

(*Voir la suite page XXVIII-1400*)

PROPOS DU JOUR

Le tarif des expertises médicales en matière civile.

Nous avons en maintes circonstances, au « Sou médical », constaté les inconvénients du tarif appliqué actuellement aux expertises en matière civile. Ce tarif, qui date d'un siècle, rémunère d'une façon ridiculement insuffisante les experts trop scrupuleux qui veulent l'appliquer à la lettre. Avec l'approbation des magistrats qui se rendent compte de ce que cette taxation a d'inique, en jouant avec le système élastique des vacations, les experts parviennent à se faire honorer convenablement et parfois, s'ils sont peu scrupuleux, dans des proportions alors excessives, au détriment des contribuables, qui sont, dans les cas soumis au « Sou médical », des confrères de ces mêmes experts.

Nous nous sommes vus dans l'obligation de faire abaisser dans de fortes proportions les frais d'expertises demandés par des médecins réputés à des confrères dont ils avaient réduit les notes, cependant bien modestes, de plus d'un tiers. Ces médecins ne mettaient aucune pudeur à commettre, en tant qu'experts, à l'égard de leurs confrères, les mêmes prétendus abus qu'ils reprochaient à ces derniers dans leurs notes d'honoraires. Il arrivait ainsi parfois que les frais d'expertise atteignaient, et même dépassaient, les chiffres des honoraires médicaux contestés qui avaient nécessité l'expertise.

Réclamer l'application stricte du tarif suranné n'est guère possible ; ce serait porter préjudice à tous les médecins qui font en conscience la besogne utile d'expert. Aussi, a-t-il été résolu de prier l'Union des syndicats médicaux de France de réclamer la révision de ce tarif.

Le secrétaire général de l'Union, le Dr Lafontaine, écrivit aussitôt au ministre de la Justice, pour appeler son attention sur ce point et le prier, puisqu'on était en train de réviser les tarifs des frais de justice, de convoquer les représentants des syndicats médicaux devant la Commission compétente de son ministère pour entendre les doléances des médecins.

La lettre du Dr Lafontaine était rédigée avec toute la clarté et la concision désirables, elle a reçu la réponse suivante, émanant évidemment des bureaux du ministère, mais signée du ministre de la Justice lui-même :

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

CABINET
DU GARDE DES SCEAUX

N° 3192

Paris, le 30 avril 1920.

Monsieur le Secrétaire général,

Vous avez bien voulu, par votre lettre, en date du 27 avril courant, appeler, au nom de l'Union des Syndicats médicaux de France, mon attention sur l'opportunité de procéder à une révision des tarifs d'expertises médicales en matière civile.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que l'intérêt de la question qui préoccupe vos mandants ne m'a pas échappé et que je transmets aujourd'hui même, au Conseil d'Etat, un projet de décret tendant à donner aux présidents des tribunaux le plus large pouvoir d'appréciation pour la fixation des honoraires des experts.

Ce mode de règlement m'a paru présenter le maximum de garanties et sauvegarder à la fois les intérêts légitimes des experts et ceux des parties en cause.

Veuillez agréer, Monsieur le secrétaire général, l'assurance de ma haute considération.

Signé : LHOPITEAU.

Malgré tout le respect que nous avons pour les honorables magistrats qui président les tribunaux civils, nous trouverions fâcheux qu'on leur laissât « le plus large pouvoir d'appréciation pour la fixation des honoraires des médecins experts ». Et cela, parce que les présidents des tribunaux, bien que magistrats intègres, sont des hommes faillibles comme tous les hommes, capables d'être influencés, et dont les taxations seraient fatalement *arbitraires*, si aucune règle, aucun tarif ne les guidaient et ne limitaient les caprices possibles de leurs décisions. Nous espérons que le Conseil d'Etat se rendra compte des inconvénients du projet de décret que lui a transmis M. le Ministre de la Justice.

Et nous exprimons une fois de plus le sincère regret de constater que, dans le cas présent, où le ministre affirme vouloir « sauvegarder à la fois les intérêts légitimes des experts et

ceux des parties en cause », il n'ait pas cru devoir consulter tout d'abord les intéressés, ne fût-ce que par respect des principes de justice à l'égard de tous les citoyens, principes qui devraient guider ceux qui ont la charge et l'honneur de gouverner une République démocratique.

J. NOIR.

Au Conseil supérieur de la Mutualité. L'élection du Dr Legras par les syndicats médicaux.

Nous sommes heureux d'annoncer que M. le Dr LEGRAS, d'Epinal, président de l'Union des Syndicats médicaux de France, a été élu membre du Conseil supérieur de la mutualité par les délégués des syndicats médicaux, en remplacement de notre regretté ami, le Dr Gairal.

M. Legras a obtenu 121 voix sur 138 suffrages exprimés, malgré le peu de bruit fait autour de cette élection. Cependant, le représentant des syndicats médicaux aura une tâche importante à remplir au Conseil de la mutualité où seront certainement examinés et discutés les projets et les propositions de lois ayant trait à l'assurance maladie et à toutes les lois d'hygiène sociale.

M. le Dr Legras recueille donc la succession intégrale du Dr Gairal, et nul plus que lui ne méritait davantage la confiance de ses confrères qui, dans l'élection du Conseil de la mutualité, s'est manifestée par la presque unanimité; beaucoup des bulletins, qualifiés de *divers*, portaient la mention : le président de l'Union des syndicats médicaux, ou : le candidat désigné par l'Union des syndicats médicaux.

Nos sincères félicitations à M. le Dr Legras.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURCALE

Hôtel-Dieu de Toulouse : M. J.-P. TOURNEUX, Chirurgien des hôpitaux.

La torsion des kystes de l'ovaire

Les kystes de l'ovaire, du fait de leur nature propre, de leur situation abdominale, et aussi de leur évolution, peuvent présenter toute une série de complications. Ce sont là des faits que vous avez pu constater à plusieurs reprises au cours de ces derniers mois, et je n'ai pas manqué, chaque fois que le cas s'en est présenté, de vous en signaler les particularités les plus importantes, au point de vue tant clinique qu'opératoire. Bien que j'aie l'intention de reprendre prochainement avec vous l'étude d'ensemble de ces diverses complications, que je n'ai fait jusqu'ici que vous esquisser sommairement, je tiens à vous entretenir dès aujourd'hui d'une de ces complications dont vous avez pu observer, il y a quelques jours, un fort bel exemple : je veux parler de la torsion des kystes ovariens.

Vous savez que la plupart de ces tumeurs sont pourvues d'un pédicule, court et large dans un certain nombre de cas, long et grêle dans d'autres ; or, il peut arriver que, sous l'influence de diverses conditions que je passerai en revue dans un instant, il se produise une véritable bascule de la tumeur, déterminant un enroulement plus ou moins prononcé du pédicule, ce qui entraîne nécessairement un certain nombre de lésions, soit à l'intérieur du kyste, soit au niveau de la paroi, lésions se traduisant cliniquement par différents symptômes.

Il y a trois semaines environ, est entrée dans notre service une femme âgée de 43 ans, présentant une tumeur abdominale évoluant depuis un certain nombre d'années et s'accompagnant depuis 6 mois de phénomènes douloureux assez intenses. Les antécédents ne présentent pas grand intérêt : réglée à 13 ans, elle s'est mariée à 21 ans, et a eu 3 grossesses normales ; puis, vers l'âge de 39 ans, elle a constaté l'apparition d'un certain nombre de phénomènes, sur lesquels je n'insiste pas, mais qui ont permis à son médecin de porter le diagnostic de kyste ovarien. Dès ce moment, on parla à la malade de la nécessité d'une intervention chirurgicale, qu'elle refusa énergiquement, bien qu'on lui ait fait entrevoir toutes les complications que pouvait présenter ultérieurement l'évolution de cette tumeur.

Ce kyste a continué naturellement à se développer, il a augmenté de volume, et a entraîné peu à peu de ce fait la compression de certains viscères abdominaux, ce qui s'est traduit par de la constipation et du ténesme vésical ; puis, dans ces derniers mois, notre malade a présenté, à la suite d'un effort assez brusque, de la sensibilité

abdominale s'accompagnant de douleurs à localisations hypogastrique et lombaire. Ces douleurs se sont ensuite calmées pendant un certain temps ; puis, elles ont reparu un peu plus intenses que la première fois, pour disparaître de nouveau pendant quelques jours. Il y a eu ainsi toute une série de crises douloureuses, augmentant chaque fois d'acuité, et enfin, la malade fatiguée de souffrir, en est arrivée à accepter ce qu'elle avait refusé tout d'abord, à savoir : une intervention chirurgicale.

En l'examinant, vous avez pu constater au niveau de la région abdominale inférieure, un peu à droite de la ligne médiane, l'existence d'une tumeur présentant tous les symptômes classiques des tumeurs kystiques, tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, tumeur fixée, douloureuse dans les essais de mobilisation.

Etant donné l'aspect clinique de cette tumeur et aussi les particularités de son évolution, le diagnostic n'était pas très difficile à porter : il s'agissait évidemment d'un kyste de l'ovaire à pédicule tordu adhérant aux organes voisins, et c'est ce qui a été confirmé le jour de l'opération.

Nous nous sommes trouvé en effet en présence d'un kyste de l'ovaire droit, adhérant à l'épiploon, au péritoine pariétal, au gros intestin, kyste dont le pédicule présentait deux tours de spire enroulés dans le sens des aiguilles d'une montre. L'ablation de cette tumeur qui contenait un liquide hématique fut relativement aisée, car il ne s'agissait encore que d'adhérences en somme peu développées — il n'en est malheureusement pas toujours ainsi ! — et les suites opératoires ont été des plus satisfaisantes.

La torsion des kystes de l'ovaire est un phénomène qui a été signalé il y a longtemps déjà par Rokitanski, et qui a été bien étudié dans ses différentes modalités par Terrillon et Pozzi. Elle peut assurément se produire dans toutes les variétés kystiques, mais elle se voit surtout dans les kystes de volume moyen, pourvus d'un pédicule long et grêle ainsi que dans les kystes dermoïdes, plus lourds que les kystes mucoïdes et basculant plus facilement.

Quant à ce mouvement de bascule, il est déterminé par plusieurs conditions : parfois il se produit insidieusement, sans cause appréciable ; c'est là un fait assez rare ; plus fréquemment, il est sous la dépendance de la rupture subite d'équilibre de la tumeur du fait d'un mouvement violent, d'un effort brusque, comme chez notre malade, du fait d'un traumatisme ou encore du fait de la déplétion brusque d'un organe, vessie, intestin ou utérus gravide. Dans d'autres cas, c'est l'accroissement inégal de la tumeur elle-même qu'il faut incriminer ; cela se voit surtout dans les kystes mixtes, ou bien, il s'agit encore de la mobilisation du kyste par une autre tumeur utérine ou ovarienne.

Certains auteurs ont cherché à expliquer les faits de torsion spontanée, et c'est ainsi que Payr a incriminé la gêne de la circulation veineuse résultant de certaines positions de la tumeur kystique. Les veines du pédicule distendues par le sang, s'allongeraient, deviendraient flexueuses et arriveraient à former un arc dont la corde serait constituée par l'artère. Mais cet arc veineux ne tarderait pas à être limité dans son extension, il décrirait alors autour de l'artère une sorte d'enroulement, qui serait l'amorce, le début de la future torsion.

Vous avez pu constater que, chez notre malade, le sens de la torsion du pédicule s'était effectué selon celui des aiguilles d'une montre ; c'est là un fait qui se voit assez fréquemment pour les kystes de l'ovaire droit, et que Küster avait érigé en loi. Les examens ultérieurs n'ont pas confirmé ce qu'avait avancé cet auteur ; les kystes droits ou gauches peuvent, en effet, se tordre également dans les 2 sens et le nombre des tours de spire que l'on note au niveau du pédicule peut varier de 1 à 6.

Il est bien évident que, suivant le nombre de ces tours de spire, et surtout suivant l'intensité de la striction qu'ils déterminent, on pourra observer différents degrés de lésions. S'il s'agit d'une striction moyenne, comme dans le cas que vous avez observé et qui est de beaucoup le plus fréquent, il se produira surtout de la gêne de la circulation veineuse, amenant de la stase sanguine, et produisant une hémorragie intrakystique ainsi que des zones d'œdème et de petits infarctus dans les parois du kyste. Ces lésions de la paroi détermineront d'abord des altérations épithéliales, et ultérieurement la production d'adhérences pariétales ou viscérales qui fixeront la tumeur : c'est ce que vous avez pu constater vous-mêmes.

J'ajouterai que, même dans le cas de striction moyenne, la stase sanguine peut produire une véritable inondation kystique : la paroi n'a pas alors le temps de s'adapter à cette brusque augmentation de volume, elle ne se laisse pas distendre, et il en résulte une rupture du kyste. Souvent, du fait de cette même torsion, il se produit également des changements de position du kyste : c'est ainsi qu'un kyste droit peut être amené dans la région iliaque gauche, comme un kyste abdominal peut être projeté et enclavé dans le cul-de-sac de Douglas.

Dans d'autres cas, où la striction est plus considérable, et où toute circulation est brusquement abolie, il se produit une véritable nécrose pédiculaire, causant la rupture du pédicule, et s'accompagnant alors bien souvent d'une hémorragie parfois foudroyante. Si, au moment de la rupture, il existe déjà des adhérences entre le kyste et les organes voisins, la tumeur peut continuer à vivre, mais dans le cas contraire, elle

flotte librement dans l'abdomen, et comme elle est privée de tous moyens de nutrition, elle ne tarde pas à se nécroser, en entraînant alors une septicémie péritonéale.

Cliniquement, la torsion des kystes de l'ovaire se présente sous deux aspects bien différents : elle peut évoluer, en effet, soit sous une forme chronique, soit sous une forme aiguë.

Dans un certain nombre de cas, comme cela s'est produit chez la malade que vous avez pu observer, cette torsion s'est effectuée lentement, insidieusement, se traduisant uniquement par de la sensibilité abdominale, et par des douleurs hypogastriques et lombaires. La cause de ces différents phénomènes est généralement méconnue ; on les rattache soit à de la réaction périkystique, soit à la formation d'adhérences, et si l'on n'a pas, comme nous, la notion d'une tumeur préexistante, le véritable diagnostic n'est pour ainsi dire jamais posé. La torsion est alors une simple trouvaille opératoire.

Dans d'autres cas, le début est au contraire extrêmement brusque et présente un tableau clinique des plus alarmants. La malade est prise de douleurs abdominales très vives, s'accompagnant de ballonnement du ventre ; elle présente des vomissements, de l'accélération du pouls, de la fièvre et parfois, des métrorragies. Parfois l'évolution paraît encore plus grave, rappelant tous les symptômes de la péritonite aiguë ou de l'étranglement interne.

Ces différents symptômes, que certains auteurs avaient cru pouvoir rapporter à de l'infection péritonéale, ont une toute autre signification. En effet, à cette période de début qui répond à la simple striction pédiculaire, il ne peut être question de véritable processus infectieux; c'est là un fait bien mis en évidence par Hartmann et Morax, qui ont prouvé que la réaction péritonéale était tout à fait aseptique, et il faut probablement rapporter ces symptômes, suivant l'opinion de Bröse et de de Bovis, à une auto-intoxication provenant de la gangrène aseptique des parois kystiques.

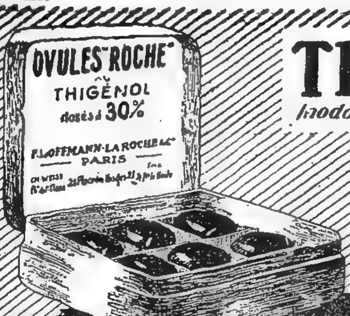
La torsion aiguë peut entraîner la mort, soit par hémorragie interne, soit à la suite d'une péritonite aiguë produite par la rupture du kyste sphacélé, mais dans la plupart des cas, la crise alarmante ne tarde pas à s'apaiser, et la lésion semble se refroidir. L'abdomen reste cependant douloureux, et le plus souvent, pour ne pas dire toujours, la malade présentera ultérieurement toute une succession de nouvelles crises aiguës ou subaiguës répondant à de nouvelles torsions.

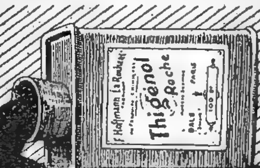
Il est bien évident que le diagnostic de la torsion aiguë présente autant de difficultés que celui de la torsion chronique. On songe au début à toute autre chose qu'à une torsion pédiculaire et l'on est entraîné plutôt vers l'idée d'une péritonite aiguë, d'une occlusion intestinale, ou même d'une crise appendiculaire. Ce n'est que par l'analyse minutieuse des différents symptômes, et surtout par la constatation de l'existence d'une tumeur intra-abdominale, que l'on peut songer à l'existence d'une torsion. Et encore, ne pourra-t-on pas porter franchement le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu, car il faudra songer à la possibilité de la torsion des annexes ou à celle d'un fibrome sous-séreux. Le véritable diagnostic ne pourra donc se faire la plupart du temps qu'après la laparotomie, ce qui n'entraîne pas d'ailleurs de grosses conséquences, ces diverses complications nécessitant toutes une intervention d'urgence.

Je n'insisterai pas longuement sur le traitement des kystes de l'ovaire tordu, car il ne présente rien de particulièrement spécial. Ce dont il faut bien vous souvenir, c'est que, loin de contre-indiquer une intervention, les phénomènes de torsion la commandent impérieusement ; il faudra donc opérer et le plus rapidement possible, particulièrement dans les cas de torsions aiguës, et faire l'ablation de la tumeur kystique. Cette intervention, facile dans la grande majorité des cas, peut être rendue plus délicate dans d'autres, par suite de nombreuses adhérences qui n'auront pas tardé à se réaliser, adhérences d'abord purement inflammatoires, mais plus tard, organisées, charnues, et qui pourront même parfois devenir un obstacle à l'extirpation complète du kyste tordu.

Aussi, faut-il pour intervenir ne pas attendre l'apparition d'une semblable complication: tout kyste de l'ovaire devrait être opéré dès que le diagnostic en a été posé, et en procédant de cette manière, on éviterait la production d'une torsion pédiculaire, lésion souvent très grave, dont il aurait été si facile de mettre le malade à l'abri.

Cours de vacances de M. Calot, du lundi 2 *août* au 9 *août*, à l'Institut Orthopédique de Berck (10e année). En 7 jours, de 9 heures du matin à 7 heures du soir, enseignement de l'*orthopédie indispensable aux praticiens* (orthopédie, *tuberculoses externes*, *fractures*), avec exercices pratiques individuels. Pour médecins et étudiants français et étrangers. Les explications peuvent être données en espagnol et en anglais par M. Calot et ses assistants. Droit d'inscription : 100 francs. Le nombre des places étant limité, écrire dès maintenant au Dr Fouchet, 69, quai d'Orsay, Paris, ou à l'Institut Calot, à Berck-Plage (Pas-de-Calais).


OVULES "ROCHE"
THIGÉNOL
dosés à 30%
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
PARIS


Thigénol "Roche"

VALS SOURCE REINE

TRAITEMENT de

l'ARTHRITISME

Cure de Printemps



MODE D'EMPLOI :

Un verre le matin à jeun

Un verre une heure avant le déjeuner

Une heure avant le dîner

Le reste de la bouteille consommé aux repas

N.-B. — Pour éviter *les substitutions*

AVOIR SOIN DE BIEN SPÉCIFIER :

Vals SOURCE LA REINE

L'Eau de la Reine se trouve dans toutes les pharmacies, chez tous les marchands d'Eaux et dans les dépôts de la Cie fermière de Vichy. On peut également s'adresser à M. CHAMPETIER *à* VALS LA REINE *(Ardèche).*

VALS SOURCE REINE

BIOLOGIE

Symbioses et Symbiotes.

(suite et fin (1).

Mais la théorie des symbiotes ne se borne pas à admettre la possibilité d'une symbiose entre espèces microbiennes et cytoplasme ; elle affirme délibérément l'universalité de cette symbiose, et, ce faisant, elle se heurte de suite à l'observation courante qui montre le protoplasme cellulaire normalement dépourvu d'enclaves microbiennes. A cette objection, M. Portier a répondu en assimilant hardiment les symbiotes supposés aux organites connus antérieurement dans le cytoplasme par les histologistes sous le nom de *mitochondries*. Les cytologistes ont en effet mis en évidence, au cours de ces dernières années, que le protoplasme observé à l'état vivant, à l'ultramiscroscope, présente une constitution absolument différente de celle qu'on lui décrivait après l'action des agents fixateurs. Les structures réticulées, alvéolaires ou autres, ne sont que des artifices de préparation, dus à la précipitation et la coagulation du protoplasme, qui à l'état vivant se montre en réalité constitué d'une sorte d'émulsion colloïdale, albuminoïde. Or, dans un grand nombre de cellules, on a pu mettre en évidence la présence de granules cytoplasmiques pourvus d'une certaine autonomie, d'ailleurs fort relative, et qui semblent jouir d'une activité élaboratrice toute spéciale : ce sont les « leucites » des cellules végétales, les « mitochondries » qu'il est aisé désormais de mettre en évidence par une méthode de coloration due à Benda (1899).

Ceci posé, il est des cas dans lesquels les mitochondries revêtent des formes d'apparence microbienne, ce qui explique dans une certaine mesure que M. Portier ait pu être tenté de les assimiler à de véritables microbes ; mais cette assimilation, quelque tentante qu'elle puisse être, est illégitime. La structure intime des mitochondries, toujours homogène, n'a rien de comparable à celle des bactéries, et leurs réactions microchimiques (coloration ...) sont très différentes de celles des microbes. Ces derniers sont infiniment plus résistants à toutes les manipulations de la technique histologique, alors que les mitochondries se montrent exceptionnellement fragiles. Contrairement à l'opinion de M. Portier, les mitochondries ne peuvent être isolées du milieu intracellulaire, *a fortiori* être cultivées en milieu artificiel, comme les symbiotes. En un mot, la discussion à laquelle a été soumise cette question par les cytologistes les plus autorisés (Guilliermond, Laguesse, Regaud ...) a amené à la conclusion que les mitochondries, organites cellulaires spécialisés, ne sauraientêtre assimilés à des symbiotes exogènes : une telle assimilation, basée uniquement sur des analogies morphologiques superficielles, est en contradiction avec tous les caractères spécifiques des mitochondries.

Enfin M. Portier a cru trouver un argument indirect en faveur de sa théorie dans l'étude des phénomènes d'avitaminose, qui, pour lui, ne sont rien plus que des phénomènes d'« asymbiose », toutes les conditions qui font disparaître des aliments les vitamines présumées étant précisément celles susceptibles d'y détruire ou d'en éliminer les symbiotes supposés. Mais s'il est vrai que le chauffage à 120° est capable de détruire les symbiotes, au même titre que n'importe quels autres microbes, il ne s'ensuit nullement que cette température ne puisse avoir également une action sur certaines molécules chimiques spécialement fragiles, telles que les vitamines B, par exemple : un argument tiré de ce fait n'a donc pas plus de valeur en faveur de l'une des théories qu'en faveur de l'autre. D'autre part, en épuisant du son de riz par l'alcool, il est exact qu'on peut en extraire des microbes, mais rien ne permet d'en conclure que ceux-ci sont les agents curateurs de la polynévrite expérimentale contre laquelle le son de riz se montre *si spécifiquement efficace*, et rien ne prouve non plus que les substances dissoutes et entraînées également par l'alcool ne jouent aucun rôle dans l'amendement des phénomènes de carence.

Si aucun des arguments précédents ne peut être considéré comme venant nettement à l'appui de l'hypothèse des symbiotes, aucun non plus ne va absolument à son encontre : il n'en est pas de même du suivant. M. Lumière a reconnu qu'on peut parfaitement obtenir des macérations alcooliques absolument stériles, et néanmoins susceptibles de guérir la polynévrite d'avitaminose, ce qui exclut catégoriquement un rôle quelconque des microbes extraits du son de riz dans de tels phénomènes, et ne peut s'expliquer que par l'existence de substances chimiques spécifiques. Si donc « la carence peut être sûrement et efficacement combattue par des produits ne renfermant pas de *microbes vivants* », le fait que les cultures de microbes dits « symbiotes » peuvent également amender les phénomènes dits d'avitaminose prouve simplement que certains microbes peuvent élaborer des vitamines au même titre que tant d'autres cellules vivantes, et toute autre conclusion dépasserait la portée de l'expérience.

Tels sont les principaux arguments que M. Lumière a mis en œuvre pour critiquer la doc-

(1) Cf *Concours médical*, n° 21, p. 1294.

trine de M. Portier, dont il estime avoir « infirmé toutes les bases ». Hippocrate dit « Oui » et Galien dit « Non »... qui croire ?

Dans une chronique scientifique du *Temps*, M. E. Perrier, exposant la question à ses lecteurs, tente de concilier les deux points de vue en faisant remarquer que les leucites, mitochondries, etc., qui jouissent d'une activité élaboratrice indéniable et précisément du même ordre que celle des symbiotes supposés, sont pourvus eux aussi d'une autonomie manifeste : à l'intérieur de la cellule, ils se multiplient pour leur propre compte ; lorsqu'une cellule se divise, chacune des cellules-filles renferme un certain nombre de ces organites, qui en perpétueront la filiation — j'allais presque dire l'espèce — et « il ne leur manque, pour être assimilables aux Symbiotes de M. Portier, que d'être capables de vivre hors de tout organisme, dans un milieu inerte, comme M. Portier l'admet pour ces derniers. » Encore cette objection n'a-t-elle pas de valeur absolue, nombre de parasites étant si bien adaptés à la vie parasitaire qu'ils sont devenus parfaitement incapables d'une vie autonome, sans qu'il soit venu à personne l'idée qu'ils font dorénavant partie intégrante de l'organisme de leur hôte.

Ainsi M. Perrier adopterait volontiers le point de vue de M. Portier en dépit des différences fondamentales de structure qui peuvent exister entre les formations cellulaires précitées et les microbes, différences si bien mises en évidence par les cytologistes dont je rapportais plus haut l'opinion. Pour justifier son point de vue à cet égard, M. Perrier remarque que le nombre d'atomes des substances albuminoïdes est si considérable (plusieurs milliers), qu' « il ne faut pas beaucoup de molécules de cette complexité pour faire avec des molécules de graisse et d'amidon un grain visible au microscope ; certains microbes ne sont visibles qu'à l'ultramicroscope ; il y en a probablement d'invisibles. » Et M. Perrier en conclut : « Un tel assemblage de molécules ne se distingue pas quant à sa constitution d'un composé chimique ordinaire ; l'organisme d'un microbe de ces dimensions ne peut être beaucoup plus complexe ». Ainsi donc, pour lui, les microbes seraient, du fait de l'exiguité de leur taille, assimilables aux composés chimiques complexes qu'il vient d'envisager. Or, de tels complexes sont essentiellement instables : quand leurs édifices moléculaires s'écroulent, leurs débris peuvent s'associer aux molécules voisines plus simples pour former d'autres complexes, dont certains peuvent être exactement semblables à l'édifice écroulé, mais en plus grande quantité : « ce corps augmente alors de volume et de poids, on dit qu'il se *nourrit*. Quand il a, en se nourrissant, dépassé son volume primitif, pour se maintenir en équilibre par rapport au milieu extérieur, il se divise et ont dit qu'il se reproduit... » Ainsi, de tels édifices moléculaires ayant, de par leurs affinités et leur instabilité chimique, certains des caractères de la vie, rien n'empêcherait de considérer comme un véritable être vivant un granule cytoplasmique, au même titre qu'un microbe que l'on peut isoler en culture et, en dépit de toutes les différences morphologiques qui peuvent exister entre eux deux, il n'y aurait plus lieu d'opposer les opinions de MM. Portier et Lumière.

Sans discuter ici la légitimité de l'assimilation des microbes à de simples complexes moléculaires, pour la seule raison que la taille de certains d'entre eux peut être de l'ordre de grandeur de de certaines molécules organiques exceptionnelles, j'objecterai à la manière de voir de M. Perrier qu'en élargissant encore le problème des symbiotes elle le dénature. Peut-on dire qu'un édifice moléculaire chimique est vivant, parce que du fait de son instabilité il se trouve voué à de perpétuels changements et d'incessants échanges atomiques avec le milieu qui l'entoure ? La chose peut être discutée, mais n'a rien à voir avec la question qui nous occupe : c'est le problème de la définition des êtres vivants qui se pose, et du critérium de la Vie et de la Non-Vie. Supposons, si l'on veut, admise une définition qui nous permette de qualifier de vivants de tels édifices moléculaires, et, par extension, tout granule intraprotoplasmique, il en résulte que la cellule se transforme en une manière de petite république de molécules, au sens large du terme : que la vie cellulaire soit la résultante des réactions réciproques des « Vies » de chacune des molécules qui prend part à la constitution du cytoplasme, tout le monde en est d'accord, mais nous ne sommes nullement pour cela autorisés à parler dans ce cas de « symbiose ». C'est qu'en effet ce terme implique une notion qu'il ne faut pas perdre de vue : celle d'*individualité*. Qui dit « symbiose » dit association de deux êtres, de deux « individus », et à ce point de vue, le seul critérium de l'individualité, c'est la possibilité d'une vie isolée, dont M. Perrier ferait volontiers trop bon marché. Les microbes satisfont évidemment à cette condition, et peuvent à ce titre faire partie d'associations symbiotiques anthentiques dont certaines sont parfaitement connues depuis longtemps. Mais dans l'état actuel de nos connaissances, il n'en est nullement de même pour les granules cytoplasmiques, les gouttelettes de colloïdes albuminoïdes issues de cellules vivantes, qui se sont toujours montrées parfaitement incapables de vivre en dehors du milieu cellulaire, au même titre par exemple qu'un noyau isolé de tout cytoplasme : dira-t-on que le complexe qu'il forme avec ce dernier constitue une symbiose ?

Je me refuse à admettre l'argumentation par analogie avec ce qui se passe pour certians parasites si parfaitement adaptés à la vie parasitaire qu'ils sont désormais inaptes à toute vie autonome ; leurs formes embryonnaires, leur organisation, permettent plus ou moins aisément de les rattacher à d'autres groupes d'êtres moins dégradés ; il n'est rien de semblable pour les granulations élémentaires mitochondriales, qui puisse justifier une assimilation à des microbes dégénérés par une adaptation par trop parfaite à leur nouveau genre de vie. Si par surcroit ni le cytoplasme, ni ses granulations élémentaires ne sont en aucun cas susceptibles de vivre isolément. Il me paraît absolument gratuit de prétendre voir en eux des individus différents, pour la seule satisfaction de déclarer ensuite qu'ils constituent une association symbiotique indiscutable. M. Portier adhère d'ailleurs implicitement à cette manière dé voir en fondant sa théorie sur la possibilité de vie séparée de l'un au moins des deux conjoints, le microbe-symbiote cultivable. Or, contrairement à son opinion, les mitochondries ne se sont encore jamais montrées cultivables en dehors de la cellule, et les symbiotes supposés, j'eutends ceux seuls que M. Portier a pu cultiver, ne sont pas des mitochondries (Guilliermond) : tant que nous ne serons pas parvenus à donner une vie autonome à ces dernières, il sera illégitime de les considérer comme des individus, et par conséquent de parler de symbiose à leur sujet, en dépit de leur caractère de molécules *vivantes*.

Ecartant donc le point de vue quelque peu métaphysique auquel tend à se placer M. Perrier, nous sommes forcés de constater que l'antinomie persiste complète entre les deux thèses de MM. Portier et Lumière. Existe-t-il, oui ou non, dans toute cellule, des microbes symbiotes indispensables ? A s'en tenir aux termes mêmes des propositions de M. Portier, la théorie des symbiotes ne semble pas admissible :

Les expériences de contrôle de M. Lumière semblent avoir péremptoirement démontré que les microbes cultivés par M. Portier ne sont que des saprophytes égarés dans les tissus ;

Ils n'ont pas de réprésentants permanents et universels dans toutes les cellules, comme l'implique la théorie qu'ils ont suscitée ;

Le rôle qu'ils jouent dans la vie cellulaire est sans doute celui d'un corps étranger toléré, rien de plus ; en tout cas, s'ils ont un rôle plus actif, celui-ci n'est nullement indispensable ;

Aucun des caractères par lesquels M. Portier a tenté de justifier la création d'une catégorie spéciale pour les microbes en question ne peut être considérée comme spécifique ;

Enfin rien ne justifie la substitution de la notion d' « asymbiose » à celle d' « avitaminose », l'hypothèse des vitamines étant à l'heure actuelle la seule qui cadre avec tous les faits connus en cette matière.

Telles sont les conclusions que l'on peut formuler à la suite d'une étude impartiale de l'état actuel de la question des Symbiotes. Est-ce à dire que rien n'est à conserver de l'hypothèse de M. Portier ? Je ne le pense pas. Si sous sa forme actuelle elle ne semble pas justifiée, elle garde une réelle valeur à titre d'hypothèse de travail. Les discussions auxquelles elle a donné lieu, les expériences de contrôle qu'elle a suscitées et qu'elle suscitera encore, quelle que soit l'opinion à laquelle on se range, ne sauraient manquer d'être fécondes, et elle a eu l'immense mérite d'ouvrir aux recherches des horizons imprévus. Dans toute erreur, il peut y avoir une part de vérité ; l'avenir permettra de préciser celle que renfermait la doctrine des Symbiotes, dont la conception si originale constitue une étape nouvelle dans la recherche des phénomènes intimes de la vie cellulaire.

Dr J.-M. PACAUT.

A TRAVERS LA PRESSE

Volvulus iliaque, son traitement.

Le volvulus, une des trois causes d'occlusion intestinale, est une torsion plus ou moins complète de l'anse sigmoïde sur elle-même, rendue possible par l'allongement et la mobilité de l'anse intestinale tenue par un méso long avec un pied court fixé aux parois pelviennes par un méso court. La constipation est à l'origine de ces modifications anatomiques. Plus fréquent chez l'homme que chez la femme, il se manifeste d'abord par des accidents transitoires, puis, par des crises d'occlusion incomplète à rechutes, qui cèdent à l'atropine et aux lavements jusqu'à ce qu'éclate l'attaque aiguë.

M. PAUCHET en décrit les signes suivants (*Journ. de Méd. de Paris.*, 20 mars 1920):

Avec l'arrêt complet des matières et des gaz, des douleurs vagues qui finissent par se localiser, on observe du météorisme, dans un ventre distendu en ballon, asymétrique, déformé obliquement, la moitié droite étant plus distendue que la gauche. Le signe de von Wahl se traduit à la vue par une rénitence localisée ; à la percussion, par un tympanisme particulier, à timbre métallique, sonorité dite du ballon-symptôme.

Les vomissements sont rares ou tardifs, fécaloïdes seulement au stade ultime. Le toucher rectal bute sur un obstacle formé par une

coudure ou sur une masse tendue dans le Douglas.

On diagnostiquera différentiellement le volvulus de l'étranglement par l'absence de vomissements, leur apparition tardive, leur nature non fécaloïde, la persistance normale des urines; — de l'invagination, dont les évacuations sont muqueuses et sanglantes, le ballonnement moins volumineux, le boudin perceptible au palper ; — des périsigmoidites, qui se caractérisent par de la fièvre, des vomissements porracés ; — du cancer, que l'opération fera seule reconnaître

Le traitement est surtout chirurgical, après l'échec des lavements et de l'atropine. L'opération de choix est l'anus cœcal, l'extériorisation-résection, la colectomie totale d'emblée.

La vaccinothérapie dans la fièvre typhoïde.

MM. Fournier et A. Schwartz consacrent à cette question un important travail (*Bull. Méd.*, 27 mars 1920) qu'ils résument ainsi :

« L'action favorable de la vaccinothérapie par « voie buccale a été évidente dans la grande « majorité des cas de fièvre typhoïde où nous « l'avons appliquée. Elle a été d'autant plus « nette que le traitement a été commencé plus « tôt. Elle s'est manifestée principalement par « une disparition rapide de la fièvre et des phé- « nomènes typhoïdes et un raccourcissement « très notable de la durée de la maladie.

« Quand la vaccinothérapie digestive n'a « semblé donner que des effets douteux ou nuls, « nous avons souvent constaté l'existence d'une « complication ou d'une infection combinée, « contre lesquelles évidemment le vaccin anti- « typhique n'a aucun pouvoir.

« Nous avons employé un vaccin chauffé à « 100°-105°. Il est fort possible que d'autres « méthodes de préparation soient préférables « et donnent des vaccins plus actifs. Il est fort « possible aussi que, pour certaines formes hyper- « toxiques de la fièvre typhoïde, il paraisse un jour « nécessaire d'associer, comme nous l'avons fait « dans un cas très grave, et cependant terminé « par guérison, l'immunisation passive, séro- « thérapie, à l'immunisation active, vaccino- « thérapie. D'autre part, nous avons déjà signalé « le progrès que réaliserait l'application d'un « traitement pathogénique des infections secon- » daires ajouté à la vaccinothérapie antityphi- « que par voie buccale. Celle-ci en est encore « à ses débuts. Telle que nous l'avons appliquée, « elle nous a donné déjà des résultats très satis- « faisants. D'autres recherches, très nombreuses, « sont encore nécessaires : une méthode théra- « peutique n'arrive pas, en une seule étape, au « degré voulu de perfection. Les faits que nous « avons observés nous font penser que cette « méthode, améliorée comme il convient, cons- « tituera le traitement de choix de la fièvre « typhoïde. »

Sur l'action thérapeutique de l'éther.

M. Audrain revient sur cette question, qu'il a déjà traitée dans le *Progrès Médical*, dans une note que nous avons reproduite. (*Année Méd.*, avril 1920.)

Dans le tétanos, l'éther agit comme antiinfectieux. Des inhalations de 60 cmc matin et soir, sans amener le sommeil, atténuent les crises, les font disparaître, et procurent la guérison, à la condition d'employer de l'éther pur. C'est pour lui le traitement de choix du tétanos.

Dans la coqueluche vraie, qu'il faut distinguer de la toux coqueluchoïde des adénoïdiens, les injections intra-musculaires de 2 cmc. d'éther, tous les deux jours, éteignent les quintes au bout de 6 à 8 jours au maximum.

Traitement du tétanos.

A rapprocher du travail précédent, une Revue de M. P. Moiroud (*Gaz. des Hôp.*, 1920, n°s 31 et 33.)

La plaie, foyer de fabrication de la toxine tétanique, sera rigoureusement traitée chirurgicalement. En outre, tant préventivement que curativement, on emploiera la sérothérapie qui a fait ses preuves.

On neutralisera l'intoxication par les injections phéniquées pratiquées plusieurs fois par jour autour de la plaie, tous les jours d'abord, puis de plus en plus espacées, à la dose quotidienne de 0,40 à 1 gr. et 1 gr.50, selon l'une des formules suivantes :

1.	Acide phénique pur........	5 gr.
	Glycérine.................	50 gr.
	Eau.......................	450 gr.
2.	Camphre..................	0 gr. 01
	Acide phénique...........	0 gr. 10
	Huile d'olives stér........	10 cmc.
3.	Huile d'olives............	10 gr.
	Phénol....................	1 gr.
	dissous dans éther.........	0 gr. 50

Les injections intra-veineuses de persulfate de soude pur et neutre à 5 % ont une action favorable constante.

On calmera les crises avec du chloral (8 à 12 gr. par jour), le chloroforme, l'éther, le bromure de potassium, la belladone, les opiacés. Les bains tièdes et chauds prolongés diminuent les paroxysmes. Le sulfate de magnésie en injection intra-veineuse en solution à 3 % a ses partisans et ses détracteurs.

Le malade sera maintenu dans le plus grand calme, loin des excitations extérieures. On l'alimentera avec une sonde œsophagienne, des lavements alimentaires, des injections de sérum glucosé.

Parmi les conclusions de l'auteur, nous relevons celle-ci comme la plus importante :« L'injection de sérum (antitétanique) est un droit pour le blessé, un devoir pour le médecin. Cependant, l'action préventive du sérum étant de courte durée, il faut renouveler l'injection, et son action curative n'est pas spécifique. On doit toutefois faire de la sérathérapie la base du traitement curateur. »

Au moment d'opérer secondairement un blessé, on ne manquera jamais de faire précéder la nouvelle intervention d'une injection antitétanique, afin de prévenir la mise en liberté de toxines emprisonnées dans les cicatrices, toujours msnaçantes.

Les injections intraveineuses de solutions glycosées hypertoniques.

M. Cheinisse expose l'état de cette question, d'après les derniers travaux publiés, tant en France qu'à l'étranger (*Presse Méd.*, 10 avril 1920).

Appliquées au traitement des pneumonies grippales et, en général, des infections et, des intoxications graves, de l'hyposystolie et de l'asystolie primitives ou secondaires, de tous les états dont la gravité clinique se mesure à la diminution des urines, elles exercent :« 1° une action tonicardiaque très marquée et facilement appréciable par l'élévation de la pression artérielle ; 2° le rétablissement rapide de la diurèse, conséquence physiologique immédiate de l'augmentation considérable de la masse sanguine, augmentation secondaire elle-même à la forte déshydratation des tissus ».

Il s'agit d'abord et avant tout d'une action mécanique liée à la forte concentration de la solution, et peut-être aussi d'une action stimulante directe sur le myocarde, due au sucre lui-même.

Quoiqu'il en soit, les résultats acquis jusqu'à ce jour sont des plus encourageants, et cette méthode aurait provoqué de quasi-résurrections, tout en se montrant pour ainsi dire inoffensive. Tout au plus, assisterait-on parfois (13,4 %) à de légers phénomènes réactionnels comparables à ceux que détermine l'introduction dans la circulation d'une albumine étrangère.

On emploie une solution à 25-30 %, très soigneusement stérilisée, faite avec du sucre chimiquement pur, injectée aseptiquement dans une veine du pli du coude, à raison de 250 à 300 cmc., assez lentement pour que la durée totale de l'introduction soit d'au moins 40 minutes. La température de la solution sera maintenue légèrement supérieure à celle du corps.

Les effets obtenus sont les suivants : « L'habitus général du malade s'améliore immédiatement et devient moins toxhémique ; le rythme respiratoire devient plus lent, le pouls se ralentit et acquiert une amplitude de plus en plus forte, la pression sanguine augmente, la langue devient humide, les reins et l'intestin reprennent leur fonctionnement ; si le patient était agité, il devient calme, et souvent, il s'endort au cours même de l'injection ».

Ces injections pourront être répétées à des intervalles de 8, 12, 18, et 24 heures.

La seule contre-indication à leur pratique serait la néphrite chronique azotémique, qui s'aggraverait au contraire, à leur occasion.

Les thrombo-phlébites du membre supérieur.

Selon M. Cadenat (*Paris Méd.*, 27 mars 1920), « la thrombo-phlébite du membre « supérieur est rare. Elle se manifeste par un « syndrome analogue à la *phlegmatia cœrulea* « *dolens* du membre inférieur, et se localise le « plus souvent à droite, contrairement à cette « dernière.

« Son évolution varie de quinze jours à plusieurs mois ; en général, elle se termine par un « retour complet du fonctionnement du membre, et sans que l'embolie ait été signalée « comme complication.

« Le traitement en est simple : d'abord immobilisation avec suspension, puis massage « et mobilisation à partir de la 3e semaine.

« La pathogénie en est discutée. En dehors « des phlébites par propagation d'une infection « locale du membre supérieur, on peut les observer à la suite d'un effort violent ou à la suite « de traumatismes thoraciques même non infectés cliniquement.

« La vraie thrombose par effort est probablement due à une lésion traumatique de l'endoveine déterminant la coagulation d'un sang « dont la circulation est déjà ralentie par l'expiration forcée qui caractérise l'effort. La thrombo-phlébite d'origine thoracique est probablement secondaire à une infection pleurale se « propageant par les veines anastomotiques « thoraco-brachiales.

« Il existe toute une catégorie de thrombo-phlébite en apparence spontanées pour lesquelles on peut invoquer une lésion syphilitique « de la veine. »

FAITS CLINIQUES

Contribution à l'étude des encéphalites aiguës. Un cas d'encéphalite aiguë à type myoclonique simulant l'urémie.

Par le Dr J. Bayard.

Depuis quelques mois, on a signalé un peu partout l'apparition de syndromes nouveaux qui étonnent le praticien, non encore familiarisé avec ces diverses manifestations encéphaliques.

L'étude de leurs observations cliniques permettra d'en tirer des déductions utiles sur leur évolution et leur diagnostic, en attendant qu'on soit fixé sur leur pathogénie.

On a observé 2 formes : *A*) l'encéphalite aiguë à forme léthargique. *B*) l'encéphalite aiguë à forme myoclonique avec insomnie.

***

A). Le Dr Netter a signalé depuis plus d'un an une douzaine de cas d'encéphalite aiguë à forme léthargique. Depuis, de nombreux médecins en ont signalé l'apparition, ce qui laisserait croire à une fréquence relative de cette affection épidémique.

Brusquement, sauf quelques petits prodromes : légères douleurs de tête intermittentes, inappétence, vomissements, — un sujet, jusque-là tout à fait bien portant, sans hérédité nerveuse, sans tare méningo-encéphalique, entre dans un coma plus ou moins profond dont il est impossible de le réveiller. La mort survient au bout de quelques jours avec fièvre modérée d'abord, puis de plus en plus élevée.

Dans d'autres cas, la céphalalgie vient progressivement avec quelques troubles visuels, vertiges, incertitude de la marche, contractures. C'est le symptôme dominant de la période d'excitation.

Puis un état somnolent, avec torpeur qui peut durer plusieurs semaines, sans aboutir au coma complet et peut se terminer par la guérison.

En dehors de toute septicémie due au pneumocoque, au staphylocoque ou au streptocoque, ou de méningo-encéphalite survenant à la suite de lésions du rocher, ou des sinus frontaux, déterminant un abcès du cerveau, on se trouve en présence d'une maladie infectieuse et épidémique bien caractérisée due à un microbe non encore isolé.

La ponction lombaire donne un liquide clair avec ou sans hyperalbuminurie et une lymphocytose très légère ou même nulle.

B). Les Drs Sicard et Kude'ski ont signalé tout récemment quelques observations d'une nouvelle manifestation encéphalique beaucoup plus rare, qu'on peut nommer : encéphalite aiguë myoclonique.

Cette affection est caractérisée par des douleurs et des secousses à rythme myoclonique qui s'accusent aux bras, aux membres, au cou, à la face, au diaphragme et à l'abdomen, avec insomnie persistante. Pas de troubles oculaires, pas de modification de la sensibilité objective, des *réflexes ou des* sphincters. La période de terminaison est caractérisée par du délire à forme onirique et confusionnelle. L'évolution se fait en quelques jours. Le pronostic est d'une exceptionnelle gravité.

L'autopsie a montré de l'œdème cortical, de la congestion méningée et de l'inflammation du plexus choroïdien.

La ponction lombaire donne un liquide normal, avec seulement légère lymphocytose et hyperalbuminose à la période terminale.

Ces deux formes d'encéphalite sont complètement différentes comme symptomatologie, mais se rapprochent par l'absence de réaction du liquide céphalo-rachidien. Aucun critérium bactériologique ne permet de les assimiler ou de les différencier étiologiquement, et on est en droit de se demander s'il y a relation entre ces deux affections qui touchent toutes deux l'encéphale.

***

J'ai eu l'occasion tout dernièrement d'être appelé auprès d'une malade âgée de 53 ans, ayant toujours joui d'une très bonne santé, mais très surmenée depuis plusieurs mois. Elle se plaignait depuis quelques jours d'une douleur exacerbante dans la région de l'épaule droite et dans les muscles du cou du côté droit. Un confrère appelé avant moi avait prescrit une potion au salicylate de soude et des frictions avec un liniment à base de salicylate de méthyle. Au bout de 2 ou 3 jours, les douleurs augmentaient et amenaient une insomnie complète. Bien que rien dans ses antécédents ne puissent faire penser à une affection rhumatismale, je fis le diagnostic de douleurs rhumatoïdes avec névrite du plexus cervical, simulant le torticolis. Aucun autre symptôme ; poumons et cœur normaux. L'analyse d'urine révéla une néphrite légère avec 0,17 centigr. d'albumine. Aucune douleur dans la région des reins, pas de température et persistance de l'insomnie.

Les premiers symptômes remontaient au 15 ou 16 janvier Le 29, les accidents s'aggravant, je fus appelé d'urgence et je fis le diagnostic d'urémie. Je pratiquai incontinent une saignée de 400 gr. environ et une piqûre de caféine. Les douleurs avaient complètement disparu et avaient fait place à un ensemble de contractures

RÉGYL

à base de peroxyde de magnésium et de fluorure de sodium organiques

Echantillons gratuits à MM. les Docteurs

DYSPEPSIES

GASTRALGIES

Rebelles aux traitements ordinaires

7 fr. 50 la boîte pour un mois

Laboratoires FIÈVET

53, rue Réaumur, PARIS



PEPTONATE de FER ROBIN

DÉCOUVERT
PAR L'AUTEUR EN 1881

Admis officiellement dans les Hôpitaux de Paris
ET PAR LE MINISTÈRE DES COLONIES

Guérit **ANÉMIE**
CHLOROSE
DÉBILITÉ

Ne fatigue pas l'Estomac, ne noircit pas les Dents, ne constipe jamais

Ce Ferrugineux est entièrement assimilable

VENTE EN GROS : ***13, Rue de Poissy, PARIS.*** — DÉTAIL : ***Principales Pharmacies.***

TROUBLES DE LA CIRCULATION DU SANG

RÈGLES Difficiles, Excessives, Insuffisantes.
PUBERTÉ -:- MÉNOPAUSE -:- VARICES -:- HÉMORRHOIDES -:- PHLÉBITES -:- VARICOCÈLES

HEMOPAUSINE du Docteur BARRIER

Hamamelis, Viburnum, Hydrastis, Seneçon, etc.

ADULTES : 2 à 3 verres à liqueur par jour. || ENFANTS : 2 à 3 cuillerées à dessert par jour.

DOCTEUR : *Voulez-vous lutter contre la réclame charlanesque ?* **CONSEILLEZ : *l'HÉMOPAUSINE***

Laboratoire du Dr BARRIER, Les Abrets (Isère). — ÉCHANTILLON SUR DEMANDE

BRONCHITES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES

Dragées de TERKAL MONAL

Carbonate de Gaïacol terpino-codéiné associé au Nucléinate de chaux fluoruré.

Calmantes - Expectorantes - Curatives - Reminéralisantes

DOSE : 4 à 6 dragées par jour entre les repas.

Laboratoires **MONAL & Cie**, 6, Rue Daubigny, PARIS.

cloniques, donnant à la face l'aspect de tics se répétant 2 ou 3 fois par minute au début, puis toutes les 2 ou 3 secondes ensuite, et s'étendant aux membres, aux muscles du ventre et au diaphragme, amenant une sorte de faux « Cheynes-stokes ».

Les réflexes oculaires étaient normaux, ainsi que les réflexes rotuliens. Pas d'hyperesthésie, pas de signe de Babinski. Pas de température. Pas d'œdèmes. La malade essayait de se lever à tout instant, ne pouvant tenir en place. Les phases d'excitation alternaient avec de courtes rémissions, un peu de torpeur et même de somnolence.

Je prescrivis le repos absolu, 2 grammes de théobromine, des boissons abondantes, le régime lacté intégral, des ventouses scarifiées sur la région lombaire et des lavements froids fréquents.

Le soir, après une journée relativement calme, je la revis en consultation avec le Dr Alexandre qui, en présence de ces symptômes troublants ne donnant pas l'impression de la crise classique d'urémie, fit une réserve. Des hallucinations de l'ouie et de la vue avaient apparu. Elle ne voulait plus voir ses enfants, avait de la confusion mentale, causait tout le temps et s'imaginait voir auprès d'elle des gens qui lui voulaient du mal. Dans ses périodes de rémission, elle racontait parfaitement ses hallucinations et reconnaissait très bien son mari et son entourage. Les secousses myocloniques étaient devenues plus fréquentes. Le délire augmentait, la température dépassait légèrement 38. Nous fîmes alors appeler le Dr Léon Bernard, qui fit comme nous le diagnostic d'urémie, en formulant l'hypothèse d'encéphalite, et conseilla une ponction lombaire et du sérum glucosé.

Je pratiquai la ponction le lendemain matin. Hypertension très marquée. Liquide clair. Aucun microbe. Légère lymphocytose, 5-4 par mm c. et 0,20 centigr. d'albumine.

J'ajoute que la malade, qui avait toujours toute sa connaissance, malgré ses phases d'hallucinations et de délire, se prêta très facilement à l'opération. Je refis le lendemain 500 gr. de sérum. La nuit avait été mauvaise; les contractures avaient augmenté de plus en plus. Temp. : 37°8. Hallucinations et délire presque continus. Anurie, rétention d'urine, météorisme abdominal. La mort survint le lendemain matin, 1er février, après une heure à peine de coma, et l'évolution totale s'était faite en 15 jours.

Il s'agit, à n'en pas douter, d'un cas d'encéphalite aiguë myoclonique et insomnique ayant simulé au début le rhumatisme musculaire, la névrite du plexus cervical, puis l'urémie.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

D'un emploi de l'appareil de Pachon.

Dans la première partie de son livre si documenté et instructif, « la Tension artérielle en Clinique », M. Gallavardin passe en revue les diverses méthodes de mesure de la tension artérielle et il n'hésite pas à affirmer, en s'appuyant sur son expérience personnelle et sur celle d'un grand nombre d'auteurs, que la méthode de Riva-Rocci lui paraît être la meilleure pour l'appréciation de la tension systolique. Il reconnaît à cette méthode de très grands avantages : 1° *la simplicité* : c'est le doigt seul, aussi précis que la méthode graphique ou visuelle, qui indique le moment où, sous l'influence de la compression pneumatique humérale, le pouls disparaît. Le manomètre indique alors la pression systolique.

2° L'*exactitude* : des expériences nombreuses ont montré que les limites physiologiques normales de la tension systolique oscillaient entre 100 et 130 millimètres Hg, comme limites extrêmes, et 110 à 120 comme limites moyennes. Or, la méthode de Riva-Rocci donne des chiffres correspondants.

Au contraire, la méthode oscillométrique, et plus particulièrement le Pachon, donne des chiffres plus élevés. Martinet, en effet, indique, avec cet appareil, 140 à 150 comme limites moyennes et 120 à 170 millimètres d'Hg comme limites extrêmes, et Lian 160 à 170 millimètres d'Hg. De plus, dans un très grand nombre de cas (38 %) et surtout chez les grands hypertendus, il est impossible de noter le moment précis de la première oscillation croissante.

Quiconque a la pratique de la sphygmomanométrie est obligé de reconnaître la force de l'argumentation de M. Gallavardin. Il est indéniable que le Pachon donne une pression systolique plus élevée que celle obtenue à l'aide de la méthode de Riva-Rocci, et l'accord de la majorité des auteurs est fait sur ce point que la tension systolique donnée par la méthode de Riva-Rocci se rapproche le plus de la réalité.

Or, nous ne croyons pas que l'on ait adapté la méthode de Riva-Rocci au Pachon. Et cependant cet appareil, dans ces conditions, peut donner toute l'exactitude désirable. Si l'on n'utilise que la manchette pneumatique et le manomètre et si l'on note le moment où le pouls disparaît sous le doigt de l'observateur, l'aiguille manométrique indiquera la pression systolique. Si, complétant son observation, on utilise l'aiguille oscillométrique, on constatera que la tension systolique est plus élevée que celle obtenue par l'exploration digitale. On obtiendra, par exemple, des mesures semblables à celles-ci :

Sexe et Age	Pachon employé suivant la méthode de Riva-Rocci		Pachon (oscillométrie)	
	Bras droit	Bras gauche	Bras droit	Bras gauche
F. 30 ans.		11,5		15/9
F. 29 —.	11,5	11,5	16/9	15/9
F. 53 —.	11,5	10.5	16/9	14/9
H. 32 —.	12,5	12,5	17,5/11	16,5/10
H. 37 —.		13,5		19/11
H. 37 —.	12	12,5	16/10	16/10
H. 18 —.	12	12	14/9	13,5/9
H. 17 —.		12		15/8,5
H. 29 —.	13	13	19,5/11,5	19/11,5
H. 56 —.	13,5	13,5	19,5/12	20/11,5
H. 14 —.	8	10	16/7,5	16/9,5
H. 74 —.	13,5	14,5	20,5/10	20,5/9
H. 68 —.	17	18,5	26/16	27,5/15,5
F. 29 —.	18,5.19	18,5	29/16,5	28,5/17
H. 30 —.	13	14	19/10,5	20/10
F. 17 —.	14		20/10,5	

Le Pachon, M. Gallavardin le reconnaît, est un appareil incontestablement précieux pour l'appréciation de la tension systolique. Nous venons de voir que, pour ce qui est de la pression systolique, et employé d'une façon différente de la pratique habituelle il peut donner la plus grande précision désirable. Aucun argument ne semble devoir s'y opposer.

Mais, pour donner à l'observateur plus d'aisance, pour lui permettre plus de rapidité et de précision dans la mesure de la tension systolique suivant la méthode de Riva-Rocci, il faudrait modifier la pompe du Pachon. Il nous paraît qu'une soufflerie de Richardson serait des plus utiles. Enfin, et il semble que ce soit l'avis de M. Gallavardin, il serait souhaitable que le Pachon soit muni d'une manchette humérale telle qu'elle a été jugée indispensable, c'est-à-dire de douze centimètres.

Dr Ricard-Pomarede.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paris.

Ce que doit être le traitement de la luxation congénitale de la hanche.

(M. Calot, de Berck. — *Académie de Médecine*).

M. Calot apporte à l'Académie les conclusions pratiques de recherches poursuivies depuis longtemps

1° *Recherches anatomiques.* — C'est d'abord, dit-il, 656 autopsies faites avec nos assistants dans les Maternités pour examiner l'état de la hanche à la naissance. C'est ensuite l'étude de plusieurs pièces de luxations chez des fœtus ou des nouveaux-nés et l'examen des pièces de luxation de nos musées. C'est enfin des autopsies d'enfants traités pour des luxations et morts de maladies intercurrentes plusieurs mois ou plusieurs années après la réduction. Si nous avons pu mener à bien ces recherches anatomiques, nous le devons pour la plus grande part à la bienveillance de M. le Doyen Roger et des Prs Bar et Sébilleau, Potocki et Legry que nous voulons remercier ici (1).

2° *Recherches radiographiques, cliniques et thérapeutiques* faites sur plusieurs milliers d'enfants traités par nous pour des luxations congénitales.

Or voici les 3 *principales conclusions* auxquelles ces études nous ont conduit :

1re *Conclusion.* — Radiographes et chirurgiens, parce qu'ils ont voulu faire dire à la radiographie plus qu'elle ne peut dire chez les tout petits, à un moment où la région cotyloïdienne est encore cartilagineuse en partie, se sont trompés, presque toujours, sur la vraie limite supérieure du cotyle primitif, celui où nous devons laisser finalement la tête si nous prétendons à de véritables guérisons anatomiques. Ils ont situé cette limite supérieure au niveau du point le plus haut et le plus externe du V schématique à sommet interne qui figure dans les livres de radiographie de la région du cotyle chez les tout petits ; mais en réalité, la limite supérieure du cotyle primitif répond sensiblement au sommet de ce V, c'est-à-dire que la partie supérieure du cartilage en Y (tandis que le point le plus externe et le plus haut de la branche supérieure du V répond à ce qui sera plus tard l'épine iliaque antérieure et inférieure). A cause de cette erreur anatomique l'on n'a, d'ordinaire, obtenu que des réductions incomplètes et fausses, tout en croyant obtenir des réductions vraies.

2e *Conclusion.* — L'on s'est trompé en donnant à l'axe de la tête et du col une direction oblique presque toujours vers la branche supérieure du V, d'où encore des réductions fausses.

En réalité, voici ce que nous devons avoir à la radiographie :

1° L'axe du col et de la tête doit être horizontal et transversal.

2° La tête doit répondre à la pièce ischion et non pas à la pièce ilion de l'os coxal.

3° Le col doit se présenter suivant sa plus grande longueur.

4° Il faut obtenir le contact de la tête et du cotyle ou mieux leur emboitement, Si cela n'est pas au début, on l'obtiendra progressivement par une pression ouatée exercée sur le grand trochanter à travers une fenêtre pratiquée dans le plâtre à ce niveau.

3e *Conclusion pratique.* — Nous devons et nous pouvons créer une voûte horizontale large et solide au niveau du vrai toit original en favorisant par tous les moyens l'accroissement de l'arête qui représente les vestiges de ce vrai toit.

(1) Ainsi que le docteur Fisch et nos assistants et aides Bergugnat, Fouchet, Colleu, Basset et Delaporte.

1er *de ces moyens.* — Assurer la transversalité de l'axe de la tête et du col pendant toute la durée de la période d'immobilisation dans les appareils. Ce à quoi l'on arrive en faisant une abduction d'un degré égal à l'angle de pente du col du fémur et une rotation interne d'un degré égal à l'angle de torsion suivant nos *lois du traitement* des luxations, exposées devant l'Académie le 4 juin 1918.

2e *moyen.* — Fléchir la cuisse à un angle droit et demi (soit 135°) dans le 1er appareil. Cette hyperflexion favorise l'accroissement de l'arête du vrai toit. De plus, elle ouvre la partie déclive du cotyle, toujours plus ou moins oblitérée par la capsule et le bourrelet fibreux, tirés sur le cotyle de bas en haut comme un rideau. Et enfin cette hyperflexion du 1er plâtre nous aide à corriger l'antéversion et antétorsion si fréquentes de la tête et du col.

Et nos autopsies et radiographies prouvent que *nous pouvons ainsi créer des voûtes* aussi solides, aussi horizontales et même plus, aussi bas placées et même plus, d'aussi large portée et même plus que celles du côté dit « sain ».

En combien de temps ? 8 à 10 ou 12 mois en moyenne. Avons-nous un critérium pour en juger ? Oui, c'est l'apparition à la radiographie, au-dessus de la tête du fémur de stalactites osseuses, d'îlots osseux d'abord disséminés, puis confluents qui témoignent de la néoformation d'une voûte horizontale assez large. Il va de soi que chez les plus petits enfants où l'ossification est normalement moins avancée, la radiographie nous donnera des indications moins nettes, mais nos autopsies comme aussi l'expérience clinique acquise nous permettent de fixer à 9 à 12 mois (même chez ces enfants plus petits) le temps qui sera largement suffisant pour que soit constituée la voûte solide qui retiendra définitivement la tête du fémur. A noter ce détail intéressant que ces néoformations et proliférations osseuses de la voûte peuvent être assez exubérantes pour empiéter en bas sur la tête du fémur et même la pénéter, ce qui pourrait créer un danger d'ankylose.

Pour éviter ce danger, nous ne laisserons pas la tête dans une position immuable pendant les 8 à 12 mois que durera le traitement, c'est-à-dire que nous ferons celui-ci non pas avec un seul appareil, mais avec 3, ce qui a bien d'autres avantages encore. La transversalité de l'axe du col étant toujours assurée dans les 3 appareils, nous ferons varier la flexion qui sera de un angle droit 1 /2 dans le 1er appareil, de 1 droit dans le 2e, et d'un 1 /2 droit dans le 3e.

Résumons-nous : 1° Chirurgiens et radiographes se sont trompés, généralement, sur le véritable emplacement et les vraies limites du cotyle primitif, lequel répond *chez les tout petits* à la pièce ischion et non pas à la pièce ilion de l'os coxal.

2° L'on s'est trompé lorsqu'on a donné (et c'est presque toujours) une direction oblique à l'axe de la tête et du col. Cet axe doit être horizontal et transversal pendant toute la durée du traitement. De plus, la cuisse doit être hyperflechie dans le premier plâtre.

3° Nous pouvons créer une voûte horizontale large et solide qui retiendra la tête du fémur dans le cotyle primitif retrouvé. Et nous pouvons suivre d'ordinaire à la radiographie les étapes et les progrès de la reconstitution de cette voûte. Il sera prudent de compter 8 à 12 mois pour qu'elle soit bien suffisante.

Trois notions qui nous permettront d'assurer incomparablement mieux que par le passé la guérison intégrale de la luxation congénitale de la hanche.

Sur l'encéphalite léthargique.

(M. Léon Bernard. — *Académie de médecine.*)

M. Léon Bernard pense qu'il y aurait intérêt à nommer, à l'Académie de médecine, une commission spéciale de l'encéphalite léthargique. Cette commission pourrait réunir les renseignements qui sont adressés, régulièrement, des divers points de la France, au Conseil supérieur d'hygiène.

M. Netter remarque que l'utilité de cette commission, indéniable au point de vue documentaire, ne s'étendrait guère aux mesures à prendre pour s'opposer à la contagion de l'encéphalite. Ces mesures sont d'une réalisation difficile. L'encéphalite, comme la poliomyélite, est propagée beaucoup plus par des sujets sains ou paraissant tels que par les sujets atteints d'encéphalite en évolution. Une autre difficulté est la très longue durée de l'incubation.

L'immunité acquise par la grippe.

(M. Chauffard. — *Académie de médecine*).

Comme suite à sa communication sur l'immunité acquise par une première atteinte de grippe, M. Chauffard signale un travail de M. Malone, médecin américain, qui montre l'action immunisante très nette de la grippe, constatée dans les épidémies récentes.

M. Dopter a observé cette immmunité, pendant l'épidémie de 1918-1919, dans les milieux militaires. Le point intéressant à déterminer maintenant est l'importance de cette immunité au point de vue de sa solidité et de sa durée.

Le facteur « sexe » dans certaines maladies infectieuses.

(M. Comby. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Apert montrait dernièrement que certaines maladies infectieuses, la grippe et la coqueluche en particulier, atteignent plus souvent et plus gravement les filles que les garçons. M. Comby a constaté le même fait lors de la grande épidémie grippale de 1918-19. Aux Etats-Unis, où la déclaration est obligatoire pour la coqueluche, l'influence du sexe

sur la gravité et la fréquence de la maladie a été notée par M. Luttinger entre autres.

Lésions vertébrales et torticolis « mentaux ».

(MM. PIERRE MARIE et A. LÉRI. — *Société médicale des Hôpitaux.*)

On désigne, depuis Brissaud, sous le nom de torticolis mental, une affection caractérisée par des contractions toniques ou cloniques, ou le plus souvent tonico-cloniques, du cou, localisées au sterno-cléido-mastoïdien, ou étendues à des muscles voisins. La déviation produite est, au moins momentanément, réductible par le médecin ou par le malade lui-même.

Brissaud considérait cet état morbide comme un tic. On pense généralement qu'il repose sur un fond mental, d'où l'appellation de torticolis mental.

MM. Pierre Marie et André Léri ont eu l'occasion d'observer, dans ces derniers mois, successivement sept cas typiques de torticolis dits mentaux. Ils ont fait faire une radiographie du cou par M. Chabry, chez ces différents malades, radiographie qui a montré une lésion (ostéite, tassement, de la colonne vertébrale), entre les 3e et 6e vertèbres cervicales. Ces lésions sont peut-être la conséquence du torticolis, mais il est également permis de supposer qu'elles constituent une cause plus ou moins importante de la maladie.

Episodes méningés bacillaires curables.

(MM. DE MASSARY et LÉCHELLE. — *Société médicale des Hôpitaux.*)

M. de Massary croit depuis longtemps à la curabilité de certains épisodes méningés bacillaires dans le cours de la tuberculose pulmonaire chronique. Quelques faits avaient attiré son attention sur ce point. Il apporte aujourd'hui une observation plus complète concernant une jeune femme qui fut atteinte d'un syndrome méningé nettement caractérisé (fièvre, céphalée, vomissements, Kernig). La ponction lombaire ramena un liquide où l'examen bactériologique montra la présence de bacilles acido-résistants. Les troubles méningés s'amendèrent assez rapidement.

Il semble donc bien qu'il existe des épisodes méningés bacillaires curables. La guérison, il est vrai, ne doit souvent être considérée, en l'espèce, que comme provisoire.

Sérothérapie anti-diphtérique : doses élevées ; voies intra-musculaire et sous-cutanée.

(M. ARMAND DELILLE. — *Société médicale des Hôpitaux.*)

M. Armand-Delille a étudié, dans le service de la diphtérie des Enfants-Malades, l'importance, pour la sérothérapie, des doses élevées et de l'association des voies intramusculaire et sous-cutanée.

L'injection intramusculaire de sérum, qui réalise un réel progrès thérapeutique, présente cependant l'inconvénient d'une assez rapide élimination du sérum. Il est bon de la compléter par une injection sous-cutanée, faite le lendemain, qui s'adresse aux accidents plus tardifs, aux paralysies par exemple. L'association des deux injections constituerait, pour l'auteur, la pratique la plus efficace. En présence d'une angine d'intensité moyenne, chez un enfant de 3 à 10 ans, M. Armand-Délille injecte, dès l'entrée, une dose de 30 à 40 cmc. de sérum anti-diphtérique par voie intramusculaire et, le lendemain, par voie sous-cutanée, une nouvelle dose de 40 cmc.

L'encéphalite épidémique dans le passé.

(M. H. CLAUDE. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Henri Claude rappelle quelques observations anciennes, décrites sous des noms divers, que leur lecture permet aujourd'hui de rattacher à l'encéphalite épidémique. Elles montrent que cette affection existait dans le passé. On connaît l'épidémie signalée jadis par Dubini sous l'appellation de chorée électrique, et qui appartient au type myotonique de l'encéphalite épidémique, comme l'a montré M. Sicard. Une étude de MM. Raymond et Claude intitulée : «la méningite séreuse circonscrite de la corticalité», parue en 1909, doit aussi probablement être rangée dans l'encéphalite myotonique.

Fièvre pseudo-palustre gonococcémique.

(MM. BLOCH et HÉBERT. — *Soc. médicale des Hôp.*)

MM. Bloch et Hébert rapportent un cas de gonococcémie s'étant traduit par des signes cliniques (fièvre pseudo-palustre, arthralgies, éruption) rappelant les symptômes attribués à la méningococcémie. L'hémoculture montra un diplocoque en grain de café, ne prenant pas le Gram. On pensa, d'abord, à une infection méningococcique et l'on institua une sérothérapie antiméningoccocique, qui resta sans effet. Un vaccin préparé avec le germe extrait du sang du malade amena la guérison rapide de la septicémie.

Note sur la dextrocardie isolée.

(MM. LAUBRY, et ESMEIN. — *Soc. méd. des Hôp.*)

MM. Laubry et Esmein ont observé, chez un jeune soldat de 29 ans, une dextrocardie congénitale isolée. C'est une affection rare, dont ne ne connaît guère que 60 observations environ.

En sait que deux variétés de dextrocardie ont été distinguées (Clerc, Vaquez, Donzelot) : la dextrocardie avec hétérotaxie, dans laquelle la situation du cœur à droite s'accompagne d'une transposition d'un ou de plusieurs autres viscères et d'inversion des cavités cardiaques , et la dextrocardie isolée dans laquelle, seul, le cœur est déplacé, sans inversion des cavités droites et gauches,

re ; tout est évacué dans l'abondante débâcle urines : le vase de nuit se teinte en rouge-brique. Quatre modalités de l'Arthritisme sont particu-rement influencées :

1° **Goutte, Rhumatisme, Sciatique** ;

2° **Lithiase rénale** (coliques néphrétiques, calculs) ;

3° **Lithiase biliaire** (coliques hépatiques) **Ictères, Cholémie** ;

4° **Eczéma, Dermatoses.**

1° *La Goutte*, le *Rhumatisme*, la *Sciatique*. — Ici rthritisme se porte aux jointures ou au nerf scia-que. C'est la douleur, la raideur, les gonflements i dominent. La cure amène rapidement l'assou-issement des jointures ; le malade porteur de bé-illes les abandonne pour repartir en fin de saison éri. Grâce sans doute aux émanations du radium, douleurs de la sciatique se calment.

2° *La Lithiase rénale*, sous toutes ses formes, qu'il agisse de *sable*, de *gravelle*, ou de véritables *calculs*. ès les premiers jours survient une décharge d'acide ique et d'urates teintant le vase en rouge. De fins viers ou des calculs sont rejetés par la débâcle inaire, le plus souvent sans douleur. Après la son, les malheureux que tourmentaient des coli-es néphrétiques fréquentes sentent leurs reins ulagés, l'urine devient abondante et claire.

Le Dr Pineau, dans un travail inspiré par son aître, le Dr Guépin, montre l'efficacité de La Roche-osay comme stimulante de la fonction dépurative rein grâce au lessivage qui réveille ses éléments bles. Il rappelle l'*abaissement de la tension arté-elle* consécutive à la libération du rein et sans ute aussi à l'action antiscléreuse de la silice.

3° *La Lithiase biliaire*, surtout à la période de boue de sable biliaire ; l'*ictère* chronique simple, la *ngestion du foie*, les diverses manifestations de la *olémie familiale*, en particulier le *prurit*, la colo-tion jaunâtre de la peau et des conjonctives, les uleurs articulaires sont très améliorés. La cure ovoque une abondante secrétion biliaire et une bâcle intestinale ; le flux de la bile colore dès les emiers jours les matières en noir ou en vert.

4° **L'Eczéma.** — L'Eczéma est une des mani-tations les plus caractéristiques de l'arthritisme : st « l'arthritisme qui sort à la peau » ; c'est une mination au travers de la peau des poisons et xines de l'organisme. Ici l'action des eaux de La che-Posay tient absolument du prodige ; elle est le qu'à l'heure actuelle la Station est classée par médecins compétents comme la première de ance et d'Europe. Le professeur Landouzy, le ître éminent et regretté de la Faculté de Médecine Paris, l'a proclamé d'une façon péremptoire : *l'Eczéma appartient à la Roche-Posay* ». Les zémas les plus irritables, les plus suintants, les prurigineux, ceux dont les démangeaisons sont olérables, sont modifiés *dès les premiers jours*, ne manière presque incroyable, par les bains et la boisson : le *bain* recouvre la peau d'une fine pellicule blanchâtre, due aux sels des eaux, qui constitue un pansement, un vernis, une sorte d'émail cicatrisant ; la *boisson* en éliminant les poisons de l'organisme, en le « dépurant », met à l'abri des récidives. Un troisième mode de traitement, la *pulvérisation*, a une action tout à fait remarquable sur les Eczémas du visage : elle soulage instantanément le malade, calme la démangeaison, donne une sensation de bien-être réel. L'eau est projetée en une sorte de brouillard tiède sur la région malade qu'il humidifie et pénètre.

Ecoutons les opinions de Médecins éminents

Le professeur Albert Robin, membre de l'Académie de Médecine, dit, parlant du traitement des *Prurigos eczématisés* : « On usera de l'eau minérale de La Roche-Posay à laquelle M. Morichau-Beauchant a reconnu des propriétés anti-prurigineuses ».

Le professeur Brocq, médecin-chef de l'hôpital St-Louis, écrit dans son travail sur le « Traitement des Dermatoses par les eaux minérales et les climats » : « La Roche-Posay possède des eaux qui ont une *grande réputation* dans le traitement des *Eczémas irritables* ».

Le professeur Landouzy, venu il y a quelques années avec une caravane de plus de 120 médecins pour étudier les vertus des eaux, prononça ces paroles catégoriques : « Les *Dermatoses*, d'une manière générale et l'*Eczéma* en particulier *appartiennent incontestablement à La Roche-Posay.* »

Enfin, dans un travail communiqué au Congrès international de Venise en 1905, et que l'Académie de Médecine a couronné, le Professeur Morichau-Beauchant, de Poitiers, et le Dr Œconomo écrivent :

« C'est surtout dans l'*Eczéma* que la cure a semblé avoir des effets quasi spécifiques. Dans tous les travaux des anciens auteurs, cette action est signalée... Sont surtout modifiés, les eczémas suintants, les formes prurineuses, irritables, rebelles à tout traitement local, sujettes aux poussées incessantes. Le *Prurit*, en particulier, était dans presque tous les cas, le symptôme le plus rapidement influencé. Nous avons vu, chez des malades porteurs d'*Eczémas de l'anus*, avec démangeaisons insupportables empêchant le sommeil, et qu'aucun traitement n'avait pu modifier, le prurit disparaître dès les premiers bains et les nuits redevenir paisibles ».

La plupart des Maladies de Peau sont d'ailleurs améliorées ou guéries : l'*Acné*, les *Séborrhées*, les *Folliculites*, l'*Impétigo*, certains *Lichens prurigineux*, le *Prurigo*, l'*Urticaire*.

Certaines jeunes femmes, soucieuses de la clarté de leur teint, désireuses de conserver un épiderme souple et impeccable, sont de fidèles habituées de la Station ; il est certain qu'en fin de saison la peau présente un velouté et une finesse incomparables (1).

---

(1) *Nota.* — La Roche-Posay est à 6 heures de Paris, à 5 heures de Bordeaux. On quitte à Châtellerault la grande ligne d'express Paris-Bordeaux pour prendre la ligne Châtellerault-Le Blanc. La Roche-Posay est sur cette ligne même, à 22 kilomètres de Châtellerault.

Abcès provoqués à bacille typhique.

(MM. Rathery et Bonnard. — *Soc. méd. des Hôp.*)

MM. Rathery et Bonnard ont vu se produire, chez deux typhiques, au moment de la convalescence, des abcès à bacille d'Eberth : dans un cas, l'abcès apparut au niveau d'une cicatrice de laparotomie faite 21 jours auparavant (opération d'appendicite) ; dans le second cas, l'abcès eut lieu 27 jours après une injection fixatrice de térébenthine et au siège de cette injection. Des cas analogues ont été publiés par M. Achard, MM. Widal et Le Sourd, etc...

M. Netter a été appelé à donner son avis à propos de deux faits de ce genre. Un confrère est actuellement déféré devant les tribunaux parce que deux de ses malades, auquelles une infirmière diplômée faisait des injections d'huile camphrée, ont eu des abcès. M. Netter a fait observer que des abcès peuvent se produire en dépit d'une antisepsie scrupuleuse.

Diagnostic endoscopique du cancer du rectum.

(M. Bensaude. — *Société de Médecine de Paris.*)

M. Bensaude signale la fréquence des erreurs de diagnostic dans le cancer du rectum et du côlon terminal. Les symptômes locaux peuvent manquer ou se réduire à peu de chose. Le toucher rectal est quelquefois insuffisant lorsque la lésion est haut située. De là, l'utilité de l'examen endoscopique. Il va sans dire que l'endoscopie doit se combiner aux autres méthodes d'exploration de la partie terminale du tube digestif.

Névralgies coccygiennes.

(M. Maurice Chartier. — *Soc. de Méd. de Paris.*)

M. Chartier pense qu'il est possible d'individualiser un syndrome défini de névralgie coccygienne, distinct des coccygodynies, par affections locales, et tenant à une altération du *filum terminale*. La radiothérapie a paru être le traitement de choix.

P. L.

A propos de la chimiothérapie du morphinisme.

(MM. Brissemoret et Challamel. — *Société de Thérapeutique.*)

MM. Brissemoret et Challamel, en réponse à la note de M. Sollier à la précédente séance de la Société de Thérapeutique, font remarquer que les observations et les considérations de M. Sollier *sur les soi-disant médicaments de remplacement et sur les soi-disant traitements par les substitutifs de la morphine ou de l'opium* n'ont aucun rapport avec la chimiothérapie du morphinisme telle qu'ils l'ont conçue et définie, ni avec le traitement du morphinisme qu'ils ont préconisé.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Deux cas de maux perforants plantaires guéris par le « Thuynol ».

Le Thuynol est un puissant antiseptique et bactéricide. Employé dans deux cas de maux perforants plantaires, l'un chez un diabétique, l'autre chez un ataxique, à l'exclusion de tout autre antiseptique, il m'a donné les résultats les plus brillants, avec la technique suivante :

Le pied malade étant immergé dans un bain chaud salé (7 gr. pour 1000), on nettoie les ongles, les espace interdigitaux, puis on passe la peau à l'alcool. On donne ensuite tous les jours un bain de pied de deux litres d'eau bouillie tiède additionnée de 4 cuillers à soupe de Thuynol. A la suite du bain on sèche le pied et on badigeonne la plaie au Thuynol pur.

Au bout de dix jours, l'examen microscopique des produits de sécrétion de la plaie ne montrait plus qu'un ou deux diplocoques par champ.

J'ai utilisé alors les autos-vaccins préparés avec les germes recueillis au niveau de la plaie. La guérison et la cicatrisation ont été complètes en deux mois.

Ces deux cas, dans lesquels le Thuynol a été employé à l'exclusion de tout autre agent, ont été suffisamment probants pour que j'aie recours désormais à ce produit dans le traitement des plaies et des infections de toute nature.

Son innocuité est absolue vis-à-vis des cellules vivantes. Pendant la guerre, on a beaucoup parlé du pouvoir cytogène et du pouvoir cytolitique de certains antiseptiques, dont les uns hâtent la cicatrisation des plaies, tandis que les autres dissolvent les albumines du protoplasma cellulaire.

Le Thuynol joint à son caractère d'antiseptique et de désodorisant remarquable l'avantage de n'exercer aucune action hémolytique sur les cellules vivantes.

On ne peut pas dire qu'il exalte le bourgeonnement de la cicatrisation.

Il débarrasse les tissus de tout germe infectieux et laisse la nature agir en toute liberté. Aussi la cicatrisation d'une plaie traitée par le Thuynol est-elle parfaitement équilibrée ; et se traduit-elle par un tissu souple et parfaitement ajusté à la plaie.

Ce résultat est dû au pouvoir de pénétration osmotique du médicament, qui agit dans la profondeur et en tous les points de la profondeur comme il agit à la surface : c'est là une qualité qui dépend uniquement de l'homogénéité du produit, qui exerce une action uniforme sur tous les points et par conséquent atteint les microbes à leur base de pullulation.

Aussi est-il appelé à se généraliser de plus en plus en gynécologie, en obstétrique, en laryngologie, dans tous les cas où l'on doit lutter contre l'infection d'une cavité à anfractuosités multiples.

***

Mais ce n'est pas seulement dans l'usage externe que le Thuynol donne des résultats curatifs certains. Il est non moins efficace à l'intérieur. C'est un merveilleux antiseptique intestinal.

Je l'ai essayé dans des cas d'entérites rebelles, chez les enfants et chez les adultes, et j'ai observé une sédation très rapide de la diarrhée verte et des diarrhées dysentériformes. Quelques gouttes de Thuynol Interne dans une boisson chaude suffisent à enrayer les accidents les plus douloureux et les plus spontanés d'infection intestinale. Je crois même que, pendant la saison chaude, on pourrait avec avantage additionner l'eau de boisson de quelques gouttes du médicament prophylactique.

***

En résumé, le Thuynol est absolument inoffensif. En aucun cas il ne saurait jouer le rôle de toxique, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur. Et si l'on s'en sert comme antiseptique externe ou interne, aux doses indiquées, on peut en tirer un tel parti qu'on le préfèrera à tout autre antiseptique, parce qu'il est sans odeur, n'est ni toxique, ni caustique, ne provoque aucune cuisson, et qu'il a un pouvoir antiseptique très élevé. C'est un médicament d'avenir qui verra son emploi se généraliser très rapidement.

Dr Amieux.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses.

(Thèse de Lyon)

Dr Victor Rovaletti. — **Contribution à l'étude biologique et clinique des vers solitaires de l'homme.**

Travail consciencieux, dans lequel l'auteur montre combien le diagnostic des vers rubannés est difficile, si grande est la multiplicité et la diversité des symptômes qu'ils engendrent. Comme tœnicides, l'auteur accorde sa préférence au thymol et aux extraits de la fougère mâle.

Thèses de Montpellier.

Dr Pierre Boyer. — **Contribution à la technique de l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou.**

Voici les conclusions de cet intéressant travail :

La technique de l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou, que pratique M. le Pr Forgue, repose sur un fait essentiel : la *suppression du muscle sterno-cléido-mastoïdien* et *l'ablation en bloc* des ganglions et du muscle que l'on libère par une section première au-dessous du pôle inférieur de la tumeur dès le début de l'intervention et par une deuxième section au niveau de la mastoïde vers la fin. Cette technique *donne d'emblée un jour et une aisance opératoires très appréciables* ; le sterno-mastoïdien sectionné fournit une prise solide aux pinces à griffes qui s'amarrent sur le pôle inférieur ; la dissection en profondeur se fait de bas en haut par bascule totale de la masse ; le repère jugulaire est, dès le début, jalonné. *Ce qui est essentiel, ce qui domine cette commodité et cette clairvoyance, c'est l'ampleur du champ opératoire ainsi créé.* Les lésions vasculo-nerveuses que l'on peut observer dans cette intervention sont ou bien exceptionnelles et évitables ou réduites au minimum de dommages.

Dr Pierre Vasserot. — **La cure solaire des orchi-épididymites tuberculeuses.**

Les préférences de l'auteur vont en premier lieu à la cure hélio-marine.

« Le Littoral méditerranéen, si ensoleillé, doit avoir une place primordiale parmi les stations héliothérapiques, puisqu'il permet de combiner en toute saison ces deux grands facteurs de la santé comme de la guérison de presque toutes les tuberculoses : la mer et le soleil. »

S'il y avait impossiblité à l'emploi de la cure hélio-marine, recourir alors à la cure héliothérapique qui se recommande par son innocuité, sa grande simplicité, sa valeur curatrice locale, régionale et générale. Cette cure est de plus prophylactique et sauvegarde, autant qu'il est possible, les fonctions glandulaires du testicule.

Dr Henri Pagès. — **Traitement chirurgical du chancre mou.**

Pour Pagès, le traitement de choix, c'est le traitement chirurgical : escharification, excision et, dans la plupart des cas, suture.

G. S

PARTIE PROFESSIONNELLE

MUTUALITÉ FAMILIALE
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

L'indemnité-maladie de 20 francs par jour.

Appel aux lecteurs du « Concours Médical ».

Voici la lettre que m'adresse le Dr Armand, d'Albertville, un de nos Sociétaires de la première heure, un de nos plus ardents correspondants, et dont la propagande nous a amené plus de 40 adhésions déjà, rien que pour sa part personnelle,

En le remerciant très vivement, très cordialement, de son intervention, je lui laisse la parole et me réserve seulement d'ajouter quelques lignes à la fin de sa lettre.

Mon cher Confrère.

De la lecture du compte-rendu de la réunion du Conseil d'administration de la Mutualité Familiale se dégagent deux réflexions :

Une trentaine de nos confrères sont immobilisés par la maladie pendant plus de deux mois. Un certain nombre sont malheureusement des chroniques, obligés de renoncer à tout exercice de la profession. Cela apprend aux médecins que la maladie n'est pas le lot exclusif de leurs clients : J'ai l'air de dire une bêtise et cependant ... quand on considère le nombre si restreint des nôtres qui font acte de prévoyance, on pourrait croire qu'ils ont vraiment besoin qu'on la leur dise, qu'on la leur répète tous les jours.

La fin du compte-rendu dit : « M. Mignon, secrétaire général, rappelle que lors de la dernière Assemblée Générale, on avait admis le principe du doublement de l'indemnité maladie dont le taux n'est plus en concordance avec les nécessités actuelles de la vie, qu'il avait été convenu que les sociétaires partisans de ce doublement se feraient inscrire puisqu'il fallait, pour pouvoir commencer, un nombre minimum de 300 membres et qu'il était inutile, si ce nombre n'était pas atteint, d'engager des frais d'études relativement élevés. Or, le nombre des inscrits est actuellement de 26. »

Qu'est-ce à dire ? J'ai bien lu ! Sur 20.000 médecins en France, il n'y en a que 26, en l'an de grace 1920, qui estiment qu'une indemnité de 10 frs par jour pendant 2 mois et de 1200 frs par an ensuite, ce n'est pas suffisant pour faire vivre une famille ! Quant aux 19.974 autres, ils trouvent, les uns, ceux de la Mutualité, que *ça peut faire vivre* ; les autres, et de beaucoup les plus nombreux, peuh ! ils n'y ont pas pensé ou ils s'en fichent ! Et puis, quand viendra l'heure du malheur, ils réfléchiront un peu tard aux œuvres de prévoyance qu'ils n'ont pas voulu connaître. Ils pleurnicheront, eux ou ceux qu'ils auront laissés dans la misère. Pourquoi j'ai été incité à vous envoyer ces réflexions ? C'est parce que le courrier qui m'apporta le *Concours* renfermait également une lettre d'un confrère ami, membre de la Mutualité Familiale, réduit à l'impuissance par la maladie depuis quelques années. Il était encore jeune et plein d'ardeur, heureux de travailler et de réussir pour élever sa nombreuse famille, quand le mal vint lui interdire tout travail. Il me dit : « Dans mon malheur, j'ai la consolation de toucher l'indemnité de la Mutualité Familiale, c'est peu pour les lourdes charges qui m'écrasent, et cependant c'est la bienvenue. Je vous remercie encore de m'avoir engagé à entrer dans cette association. Dites bien à nos confrères de ne pas hésiter ; citez-leur mon exemple. On ne sait pas ce qui peut arriver. Moi aussi, je n'avais jamais cru... et cependant !... Faites de la propagande ! »

Dans mon modeste rayon, certainement, et toujours. Dans le *Concours Médical* aujourd'hui, s'il veut bien m'accorder l'hospitalité. Mais je demande aux dévoués dignitaires de la Mutualité Familiale de se joindre à moi, non pas pour faire de la propagande en faveur de notre association, ce qu'ils ont toujours fait avec un zèle et une persistance admirables, mais pour pousser la roue de la voiture qui nous conduira au doublement de l'indemnité maladie. Quoi qu'on dise du malaise de la profession, elle a cependant suivi l'évolution qui entraîne toutes les professions et nos honoraires ont dû suivre une marche ascendante sans laquelle la vie aurait été impossible. Le médecin qui en 1914 pouvait payer à la Mutualité une cotisation de x peut en 1920 payer ce x doublé.

Allons, Confères, un bon mouvement ! Envoyez votre adhésion au Secrétaire Général Mignon.

Dr Armand.

***

A cette lettre éloquente de notre excellent confrère le Dr Armand, d'Albertville, je n'ajouterai que peu de mots :

Assurément, tout le monde est aujourd'hui d'accord pour convenir que l'indemnité actuelle de 10 fr. par jour ou de 100 fr. par mois est absolument, ridiculement insuffisante, et qu'il faut carrément la doubler (quelques-uns même disent la tripler ; mais, sur ce point spécial, je dirai à l'occasion pourquoi je ne suis pas de leur avis).

Ce doublement de l'indemnité peut se faire par divers procédés (combinaison nouvelle, élévation des tableaux des primes, etc., etc.), procédés que nous aurons à étudier avec tous nos sociétaires et que notre actuaire mettra au point au moment voulu.

Mais il y a un procédé définitivement condamné par la dernière Assemblée Générale extraordinaire du 8 mai dernier, celui du simple doublement de la prime. Il est aujourd'hui reconnu par tous ceux qui sont un peu au courant de la question, qu'une indemnité de 20 f. par jour ou de 200 fr. par mois ne pourra se faire qu'avec une prime élevée à plus du double de son taux actuel.

Ces deux points acquis, nous n'avons qu'à nous mettre à l'étude. Faut-il encore, pour cela, que nous ne travaillions pas dans le vide, et que nous soyons sûrs d'avoir dès l'ouverture de la nouvelle combinaison assez d'adhérents pour pouvoir la faire marcher.

Or, il nous faut au moins 300 adhérents fermes, je l'ai déjà dit ; et je l'ai dit aussi, depuis 6 mois que la question est posée, je n'ai encore aujourd'hui que 30 adhésions.

Nous ne voulons pas recommencer l'histoire de la Combinaison V. Nous a-t-on assez sollicités de créer une Caisse des Veuves ! Depuis qu'elle existe, depuis 13 ans, elle a tout juste 50 adhérents. Dites-moi, chers Confrères, est-ce sérieux ? Est-ce digne du Corps Médical ?

Celui-ci ne saura-t-il toujours que se plaindre, crier au secours, à la misère, sans jamais être capable de faire de lui-même l'effort nécessaire pour créer et alimenter les œuvres qui peuvent le secourir ?

Sommes-nous, oui ou non, des prévoyants, ou ne sommes-nous que des mendiants, tout juste capables de solliciter une pension de 800, 1.000, 1200 fr., avec une cotisation de 12 ou de 20 fr. par an, versée à notre grande A. G. qui n'en peut mais ?...

Quand donc le Médecin français se décidera-t-il à faire de la vraie prévoyance en sachant prélever sur son gain journalier la cotisation nécessaire à cette prévoyance ?

Que ce soit pour notre Caisse des Veuves, que ce soit pour une Combinaison donnant une indemnité-maladie de 20 fr. par jour, IL NOUS FAUT LE NOMBRE, et pour cette dernière, nous ne l'étudierons en détail, nous ne l'ouvrirons qu'avec le nombre fatidique de 300 membres au départ.

Qu'on se le dise !

Et que dès demain m'arrivent en nombre les adhésions des retardataires, des hésitants, des imprévoyants, toujours prêts à regretter trop tard de n'avoir pas su s'assurer leurs vieux jours, jamais prêts au sacrifice pécuniaire nécessaire pour constituer cette assurance !

L'adhésion actuelle n'engage à rien, en somme, puisque pour toute entrée à la nouvelle combinaison, il faudra un examen médical récent. Mais nous avons besoin de savoir si nous pouvons compter sur un nombre important d'admissions dès le début !

Messieurs, le Registre est ouvert à tous ! Ecrivez-moi !

Dr H. MIGNON.
Le Vésinet (S.-et-O.)

CHRONIQUE DE L'ASSISTANCE

I

Organisation des services d'assistance médicale gratuite dans les communes autonomes.

Bénéficiant de l'article 35 de la loi du 15 février 1893, sur l'A. M. G., quelques communes de France, quelque 286, d'après les chiffres officiels, se refusent à appliquer le règlement départemental, voté par chaque conseil général, pour conserver un mode d'assistance basé sur les ressources du Bureau de Bienfaisance local.

Un tel état de choses est souvent préjudiciable, tant pour les assistés, que pour les finances communales et pour le médecin lui-même.

Les assistés sont à la merci des potentats de village, concernant leur admission aux secours ; le budget de la commune ne reçoit pas les subsides prévus par la loi du 16 juillet 1894 et les médecins sont désignés à la faveur, pour soigner les inscrits, moyennant un forfait annuel, toujours dérisoire et insuffisant.

Reprenant les travaux antérieurs, et surtout ceux des Drs Lemière, Rinuy et de nous-même, le Dr Jean Monnier vient de consacrer sa thèse de Doctorat en médecine à cette importante question. (Lyon 1920, Rey, imprimeur-éditeur).

Son travail très consciencieux donne de nombreux exemples, qu'il a obtenus grâce à un questionnaire qu'il a adressé à plus de cent services autonomes d'assistance.

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMES DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien*).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50	4 fr. »
Le 100	6 fr. »
Les 500	28 fr. »
Les 1000 ...	50 fr. »

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du **Concours médical**, *132, faubourg St-Denis Paris.*

AVIS

TARIF DUBIEF

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs le TARIF DUBIEF avec son Répertoire alphabétique.

Prix franco : 1 fr.

AVIS

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 en timbres pour frais de réimpression de bande.

Après avoir déploré la grande diversité des systèmes employés par ces services autonomes, après avoir démontré que souvent, manquent les garanties conférées par la loi de 1893 à tous ceux que touche cette législation d'assistance, le Dr Jean Monnier démontre les imperfections de tout système par circonscriptions et à forfait, lorsqu'on le compare au système au libre choix du médecin et au tarif de la visite. « Le principe « du libre choix est inscrit dans les lois de 1898, « sur les accidents du travail et dans celle de « 1919 sur les pensions militaires. Son absence, « dans la loi de 1893, constitue un anachronis- « me. »

Notre confrère insiste beaucoup sur la nécessité d'un contrôle bien organisé pour éviter les abus d'où qu'ils puissent venir. Il n'y a pas que les médecins, qui doivent être accusés de négligence ou de mauvaise foi : les maires, les secrétaires de mairie, les indigents, sont tout autant coupables et peuvent pécher, soit par ignorance des lois et règlements, soit par paresse ou mauvais vouloir.

Ce service de contrôle aura donc pour but, moins de réprimer les abus, que de servir de moyen d'éducation sociale, pour tous ceux qui concourent à l'application de la loi.

Dans ses conclusions, le Dr. Jean Monnier insiste sur la diminution du nombre des indigents, qui doit découler du développement des lois sociales de prévoyance et d'hygiène. Notre confrère a parfaitement raison, surtout lorsqu'il insiste sur le rôle de consultant social que doit jouer le médecin. Les praticiens qui ont le devoir de se réunir en syndicats, pour la défense de leurs intérêts professionnels, ont également l'obligation, de mettre à l'étude, dans les groupes, les moyens sociaux, destinés à diminuer, dans leurs groupes, le paupérisme pathologique et à augmenter les garanties données par l'hygiène sociale. C'est un rôle de collaboration, qui s'impose aux pouvoirs constitués, car nous, médecins, apporterons les suggestions tirées de notre expérience de tous les jours et de notre mentalité de techniciens de l'hygiène.

Mais, avec nous, le Dr Jean Monnier déplore l'absence d'éducation sociologique et juridique de l'étudiant en médecine. Après avoir félicité les efforts du Prof. Etienne Martin, qui, à Lyon, a ouvert, le premier en France, une série d'enseignements sur la Déontologie, le Dr Monnier déclare qu' « il est d'intérêt public « que le médecin soit préparé, au cours de ses « études, à remplir la tâche sociale que le pays « attend de lui. Un cours complet de médecine « professionnelle, sur le modèle de celui qui est « actuellement professé à Lyon, doit être ins- « titué dans toutes les Facultés de Médecine, « *avec la sanction de l'examen.* »

Malheureusement, confrère Jean Monnier, nous avons à lutter contre la routine et surtout le respect des monopoles. Oui, dans l'intérêt public, pour le bien de la nation tout entière, il est indispensable qu'un cours soit fait, non didactique, assommant et ennuyeux, mais cours de clinique juridique, fait d'exemples vivants et de tous les jours, par quelqu'un ayant vécu et pratiqué les deux professions de médecin et d'avocat.

Il est bien difficile d'enseigner le droit, en quelques leçons, aux jeunes étudiants en médecine, de même qu'il serait fort malaisé d'enseigner la médecine aux étudiants en Droit.

Mais, les règlements qu'on garde jalousement, empêchent toute bonne volonté de se mettre au service du pays. Il nous faut attendre que le concours d'agrégation, malgré les critiques formulées sur son impartialité, vienne proclamer un « dignus es intrare ». En attendant le Parlement édicte des lois, que le médecin est incapable d'appliquer, faute d'enseignement adéquat, cependant indispensable.

Dr Paul Boudin.

II

Une forme de crèches.

On ne saurait trop multiplier les œuvres de puériculture, les varier, rechercher la meilleure solution et le maximum de résultats. Les crèches, destinées à venir en aide aux mères qui travaillent à l'atelier ou chez elles, ou qui sont chargées d'enfants, sont une bonne organisation théoriquement, mais qui donne bien des déboires dans la pratique.

Elles protègent la mère plus que l'enfant ; elles ont des inconvénients de toutes sortes, les épidémies n'y sont point rares, malgré une étroite surveillance et l'on a pu dire que les crèches étaient des établissements destinés à rester fermés, tellement on est obligé de les fermer par mesures d'hygiène, sans compter qu'elles sont coûteuses.

Le Professeur Pinard accepterait ce mode de puériculture, à la condition qu'il n'y ait pas plus de dix enfants réunis!

D'autres puériculteurs sont partisans des crèches, mais un certain nombre les condamnent ; bref ! les crèches telles qu'elles existent aujourd'hui, sont discutées.

Les consultations de nourrissons (type Budin) sont bien supérieures aux crèches en tant qu'œuvres de puériculture.

Les consultations départementales de nourrissons installées dans différents quartiers de Paris ou dans certaines villes de la Seine par l'Assistance Publique produisent les meilleurs résultats, et les inconvénients pour l'enfant

sont réduits au minimum comparativement à ceux des crèches.

Là peut se faire l'enseignement de la mère ; là on peut pousser à l'allaitement maternel et on fournit un lait excellent aux enfants que leur mère ne peut nourrir, ni complètement, ni partiellement.

La crèche favorise la femme qui travaille à l'usine, et contribue à augmenter le salaire familial.

Pour la fille-mère, la crèche industrielle est utile, et encore il vaudrait mieux la secourir d'une autre façon, et ne pas pousser la femme vers l'atelier. Ce qu'il faut chercher avant tout en puériculture, c'est l'allaitement maternel, les bons soins pour l'enfant, une surveillance incessante et éclairée, la tranquillité et le bien-être de la mère.

Une ville de la banlieue parisienne paraît avoir réalisé ce but en créant des crèches, dites à domicile, c'est à dire réduites à l'unité, ou plutôt en secourant et aidant les mères, et surveillant les enfants.

Voici comment elle a organisé ce service.

Toute mère nécessiteuse obtient par mois un secours de garde variant selon le mode d'allaitement : — 30 fr., si l'enfant est au sein, — 25 fr., pour l'allaitement mixte, — 20 fr., pour l'allaitement artificiel.

Outre la condition de *nécessiteuse*, la mère secourue doit, ou travailler à l'usine, ou travailler chez elle, pour un patron, ou posséder plus de quatre enfants. Dans ces deux derniers cas, plus intéressants que le premier, la mère est considérée comme la propre gardienne de ses enfants, et reçoit la prime de garde.

Ces primes de garde variables sont accordées pendant la première année.

Une prime unique de 20 fr. par mois est accordée à toutes les mères inscrites pendant la deuxième année.

Les enfants doivent être placés en nourrice, dans la ville, et soumis à la surveillance instituée par la loi du 23 décembre 1874 (Loi Roussel).

Toute mère qui désire se faire inscrire doit fournir : 1° un certificat de présence à l'usine ou un certificat patronal de l'occupant ; 2° le nom et l'adresse de la nourrice ou de la garde, qui habitera le plus près possible de l'usine où travaille la mère et qui se munira d'un certificat de nourrice et se soumettra aux visites de dames enquêteuses, patronnesses, etc., désignées et qualifiées par l'administration préfectorale, et le Maire, pour surveiller l'enfant ; 3° fréquentation régulière de la consultation départementale de nourrissons installée dans la ville.

Les mères devront avertir du changement d'usine, et de la cessation du travail.

Avec la loi du 17 juin 1913 à propos des femmes en couches, et la loi du 24 octobre 1919 qui accorde une prime d'allaitement de 15 fr. par mois aux mères qui nourrissent elles-mêmes leur enfant, cela présente un ensemble de secours important, sinon complet.

Ce qui constitue l'originalité de cette organisation, c'est la participation patronale aux frais qu'elle nécessite.

La plupart des industriels ont accepté le remboursement des primes au sujet des femmes qui travaillent dans leur établissement. Cela les dispense provisoirement d'ailleurs, d'organiser des crèches, des garderies, et les dégage de toute responsabilité.

Et ces ressources patronales permettent à la municipalité d'étendre les secours à un plus grand nombre de femmes et surtout de mères de nombreux enfants.

Nous savons que les résultats après la première année d'exercice ont été satisfaisants.

Les demandes ont été nombreuses et les inscriptions également.

La consultation de nourrissons en a ressenti aussi le contre-coup favorable, et la solidarité entre les œuvres ne peut que produire d'heureux effets.

Au point de vue budgétaire, les frais sont moins élevés qu'avec les crèches, et un plus grand nombre d'enfants sont assistés.

Nous pensons qu'il y a dans ce mode de puériculture un exemple à suivre.

Dr Courgey.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Maladie de la nutrition.

La gêne médicale.

Le monde médical souffre d'un malaise général ; la situation du médecin est souvent précaire ; les journaux professionnels sont remplis de doléances de confrères et les assemblées syndicales retentissent douloureusement de plaintes plus ou moins amères. Le médecin qui souffre ressemble étrangement à son malade : Il se plaint de sa gêne ... la gêne ... qui ... le gêne ... et il veut l'emplâtre qui le soulagera, le flacon qui le guérira ... de suite !

Eh là ! de grâce ! avant de parler traitement, voulez-vous me permettre d'examiner le malade.

L'œgrotant que vous avez devant vous, Messieurs, est de constitution robuste.

Sa maladie a débuté quelques années avant la guerre par un état pléthorique dû à l'admission d'étrangers ou d'éléments autochtones mal

L'AGENDA-MEMENTO DU PRATICIEN

ÉDITION 1921

La reprise de la publication de l'*Agenda Memento du Praticien*, en 1919, a été tellement bien accueillie, que les demandes qui continuent à nous parvenir, ont depuis longtemps dépassé le nombre des soucripteurs.

Devant un tel succès, et pour répondre au désir qui nous en a été exprimé de différents côtés, nous préparons l'édition de 1921.

Cette édition comprendra : 1° une partie documentaire ; 2° l'Agenda proprement dit.

En ce qui concerne la deuxième partie, un bon nombre de souscripteurs de l'an dernier se sont plaints que les feuilles de comptabilité tinssent trop de place et que chaque page de l'Agenda, affectée à deux journées, ne leur laissât pas assez d'espace pour y inscrire tous leurs actes professionnels, au jour le jour.

Aussi, désireux de tenir compte d'observations qui nous paraissent légitimes, avons-nous décidé de supprimer, dans la prochaine édition, les feuilles de comptabilité, et de doubler par contre les pages de l'Agenda, en y réservant une page par jour.

Nous n'en continuerons pas moins à tenir à la disposition de nos amis des feuilles de comptabilité détachées, du type adopté, pour ceux d'entre eux qui en ont apprécié l'utilité.

Comme dans les éditions d'avant-guerre, la partie documentaire comprendra l'exposition complète d'une question intéressant l'exercice de la médecine.

La question choisie cette année est celle de l'Associationnisme médical (Syndicalisme), avec tous les développements qu'elle réclame, et notamment la législation, et la jurisprudence résultant des décisions de justice enregistrées dans le passé.

En outre, une large place sera donnée aux textes législatifs qui, dans les lois médico-sociales, s'adressent plus particulièrement au médecin, aux Tarifs d'honoraires, aux Accidents du Travail, etc.

La souscription est ouverte dès maintenant. Elle sera irrévocablement close le 31 juillet 1920, et le tirage de cette édition ne sera fait que si le nombre des souscriptions est suffisant pour justifier un pareil travail.

Le prix de ce volume, basé sur les exigences actuelles du commerce du papier, de l'impression, du brochage, de la reliure, etc., est fixé à 20 francs.

Pour les abonnés du *Concours Médical*, ce prix est abaissé à 15 francs. (Voir le Bulletin de souscription, ci-dessous).

La Direction.

BULLETIN DE SOUSCRIPTION
à l'AGENDA-MEMENTO DU PRATICIEN
(ÉDITION 1921)

qui sera envoyé vers le 15 décembre 1920.

NOTA. — LA SOUSCRIPTION SERA CLOSE IRRÉVOCABLEMENT LE 1er AOUT 1920.

Le soussigné (noms et prénoms)..

.... *Abonné au* **Concours Médical** (1)

médecin à.. *dép. de*..

*désire recevoir l'***Agenda-Memento du Praticien** *édition* 1921 *et*

(2)
1° *Envoie ci-inclus le montant de sa souscription en un mandat de* **Quinze francs.**
2° *Verse le montant au compte de chèques Postaux n°* 167.95 *Paris.*
3° *Demande que le montant de sa souscription soit recouvré par la poste* (16 *fr. frais compris*).

A.., *le*.. 1920.

SIGNATURE :

(1) *Pour les non abonnés, le prix de l'***Agenda Memento** *est de* 20 *fr.*
(2) *Biffer la mention qui ne convient pas.*

Adresser les lettres et mandats avant le 1er août 1920, à M. C. **Boulanger**, administrateur du *Concours Médical*, 132, rue du faubourg Saint-Denis, Paris, 10e arr.

assimilés, envahissant son organisme par le procédé connu sous le nom « des équivalences ».

Il en résultait une gêne légère, retentissant peu sur la santé générale, mais laissant des empreintes plus profondes sur l'état nerveux du sujet, créant une mentalité spéciale décrite sous le nom de « Psychose de l'encombrement. »

A part quelques accidents sans gravité et peu nombreux, parmi lesquels je pourrais citer : les médecins de pissotière, quelques cliniques louches, quelques forfaitaires, la santé du malade est restée satisfaisante et sa nature saine a supporté sans dommage cette situation pléthorique. Au point de vue héréditaire, nous ne notons pas de tare chez les ascendants ; peu se sont enrichis, il est vrai, mais la situation restait en général aisée, respectée et la santé morale jouissait d'une vigueur exceptionnelle.

Chez notre malade, quelques petits malaises dus à la croissance; la situation, si elle est moins respectée, et assure encore l'aisance, le moral reste bon et les défaillances sont attribuables aux éléments infiltrés plutôt qu'aux éléments constitutifs.

La guerre, survenant à cette période, bouleversant les situations, déracinant les habitudes, énervant le moral, aigrissant les caractères, accumulant les vexations et les inégalités, engloutissant les fortunes, la guerre, dis-je, devait voir naître les premiers symptômes de la maladie actuelle.

La paix survint, qui eût permis la guérison, si elle eût été une paix vraie ; mais, elle apportait tant de troubles nouveaux avec sa cherté de vie, ses restrictions de toute nature, qu'elle ne pouvait qu'aggraver la situation.

Les symptômes de la gêne, vous les connaissez bien, sont au nombre de trois.

Symptômes des habits, de la note retardée, des projets en l'air.

Le premier se caractérise par des chaussures fatiguées, un habit bien brossé, un chapeau peu frais : il est commun au malade et à son entourage immédiat, femme, enfants.

Le deuxième, plus difficile à saisir, est intermittent : c'est un retard apporté au règlement de factures de minime importance, retard attribué généralement à un oubli, à une négligence. Il est l'indice certain de l'assèchement de la caisse ; il disparaît dès que cette dernière commence à s'emplir.

Le troisième est capital : je vous le signale particulièrement. Si le peuple heureux n'a pas d'histoire, l'homme fortuné n'a pas de récriminations; il jouit d'un état euphorique qui lui fait trouver bon l'état présent et ne l'incite pas aux transformations.

Le malade atteint de gêne n'aura de répit que celle-ci ne s'atténue ou ne disparaisse. Passez-moi l'expression « il tire des plans à jet continu », Or, tous projets sérieux exigent un temps d'élaboration, un temps de maturité, un temps d'exécution. Le gêné ne veut pas attendre : le temps est pour lui l'ennemi : il jette ses projets un peu partout sans les étudier.

Cette abondance de conceptions irréalisables, de récriminations imprécises, vous la trouvez actuellement dans tous nos journaux corporatifs, dans toutes nos réunions.

Même si les autres symptômes manquent, vous pouvez affirmer que la maladie dont souffre le corps médical est bien la gêne.

Le médecin, pour exercer son art, doit posséder : la tranquillité morale, la liberté d'esprit, le sang-froid ; il doit avoir : la patience si douce aux souffrances, l'énergie si utile aux déprimés, l'honorabilité, la probité, l'honnêteté, sans lesquelles le médecin serait le plus redoutable des malfaiteurs ; un dévouement à toute épreuve, un désintéressement complet.

L'honoraire du médecin n'est pas la pièce de cinq francs, le billet de dix ou vingt francs qui rémunèrent ses services : c'est une matérialité lui permettant de vivre honorablement, sans que sa valeur monétaire puisse influencer sur la qualité des soins ou du dévouement.

Sans bien-être matériel, comment conserver la tranquillité morale, la liberté d'esprit, le sang-froid ?

Dans la gêne, comment rester énergique, patient ?

Devant l'indifférence, comment demeurer dévoué, désintéressé ?

Dans la misère, comment rester honorable, probe, honnête ?

Pour employer une locution populaire, il faut avoir une santé. Cette santé-là, le corps médical l'a eue et l'aura encore, j'en suis certain.

Depuis la guerre et par elle, une vague d'immoralité, d'agiotage, de mercantilisme a déferlé sur le pays, apportant avec elle l'élément « Nouveau Riche », recouvrant notre vieille devise « Honneur » sous la boue des gros bénéfices. C'est l'inondation qui modifie l'aspect du pays sans en changer le fond. Le corps médical qui vit dans ce milieu est dans la situation du sinistré. Doit-il se laisser engloutir ? Doit-il, rompant les attaches qui ont fait sa gloire, son honneur, se laisser aller au fil de l'eau et n'être plus qu'une épave ?

Que fait l'inondé en face du péril ?

Il double ses amarres autour du point d'appui, il lutte pour endiguer le torrent, et, l'inondation terminée, tire une récolte accrue, de son champ fertilisé par les boues.

Nous ferons comme lui, car sa conduite est sage. Notre point d'appui, ce sont nos qualités médicales : elles sont solides et ne céderont pas.

Les liens qui nous maintiennent, ce sont nos

organisations, sociétés, syndicats ; liens souvent bien légers, liens parfois relâchés.

Le torrent gronde et menace ; doublons nos amarres, tressons-les d'un fil solide, capable de résister à tous les assauts, soignons les nœuds pour qu'ils donnent toute sécurité ; ne les formons pas d'une façon quelconque, mais *secundum artem*.

Ces nœuds, ce sont nos bureaux de syndicat, nos conseils de famille.

Ne restons pas dans l'obscurité, éclairons notre lanterne en assistant aux discussions.

Ne gênons pas la manœuvre par des projets mal étudiés ; ceux qui luttent avec nous souffrent comme nous et se dévouent pour le salut de tous.

Ne détachons pas les amarres sous prétexte de profits ou de commodités personnels ; les contrats de servitude n'ont pas enrichi ceux qui les ont contractés ; ils nous ont tous appauvris et déconsidérés. Unissons nos efforts à ceux de nos confrères sans calculer celui que nous fournissons.

Ecoutons la voix du chef qui nous dirige.

Si, au cours de la manœuvre, notre voisin tombe, ne pensons pas que nous aurons plus de place, mais songeons que sa perte nous affaiblit. Rattrapons-le si possible, tendons-lui les deux mains, aidons-le de tout notre pouvoir.

Vous vous plaignez de l'esprit qui règne autour de vous : vous êtes découragés. Pourquoi ?

C'est la lutte, la lutte âpre, continuelle, pénible : avez-vous oublié que lutter c'est vivre ? Vous vivez avec intensité. Vous luttez dans des conditions merveilleuses, vous luttez pour le droit, pour tout ce qui est généreux, avec toutes les vertus qui sont le fond de votre nature, vous luttez contre l'ignorance, la bêtise, l'égoïsme, la cupidité.

Quelle supériorité n'avez-vous pas sur l'adversaire qui ne compte pour vaincre que sur sa fourberie et son or !

Aujourd'hui, il vous nargue, vous méprise ; mépris de façade, car il vous craint et vous envie. Demain il sera votre chose si vous savez vouloir ; il la sera sûrement, fatalement — plus tard — dès que le spectre de la maladie se dressera devant ses yeux : ce colosse n'est qu'un faible, il a peur de la mort.

Le flot de sa fortune a terrifié les masses : les masses soumises se sont courbées ; il a sali leurs mains sans atteindre leurs âmes. Ces masses silencieuses, vous les connaissez, n'étaient-elles pas avec vous durant ces cinq années de guerre sur tous les champs de bataille. Unissez-vous pour former la digue : que celle-ci soit sans fissure !

A ceux qui vous entourent, posez nettement la question : avec ou contre nous ?

Abandonnez au courant tout élément douteux.

Plus que jamais une chambre de discipline s'impose.

Répudiez les marchandages honteux de l'assistance, des mutuelles, des compagnies.

Régime sévère : certes. Crise encore plus terrible, peut-être. Mais crise transitoire, et le jour où nous aurons vaincu, la gêne dont souffre le corps médical ne sera plus qu'un mauvais songe ; le corps médical sera guéri.

Loin de l'affaiblir, la crise l'aura fait plus grand, plus fort qu'auparavant et surtout plus uni.

Tels sont mon diagnostic, mon pronostic et mon traitement. Employez la lutte et l'union à outrance, mais évitez tout emplâtre, toute pommade lénitive, toute potion calmante : elles exaspéreraient le mal au lieu de le guérir.

Dr GOYON.

II

Syndicat des médecins du Sud-Finistère.

(*Séance du* 18 *avril* 1920)

Projet de modification aux Statuts. — Dans le but de diminuer les *délais pour l'admission* prévus par les Statuts, la Commission permanente propose la modification suivante à l'article IV : « *Les candidatures seront examinées par la Commission permanente, afin que l'admission puisse être prononcée par la première Assemblée générale qui suivra.* »

Cette mesure qui fera gagner au moins six mois aux candidats est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

Au sujet des *consultations à jour fixe hors de la résidence* du médecin, une longue discussion s'engage. Le Syndicat s'était déjà prononcé d'une manière générale et à l'unanimité contre ces consultations, le 13 avril 1913. Or, le confrère C.., spécialiste, ayant décidé de donner à jour fixe des consultations dans deux localités, la commission permanente, mise au courant et apprenant que certains confrères n'approuvaient pas cette pratique, décida de soumettre la question à l'Assemblée générale.

La question posée fut : « Le Syndicat est-il d'avis d'autoriser les médecins spécialistes à donner des consultations à jour fixe en dehors de leur résidence, celles-ci restant interdites seulement aux médecins pratiquant la médecine générale ? »

Après que partisans et adversaires eurent abondamment exposé leurs raisons, un vote secret donna 11 oui, 1 bulletin blanc et 25 non. — Le Syndicat n'admet donc pas de distinction en faveur des spécialistes.

Cependant, apprenant que les Syndicats du département doivent incessamment se constituer en Fédération, M. le Docteur GIFFO propose que la question soit soumise à la Fédération. — *Adopté.*

Relèvement de la Cotisation. — La cotisation à l'Union des Syndicats ayant été portée par celle-ci

à 10 francs par membre de chaque Syndicat et la Fédération devant demander de son côté 2 francs par membre, M. le Docteur CHAUVEL, Président, propose une augmentation de la cotisation. Après une courte discussion, l'élévation de la cotisation à 25 francs est adoptée.

L'Assemblée apprend avec satisfaction que le Docteur JOCET, Trésorier, est parvenu à recouvrer à peu près toutes les cotisations en retard.

Demande d'augmentation du Tarif de l'Assistance médicale gratuite. — M. le Docteur DUPOUY propose au Syndicat la décision suivante que la Commission permanente avait approuvée lors de sa dernière réunion :

« *Le Syndicat des Médecins du Sud-Finistère,* « *justement alarmé du continuel renchérissement de* « *la vie et de tout ce qui concerne la circulation auto-* « *mobile, indispensable à la profession* ;

« *Soucieux de ses devoirs traditionnels envers les* « *indigents, mais considérant que la première solli-* « *citude du praticien doit aller à sa propre famille,* et « *que, dans les circonstances actuelles, s'il veut vivre* « *et payer ses impôts, il ne doit négliger aucune* « *source de revenu légitime* ;

« *Reconnaissant la bonne volonté du Conseil Général* « *en ce qu'il a déjà relevé d'une façon appréciable, à* « *partir de* 1918, *le tarif de l'Assistance* ;

« *Mais considérant que ce tarif, demandé en* 1914, « *devait recevoir son application à partir de janvier* « 1915 ; *que la guerre seule l'a retardée* ;

« *Que déjà en* 1918, *époque de transition au point* « *de vue du renchérissement de la vie, ce tarif consti-* « *tuait un anachronisme* ; *qu'en* 1920 *il est devenu* « *manifestement insuffisant*; *que d'ailleurs, la discussion* « *du tarif actuellement en usage n'a pu être complète* « *et définitive en raison de la mobilisation de la plupart* « *des praticiens, et qu'il appartient maintenant à* « *ceux-ci, de retour dans leurs foyers, de mettre les* « *choses au point* ;

« *Décide, après entente rapide avec les autres Syn-* « *dicats médicaux du département, de porter à nouveau* « *la question devant le Conseil Général et de faire tous* « *ses efforts pour obtenir un résultat favorable* ».

Cette décision est votée à l'unanimité, puis une discussion s'engage pour les nouveaux prix à proposer.

Est finalement adopté le tarif suivant :

Consultation	3 »
Visite de jour	4 »
Visite de nuit	10 »
Kilomètre (à l'aller seulement)	2 50

Soins médicaux aux Victimes de la guerre. — Lecture est donnée des derniers documents reçus de l'Union des Syndicats au sujet de la question toujours pendante de l'entente entre le Ministre et les Syndicats pour l'adoption d'un tarif.

On sait que les pourparlers avaient été suspendus, le Ministre ayant prétendu entendre les Syndicats, puis décider lui-même et non s'entendre avec eux.

L'Union nous fait savoir que des pourparlers officieux sont à nouveau engagés ; elle met les Syndicats au courant des efforts qu'elle fait, des directives dont elle ne s'écarte pas, du succès qu'elle espère obtenir finalement, à la condition que l'appui de tous les Syndicats lui reste toujours assuré.

L'Assemblée approuve l'attitude de l'Union et lui fait confiance pour continuer les pourparlers engagés.

Cependant elle vote en faveur de l'adoption d'un tarif départemental, basé sur les prix en usage pour la clientèle moyenne, soit 8 francs pour l'unité de l'acte médical et 5 francs pour le kilomètre (à l'aller seulement).

Le Syndicat croit devoir faire observer à l'Union que le tarif que sa Commission proposa pour les opérations est d'une exagération manifeste et en demande la revision ou la réduction, après entente par département.

Relèvement du Tarif minimum des Honoraires médicaux. — Une discussion générale s'engage ensuite sur la nécessité de relever les minima adoptés en avril 1919. Finalement les modifications suivantes sont adoptées :

Consultation au cabinet	5, 8 et 10 fr.
Visite simple dans la résidence	6, 8 et 12 fr.
Indemnité kilométrique (à l'aller).	3 fr.
le kilomètre de nuit	5 fr.
Accouchement simple	75 fr.
— compliqué ; forceps, etc.	100 fr.

M. le Docteur JACQ émet le vœu que le Syndicat fasse rappeler aux *sages-femmes* que la loi ne leur permet pas les interventions, et qu'il entend la faire appliquer (*Adopté*). (Une demande dans ce sens devra être adressée à M. le Préfet).

Fonctionnement des dispensaires d'Hygiène sociale. — M. le Docteur CHAUVEL met l'Assemblée au courant des intentions du Gouvernement relativement à ces dispensaires, et fait remarquer que les médecins ont intérêt à ce qu'ils n'existent pas en dehors d'eux ou contre eux.

C'est l'avis de l'Assemblée ; mais elle estime également, après avoir eu connaissance de faits survenus dans certains dispensaires, en particulier à Douarnenez, que la place faite au médecin doit y être celle qui lui revient, et non dépendre du bon ou du mauvais vouloir des administrateurs.

En conséquence elle adopte la décision suivante qui sera communiquée à M. le Président du Comité départemental :

« *Le Syndicat décide que partout où sera établi un* « *dispensaire, les soins y seront assurés après entente* « *avec tous les confrères de la localité et que de toute* « *façon un médecin choisi par eux devra faire partie* « *du Comité directeur.*

« *Les médecins auront toujours voix prépondérante* « *pour toutes questions techniques.* »

Constitution d'une Fédération départementale. — La réunion des syndicats du département en Fédération, proposée par le Syndicat de Brest, est adoptée en principe, ainsi que la cotisation proposée de deux francs par membre.

La constitution de la Fédération sera incessamment étudiée par la Commission permanente. Le Syndicat de Brest propose que trois délégués soient désignés.

Il est décidé que le Bureau déléguera trois de ses membres.

M. le Docteur CHAUVEL, président, est également désigné comme représentant du Syndicat pour nommer un délégué au Conseil supérieur de la Mutualité.

Ravitaillement des médecins en essence pour automobiles. — H. le Dr CHAUVEL informe ses confrères qu'il est en rapports avec la Préfecture à ce sujet et espère obtenir incessamment la création d'un stock comportant une provision de trois caisses d'essence par médecin et par mois.

Cette essence sera livrée à un prix certainement inférieur à celui du commerce et par des dépositaires nommément indiqués qui seront donc en mesure de la livrer lorsqu'ils auront été désignés.

Tarif Dubief. — Le Président est heureux d'informer les confrères qu'il vient de recevoir de l'Union des Syndicats l'avis qu'un accord vient d'être conclu prorogeant jusqu'en juillet 1920, la majoration de 100 % du tarif primitif, suivant l'arbitrage de M. Bienvenu-Martin. Les médecins peuvent donc dès maintenant établi r et envoyer les notes pour soins à des accidentés du travail dont ils avaient dû suspendre l'envoi depuis le 1er janvier dernier.

Inspection d'Hygiène. — M. le Dr MOITRON, inspecteur départemental d'hygiène, obtient ensuite la parole et expose aux médecins comment il désirerait remplir ses fonctions en accord et collaboration avec eux tous, désirant que les services d'Hygiène deviennent une réalité et non une façade et voulant exercer ses fonctions non en fonctionnaire, mais en médecin qui voit surtout le but à atteindre.

L'Assemblée accueille avec satisfaction de telles déclarations et émet le vœu suivant :

« *Le Syndicat des Médecins du Sud-Finistère,*
« *réuni en séance plénière à l'Hôtel de Ville de Quimper*
« *le* 18 *avril* 1920, *émet le vœu que les lois sanitaires*
« *qui, dans le Finistère, restent le plus souvent lettre*
« *morte, reçoivent leur application par la collaboration*
« *étroite des médecins praticiens et de l'Inspecteur*
« *départemental d'Hygiène, créé en* 1913.

« *A l'unanimité, décide de déposer ce vœu sur le*
« *bureau du Conseil Général à sa prochaine session.* »

A la fin de la Réunion, au moment où un grand nombre de membres étaient déjà partis ou sortaient de la salle, le Dr P... a proposé un vœu tendant à ce que, le 1er Mai, les médecins refusassent leurs soins aux grévistes et à leurs familles. La proposition soumise au vote par le Président a été votée à mains levées par un certain nombre de membres, ne représentant pas, à beaucoup près, la majorité. Certains membres encore présents, dans le brouhaha de la sortie, n'en eurent même pas connaissance.

Cette décision soulevant une question de principe très grave et ayant été proposée trop tardivement pour pouvoir être utilement discutée, le Bureau estima ne pas devoir engager le Syndicat d'après un pareil vote.

Il est bien entendu que cette appréciation ne préjuge en rien de l'opinion du Syndicat qui sera appelé à se prononcer, en toute connaissance de cause, à la prochaine réunion.

Au moment d'envoyer ce compte-rendu à l'impression nous avons été extrêmement étonnés de voir publiée dans tous les journaux de la région et certains de Paris une note à allure officielle annonçant le vote par notre Syndicat de la motion, dont il est question dans le compte-rendu, faite par notre confrère le Dr P... Le Bureau du Syndicat, devant l'émotion que cette publication a produite dans le public, a jugé qu'il devait déclarer qu'il était totalement étranger à cette communication à la presse, se réservant de soumettre la question à la prochaine réunion du Syndicat.

Nous recevons également une nouvelle note de l'Union des Syndicats, nous confirmant que les préfets ne sont pas encore autorisés à traiter avec les Syndicats départemensaux pour les honoraires concernant les Blessés de Guerre. Il est donc inutile d'envoyer vos notes à la Préfecture.

Le Secrétaire par intérim,
Dr DAMEY.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

Les abus d'hospitalisation et les moyens d'y remédier (1),

Par le Dr J. BOSVIEL.

Je me suis efforcé de démontrer dans un précédent article (*Courrier médical* du 4 janvier 1920) qu'il était parfaitement vain d'essayer de relever nos honoraires si l'on permettait à ceux qu'atteint cette mesure de se défiler vers l'hôpital. Autant, en effet, vouloir remplir un tonneau sans fond ; et le malheureux exemple des Danaïdes ne devrait-il pas nous donner à réfléchir ?

Quand un juge d'instruction lance un mandat d'arrêt, il a soin tout d'abord de fermer les frontières, pour éviter de faire chou blanc. Et

(1) Extrait du *Courrier Médical*, n° 12, 18 avril 1920.

nous, bons bénets, sans la moindre mesure préventive, nous clamons *urbi et orbi* :« Attention, messieurs les clients, attention, c'est à notre tour de ne pas vous manquer ; dès ce soir, vous entendez bien, nous doublons nos prix ! » — Pan, ça ne rate pas ; le lendemain, comme si le *vacuum cleaner* était passé chez vous, votre cabinet est vide. Et vous vous en étonnez, chers confrères ; permettez-moi de vous trouver un peu naïfs. — Or ça, dites-moi, si l'on vous proposait un complet de 450 francs pour la modique somme de 25 francs, alors que la différence serait supportée par un généreux donateur, hésiteriez-vous à l'endosser ? Laissez-moi croire que non. Et vous voudriez que les philistins fissent autrement que vous ne feriez vous-même ? Alons donc !... Quand tout est hors de prix, la moindre économie est la bien-venue. C'est donc à nous, médecins, à barrer la route à ces abus, si nous ne voulons pas être submergés par eux.

Comment faire ?... C'est qu'il n'est pas précisément commode d'entrer en lutte avec toute une population, soutenue, quoi qu'on en dise, par l'assistance publique elle-même. — Plusieurs moyens se présentent à nous pour nous faire rendre justice, entre autres : le recours aux pouvoirs publics par le canal parlementaire. Hum !... je n'ai jamais eu, jusqu'ici, grande confiance en ce moyen-là. Tant que les députés ne représenteront à la Chambre que les intérêts politiques, mais non professionnels, de leurs mandants, que voulez-vous que leurs fassent nos revendications médicales ? Je sais bien qu'il y a des médecins au Parlement ; mais sont-ce des médecins qui les ont nommés ou des gens de tous les métiers ? Ce sont des gens de tous les métiers ; alors il n'y a guère de raison pour qu'ils s'occupent plus spécialement de nous que des autres. De plus, auraient-ils voix au chapitre dans une semblable question ? Ne nous renverraient-ils pas aux conseillers municipaux dont relèvent plus particulièrement les hôpitaux parisiens ? Je crois que si.

Dans ce milieu, nous avons également des confrères, qui pourraient soutenir nos revendications en se plaçant sur le terrain des économies à réaliser. La ville de Paris, objecteraient-ils, est accablée de frais de toutes sortes; la guerre a mis ses finances dans un état lamentable ; or, les hôpitaux entrent pour une part considérable dans les charges qu'elle supporte. Rien de plus naturel et de plus légitime qu'elle cherche, là comme ailleurs, à faire des économies. Comme, d'autre part, c'est un devoir pour elle de soigner les malheureux, elle se voit dans la nécessité de ne plus recevoir désormais que des indigents ou des nécessiteux et de fermer la porte de ses établissements aux riches et à ceux dont les revenus dépassent la somme de... tant. Non seulement, ce serait là son droit strict, mais son devoir le plus rigoureux. Il est immoral que des malades dont les salaires dépassent parfois, et de beaucoup, ceux des médecins, viennent se faire soigner pour rien, volant ainsi la collectivité, qui paye des impôts très lourds, non pour en faire profiter les riches, mais les pauvres exclusivement. Quand je parle des riches et des gens aisés, je n'envisage pas que les millionnaires ; mais cette catégorie d'individus qui, sans instruction, sans frais de représentation, sans domesticité coûteuse, trouvent le moyen de gagner bon an mal an, douze, quinze, et dix-huit mille francs.

Ils sont légion, ceux-là. Voyez dans une famille de trois personnes ce qui peut entrer chaque jour dans la caisse de la maison. Le mari gagne 20, 25, 30 francs ; la femme 10, 12 et 15 francs. (je connais des dactylos, anciennes cuisinières, qui touchent 450 francs par mois) ; le fils ou la fille en ramasse autant. Vous arrivez ainsi au coquet total de 1500 francs par mois, 18.000 francs par an. Bien entendu, tout ce monde-là porte des costumes chers, des fourrures et des bas de soie ; on va au théâtre, au cinéma ; on ne se prive à table, ni de vin, je vous l'assure, ni de viande aux deux repas. Leur loyer ne dépasse pas un billet de mille ; ils n'ont pas de bonne à payer. Eh! bien, ces gaillards-là se croient parfaitement autorisés à se faire soigner pour rien à l'hôpital. Bourgeois par leur aisance, et prolétaires par leur métier, ils jouent volontiers de l'un et de l'autre pour les divers avantages qu'ils peuvent en retirer. Comme dans la fable, ils s'écrient volontiers suivant les circonstances : « Je suis oiseau, voyez mes ailes ; Je suis souris, vivent les rats. »

Or, donc, ces gens-là, qui continuent à prendre, comme autrefois, le chemin de l'hôpital, doivent en être systématiquement écartés. C'est une honte, que de voir ces enrichis profiter des avantages réservés aux pauvres et en profiter par dessus le marché, sur notre dos à nous médecins.

Ceci étant, comment les en empêcher ? Je lisais récemment, dans le bulletin du Syndicat des médecins de la Seine, le compte-rendu de la séance du Conseil d'administration en date du 30 décembre 1919, où la question était traitée tout au long dans un lumineux rapport du Dr Hartmann. A part une ou deux propositions qui me paraissent difficiles à réaliser, pour le moment tout au moins, l'ensemble correspond exactement à ce que je soutiens depuis de longues années.

Voici longtemps, en effet, que je répète que les abus seraient vite réprimés, non peut-être complètement, mais dans une très large mesure si l'on parvenait à imposer à l'A. P. une commission de contrôle, dans laquelle entreraient

des représentants du corps médical, qui prescrirait les enquêtes nécessaires et s'assurerait, avec tout le soin désirable, de la véracité des déclarations faites par les malades se présentant à l'hôpital. Car, cela va sans dire, chaque consultant ou entrant devrait au préalable signer une déclaration en règle aux termes de laquelle, après avoir affirmé qu'il est indigent ou nécessiteux, il s'engagerait à verser comme sanction une certaine somme, en rapport avec sa fortune ou ses gains et les soins qu'il aurait reçus, s'il est prouvé qu'il a fait une déclaration fausse. Une amende à déterminer pourrait même lui être imposée par surcroît. Les diverses sommes recueillies de la sorte seraient à répartir entre les syndicats médicaux lésés et l'Assistance publique, sans oublier le pourcentage aux enquêteurs.

Ah! les abus cesseraient vite, je vous l'assure. Quand, à la suite des premières fraudes commises, les noms des délinquants frappés d'amendes auraient été affichés à la porte des hôpitaux, comme il est fait dans les gares des chemins de fer pour les voyageurs pris sans billet, l'ardeur des autres se ralentirait sans doute aucun. Cette épée de Damoclès suspendue sur leur tête ferait réfléchir ceux que dorénavant tenterait l'aventure. Et le scandale prendrait fin.

Vous me direz : pour faire aboutir nos revendications si légitimes, il faut avoir l'aide, non seulement des praticiens ordinaires, mais aussi celle des médecins et chirurgiens des hôpitaux. — Celle des premiers nous est acquise sans conteste ; quant à l'autre, elle peut être plus difficile à obtenir. Car hélas ! les corporations d'autrefois n'existant plus, chacun considère son intérêt personnel et non l'intérêt de la profession qui le fait vivre ; il en résulte que les gros se fichent des petits comme une poule d'un couteau. Aussi bien faut-il, pour obtenir une entente à peu près complète, faire pression sur les récalcitrants. Je conseillerais tout d'abord de s'adresser aux jeunes officiels. Ceux-ci ont à souffrir autant que quiconque de ces abus criants. « Il ne nous restera bientôt plus, comme dernière ressource, me disait récemment l'un d'eux, qu'à aller utiliser notre titre dans quelque ville de province où, grâce au prestige qui y est attaché, nous pourrons plus facilement percer. » Que sont-ils en effet vis-à-vis des pontifes ?... Rien ou très peu de chose. Le *struggle for life* est aussi dur pour eux que pour la grande masse des praticiens. De leur côté donc, il y aurait de sérieuses chances d'obtenir une adhésion pleine et entière. — Quant aux grands maîtres, il en est qui comprennent fort bien nos récriminations si justifiées, et donneraient de très bonne grâce tout leur appui à notre mouvement. Resteraient les hautains, les butés, les incorrigibles égoïstes, qui considèrent la foule des praticiens comme des frères inférieurs et ne méritant de la part de ces derniers, aucune espèce de ménagements ni d'égards. Ils se croient maîtres de leurs services et libres d'en disposer à leur gré, comme de vrais potentats. Du reste, certains n'ont-ils pas une cour, faite non pas seulement d'autochtones hélas ! mais de tout ce que la rastaquouèrerie des deux mondes amène de métèques pour prendre la place des Français ? Eh ! bien, c'est de cette idée fausse qu'il s'agit de les débarrasser. Qu'ils fondent de leurs deniers un hôpital privé, s'ils le veulent, en y soignant pour rien les rois de l'or, nous n'aurons plus grand'chose à leur dire, puisque, ce faisant, ils n'engageront que leurs capitaux personnels ; mais qu'ils profitent d'un établissement entretenu par nous tous, pour y soigner à nos frais des gens qui, sans cela, viendraient nous payer nous-mêmes, c'est un peu fort de café. Les hôpitaux sont la propriété collective de tous les contribuables, et nul n'a le droit de les accaparer pour s'en faire un tremplin avec l'argent d'autrui.

A ceux que ces arguments justes et raisonnables ne convaincraient point, opposons un boycottage sévère. Publions dans les journaux syndicaux, c'est notre droit, les noms de ceux qui entendent ne tenir aucun compte de nos revendications, se moquent de la profession médicale et ne considèrent que leur intérêt particulier. Se savoir en butte à la méfiance légitime et à l'hostilité raisonnée de la majorité de ses confrères, donne déjà à réfléchir. Quand cette hostilité, d'abord toute platonique, se traduit par une grève de clients canalisés vers d'autres consultants en vue, le puissant seigneur, demeuré seul dans sa tour d'ivoire, ne demande bientôt qu'à sortir de son splendide isolement, et finit par prendre contact avec les réalités. On ne lui en demande pas davantage.

Une fois résolue l'entente cordiale entre tous les syndicats, que leurs représentants autorisés s'abouchent avec les conseillers municipaux, le directeur de l'Assistance publique et, après avoir exposé leurs desiderata, reviennent inlassablement à la charge jusqu'à complète satisfaction. On essayera bien de les éconduire une fois, deux fois, trois fois peut-être ; mais quand l'administration se rendra compte que l'on est décidé à tenir coûte que coûte, un jour ou l'autre, elle cèdera.

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année 1920 au trésorier Dr Gassot à Chevilly (Loiret).

LA MÉDECINE DANS L'HISTOIRE

Exposition rétrospective des Congrès d'hydrologie de Monaco.

« Les récits qui entrent dans nos oreilles impressionnent notre esprit moins vivement que les spectacles offerts à nos yeux et que nous nous transmettons directement par cet organe fidèle ».

Ces lignes d'Horace que notre éminent collaborateur et ami, M. le Dr CARRON DE LA CARRIERE, met en exergue de ses V. E. M. (V. E. M. qui ont tant fait pour la connaissance de nos Stations), synthétisent l'idée directrice de notre *Exposition Rétrospective.*

Intéresser au passé de nos Villes d'Eaux, c'est intéresser au présent ; c'est marquer une évolution accomplie, évolution n'étant point synonyme de progrès... Intéresser au passé, c'est faire aimer davantage, puisque c'est établir un lien, renouer une tradition oubliée, reconnaître les efforts réalisés par d'autres que par nous, rendre justice aux disparus ; les morts s'en vont si vite !! Mais l'« Humanité n'est-elle point faite de plus de morts que de vivants » ?

Nous devons une respectueuse reconnaissance à M. le Pr GILBERT d'avoir écrit une magistrale préface à l'œuvre attachante que nous avons essayé de mener à bonne fin — car le discours magistral qu'il nous fut donné d'entendre, à l'ouverture des Congrès d'Hydrologie, fut une belle page de l'histoire de l'art de guérir : art de guérir au moyen des eaux minérales, depuis l'époque romaine et gallo-romaine jusques aux XVIIIe siècle.

Le Dr Carron de la Carrière et nous-même avons pensé que l'on pouvait illustrer une page d'histoire par la gravure et le document.

Reconstituer l'aspect de nos Stations Thermales sous la Renaissance, sous Louis XIV, sous Louis XV ; évoquer le souvenir du passage des grands personnages, empereurs, rois, nobles dames, savants, artistes, poètes, littérateurs, illustres à titres divers ; mettre en lumière le nom, la vie, les actes des grands précurseurs, médecins hydrologues, praticiens, observateurs, écrivains de race, tels que Fouilloux et la Framboisière à Pougues ; Bagar à Contrexéville, Michel Bertrand au Mont-Dore ; Max Durand-Fardel à Vichy ; Bennet et Vidal à la Côte-d'Azur ; Théophile de Bordeu enfin aux Eaux-Bonnes, à Barèges, à Luchon... Voir arriver et partir leurs malades ; assister à la cure de Madame de Sévigné à Vichy, de Madame de Montespan à Bourbon-l'Archambault ; du Cardinal de Rohan à Barèges ; de l'Impératrice à Plombières ou encore de Montaigne à Bagnères-de-Bigorre, de Jeanne d'Albret ou de Voisenon à Cauterets ; de la duchesse d'Angoulême à Luz-St-Sauveur ; de la duchesse de Berry au Mont-Dore ; du petit Prince Impérial, de Thiers, de Flaubert, de Rostand, à Luchon... Extraire de la correspondance de ces curieux malades, ou de leur entourage, tout ce qui a trait, non seulement à leur séjour, aux incidents de la cure, aux ordonnances des médecins, mais encore à leur psychologie. Les lettres de Madame Scarron datées de Barèges en 1771-79 ne préparent-elles pas son accession au trône ?.. Le roman de Châteaubriand à Cauterets ne nous révèle-t-il pas un état d'âme particulier de cet écrivain ?.. « Le voyage aux Pyrénées » de Taine ?..et le philosophe de nous apparaître sous un nouvel aspect ! Aix et Musset et ses amours..., et le poète de nous livrer son âme.

Sera-t-il un critique pour nier l'influence de la cure, du séjour de ces personnages sur leur psychisme et partant sur leurs œuvres ?

Une Exposition rétrospective des Villes d'Eaux doit aider, par la détermination d'une spécialisation thermale au cours des siècles écoulés, au diagnostic de la maladie d'un duc du Maine, client de Barèges ; d'une princesse des Ursins traitée à Bagnères ; d'un Richelieu (maréchal duc de Fronsac) à Luchon, d'un Châteaubriand à Néris. C'est donc unir la médecine à l'histoire, c'est donc objectiver la méthode d'un Taine, d'un Fustel de Coulanges, d'un Littré et de leur continuateur direct, M. le Docteur CABANES.

Œuvre qui n'est pas l'œuvre d'un jour, travail qui n'est point labeur d'un seul ; effort qui n'a de raison d'être que dans l'effort continu. Recherches constantes, documentation toujours en éveil, critique sévère des pièces iconographiques.

Nous n'avons donc pas à nous excuser d'avoir offert aux Congrès de Monaco une Exposition très incomplète.

Celle-ci n'est qu'une cellule initiale autour de laquelle d'autres cellules viendront se greffer ; une préface qui annonce le livre.

Il appartient à tous que la cellule ne demeure pas isolée et que le livre ne reste pas à sa première page...

R. MOLINÉRY.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

Agrégation. — Nous publions en tête de ce numéro une leçon clinique de notre excellent collaborateur, le Dr J. P. Tourneux, de Toulouse.

Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que notre Confrère est admissible au concours d'Agrégation de chirurgie, avec 24 points.

— **Ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.**— Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés, par les maires, parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de *directeur du bureau municipal d'hygiène d'Agen* est déclarée ouverte.

Le traitement alloué est fixé à 4.000 fr. par an, avec autorisation de faire de la clientèle.

Les candidats ont un délai de vingt jours, expirant le 1er juin 1920, pour adresser au ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commisson du Conseil supérieur d'hygiène.

— **Exercice illégal de la médecine.** — M. X., à L. à 18 kilomètres de Tours, souffrait de douleurs articulaires au pied. Il fait venir M. Z. herboriste à Tours, qui l'examine sur toutes les coutures...

— Mais, dit l'herbier, toutes vos douleurs proviennent de ce fait qu'il vous manque trois vertèbres. Il vous faut porter une ceinture, et prendre de mes tisanes et vous serez guéri.

Ainsi fut fait.

Coût :

Consultation de l'herbier.....	110 fr.
Achat d'une ceinture........	80 —
Deux paquets d'herbes......	38 —
Total	228 fr.

Le malade porte la ceinture depuis un mois, a achevé deux paquets d'herbes, mais souffre encore de ses douleurs articulaires. R.

— **La situation médicale en Indre-et-Loire.** — Au 1er janvier 1920, il y avait officiellement en Indre-et-Loire :

66 médecins exerçant à Tours.
57 médecins exerçant dans l'arrond. de Tours.
29 médecins exerçant dans l'arrond. de Chinon.
26 médecins exerçant dans l'arrond. de Loches.

Cela fait donc un total de 178 praticiens pour un département dont la population atteint à peine 325.000 habitants.

C'est beaucoup trop ; et combien y a-t-il de situations précaires pour ne pas dire miséreuses.

Ah ! tous ne roulent pas en auto.

(*Gaz. méd. du Centre*, 15 avril 1902).

— **Remunération des médecins membres des Tribunaux des Pensions.** — Par arrêté ministériel du 1er mai 1920, il est alloué une indemnité de 10 fr. par heure de séance aux médecins membres des tribunaux départementaux des pensions militaires.

(*Journal officiel*, 4 mai 1920.)

— **Pour commémorer la Victoire.** — Sous le haut patronage de M. Paul Deschanel, président de la République, des Maréchaux Joffre, Foch et Pétain, de M. Raymond Poincaré, de M. Millerand, président du Conseil des Ministres, des Présidents du Sénat, de la Chambre, du Conseil général de la Seine et du Conseil municipal de Paris, vient d'être constitué un Comité qui se propose de fonder un Institut de recherceh̀es chimiques appliquées à l'Industrie. Il s'agit de créer, sur le modèle de l'Institut Pasteur et des Grands Instituts américains, un puissant organisme scientifique, grâce auquel les chercheurs les plus compétents auront à leur disposition les moyens matériels de faire réaliser à l'industrie nationale des progrès qui la mettront hors de pair.

Les uns travailleront dans de vastes laboratoires, comportant tous les perfectionnements techniques nécessaires et pourvus de l'outillage le plus moderne. D'autres, à Paris ou en province, recevront, sous forme de subventions, les larges crédits qui leur manquent pour poursuivre leurs travaux. D'autres enfin seront chargés de missions d'études à l'Etranger. Tous concourront à accroître la grandeur économique française.

Contribuer à créer et à faire vivre l'Institut de la Victoire, c'est, avant tout, contraindre à la sagesse le Boche, qui n'a malheureusement pas abandonné tout espoir de revanche prochaine. Si nous ne savons pas conserver et augmenter encore notre supériorité chimique actuelle, il ne se fera aucun scrupule de recommencer bientôt la guerre qu'il médite, pour se venger et nous asservir.

Adresser les cotisations à M. le sénateur Brangier, 53, rue Réaumur, Paris.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Article 10. Loi du 15 juillet 1893 :

« La Commission administrative du Bureau d'Assistance est formée par les Commissions administratives *réunies* de l'Hospice et du Bureau de Bienfaisance, etc... »

J'ai l'intention de faire purement et simplement annuler les décisions en question :

1° Pour composition *illégale* et incomplète de la Commission du Bureau d'Assistance ;

2° Pour excès de pouvoir de la Commission du Bureau de Bienfaisance, qui a *réglé seule* les questions d' A.M. G.

Naturellement, les décisions ont été paraphées et approuvées par le Préfet ; aussi où nous faut-il nous adresser ?

Au Conseil de Préfecture ou au Conseil d'Etat ?

Sous quelle forme (demande avec conclusions) ?

Sur papier libre ou timbré ?

Adressée à qui (au Préfet pour le Conseil de Préfecture ou au Président du Conseil d'Etat) ?..

Sous forme de simple lettre ou par le ministère d'un avoué ?

Le Syndicat peut-il agir par ses Président et Secrétaire au nom du Syndicat ?

Quels sont les frais encourus ?

Faut-il se présenter en personne au Conseil de Préfecture pour explications et défense de notre point de vue ?

Mon cher Confrère, je m'excuse d'une lettre aussi longue, mais il s'agit d'une question importante et qui ne m'est pas personnelle. Je connais votre bienveillance, votre compétence, et aussi votre empressement à soutenir les confrères, aussi je suis certain que vous m'éclairerez bientôt sur tous ces points.

Dr B.

Réponse.

Pour vous donner un conseil vraiment utile, il me faudrait connaître le règlement du service autonome de votre ville.

En tous cas, chaque médecin a le droit d'envoyer une lettre polygraphiée, mais signée, pour donner sa démission (je suis à votre disposition pour vous donner tous tuyaux sur la rédaction de cette lettre) ; avant d'attaquer pour illégalité, il faut savoir si le règlement de la commune autonome n'autorise pas le seul Bureau de Bienfaisance à dresser la liste des indigents.

Les recours doivent être adressés dans les 20 jours (art. 16 de la loi de 1893). Or ce délai étant expiré, il est à craindre que vous soyez forclos. Il faut donc vous adresser au Conseil de Préfecture.

Néanmoins, je croirais préférable de me confier votre réglement et vos réclamations, et personnellement je m'en occuperai auprès de qui de droit.

Le syndicat a toute qualité pour défendre

les intérêts des médecins, mais est-ce un syndicat composé uniquement des médecins d'E., ou ce groupe comprend-il d'autres docteurs du département ? Ceci a une grosse importance.

N'hésitez donc pas à m'envoyer ces tuyaux et je ferai mon possible pour vous faire obtenir satisfaction. Si nous ne réussissons pas nous aurons la voie contentieuse.

Dr. P. B.

La direction des Bureaux d'hygiène.

Ayant lu avec intérêt dans le n° du 2 mai l'article concernant les vacances des directions de certains bureaux d'hygiène, je serais reconnaissant au *Concours Médical* de bien vouloir me donner quelques détails sur ce « débouché » médical, en répondant au questionnaire suivant :

1° De telles vacances sont-elles fréquentes ?

2° Quelle est la composition du Comité d'Hygiène chargé d'éclairer le ministre sur le degré d'aptitude des candidats ?

3° Quelles connaissances spéciales exige-t-on de ceux-ci ? En est-il d'éliminatoires ?

4° La compétition est-elle grande ?

5° Y a-t-il un titre particulier ouvrant l'accès de ces bureaux ? Comment l'acquérir ?

Dr X.

Réponse

Voici les renseignements qui nous sont donnés par une personnalité particulièrement compétente en cette matière :

I. — Aucune précision ne peut être donnée au sujet de la fréquence des vacances ; tous les postes sont actuellement occupés, et ce n'est que par suite de décès ou de démission que des postes peuvent se trouver libres.

2 — Le Conseil supérieur d'Hygiène publique est composé de 55 membres, comprenant des fonctionnaires, des professeurs, etc., désignés conformément à l'article 25 de la loi du 15 février 1902 (Voir Agenda-Memento de 1920, p. 106).

3 — Les titres demandés varient suivant l'importance du Bureau d'hygiène.

Le seul titre de Docteur en médecine ne suffit pas pour figurer sur la liste des candidats; ce titre doit être appuyé par des références (publications, travaux originaux, mémoires, fonctions occupées ayant des rapports avec l'hygiène).

Le classement est fait par le Conseil supérieur d'hygiène qui, parmi les postulants, fait une sélection et établit une liste de candidats par ordre alphabétique ; c'est parmi eux que le Maire est obligé de choisir son Directeur de bureau d'hygiène.

4 — Généralement il n'y a pas grande compétition, car parmi les postulants il y a toujours le candidat du maire qui cherche avant tout à s'assurer le concours d'un Directeur qui ne fera d'hygiène que dans la mesure où lui maire voudra qu'on en fasse.

5 — Il n'y a aucun titre particulier ouvrant l'accès du bureau d'hygiène. Le seul titre valable est l'amitié du maire.

Réflexion.

Aussi longtemps que la loi de 1902 n'aura pas été revisée, il n'y a aucun avenir dans les bureaux d'hygiène.

Par contre, pour entrer dans les organismes d'hygiène qui pointent à l'horizon, une forte préparation est nécessaire ; mais dans ces organismes nouveaux, il y a de l'avenir.

ACTUALITÉS CHIRURGICALES

La correction chirurgicale des rides du visage.

Les efforts qu'a tentés Morestin pour introduire en France la chirurgie esthétique commencent, malheureusement seulement après la mort de cet admirable novateur, à être couronnés de succès ! C'est son élève Passot qui a eu dernièrement, dans cette croisade, le rôle le plus actif, car son intervention a permis d'appliquer les méthodes esthétiques, autrefois réservées à la réfection des seules mutilations, d'une observation assez rare en pratique courante, à toutes les disgrâces physiques, et en particulier à la correction des rides du visage.

Mais il faut reconnaître qu'à ce point de vue, les chirurgiens américains nous ont précédés de loin : depuis plus de dix ans, ces interventions sont pratiquées par eux d'une façon courante ; en France, seuls Pozzi et Morestin tentèrent, dans quelques cas isolés, ce qui, à l'étranger est considéré comme une opération d'application fréquente et parfaitement réglée.

Mais, tandis que nos confrères américains ont jusqu'ici gardé sur leurs méthodes et leurs résultats un secret dont nous n'aimons pas voir entourées les découvertes médicales, Passot a eu le mérite de publier sur cette question les premiers travaux scientifiques, uniques dans toute la littérature médicale, où se trouvent exposés les détails d'une technique très spéciale, appuyée sur plus de 150 interventions (Voir *Presse Méd.*, 12 mai 1919 et 17 avril 1920. *Bull. Acad. Médecine*, 18 juillet 1919).

Il s'agit de réséquer, au voisinage de l'implantation des cheveux, des bandes cutanées

de forme ovoïde ou elliptoïde, dont l'étendue correspond à la quantité de téguments en excès : le mouvement machinal des femmes qui, devant le miroir, tendent la peau de leur visage et effacent les rides, en pinçant simplement les téguments en avant et au-dessus du tragus, est ainsi transformé en une petite intervention chirurgicale : grâce à une résection cutanée, pré et sur auriculaire, il est possible d'effacer les plis nasogéniens accusés, de remonter les joues ptosées, et même, si la traction à distance est suffisante, les plis et bourrelets qui se forment sous le menton. Les plis de la patte d'oie sont supprimés en tendant la peau entre deux petites résections opposées, l'une haute, prétemporale, l'autre basse, prélobulaire. On agit sur les rides du front de la même façon, en tendant les téguments soit à l'aide de deux résections latérales, s'il s'agit de plis verticaux, soit en prélevant deux ellipses très allongées, au voisinage de l'implantation des cheveux, au-dessus des bosses frontales, s'il s'agit de rides transversales.

Ces interventions sont toutes accomplies à l'anesthésie locale : Passot n'a jamais recours à la méthode de décollement, appliquée par Morestin à la réunion des parties de substance cutanées étendues. A la face, selon lui, cette méthode serait dangereuse, car des hématomes peuvent se produire sous la peau décollée ; on risquerait de plus de léser certaines branches motrices du facial, au niveau des points où elles se distribuent aux muscles peauciers.

Les sutures sont, en règle générale, masquées par l'insertion de la chevelure ; elles sont donc, de ce fait, absolument invisibles. Cette méthode, appliquée systématiquement, permet d'employer pour la réunion des procédés sûrs qui seuls sont de mise, lorsqu'il s'agit de réaliser des sutures soumises à une assez forte tension, comme après toute résection tégumentaire étendue. Passot bannit complètement la suture intradermique pour tous les cas usuels, et n'en réserve l'application que pour une seule éventualité, celle où la suture ne peut absolument pas être dissimulée : par exemple, lorsqu'il s'agit de réséquer les plis disgracieux de la paupière inférieure, cas où la cicatrice n'est que partiellement masquée par le pli normal sous-palpébral.

C'est dans le mode de pansement que cette méthode présente peut-être le plus d'originalité : Passot emploie à cet effet la colophane, dérivé de la cellulose, qui se présente sous l'aspect de feuilles très minces, dont l'épaisseur peut être réduite à 1/10 de mm. Une telle lamelle, stérilisable, souple, absolument transparente, est appliquée sur la suture ; son extrême minceur, sa souplesse, font qu'on la dissimule aisément sous la chevelure ou sous un simple postiche ; les opérées peuvent ainsi déambuler sans que leur pansement trahisse leur petit secret et leur ap-

porte la moindre gêne. De plus, on peut aisément, sans enlever la colophane transparente, surveiller au travers les progrès de la cicatrisation.

Voici vraiment une méthode de pansement originale, extrêmement pratique, et dont l'application pourrait rendre autant de services en chirurgie générale que dans les opérations purement esthétiques.

Dans certains cas, Passot a recours à un procédé qui permet de supprimer pour ainsi dire toute suture, en reportant sur le pansement même tout l'effort de traction que subissent les lèvres de la plaie, par l'exécution de ce qu'il appelle la suture sur le pansement. Il s'agit, le pansement étant placé à la surface de la plaie, à peine suturée par quelques points tèrs espacés, et fixé d'autre part à sa périphérie au collodion, de le tendre et de le rétrécir par une suture en surjet qui fixe un pli sus-jacent et parallèle à la direction de la plaie. On reporte ainsi, par ce procédé ingénieux, la suture qui devrait porter sur la plaie, à la surface même du pansement qui la recouvre ; on diminue d'autant le nombre des crins et fils, qui laissent toujours après leur application des traces disgracieuses, et l'on réduit la cicatrice aux proportions d'une simple ligne, très mince, d'un aspect véritablement esthétique. G. S.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Révocation d'un médecin directeur de Bureau d'hygiène.

CONSEIL D'ETAT

(Séance du 8 novembre 1918)

Le Conseil d'Etat statutant au Contentieux ;

Vu : 1° la requête sommaire et le mémoire ampliatif présentés pour le sieur R., docteur en médecine,.... et tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler, pour excès de pouvoir, un arrêté, en date du 12 juin 1914, par lequel le Maire de la Ville d'A. a révoqué ledit sieur R. de ses fonctions de Directeur du Bureau municipal d'hygiène ;

. . . .

Considérant que l'article 1er du décret susvisé du 3 juillet 1905 dispose que « dans les communes, où l'institution d'un bureau d'hygiène est obligatoire une délibération du Conseil municipal fixe l'importance du personnel, ainsi que les allocations, qui peuvent lui être attribuées et arrête les dépenses, que peuvent entraîner son organisation et son fonctionnement » ; que si, en vertu des pouvoirs, qui lui ont été ainsi conférés, le conseil municipal d'A. avait pu décider, par délibération du 16 août 1909, que le directeur de son bureau municipal d'hygiène, auquel avait été attribué un traitement de 4.000 francs

devait seulement consacrer autant que possible tout son temps au service, il lui appartenait également de prescrire, comme il l'a fait, par une délibération subséquente en date du 26 février 1913, qu'à partir du 1er février 1914, le Directeur de ce bureau se consacrerait entièrement à ses fonctions administratives et ne pourrait plus se livrer à aucun autre travail rémunéré ; que, dès lors, le sieur R., directeur du bureau municipal d'hygiène de la ville d'A., aurait dû à dater du 1er février 1914 soit renoncer à sa clientèle publique ou privée, soit abandonner ses fonctions de directeur du bureau d'hygiène ;

Mais, considérant qu'aux termes de l'article 65 de la loi du 22 avril 1905, dont l'application n'avait pas été encore suspendue à l'époque où a été prise la décision attaquée, tous les fonctionnaires civils et militaires, tous les employés et ouvriers de toutes administrations publiques ont droit à la communication personnelle et confidentielle de toutes les notes, feuilles signalétiques et autres documents composant leur dossier avant d'être l'objet d'une mesure disciplinaire ou d'un déplacement d'office ;

Considérant qu'il résulte de l'instruction que, si le sieur R. ne pouvait ignorer qu'il s'exposait à une révocation en ne se conformant pas, à partir du 1er février 1914 aux dispositions de la délibération précitée du Conseil municipal d'A., en date du 26 février 1913, il n'a pas été informé, antérieurement à l'arrêté attaqué, de la mesure disciplinaire, dont il allait être l'objet, et mis ainsi en demeure de réclamer la communuication de son dossier, s'il estimait que cette communication fût utile à sa défense ; que, dès lors, le requérant est fondé à soutenir qu'il n'a pas été satisfait à cet égard aux prescriptions de l'article 65 de la loi du 22 avril 1905 ;

Considérant que si le fonctionnaire, dont la révocation a été annulée, ne peut, sauf les cas où sa situation juridique est fixée par une disposition de loi, ou de règlement émanant de l'autorité compétente, prétendre au paiement d'un traitement proprement dit pour la période où il n'a pas exercé ses fonctions, il a droit, en principe, à une indemnité destinée à le dédommager de la perte de tous les avantages dont il se trouve privé par sa révocation irrégulière et ce jusqu'au jour où sa situation sera définitivement réglée par une décision légalement prise ;

Mais considérant que rien ne s'oppose à ce que, pour la liquidation d'une semblable indemnité, il soit tenu compte des circonstances particulières de fait susceptibles d'en modifier le montant ; que, notamment, si une commune établit à la charge de l'agent municipal, comme dans l'espèce, l'existence de fautes de service de nature à motiver sa révocation, il y a lieu de réduire l'indemnité dans une proportion qu'il appartient au Conseil d'Etat de déterminer ;

Considérant qu'en tenant compte des circonstances spéciales dans lesquelles a été rendu l'arrêté de révocation attaqué, il sera fait une juste appréciation de l'indemnité due par la ville d'A, au sieur R., en

la fixant à 1.000 francs, y compris tous intérêts jusqu'au jour de la présente décision, sous réserve du droit pour le requérant de former une nouvelle demande d'indemnité dans le cas où sa situation ne serait pas régularisée dans le mois qui suivra la mise en demeure adressée à cette fin par lui à la ville d'A. après notification de ladite décision ;

Décide :

Article 1er

L'arrêté susvisé du maire de la ville d'A., en date du 12 juin 1914, est annulé.

Article 2.

La décision implicite de rejet résultant du silence gardé pendant 4 mois sur la demande de dommages intérêts du sieur R., en date du 20 juillet 1914, par le Conseil municipal de la ville d'A. est annulée.

Article 3.

La ville d'A. paiera au sieur R. la somme de 1.000 francs, qui portera intérêts à compter de la présente décision.

Commentaires.

Le médecin directeur de Bureau d'hygiène doit être considéré comme un fonctionnaire, parce qu'il détient une parcelle de la puissance publique. Représentant technique du maire, il est revêtu, au nom de ce magistrat communal, de toutes les prérogatives édictées dans la loi du 15 février 1902.

Le directeur du bureau d'hygiène a pouvoir pour faire dresser des contraventions pour inobservance et manquements aux règlements municipaux.

Aussi, est-ce à bon droit, estimons-nous, que les municipalités entendent défendre aux directeurs de bureaux d'hygiène l'exercice de la médecine.

Celui qui, au nom de la collectivité, doit prendre ou faire prendre des mesures générales, ne peut pas se trouver en conflit avec ses intérêts privés, si ces mesures sont de nature à porter préjudice à quelques bons clients. Il ne faut pas qu'un représentant de la puissance publique puisse se trouver en présence de son devoir et de son intérêt.

Mais encore conviendrait-il que nos confrères en Hygiène publique puissent recevoir des appointements suffisants, leur permettant de ne faire que de l'administration et jamais de clientèle.

Malheureusement, les crédits publics sont sollicités pour tant de dépenses, qu'en hygiène comme en assistance, les départements et les communes ne font que de l'à peu près.

Disons enfin que deux arrêts ultérieurs du Conseil d'Etat, en date du 27 décembre 1918 et du 28 novembre 1919 ont confirmé la même thèse.

Dr Paul BOUDIN.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 23 — DIMANCHE 6 JUIN 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS

Groupés dans la Société « **Le CONCOURS MÉDICAL** » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

O. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (France)	12 »
Le numéro	50 cent.

DIRECTION

Dr A. GASSOT, DIRECTEUR

Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT, DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT

J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE, SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N. B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. | N° 23 | 6 Juin 1920

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

(*Voir numéros précédents*).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de MM. les docteurs GAILLARD, de St-Didier (Rhône), SANSON, de Paris, BUISSON, de Châtillon-sur-Indre (Indre), la somme de trente francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite aux* « **demandes et offres** ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 250. — Médecin de campagne, 36 ans, ayant connaissances chimie et mécanique, cherche situation médicale ou non avec fixes.

N° 251. — Achèterai 60 frs Traité chirurgical d'urologie Legueu. pressé. S'adresser 45, Bd Montparnasse, de 5 à 6. Dr Bohdanouriez.

N° 252. — A vendre machine à écrire Oliver n° 3, en bon état. Ecriture visible, marche garantie. 650 francs.

N° 253. — Docteur en méd. Faculté Paris, 44 ans, titres universit. sér., désire remplacer ou collaborer avec confrère station thermale été, en vue succession éventuelle. Indemnité à débattre. Sérieux et urgent.

N° 254. — Docteur Paris, 17 a. prat., demande remplacer confrère bord de la mer pendant un mois, août de préférence. Conditions : logement (2 pièces, 1 cuisine) et produit de la clientèle ou rémunération forfaitaire au choix.

N° 255. — Le Crotoy (Somme). Maison meublée, près plage, 8 pièces, 6 lits, à louer 300 frs pour le mois de juillet ou septembre.

N° 256. — Docteur jeune, actif, ayant pratique des maladies vénériennes, radiologie, chirurgie d'urgence, médecine générale, cherche situation, accepterait succession.

N° 257. — Docteur, 12 ans pratique générale, disposant de ses après-midi pendant 2 mois, accepterait occupations médicales à Paris.

N° 258. — Docteur cherche bon poste campagne pro-pharmacien, région ouest. Pressé.

N° 259. — Docteur demande à acheter : 1° une jumelle, marque « Huet » ; 2° coffre-fort, marque « Bauche ». Faire offres avec prix.

N° 260. — A vendre faut. Eliaers pr. ex. gyn., recouvert en moleskine, avec tabouret et divers instruments, le tout à l'état de neuf. S'adresser Dr Reumaux, Dunkerque, Nord.

N° 261. — A vendre auto-torpedo « Le Gui » 1913, marche parfaite, 2 places et spider. 12 HP., 10.000 francs. Dr Devallet, Allonnes (Maine-et-Loire).

N° 262. — A céder, dans grande ville, excellent cabinet d'urologie, rapport moyen 30 à 35.000. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 263. — Poste dans sous-préfecture à céder dans excellentes conditions, rapport 30.000 environ. Bel appartement dans maison moderne. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 264. — Médecin pro-pharmacien cèderait poste 35.000 touchés. Région midi, pays de chasse. Indemnité 15.000.

N° 265. — Docteur 50 ans, occupant à la campagne poste demi-repos qu'il pourrait quitter l'été durant deux ou trois mois, serait très reconnaissant à confrère qui indiquerait une situation rémunératrice

durant juillet, août et septembre, de préférence dans station balnéaire. A fait de la dentisterie, pourrait collaborer avec confrère stomatologiste.

Nº 266. — Docteur cherche collaboration dans clinique Paris ou banlieue immédiate, maladies générales et accidents du travail. Accepterait situation para-médicale.

Nº 267. — Peau, voies urinaires, gynécologie. Ancien externe hôp. Paris, français, études terminées, 30 ans, meilleures réf., libre juillet à novembre, assisterait spécialiste pour toutes régions.

CORRESPONDANCE

Les bacillaires dans les C. S. R.

Voici comment se passe, au Centre de Réforme de B..., la visite des hommes supposés bacillaires :

Les consultations sont généralement pour 1 h. 30.

Après quelques formalités, le patient arrive à certain bureau où un scribe lui lance affirmativement l'interrogation « Crachats » devant laquelle il n'y a qu'à s'incliner.

Muni donc d'un « Bon pour Cracher » (!) le patient se rend à la pharmacie où il est invité à s'exécuter ; l'expectoration n'obtempère pas toujours et, seules, quelques mucosités broncho-nasales se laissent choir dans le récipient *ad hoc*, dûment étoilées, fixées, colorées, etc. ; les lames revèlent généralement l'absence de bacilles de Koch, à moins que le malade n'ait une grotte dans chaque poumon, ou bien que, fervent adepte du système D., il ne se débrouille !

Je dois ajouter qu'après cette petite plaisanterie (à laquelle j'ai refusé de me prêter), a lieu la visite clinique.

Ce procédé réalise peut être des économies, mais il est un peu « Compagnie d'Assurances...

Dr X.

Prescription de médicaments toxiques.

Je lis toujours avec plaisir votre intéressant journal le *Concours Médical*. Voulez-vous me permettre quelques réflexions à propos de votre réponse dans le nº du 2 mai 1920, concernant la *prescription de médicaments toxiques*.

Les substances comprises au tableau B doivent être prescrites sur *ordonnances datées, signées* du docteur et avec son *adresse*. Les doses doivent être indiquées *en toutes lettres*. De plus, le médecin doit indiquer de façon précise *le mode d'emploi* pour une solution de morphine : il faut indiquer *une* ou *plusieurs injections* de *un* ou *plusieurs centigrammes par 24 heures*. Et alors la dose totale prescrite ne doit pas excéder la quantité nécessaire pour un traitement de sept jours. Le pharmacien doit conserver l'ordonnance et en délivrer un duplicata au client.

Dr PHILIPPEAU.

Déclaration unique pour l'impôt sur les bénéfices professionnels.

Membre du *Concours* depuis 1901, je me permets de vous demander un conseil au sujet de mes contributions, me trouvant dans un cas spécial, mais non exceptionnel, car il se retrouve certainement chez un certain nombre de nos confrères.

J'exerce dans deux stations : l'été à B., l'hiver à C. Etabli depuis peu dans cette dernière ville, mon chiffre d'affaires s'y trouve être très médiocre et ne couvre pas mes frais. Par contre, exerçant depuis 18 ans à B., où je suis propriétaire de la villa que j'habite, j'y ai une clientèle importante, dont la recette me permet de vivre toute l'année.

Dans ces conditions, j'ai cru devoir, ces deux dernières années, faire ma déclaration concernant l'impôt sur le revenu et les bénéfices des professions libérales, au Contrôleur de M. dont dépend B., où j'ai mon domicile principal. J'avais avisé le Contrôleur de C. de ma façon de faire qu'il avait acceptée, car je n'ai eu à payer pour ces contributions qu'à la perception de M. Cette année j'ai fait de même et voici que je reçois aujourd'hui une lettre recommandée du Contrôleur de C. me réclamant dans les vingt jours une déclaration de mes bénéfices. Que dois-je lui répondre ? J'ai déclaré mes bénéfices au Contrôleur de M. en tenant compte de mes recettes de C. et de B. Si je sépare les deux chiffres d'affaires, mes bénéfices à C. n'existent pas ; si je fais la déclaration dans ce sens, je crains que le contrôleur ne considère pas ma déclaration comme exacte. Si je lui fais la déclaration de mes bénéfices de l'année entière, je dois risquer d'être imposé deux fois. Il est très vraisemblable que mon cas n'est pas unique et que plusieurs de nos confrères exerçant dans deux stations se trouvent dans la même situation, aussi je pense que vous leur rendrez service en me répondant dans le *Concours*. Dr F.

Réponse.

Aux termes de l'article 32 de la loi du 31 juillet 1917, l'impôt sur les bénéfices des professions libérales est dû « dans la commune où le contribuable a son domicile au 1er janvier de l'année de l'imposition. »

Or, le domicile de tout Français, aux termes de l'article 102 du Code Civil, est au lieu où il a son principal établissement. Il est possible que le domicile d'un citoyen français soit assez difficile à déterminer, et ce peut notamment être le cas d'une personne qui, comme vous, exerce sa profession dans deux localités différentes. Mais la jurisprudence décide qu'on ne peut avoir qu'un seul domicile.

Par suite, on ne peut être tenu que de faire une seule déclaration en vue de l'impôt sur les professions non commerciales.

Nous vous conseillons donc d'écrire au contrôleur de C. que vous avez fait votre déclaration

légale à M., dont dépend B, où vous avez votre domicile, et que vous avez compris dans cette déclaration les résultats de l'exercice de votre profession à C.

Il est probable qu'il se contentera de cette réponse, peut-être après en avoir référé à son collègue de M.

Enregistrement du diplôme.

N'étant pas encore en possession de mon diplôme définitif, j'ai fait enregistrer 1º à la sous-préfecture, 2º au greffe du Tribunal civil, mon diplôme provisoire. Ayant reçu mon diplôme définitif depuis quelques jours, est-il nécessaire de faire un nouvel enregistrement, étant bien entendu que je ne change pas de résidence et que je n'ai pas changé depuis le 10 mars dernier, date de l'enregistrement du certificat provisoire.

A la lecture de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892, il ne m'avait pas semblé que cela fût nécessaire.

Le secrétaire du sous-préfet auquel j'avais apporté mon certificat provisoire pour la première formalité, m'a affirmé que l'enregistrement du diplôme définitif était indispensable. Quel est votre avis à ce sujet ? Dr M.

Réponse.

Le Secrétaire de la Sous-Préfecture a raison. L'enregistrement du certificat provisoire ne dispense pas de l'enregistrement du diplôme lui-même, lorsque le docteur en médecine en a pris possession.

Cette solution est indiquée dans une circulaire du Ministre de l'Intérieur aux Préfets, en date du 2 juillet 1910, interprétant la loi du 14 avril 1910 qui a modifié l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine : cette circulaire s'exprime dans les termes suivants :

« Aux termes de la circulaire susvisée du 15 octobre 1885, tout certificat provisoire doit être rendu aux secrétaires des facultés et des écoles au moment de la remise du diplôme correspondant. Il s'ensuit que l'enregistrement et le visa du certificat n'ont eux-mêmes qu'une valeur provisoire et que cette double formalité doit être renouvelée aussitôt que le praticien est mis en possession de son diplôme. » (Voir *Concours Médical*, 1910, p. 841).

La majoration du Tarif Dubief.

L'accord récemment intervenu entre les représentants des Syndicats médicaux et des assureurs prorogeant la majoration de 100 °/₀ du tarif Dubief jusqu'à parution du nouveau tarif rend-il le 100 °/₀ obligatoire ou facultatif ? En d'autres termes, une

note d'accidents du travail actuellement impayée et payable par une Cie signataire de l'accord, pourra-t-elle, si j'attends le nouveau tarif, être calculée suivant ce dernier ?

Voici pourquoi : je suis en litige avec l'A... à propos d'un accident remontant à décembre-janvier-février et dont le montant est de près de 800 fr. L'A... me cherche stupidement noise et j'ai assigné le chef d'entreprise en justice de paix. Mais je pense que la Cie récusera celle-ci afin de m'entraîner à des frais. Ce serait assez de mon goût de lui en faire payer une partie grâce à la majoration due au nouveau tarif. Est-ce possible ?

D'autre part, le *Concours Médical* ne pourrait-il se charger d'une sorte de propagande à rebours contre les Cies qui se livrent à un marchandage éhonté et le plus souvent stupide des notes d'honoraires ?

Les médecins seraient prévenus d'avoir à être sur leurs gardes et à réclamer, si possible, un papier signé du patron et engageant directement celui-ci ?

Dr L.

Réponse.

L'accord intervenu entre l'Union des Syndicat Médicaux et les Assureurs, prorogeant la majoration du Tarif Dubief jusqu'à sa modification et au maximum jusqu'au 1er juillet prochain, est obligatoire pour toutes les Compagnies d'Assurances qui l'ont signé, c'est-à-dire pour toutes les Cies, à l'exception d'une seule, l'Alimentation.

Le Tarif modifié, lorsqu'il aura été promulgué, ne sera applicable que de la date de sa promulgation, et ne s'appliquera pas aux soins antérieurs.

Vous pouvez donc poursuivre le patron assuré à l'A. en appliquant la majoration à votre note. Quant à récuser le juge de paix du lieu de l'accident, compétent en l'espèce, la Cie ne pourrait le faire utilement. Ce qu'elle pourrait faire, ce serait interjeter appel du jugement rendu, puisque votre note dépasse 300 frs. Si vous aviez été, avant le commencement du procès, membre du « Sou Médical », celui-ci vous aurait couvert contre ce risque, car le Conseil du « Sou » accorde habituellement l'appui pécuniaire à ceux de ses adhérents qui sont traînés en appel par leur adversaire.

Quant à la campagne que vous demandez au *Concours Médical* de faire contre les agissements de certains assureurs, elle n'a jamais cessé depuis que la loi sur les accidents du travail est appliquée. Notamment, c'est d'une manière presque continue que nous donnons à nos lecteurs le conseil de faire signer aux patrons un engagement de payer leurs honoraires au tarif ouvrier local.

(*Voir la suite page XXXI-1465*).

PROPOS DU JOUR

Comment peut être intelligemment menée la lutte antituberculeuse par l'éducation populaire ? Une conférence dans le préau d'une école. Un exemple à imiter.

Il y a deux manières d'entreprendre la lutte contre la tuberculose : l'une, policière, brutale, tracassière, vexatoire, inhumaine, dont la déclaration obligatoire des tuberculeux serait la base, et l'internement forcé des malades, le couronnement ; l'autre, intelligente, persuasive, efficace et humaine reposant toute entière sur l'éducation populaire. La première peut sans doute être appliquée avec quelques résultats aux nègres de l'Afrique centrale ou aux moujicks de toutes les Russies. La seconde est la seule qui peut s'adapter aux peuples vraiment civilisés, à ceux qui ont conscience de la dignité et de la solidarité humaines, à notre peuple de France en particulier.

Je viens d'être témoin d'un essai d'application de la deuxième manière et je pense que, bien qu'il soit loin d'être une innovation, il ne sera pas inutile de le relater ici dans ses détails pour qu'il donne à d'autres le désir de le rééditer.

***

« Docteur, me dit un jour M. Picard, l'intelligent directeur d'une école communale dont je suis chargé de l'inspection, voulez-vous honorer de votre présence la conférence de samedi, organisée dans le préau de l'école par l'Association des anciens élèves. Le sujet vous intéressera sans doute, il a trait à la tuberculose ; il sera traité par un conférencier de la mission Rockefeller, suivi du spectacle d'un certain nombre de films cinématographiques et agrémenté d'intermèdes artistiques par les jeunes gens de notre Association ».

Je considérai comme un devoir professionnel d'assister à cette séance.

A 9 heures du soir, plus de 400 invités de tous les âges : parents, anciens élèves et élèves de l'école, se pressaient dans le préau. Deux heures auparavant, une voiture génératrice d'électricité, était venue stationner devant l'école et un personnel spécial avait organisé le cinématographe.

Le directeur de l'école, avec un art consommé de propagandiste, avait su préparer sa salle. Chaque maître, dans sa classe, avait annoncé la conférence et en avait sommairement indiqué le but. Des brochures de propagande de la mission Rockfeller avaient été distribuées aux élèves les mieux notés, *comme récompenses*, ce qui en avait singulièrement accru la valeur et l'intérêt dans l'esprit des enfants, et de belles affiches illustrées avaient été collées au mur. Tout notre petit peuple attendait impatiemment la séance, le terrain était donc bien préparé. Ce fut le commandant Heurtebize, un des conférenciers volontaires de la mission Rockefeller, qui vint y répandre la bonne semence.

Le commandant Heurtebize n'avait pas été spécialement choisi. Il vint parce que c'était son tour. On lui avait écrit de la mission : « Allez, 11, rue de Buffon, porter la bonne parole». Il y fut. Il ne savait en entrant s'il parlerait, à des étudiants, des ouvriers ou des enfants.

Mais le commandant Heurtebize, qui est un homme simple, a l'éloquence persuasive d'un apôtre ; il sait admirablement s'adapter à son auditoire. Avec une clarté lumineuse, il exposa ce qu'était le péril tuberculeux, sans emphase, sans outrance, dans sa terrible réalité. Il indiqua les moyens de propagation, insista sur le danger des crachats et des mouches, donna des conseils simples d'hygiène et de prophylaxie. Il décrivit les moyens mis en œuvre par la mission Rockfeller, la création et le rôle des dispensaires antituberculeux, des sanatoria, du médecin et de l'infirmière visiteuse.

La mission Rockfeller, annonça le conférencier, passe aujourd'hui la main à l'Office d'hygiène sociale du département de la Seine ; ce dernier fera de son mieux, mais, hélas ! comme il est chichement doté pour accomplir cette œuvre colossale !

Le commandant Heurtebize fut religieusement écouté et vigoureusement applaudi par cet auditoire exclusivement populaire qui parut prodigieusement intéressé par la leçon d'hygiène pratique qu'on venait de lui donner.

Trois films cinématographiques se déroulèrent aux regards avidement curieux.

A des vues de pièces anatomo-pathologiques, de cultures bactériologiques, d'expériences physiologiques, qui intéressèrent tout le monde et moi-même tout le premier, avaient été entremêlés avec art des scènes de la vie courante,

soulignant des fautes lamentables, des violations quotidiennes, des précautions d'hygiène les plus élémentaires. Parfois des scènes héroï-comiques déridaient les spectateurs, mettant la mort aux prises avec la santé. Entre chaque film, de jeunes artistes de l'Association des anciens élèves de l'école déclamaient des vers ou jouaient d'attrayantes scénettes de Courteline. Si bien que, lorsqu'après plus de deux heures, la séance se termina, notre public, composé de gens simples mais intelligents et civilisés, quitta le préau à regret.

Moi aussi je gagnai la rue de Buffon, assez mal éclairée ce soir-là. En dépit de mon caractère, j'eus la lâcheté d'espionner. A pas de loup, je me glissai sur le trottoir le long de la grille du Jardin des Plantes, derrière une grand'mère qui ramenait à la maison un bambin de sept à huit ans. Indiscrètement je prêtai l'oreille et j'entendis :

« Tu as bien entendu, mon petit, comme ce monsieur parlait bien, comme l'on comprenait bien tout ce qu'il disait. Tu vois les précautions qu'il faut prendre pour bien se porter et comme il aurait été utile que pas mal de nos voisins, qui sont malpropres et sans soins, soient venus l'entendre ».

La bonne vieille avait fait son profit de la conférence du commandant Heurtebize et en prononçait, dans ce simple jugement, le plus bel éloge qu'on en puisse faire. Il avait atteint son but.

***

Eh bien ! savez-vous ce qu'il en coûte pour réaliser cette utile et agréable propagande? Rien, la peine d'écrire à la *Commission américaine de préservation de la tuberculose en France*, 3, *rue de Berri à Paris* (*VIIIe*).

Remarquons toutefois que si la mission Rockefeller fournit conférencier et cinéma, il faut lui préparer la salle ; mais parmi les directeurs et les maîtres de nos écoles parisiens, les gens de cœur et d'intelligence, comme MM. Picard et ses instituteurs, sont légion. Dans tous les milieux de notre beau pays de France, à la ville comme à la campagne, fourmillent les braves gens qui ont le désir de s'instruire, qui sont prêts à se laisser endoctriner, à entendre et à observer le nouvel Evangile de l'hygiène et de la santé qui ne porte aucun ombrage à l'Autre. Beaucoup plus qu'on ne serait tenté de le croire, sont tout disposés à renverser les autels des faux dieux de leurs préjugés.

C'est à nous, médecins praticiens, de revendiquer le droit d'être les apôtres de cette Religion nouvelle et de seconder de toutes nos forces ceux qui veulent bien se consacrer à la propagande antituberculeuse, par l'éducation populaire, le seul moyen socialement efficace d'enrayer la marche redoutable du fléau.

J. Noir.

Tarif Dubief

Le Dr Fernand Decourt nous prie de prévenir nos lecteurs qu'il lui est matériellement impossible de répondre aux nombreuses lettres qu'il reçoit journellement à titre de membre de la Commission du Tarif Dubief. Il tient toutefois à déclarer qu'il prend note de chaque suggestion nouvelle qui lui est ainsi fournie et s'efforce, dans la mesure du possible, de tenir compte des critiques ou des desiderata exprimés par les confrères.

Mais, il semble résulter de ces lettres, qu'on méconnaît généralement la situation actuelle des délégués médicaux de la Commission du tarif Dubief. Ceux-ci, représentants de l'Union des Syndicats médicaux de France, ne sont que les « porte-parole », pour ainsi dire, de la *Commission spéciale de l'Union* qui a élaboré le projet de tarif paru dans le *Médecin syndicaliste* et que possèdent donc tous nos confrères syndiqués. Cette commission spéciale est tenue au courant, au fur et à mesure des travaux de la *Sous-Commission du tarif Dubief au ministère*, où les confrères Cayla et Decourt ont l'honneur d'être les représentants de l'Union, qui contrôle ainsi constamment leur action.

Les travaux de cette sous-commission avancent peu à peu. C'est sur le projet même de la Commission spéciale de l'Union que les discussions ont lieu, mais il faut être « sur la brèche » pour se rendre compte des difficultés auxquelles ces deux confrères se trouvent aux prises, dans ce heurt d'intérêts divergents.

Dès que la sous-commission aura terminé ses travaux *préparatoires*, le projet de tarif ainsi constitué sera *revu entièrement* par la totalité de la *Commission ministérielle dite du tarif Dubief*, dans laquelle, ne l'oublions pas, sur un effectif total de 27 membres, il n'y a que *cinq* délégués médicaux : le profr Bazy, le Dr Peyroux, député, les Drs Aubourg, Cayla et Decourt.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Goitre endémique et basedowisme.

Hôpital Saint-Antoine : M. le professeur CHAUFFARD.

Je vous présente une famille de goitreux dont l'arbre généalogique est inscrit sur ce tableau. Voici un père, goitreux, avec un fils, goitreux, et une fille, également goitreuse, et tout un groupe d'enfants, les uns goitreux, les autres indemnes. Parmi les goitreux, nous en voyons une série guéris par le traitement iodé, et une autre série, de non guéris. Cette généalogie nous montre un foyer endémique de goitre, foyer qui siège dans un petit village de l'Aveyron, dont tous ces sujets sont originaires.

Examinons cette famille, ou plutôt les 4 représentants de cette famille qui sont ici, une femme adulte et trois jeunes filles. Chez trois d'entre elles, nous trouvons un goitre simple, sans complication. Chez la dernière, hospitalisée dans nos salles, et qui retiendra plus longuement notre attention, le goitre est associé à un groupe de réactions basedowiennes, de troubles d'hyperthyroïdisme et aussi de phénomènes d'hypothyroïdisme. Ainsi, la malade, au lieu d'avoir les mains chaudes a, au contraire, les extrémités froides, avec des engelures l'hiver. Son état répond, en somme, au dysthyroïdisme.

Une première question se pose : comment cette famille est-elle devenue goitreuse ? Nous savons qu'il existe des pays à goitre. Ces pays sont toujours des régions montagneuses ou qui l'ont été. On a incriminé, en pareille circonstance, les eaux, mais quand il s'est agi de définir le mécanisme de l'action goitrigène des eaux, diverses théories ont été mises en avant. Je vous signalerai pour mémoire seulement l'opinion qui attribuait le goitre à l'adultération minérale des eaux. Cette théorie a été soutenue en 1851, à l'Académie de médecine. Le terrain magnésien, l'excès de magnésie et de chaux dans l'eau de boisson constituait, disait-on, la cause des goitres endémiques. Le pays de nos quatre malades, l'Aveyron, n'est pas en terrain magnésien. D'ailleurs, la conception de l'action magnésienne n'est plus admise.

La question est beaucoup plus complexe. Elle a commencé à s'éclairer à la lumière de deux ordres de travaux faits les uns sur l'origine des eaux minérales, les autres sur le goitre expérimental. M. Armand Gautier, étudiant l'origine des eaux minérales, a établi une notion nouvelle. Il a montré qu'à un moment donné, dans les régions volcaniques, s'était produit un bouleversement du sol, et que les eaux en question avaient une origine profonde : vaporisées dans la région ignée, elles s'étaient chargées de principes en traversant les couches superficielles. On a reconnu, d'autre part, que les pays à goitre se trouvaient précisément dans ces régions de dislocation terrestre, où les eaux ont une origine profonde.

La famille de goitreux que je vous ai présentée s'alimente en eau sur une petite source qui vient de la montagne, eau pure en apparence, mais néanmoins toxique puisqu'elle les a rendus goitreux. Donc un premier fait est l'origine ignée profonde de ces eaux. Un deuxième fait est la possibilité, dans les pays à goitre, non seulement du goitre chez l'homme, mais aussi chez les animaux, le bœuf, l'âne, la chèvre, le rat. Si les animaux peuvent être goitreux spontanément, ils peuvent le devenir expérimentalement. L'animal auquel on a le plus d'avantages à s'adresser ici est le rat. C'est effectivement sur le rat qu'a été faite l'histoire expérimentale du goitre. Partant des eaux goitrigènes, on a pu, en abreuvant avec elles, pendant assez longtemps, des rats, les rendre goîtreux. On a varié les conditions, avec des lots différents d'animaux. On a vu ainsi que l'action goitrigène de l'eau en question n'était pas permanente, mais transitoire, éphémère. Si par exemple, vous prenez l'eau à un endroit où elle est toxique et que vous la fassiez séjourner dans des réservoirs quelque temps, elle cesse d'être goitrigène.

Cette donnée expérimentale a été confirmée par des faits épidémiologiques. Ainsi, dans une ville du Piémont, la même eau servait à l'alimentation de la population civile et de la garnison. Or, le milieu civil restait indemne de goitre alors que les goitreux étaient nombreux parmi les militaires. Une enquête montra que la garnison consommait l'eau directement amenée de la source, alors que la population civile consommait la même eau amenée et conservée dans des réservoirs.

Le pouvoir goitrigène des eaux de ce genre se perd donc par le transport et la conservation. Il se perd également par la chaleur. Une température de 70°, l'ébullition à plus forte raison, la désactive et lui enlève ses propriétés goitrigènes. Ceci est du plus vif intérêt au point de vue prophylactique. Le premier conseil à donner en pays goitreux est de faire bouillir l'eau de boisson et c'est ce que nous avons indiqué à cette famille.

La filtration de ces eaux donne des résultats

curieux. Si on filtre ces eaux sur filtre fin, elles conservent leur pouvoir goitrigène. Le principe encore inconnu goitrigène traverse le filtre. Si vous prenez le sédiment laissé sur le filtre par l'eau, vous voyez qu'il est beaucoup moins goitrigène que l'eau elle-même. Mais, si vous donnez ce sédiment à un jeune rat, l'animal se trouve arrêté dans sa croissance et on voit apparaître chez lui une sorte d'état crétinoïde autant qu'on puisse employer ce terme chez un animal. On peut dissocier de cette manière le facteur goitrigène et le facteur crétinogène de ces eaux.

Les recherches curieuses dont je viens de parler devaient naturellemnt conduire à des essais pathogéniques. Nous sommes loin de la théorie magnésienne, de la notion d'excès de magnésie et d'insuffisance d'iode. Plusieurs théories ont été mises en avant ; deux au moins sont à retenir.

Répin admettait qu'il s'agissait là d'eaux à émanations. Diverses raisons sont en faveur de cette opinion. Le fait, d'abord, que ces eaux sont très radio-actives. Le fait, également, du caractère éphémère de l'action goitrigène des eaux. L'atténuation de leurs propriétés par la chaleur est aussi un argument. Sont-ce vraiment des eaux radio-actives. C'est peu probable et il doit y avoir quelque chose de plus qui intervient.

A la théorie des émanations, on a opposé la théorie des colloïdes. Si l'on verse ces eaux dans un dialyseur, ce qui reste — c'est à dire les colloïdes — possède une action goitrigène. On a ainsi attribué aux substances colloïdales de l'eau l'origine des goitres. Toutefois, cette théorie colloïdale explique mal la disparition rapide du pouvoir goitrigène par le transport.

Revenons à l'étude de notre malade du service. Son observation montre que, chez elle, le goitre a évolué dans un sens particulier, vers le basedowisme. Cette jeune fille a quitté l'Aveyron il y a quelques années pour venir à Paris. En 1917, étant retournée dans son pays et y ayant séjourné 3 semaines, elle remarqua, à ce moment, une augmentation de volume de son cou, en même temps qu'apparaissaient une série d'autres troubles, de l'irritabilité nerveuse, de l'émotivité, un changement de caractère, des palpitations, du refroidissement des mains avec des marbrures sur les avant-bras. Au début de 1918, à la suite d'un traitement ioduré, le goitre s'amenda, mais les troubles circulatoires persistèrent.

En septembre 1919, la malade étant revenue dans son pays, le goitre reparut, avec palpitations et exophtalmie. La nervosité reprit. L'évolution se fit ainsi nettement dans le sens basedowien. C'est un goitre en voie de basedowification.

Il était intéressant de rechercher un signe tiré de l'examen du sang, signe sur lequel les Allemands ont insisté. Dans la maladie de Basedow, l'examen du sang décèle une mononucléose à gros éléments. M. Troisier a fait une prise de sang chez cette malade et il a trouvé effectivement un chiffre considérable de mononucléaires. Comme contre-épreuve, nous avons examiné le sang chez la tante de la malade, goitreuse sans symptôme basedowien, et nous avons trouvé une formule sanguine normale.

Autre point intéressant. Dans ces dernières années, en Allemagne principalement, on a attaché une valeur à la division de certains sujets en vagotoniques et en sympathicotoniques ; chez les premiers, a-t-on dit, le vague est en état d'excitabilité exagérée, alors que chez les seconds, c'est le sympathique. Dans la maladie de Basedow, on a pensé qu'il pouvait y avoir des vago et des sympathico-toniques et on les a différenciés par la recherche du réflexe oculo-cardiaque. La compression du globe oculaire provoque un ralentissement du pouls, tenant à un réflexe trijumeau-vague. Or, chez les basedowiens, la réaction est variable, avec ralentissement (vagotoniques), ou accélération (sympathico-toniques), ou sans changement. Pour ce qui concerne notre malade, son pouls, à 112, tombait à 96 pendant la compression oculaire. Le réflexe était positif, vagotonique. Depuis quelque temps, la malade est traitée par l'hypophyse, et il semble que nous ayons une sédation de ses symptômes. Hier, son pouls étant à 100, nous avons fait la recherche du réflexe oculo-cardiaque. Le pouls est tombé à 84, donnant une chute de 16 pulsations, comme dans le précédent examen. Elle serait donc à ranger dans le groupe des vagotoniques.

Il est d'autres épreuves encore. Nous savons que les vagotoniques sont sensibles à la pilocarpine. Nous avons injecté à la malade un centigr. de pilocarpine et, trois minutes après une sudation très active s'est produite, sans sialorrhée toutefois. D'autre part, certains basedowiens sont des glycosuriques. La malade ne l'est pas. Le dosage de la glycémie a donné 0 gr. 83 pour 1000, chiffre faible puisque l'on admet que chez l'adulte il atteint normalement 1gr. pour 1000. Il y a plutôt hypoglycémie. Ces phénomènes de glycosurie et d'hyperglycémie s'observent chez les basedowiens sympathicotoniques. Notre patiente s'éloigne donc encore, par ce côté, de la sympathicotonie. Donc — toutes réserves faites, d'ailleurs, sur la valeur de ces mots —, si nous devions classer la malade dans le groupe sympathicotonique ou vagotonique, c'est dans ce dernier que nous la rangerions.

Je vous rappelle que cette jeune fille offre des phénomènes acro-asphyxiques aux mains, qui sont violacées et froides. Ces phénomènes appartiennent à l'hypothyroïdisme. C'est pour

les cas de ce genre, où s'associent des troubles d'hyperthyroïdie et d'hypothyroïdie, qu'on a créé le qualificatif de dysthyroïdie.

Il importe de distinguer la pathogénie du goitre endémique de celle du goitre vulgaire. Pour développer un goitre, il semble qu'il faille une suscitation, ou toxique, ou pathologique. La syphilis peut ainsi intervenir à l'origine d'une maladie de Basedow. De même, différentes infections sont susceptibles de provoquer des thyroïdites basedowiennes. J'ai soigné, en fin décembre 1919, une jeune fille de 19 ans, parisienne, atteinte de scarlatine normale. Vers le 10 janvier 1920, la convalescence étant achevée, survint une tuméfaction thyroïdienne (34 centimètres de tour de cou), une tachycardie à 130, du tremblement des doigts, cas net de basedowisme subaigu, au décours d'une scarlatine. D'autres maladies infectieuses peuvent agir de même. Tout cela chez l'adulte et quelquefois aussi chez l'enfant. J'en ai observé un exemple il y a quelque temps chez une fillette de 2 ans 1/2, qui avait été prise tout à coup d'exophtalmie, de nervosisme, d'irascibilité, de signes de basedowisme. L'hydrothérapie froide, l'hémato-éthyroïdine l'ont améliorée. Les cas aussi précoces sont rares, toutefois.

Une dernière question : quel traitement allons nous conseiller à notre malade ? On peut la traiter de deux façons : comme goitreuse et comme basedowienne. La distinction est importante, Dans le goitre, récent surtout, on peut voir une rétrocession succéder au traitement thyroïdien. Ici, il ne faut recourir, à aucun prix, au traitement thyroïdien, puisqu'il y a hyperthyroïdisme. La malade a déjà été améliorée par l'iodure. On peut en donner, mais avec prudence, pour ne pas surexciter l'activité de la glande thyroïdienne.

Comme basedowienne, le traitement a trois directions possibles. La cure purement médicale d'abord, qui a fait ses preuves. Elle comprend le repos — il est fondamental — l'hydrothérapie froide, souvent biquotidienne, et deux médications opothérapiques associées : du sang de cheval éthyroïdé (hémato-éthyroïdine) à la dose de 2 à 3 cuillerées à café par jour, et l'extrait hypophysaire, pris dans l'intervalle.

Restent deux grandes méthodes, plus radicales, la radiothérapie et le traitement chirurgical. Je considère qu'à l'heure actuelle le traitement chirurgical doit être plus que jamais d'un emploi exceptionnel. Il est délicat et dangereux. Il peut provoquer le myxœdème si tout le corps thyroïde est enlevé, et des accidents de tétanie si on a enlevé les parathyroïdes. On le réservera à certains cas bien déterminés.

La radiothérapie est le traitement d'avenir. Faut-il l'employer chez notre malade. M. Béclère nous répond qu'on peut s'en dispenser, jusqu'à présent du moins. Dans les formes légères, il y a avantage à se contenter du traitement médical. La radiothérapie, en effet, offre, à un degré moindre il est vrai, les inconvénients de la cure chirurgicale, si elle est poussée trop loin. Donc, il convient d'attendre les résultats du traitement médical, dans un cas de ce genre, et de ne recourir à la radiothérapie que s'il le devient nécessaire ultérieurement.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

L'ACTUALITÉ THÉRAPEUTIQUE

Les Injections de Colloïdes.

(Technique et Indications)

Par le Dr M. Ségard (de Saint-Honoré).

Eclipsés un instant par les vaccins et les sérums spécifiques, les colloïdes semblent avoir trouvé un regain d'actualité à la suite des recherches faites au cours de la guerre et de la pandémie grippale. L'expérimentation s'est poursuivie sur un champ très vaste, avec des résultats qui, d'ailleurs, ne sont pas toujours concordants. De nouveaux colloïdes ont été créés ; des préparations de colloïdes anciens ont vu le jour, plus maniables que leurs aînées ; la voie endoveineuse a été largement utilisée ; et toutes ces conditions ont élargi le champ de la colloïdothérapie.

Que l'on prépare le colloïde en partant d'une solution condensée par voie chimique, que l'on dissolve un solide par voie électrique, dans les deux cas on aboutit aux grains ultra-microscopiques. C'est cette surface énorme de division qui est bien la caractéristique du colloïde ; un cmc. d'or colloïdal = 600 mètres carrés. En général, plus les grains sont petits, plus actif se montre le colloïde.

Schématiquement, le colloïde agit doublement :

a) par le métal ou le métalloïde (soufre) qui garde ses vertus spécifiques ($Hg = \Sigma$) ;

b) par une action physique, diaphylactique, dite de choc.

En clinique, les colloïdes s'injectent dans deux circonstances différentes. Tantôt on a affaire à un fébricitant, et on recherche l'action du choc. Tantôt il s'agit d'un cas chronique pour lequel on fait surtout appel aux vertus spécifiques du métal (ou métalloïde) colloïdifié.

A) *LES INJECTIONS DE COLLOIDES DANS LES CAS AIGUS.*

a) Ici, on s'adresse surtout aux propriétés physiques provoquant un choc humoral qui peut se comparer véritablement au choc d'une troupe d'assaut ;

b) L'injection se fait *intraveineuse* ; car il

importe de déclancher une action rapide, sinon brutale.

Quels colloïdes choisir dans ces cas ? En général, la spécificité chimique est d'une importance relative, puisque l'on veut avant tout provoquer une réaction de défense, une crise hématique et leucocytaire, d'ailleurs très complexe et qui nous échappe encore par quelques côtés. Nous pouvons donc prendre n'importe quel colloïde. Toutefois, l'expérience, de ces, dernières années a montré que, même dans ces cas, l'or semblait plus spécialement indiqué quand il s'agit de typhoïde ou de grippe ; l'iode pour les pneumococcies ; le soufre dans les rhumatismes. L'argent est inefficace dans les infections typhiques et paratyphiques.

Mais — et ceci est un fait capital — la violence du choc qui suit l'injection (frissons, 41°, hypotension artérielle, suivis d'une crise sudorale) nous commande de nous assurer que l'organisme est en état d'en faire les frais. C'est dire que l'intraveineuse ne devra être prescrite dans les cas aigus qu'aux strictes conditions que voici :

c) Le malade ne doit pas être en hyposystolie ; son myocarde doit être résistant ; car le danger ici, c'est le collapsus cardiaque ;

d) Le sujet n'est pas un insuffisant rénal ;

e) De plus, pour parer à tout incident, il faut, 1/4 d'heure avant l'intraveineuse colloïdale, injecter sous la peau XV gouttes d'une solution d'adrénaline à 1/1000e (*L'Hôpital*, mars 1920. A : La Colloïdothérapie) ;

f) L'intraveineuse sera pratiquée avec une très fine aiguille, et le liquide poussé avec la lenteur maxima de façon qu'en cas de choc grave, on puisse interrompre instantanément et intervenir avec des piqûres d'huile camphrée, de spartéine ;

g) La dose de l'intraveineuse doit être minime : environ le sixième de la dose pour injection sous-cutanée, c'est-à-dire 1/2 cmc. pour l'or collobiasique, 3 cmc. d'argent ou de rhodium colloïdal. Je me suis bien trouvé, dans quelques cas, pour éviter la brutalité d'un choc qui ne laisse pas que d'être impressionnant, de faire, 1/2 heure avant l'intraveineuse colloïdale, une sous-cutanée colloïdale ; c'est l'injection « préparante » qui diminue le choc, ainsi que j'ai pu le constater chez de grands blessés de guerre infectés ;

h) Cette intraveineuse ne doit pas être renouvelée avant 3 ou 4 jours. On n'est autorisé à la recommencer que si la première a donné une amélioration notable et surtout, aucun accidant inquiétant d'hypotension (Laumonier).

Remarquons que la crise humorale par les intraveineuses colloïdales — voie thérapeutique nouvelle — peut être obtenue par l'injection d'une substance étrangère quelconque : 10 cmc. d'une solution de peptone à 10 %, émulsion de grains de képhir, sang total citraté de convalescent, corps microbiens et sérums animaux ; ces derniers toutefois, sont considérés comme dangereux par Morichau-Beauchant qui a donné de la méthode une étude très documentée.

En résumé, l'intraveineuse colloïdale peut s'appliquer à tous les états fébriles aigus, *prolongés, non adynamiques* ; avant tout, à la typhoïde, à la grippe, aux bronchopneumonies et pneumonies, aux rhumatismes aigus et subaigus, à l'infection puerpérale, aux angines infectantes, aux abcès du sein et à toutes les plaies compliquées de septicémie. Dès qu'il y a un doute sur la résistance du myocarde, on doit donner la préférence à l'injection intramusculaire : or, rhodium, dans les typhoïdes prolongées, iode dans les gonococcies et pneumococcies, étain dans les staphylococcies. Dans les méningites aiguës, une ponction lombaire retire de 3 à 10 cmc. de liquide céphalo-rachidien que l'on remplace par une injection intrarachidienne de métal colloïdal. Rocaz vient de publier, dans la *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux* (9 mai 1920), l'observation d'une méningite à staphylocoques guérie par des injections intrarachidiennes d'étain colloïdal.

B) *LES INJECTIONS DE COLLOIDES DANS LES INFECTIONS CHRONIQUES.*

a) Elles se font sous la peau ou dans les muscles.

b) On fait appel surtout aux propriétés chimiques, spécifiques du métal ou du métalloïde. Cependant, la réaction diaphylactique se produit aussi comme après l'injection intraveineuse, mais infiniment plus atténuée et plus tardive.

La liste des différents corps colloïdifiés est très longue. Il en est de même de leurs indications, et la liste de celles-ci est loin d'être close.

L'argent est le premier né de la famille ; mais parmi les derniers venus, l'or collobiasique et l'iode tendent à prendre les premières places D'autres ont été créés qui se classent ainsi :

1° *Les C. Opsonisants* (bactéricides et antitoxiniques) : étain, or, soufre, sont indiqués dans les infections en général, et en particulier, dans l'infection rhumatismale. L'argent est injecté à 10, 15 cmc. sous la peau ou dans les muscles, jusqu'à ce que l'on obtienne un résultat ; on prolonge le traitement pour maintenir ce résultat.

2° *Les C. Oxygénants* : arsenic, fer, manganèse, vanadium, dans l'anémie, la chlorose, la scrofule. Personnellement je n'ai pu jusqu'ici vérifier les résultats « martiaux » des fers colloïdaux.

3° *Les C. Antinéoplasiques* : cuivre, nickel, palladium, platine, sélénium. Le cuivre colloïdal s'injecte sous la peau, à la dose de 5 cmc., tous les 5 jours ; il semble agir à la fois contre l'élément infectieux et l'élément cancéreux de certaines néoplasies cutanées ; on a même rapporté

AVIS

Agenda Memento du Praticien (Edition 1921)

Nous prions nos lecteurs qui désirent recevoir l'édition 1921 de **l'Agenda Memento du Praticien**, de vouloir bien nous envoyer leur souscription sans retard, autant que possible, au moyen du bulletin qu'ils trouveront page 1387 (nº 22 du 30 mai).

La souscription *sera irrévocablement* arrêtée le 1er août prochain.

Son envoi aura lieu dans le courant de décembre prochain.

des guérisons (?) de néoplasmes viscéraux. Au contraire, le sélénium s'injecte à doses progressives et dans les veines ; il calme les douleurs et paraît prévenir les récidives postopératoires.

4° *Les C. Spécifiques ou Paraspécifiques.*

a) L'étain collobiasique est indiqué dans les staphylococcies. Il s'injecte uniquement dans le muscle et réussit assez souvent — mais non toujours — dans les anthrax et furoncles.

b) La collobiase de quinine s'injecte dans les veines uniquement, chez les paludéens aigus, une à trois heures avant l'accès, chez les chroniques à n'importe quel moment. L'adrénaline neutralise une partie des effets du choc hypotenseur, choc utile d'ailleurs puisqu'il déclanche la réaction de défense que l'on recherche. On emploie aussi les complexes quinine-As, quinine-Au, quinine-Fe, uniquement par voie endoveineuse, en commençant par 1 /2 cmc. (1/4 d'ampoule) et en augmentant jusqu'à l'ampoule (2 cmc.). L'arsenic-fer a été recommandé contre la bilieuse hémoglobinurique, tout à fait au début de l'accès.

c) Le soufre est prescrit dans le rhumatisme chronique en injections hypodermiques : 1 cmc. tous les jours, puis 2 cmc., chaque jour. Endoveineux : 1 /2 cmc. tous les jours, puis tous les 2 jours ; augmentez jusqu'à 1 cmc., 1 cmc.1 /2, 2 cmc.

d) Le mercure ou le Hg-S colloïdal (le soufre augmentant la tolérance de Hg) : tous les jours ou 2 jours, injectez dans le muscle, à doses progressives : 1/2, puis 1, 1 1/2, et 2 cmc. à la Xe injection. Ou dans les veines, tous les 2 jours : 1/4 cmc. (soit 1 /8 d'ampoule) en augmentant chaque fois d'1 /4 jusqu'à 2 cmc. Les résultats sont intéressants surtout dans le rhumatisme Σ.

d) La collobiase de térébenthine, intramusculaire, diminue manifestement l'expectoration dans les bronchites chroniques. Je l'ai employée dans la bronchite tuberculeuse apyrétique : 1/4 d'ampoule intrafessière tous les 4 jours, en augmentant d'1 /4 de cmc. chaque fois jusqu'à 1 cmc. 5. La douleur locale est calmée par une brique ou une compresse chaude. Une légère exacerbation de la température suit l'injection. Les crachats (nombre et poids) diminuent nettement à partir de la Ve piqûre.

Le chaulmoogra colloïdal s'est affirmé contre la lèpre. Le complexe Cu-Ag-Au, contre les gonococcies, localement en instillations ou en lavages uréthraux, et en pansements utérins contre la métrite. Le camphre collobiasique (intramusculaire, intraveineux) a les mêmes indications et les mêmes effets que l'huile camphrée, en tant que tonicardiaque d'urgence.

On voit le chemin parcouru depuis l'argent colloïdal, le premier en date. Nombreux sont les métaux et métalloïdes colloïdisés dans ces dernières années, et, multiples, leurs applications. Perfectionnés aussi les procédés de fabrication : ne fallait-il pas autrefois préparer deux ampoules, l'une contenant la solution colloïdale, l'autre l'isotonisant, que l'on mélangeait au moment de l'emploi ? Aujourd'hui, les nouvelles préparations d'ultraor, ultrargent, etc. ont de beaucoup simplifié la technique : on aspire ou on vide directement dans la seringue le contenu de l'ampoule unique.

Les accidents sont à peu près nuls : à peine de douleur après certaines injections sous-cutanées ; quelques rares nodosités après les intrafessières. La forte réaction qui suit l'intraveineuse nous est connue. Si je mentionne que l'enfant et le nourrisson même peuvent recevoir des injections *sous-cutanées* de colloïdes (à dose pour âge), si j'ajoute que ni la menstruation, ni la grossesse ne contre-indiquent l'injection *hypodermique*, on voit que le champ d'action de la colloïdothérapie est presque illimité.

A TRAVERS LA PRESSE

Les kératites scrofuleuses à forme vasculaire.

La vascularisation de la cornée qui, normalement, est dépourvue de vaisseaux, est une réaction de défense destinée à assurer la réparation des lésions. Mais le vaisseau néo-formé n'en reste pas moins l'ennemi de la membrane, puisqu'il contribue à produire une cicatrice qui en altère la transparence.

Cette vascularisation s'observe notamment dans les cas de kératite phlycténulaire et de kératite scrofuleuse à forme vasculaire.

M. Bonnefon propose de supprimer la kératite en supprimant du même coup la vascularisation par la méthode du chauffage (*Journ. de Méd. de Bordeaux.*, 10 avril 1920).

Cette méthode consiste essentiellement à approcher de la lésion, pendant un temps très court, une anse de platine portée au rouge sombre, sans que celle-ci entre en contact avec la cornée, la région ayant été préalablement anesthésiée avec quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 2 %.

A défaut de galvano-cautère, le praticien peut se servir d'un fil de platine monté sur une baguette de verre, que l'on porte au rouge blanc à la flamme d'une lampe à alcool toute proche, et qu'on rapproche de la région cornéenne où on la maintient une ou deux secondes, en renouvelant l'opération une dizaine de fois.

La séance ne doit pas durer plus d'une minute : on observe d'abord la dessiccation, puis un gaufrage du revêtement épithélial de la cornée, dont les éléments superficiels sont détruits.

On applique ensuite la pommade suivante :

Sulfate neutre d'atropine.....	5 cgr.
Vioforme..................	0 gr. 25
Vaseline..................	10 gr.

Pansement occlusif léger. Traitement de l'état général.

« Ainsi peut être obtenue très rapidement, en quelques jours, parfois même en quelques heures, la guérison complète d'inflammations souvent très rebelles ».

A propos des chancres simples et de leur diagnostic bactériologique précoce.

M. Payenneville attire l'attention des praticiens sur la nécessité qui s'impose à eux de faire aussi précocement que possible le diagnostic bactériologique des chancres qu'ils observent (*Bull. Méd.*, 10 avril 1920).

Le chancre mou est en effet assez souvent associé au chancre syphilitique, le bacille de Ducrey étant associé au tréponème.

L'auteur conclut, de ses recherches, 1° que le chancre mixte ne doit pas être considéré comme une rareté, mais qu'on devra toujours y penser quand on se trouve en présence d'un chancre vénérien ; 2° qu'il ne faut jamais se contenter d'un simple diagnostic clinique, quels que soient les caractères de l'ulcération ; on ne doit, à l'heure actuelle, écarter le diagnostic de syphilis qu'après avoir eu recours à toutes les recherches de laboratoire.

Il est partisan de la méthode de Tribondeau, que le *Concours Médical* a fait connaître en 1919, p. 678, et considère la réaction de Bordet-Wassermann comme un appoint précieux pour le diagnostic.

Un traitement de l'adénite chancrelleuse suppurée.

Ce traitement est le résultat de la longue et heureuse expérience de M. Faucheraud (*Arch. de Méd. Nav.*, avril 1920). Il convient non seulement au bubon, mais encore à toutes les adénites.

Il réclame comme instrumentation un bistouri à lame très étroite, bien tranchant, une sonde cannelée et une seringue uréthrale en verre à bout pointu. Comme accessoires, de la glycérine iodoformée à 10 %, des tampons, de la gaze stérilisée, du coton hydrophile, du coton cardé, etc.

On attendra que le pus soit bien collecté, la fluctuation très nette. La peau amincie, en pelure d'oignon, n'est pas une contre-indication.

Ponctionner avec la pointe du bistouri enfoncée perpendiculairement, dans le sens du grain de la peau, à un demi-centimètre environ. Introduire ensuite la sonde cannelée à laquelle on fera faire un tour à droite et à gauche pour détruire les brides s'il y en a, mais en prenant garde de ne pas effrondrer la paroi de la coque de l'abcès. Exprimer le pus complètement, jusqu'à ce qu'il sorte du sang rouge et pur : c'est le temps douloureux de l'intervention.

Tout le pus étant évacué, on introduit dans l'incision le bec de la seringue chargée de glycérine iodoformée bien mélangée et bien homogénéisée, de façon à obturer complètement cette incision, et on injecte le contenu de la seringue très lentement, avec des pauses, jusqu'à *ce que la poche soit tendue*. Ceci fait, on ne retire pas la seringue, mais on la maintient dans sa position obturatrice de l'incision pendant quelques minutes. Puis, on la soulève lentement de manière à laisser baver le long de son bec la glycérine. Celle-ci doit s'écouler sans entraîner d'iodoforme. Pour retirer complètement la seringue, il faut que le trop plein de la glycérine sorte pour ainsi dire pur et qu'il se tarisse spontanément.

Le pansement comporte une application de gaze sur cinq ou six doubles, de coton hydrophile, puis de coton élastique, le tout maintenu au moyen d'un spica double bien assujetti.

L'opéré garde le lit et s'alimente. Au bout de huit jours, on change le pansement. Généralement, la cicatrisation est parfaite. Si, par hasard, la plaie n'était pas fermée, on procéderait à une nouvelle expression du contenu de la poche, et à une injection iodoformée, suivie de pansement comme ci-dessus.

S'il advenait qu'on observe le malade après l'ouverture spontanée de l'abcès, la même conduite serait indiquée. La cicatrice est, en ce cas, plus étendue.

Les résultats sont des plus satisfaisants.

Liniment camphré térébenthiné.

Pour remplacer l'alcool camphré, d'un prix de revient si élevé aujourd'hui, dans le liniment térébenthiné, M. L. Bloch, propose la formule suivante (*Tunis Médical*, avril 1920) :

Savon noir en pâte	75 gr.
Camphre	50 gr.
Essence de térébenthine......	150 gr.
Eau........... q. s.	pour 1000 cmc.

Faire dissoudre dans un grand mortier le savon noir dans une petite quantité d'eau tiède pour avoir une pâte liquide. Y incorporer, en émulsionnant, l'essence de térébenthine dans laquelle le camphre aura été dissous. Ajouter l'eau peu à peu en battant pour obtenir le volume indiqué.

On obtient ainsi une émulsion blanche laiteuse, très efficace, dont le prix n'atteint pas la moitié de celui de l'alcool camphré.

Le procédé du papier à cigarette.

Comment s'assurer, à la fin d'une blennorrhagie, que l'écoulement est complètement tari? M. TUSSEAU propose le procédé suivant (*Nouveau Journal des Méd.*, 20 avril 1920) :

Chaque matin, recueillir sur des feuilles de papier à cigarette la goutte suspecte, l'y laisser sécher et numéroter le papier. A la consultation qui suit, le praticien a, sous les yeux, l'observation suggestive des taches à observer sur 5 ou 6 papiers successifs, qui peuvent être examinés par transparence et par l'éclairage direct.

Il est possible, au besoin, de délayer les taches dans un peu d'eau stérilisée et d'en faire un examen microscopique pour effectuer la recherche du gonocoque, jusqu'à sa complète disparition.

L'épreuve du repas fictif.

Cette épreuve a été introduite dans la gastropathologie par le professeur Carnot, et vient de faire l'objet d'un intéressant travail d'un de ses élèves, M. DUPUY (*Paris Méd.*, 3 avril 1920).

Elle consiste essentiellement à déterminer une sécrétion réflexe de suc gastrique, appelée encore sécrétion psychique, sous l'influence d'excitations visuelles, olfactives et gustatives. Son avantage est de permettre l'examen d'un suc gastrique pur, auquel ne sont mélangées aucunes parcelles d'aliments.

A l'épreuve du repas fictif doit s'ajouter, pour rendre complète l'étude d'un chimisme gastrique déterminé, l'épreuve de la sécrétion chimique, celle que provoquent les excitations de la muqueuse par les aliments.

La première se réalise de la façon suivante : le sujet étant à jeun, l'estomac vide, ou préalablement vidé, s'il était le siège d'une stase, on présente au malade un repas complet composé d'un morceau de viande grillée, d'une tartine de pain beurré et d'un verre d'eau. Il doit agir comme s'il voulait manger jusqu'à la déglutition exclusivement. Il coupe les aliments et les mâche lentement, mais sans rien avaler, rejetant au fur et à mesure dans une cuvette le résultat de ses mastications successives. Cette opération dure dix minutes, après lesquelles le sujet se repose et évite tous les mouvements de déglutition, crachant sa salive sans l'avaler pendant dix autres minutes. Au bout de ce temps, on retire de l'estomac de 30 à 90 cmc. de suc gastrique clair comme l'eau, fluide, limpide, très légèrement opalescent, d'odeur fade, un peu aigrelette, quand il est normal et non mélangé à d'autres produits tels que sang, bile, etc. facilement reconnaissables.

« La quantité du suc d'appétit sécrété au cours du repas fictif varie de 60 à 90 cmc. ; sa teneur en HCl libre oscille normalement entre 1,64 et 1,80 ; l'acidité varie également de 1,80 à 1,96 .»

Partant de la composition et de la puissance digestive du suc gastrique d'appétit normal, on a pu déterminer les modifications qu'il subit, en cas de lésions de l'organe. L'auteur envisage à ce point de vue le cancer, l'ulcère de l'estomac, l'ulcère du duodénum, la dyspepsie post-lithiasique, la dyspepsie nerveuse, et aussi quelques affections générales dans leur retentissement stomacal, le tabès, l'alcoolisme, la tuberculose.

Et de conclure :« Nous pouvons affirmer « que l'étude chimique du suc d'appétit, au cour « des gastropathies, nous a donné des rensei« gnements probants, non seulement dans tous « les cas où le repas d'épreuve classique pour« rait donner, lui aussi, des renseignements « utiles, mais aussi, dans tous les cas où le reflexe « psychique est en jeu, son altération étant « mise en lumière par cette méthode. De par « l'importance des renseignements cliniques « qu'elle peut donner, par les faits nouveaux « qu'elle nous apporte, cette méthode, simple « et rapide, s'impose dans la pratique courante « des examens du chimisme gastrique. »

G. D.

Presse anglaise.

Les inhalations d'oxygène dans les affections pulmonaires.

Dans les cas de pneumonie avec cyanose, Stadie a montré qu'il existait un déficit considérable d'oxygène dans le sang artériel, le déficit d'oxygénation étant d'autant plus grand que la cyanose est plus accusée. Partant de là, M. C. MEAKINS (*British med. Journ.*, 6 mars 1920) a essayé, en thérapeutique, l'emploi des inhalations d'oxygène chez les malades atteints de pneumonie lobaire avec cyanose, et aussi dans d'autres affections pulmonaires accompagnées de cyanose. Il a observé, à la suite de cette médication, une diminution de l'anoxémie et une amélioration sensible de la cyanose.

Un signe de pancréatite aiguë.

Un signe, jusqu'à ce jour non encore décrit, de pancréatite aiguë, est signalé par M. GREY TURNER (*British Journ. of Surg.*, 1920). Ce signe consiste en une décoloration, teinte gris sale ou bleuté, de la peau de l'abdomen, que l'auteur a notée dans deux cas, une fois au niveau de l'ombilic, une autre fois à la région des flancs. M. Turner pense que ce phénomène tient à l'action même du suc pancréatique qui se répand au-dessous du péritoine et s'échappe vers la surface par la voie la plus directe.

Traitement de la pneumonie grippale par le sérum de convalescent.

REDDEN (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 11 déc. 1919) a traité plus de 250 cas de pneumonie grippale par le sérum de convalescent. Il l'emploie en injections à la dose moyenne d'environ 100 cmc. Les résultats, tant à l'hôpital qu'en ville, ont paru à l'auteur très satisfaisants, la maladie étant écourtée et la mortalité notablement réduite.

Diagnostic du chancre syphilitique par la culture.

Dans les cas de syphilis primaire déjà traitée et où le spirochète ne peut être retrouvé sur le chancre pour ce motif, BLAESLACK et KEANE (*Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 7 fév. 1920) recommandent de faire une culture de petits fragments du chancre dans du sérum de cheval. On prend du sérum de cheval normal, on le dilue dans de l'eau distillée stérilisée pour une proportion de 1 à 3. On verse ce liquide dans un tube fermé par un bouchon de caoutchouc également stérilisé. Le tube est chauffé 3 fois, à un jour de distance chaque fois, pendant une heure, à 60°, puis à 70°. On enlève, au rasoir, des bords du chancre, des fragments très menus de celui-ci et on les plonge dans le tube. Après un chauffage à 37° pendant 4 à 5 jours, on prélève à la pipette quelques gouttes du bouillon de culture et on en pratique l'examen. Généralement des spirochètes en nombre suffisant sont trouvés pour fixer le diagnostic.

Traitement de la blennorrhagie chez la femme.

M. STAFFORD FOSS (*British med. Journ.*, 27 mars 1920) recommande le traitement suivant dans la métrite blennorrhagique, aiguë ou chronique, du col.

Le col mis à nu dans le spéculum est nettoyé avec une solution de bicarbonate de soude, de façon à enlever les sécrétions qui s'en échappent et qui le recouvrent. On prend un tampon de gaze et on l'imbibe à moitié d'une préparation de bleu de méthylène et glycérine ainsi formulée :

Bleu de méthylène	1 gr.
Glycérine	25 cmc.
Eau	q. s. pour 100 cc.

La partie imprégnée de cette solution est fixée et tassée sur le col, le reste de la gaze demeurant libre dans le vagin. Le tampon est enlevé au bout de 24 heures et renouvelé pendant 5 jours. On le remplace, les deux jours suivants, par de la gaze simple, et l'on recommence le cycle du traitement tant que l'écoulement n'est pas tari.

Cette méthode a procuré à son auteur une guérison rapide des écoulements blennorhagiques du col.

Abcès du poumon, chez les enfants.

MM. WESSLER et SCHWAZ (*Amer. Journ. dis. of children*, fév. 1920) ont observé, chez des enfants de 2 mois à 8 ans, 15 cas d'abcès des poumons. Ces abcès ont été consécutifs à des corps étrangers des bronches (3 cas) à l'amygdalotomie, à des infections pulmonaires diverses.

Les vomissements hystériques.

HURST (in *New-York med. Journ.*, janv. 1920) divise les vomissements en 4 groupes : locaux, réflexes, toxiques et centraux. Le premier groupe comprend les vomissements survenant au cours d'une affection gastrique ou d'une irritation locale de l'estomac. Pendant la guerre, on a vu des vomissements survenir par ce mécanisme, chez les soldats intoxiqués par les gaz, du fait de la déglutition d'une salive imprégnée de ces gaz. Ces vomissements surviennent aussi à la suite d'intoxications alimentaires. Si les vomissements persistent, une fois les phénomènes d'irritation gastrique passés, c'est que l'hystérie intervient. Les vomissements réflexes ont pour point de départ un organe autre que l'estomac, un organe abdominal, l'appendice, etc. Le mal de mer rentre dans cette catégorie de nausées réflexes. L'hystérie peut jouer un rôle, en pareil cas, pour le mal de mer en particulier. Les vomissements toxiques, survenant dans les maladies aiguës et la grossesse sont souvent influencés par l'état hystérique. L'auteur considère, en définitive, les vomissements hystériques comme beaucoup plus communs qu'on ne le pense en général — notion dont il ne faudrait pas abuser sous peine de laisser échapper des causes plus importantes.

Chancre syphilitique gingival.

M. GOODMAN (*New-York med. Journ.*, janv. 1920) rapporte un cas de chancre syphilitique de la gencive. Il concerne un malade qui se fit pratiquer une extraction dentaire par un dentiste de Porto-Rico. Deux semaines environ après, apparut sur la gencive, au point de l'extraction, une ulcération à caractère spécifique. Le Wassermann recherché deux mois plus tard se montra positif. Pas d'accidents génitaux.

Traitement de l'asthme par la peptone.

Le traitement peptonique de l'asthme est un dérivé de la théorie qui fait dépendre l'asthme d'une anaphylaxie digestive vis-à-vis des albuminoïdes. M. AULD s'adresse à la voie intraveineuse d'introduction du médicament et il signale (*British med. Journ.*, 24 avril 1920) plusieurs cas d'asthmes anciens guéris rapidement en 8 ou 10 injections.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paris.

Non absorption de l'anti-toxine diphtérique par la muqueuse rectale.

(M. Paul DURAND. — *Société de Biologie de Lyon.*)

L'administration par voie rectale de divers sérums thérapeutiques a été préconisée à plusieurs reprises, mais les auteurs ne sont pas d'accord sur la réalité de l'absorption des sérums par cette voie. L'absorption, admise par Léon Petit et Minet, par Vallée, est considérée comme rare par Léon Bernard, Debré et Porak.

M. Paul Durand a fait des recherches nouvelles sur cette question avec le sérum anti-diphtérique. Pour juger de l'absorption ou de la non-absorption de l'anti-toxine, il s'est adressé, à l'épreuve de Schick. Cette épreuve consiste, on le sait, dans l'injection intradermique d'une faible dose de toxine diphtérique. Chez l'individu jouissant d'une immunité naturelle ou artificielle, il ne se produit aucune réaction, tandis que chez le sujet non immunisé, il se développe en 48 heures une rougeur locale plus ou moins vive, persistant 2 ou 3 jours.

L'auteur a pratiqué l'épreuve de Schick chez deux groupes de sujets, les premiers ayant reçu au préalable, une injection sous-cutanée de 10 c. c. de sérum anti-diphterique, les séconds ayant reçu 20 à 30 cc. de sérum par voie rectale. Chez les premiers, la réaction de Schick fut constamment négative et chez les seconds constamment positive, indiquant l'absence d'immunisation et par conséquent d'absorption du sérum.

M. Durand conclut de son travail que le sérum anti-diphtérique n'est pas absorbé (ou l'est insuffisamment) par voie rectale, d'où l'intérêt de rejeter ce mode d'administration du sérum.

La régénération des nerfs après injections intra-nerveuses de liquides fixateurs.

(M. BARTHÉLEMY, de Nancy. — *Société de Biologie.*)

On emploie dans le traitement des névralgies rebelles, les injections intra-nerveuses de liquides fixateurs divers : alcool, acide osmique, etc. Ces injections produisent une sorte de section physiologique du nerf, si l'on en juge par l'anesthésie objective qui suit l'intervention et par la sédation des crises. Mais, le plus souvent, cette sédation n'est que temporaire et le retour des douleurs est annoncé par la réapparition de la sensibilité. La durée moyenne d'action d'une injection bien faite varie entre 8 et 12 mois, période qui correspond au temps nécessaire, d'après les histologistes, à la régénération nerveuse.

M. Barthélemy a fait une étude expérimentale de cette méthode. Il a injecté dans le nerf sciatique, mis à nu, de chiens, des solutions d'acide osmique à 2 p. 100 ou de l'alcool à 80°, et il a vu le nerf dégénérer d'abord, puis se régénérer, comme après une section et une suture nerveuse. La différence essentielle est qu'après l'injection, la régénération se fait d'une manière plus ordonnée, sans névrome, tandis que le névrome est constant après la névrotomie. L'injection intra-nerveuse serait donc, en thérapeutique, une pratique meilleure que la névrotomie.

De la toxicité des ptomaînes.

(M. Lucien DREYFUS. — *Société de Biologie.*)

L'innocuité des toxines microbiennes introduites dans l'estomac, dans l'intestin grêle, ou dans le rectum, paraît actuellement bien établie. On sait aussi que l'on a pu administrer sans inconvénient de la viande putréfiée à des animaux et que certains carnivores s'en nourrissent spontanément. En est-il de même pour les alcaloïdes isolés (ptomaînes) qui prennent naissance sur le cadavre au bout d'un certain nombre de jours ? M. Dreyfus a expérimenté, chez le lapin, la choline, la putrescine et la cadavérine. Il a constaté que, pour cet animal, les substances en question sont très toxiques, quelle que soit la voie d'absorption à laquelle on s'adresse.

La tension intra-pleurale à l'état normal et pathologique.

(M. P. AMEUILLE. — *Société de Biologie.*)

La tension intra-pleurale, mesurée au manomètre, est inférieure de 8 à 12 cm. à la pression atmosphérique extérieure. Cette dépression intra-pleurale relève de plusieurs facteurs, et en particulier, comme l'a montré Paul Bert, de l'élasticité pulmonaire.

M. Ameuille a fait quelques recherches sur l'état de la tension intra-pleurale dans les cas pathologiques. L'emphysème ne paraît pas la modifier. Il semble que seules, une symphyse pleurale assez complète ou une infiltration pulmonaire totale, soient capables de diminuer sensiblement la dépression intra-pleurale.

La méthode Camus-Nepper et la sélection d'aviateurs.

(M. VINCENT. — *Société de Biologie.*)

En 1915, M. Jean Camus a proposé de soumettre, systématiquement, tous les candidats aviateurs à un examen de leur état psycho-sensoriel et émotif. En collaboration avec M. Nepper, il créa la méthode dite Camus-Nepper.

M. Vincent a eu recours à ce procédé d'investigations chez plus de 2.000 hommes. Les résultats qu'il en a obtenus ont été très satisfaisants.

Sur l'action des toxines microbiennes entre elles

(MM. DAUMAS et MILHE. — *Société de Biologie.*)

MM. Daumas et Milhe ont repris les expériences de Mahokian sur les actions réciproques des toxines mi-

crobiennes, en prenant comme types les toxines diphtérique et tétanique. Ils concluent de leurs essais, que :

1° La toxine tétanique atténue l'action de la toxine diphtérique ;

2° La toxine diphtérique exalte l'action de la toxine tétanique ;

3° La toxine tétanique ne paraît pas avoir d'action sur le complexe toxine + anti-toxine diphtériques.

Sur la pathogénie de l'angine de poitrine.

(M. Paulesco. — *Société de Biologie de Bucarest.*)

L'angine de poitrine, dit M. Paulesco, est due à l'anémie du plexus cardiaque. Ce syndrome peut reconnaître plusieurs causes : 1° des agents mécaniques, tels que le rétrécissement athéromateux des artères ; 2° des agents chimiques, tels que la nicotine ; 3° des agents microbiens, tels que ceux de la paludose, de la syphilose, qui engendrent des aortites.

Cette façon de concevoir l'angor pectoris fait comprendre : 1° l'action merveilleuse du nitrite d'amyle, médicament vaso-dilatateur ; 2° l'action peu satisfaisante de la morphine, qui n'agit pas comme vasodilatateur ; 3° les succès obtenus par M. Jonnesco en extirpant le sympathique cervico-dorsal du côté gauche.

La réaction de Thevenon-Roland pour la recherche du sang en médecine légale.

(MM. H. Verger et P. Lande. — *Société de Biologie.*)

Thévenon et Roland ont, en 1918, préconisé un nouveau procédé de recherche chimique du sang dans l'urine, les matières fécales et les liquides pathologiques. Ce procédé est basé sur la réaction, caractérisée par une coloration violette, que donne le pyramidon en présence des oxydants. Le mode opératoire consiste à ajouter au liquide à examiner un volume égal de solution alcoolique de pyramidon, 6 à 8 gouttes d'acide acétique au tiers, et 5 à 6 gouttes d'eau oxygénée. On voit apparaître, plus ou moins rapidement, suivant la quantité de sang contenue par le liquide, une coloration violette.

MM. Verger et Lande ont recherché quelle était la valeur de cette méthode et ils l'ont comparée en particulier au procédé de Meyer à la phtaléine du phénol. Ils concluent de leur travail que le réactif de Meyer est plus sensible et doit être employé de préférence.

Signes fonctionnels du cancer de l'œsophage.

(M. J. Guisez. — *Société de médecine de Paris.*)

Le signe capital, qui domine, dans le cancer de l'œsophage, est la dysphagie, dysphagie purement mécanique, la maladie étant essentiellement indolore. Le pain et la viande sont les deux aliments qui passent le plus mal au début. Cette dysphagie commence, en général, subitement, et évolue progressivement, insidieusement.

L'appétit est souvent conservé et l'amaigrissement est dû, pour une grande part, à la difficulté d'alimentation. Que l'on permette à ces malades de manger et on les voit reprendre du poids, si bien que l'on pourrait croire à une sténose simple et faire une erreur de diagnostic.

D'autres signes, à peine signalés par les classiques, ont une grande importance séméiologique, quand ils existent. Ce sont : des petites stries sanguinolentes dans l'expectoration, l'hématémèse unique, la fétidité de l'haleine, un aspect saburral de la base de la langue, des troubles vocaux par paralysie récurrentielle.

Le cancer de l'œsophage a peu de tendance à la généralisation. Son évolution est, en général, lente, particulièrement chez les sujets âgés, où elle peut durer 2 ans et demi et davantage.

P. L.

Province.

Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen.

L'évidement systématique du moignon cervical dans l'hystérectomie subtotale.

M. de Rouville. — Cet « addendum » à la subtotale présente tous les avantages de la totale et de la subtotale, sans présenter aucun des inconvénients de chacune d'elles, et constitue un moyen de conciliation tout à fait logique entre totalistes et subtotalistes. En effet, *que reproche-t-on à la subtotale* ? Aux cas de salpingo-ovarite, elle laisse en place un col infecté. Aux cas de fibro-myomes, la dégénérescence maligne du col n'est certainement pas négligeable ; M. de Rouville en a observé trois cas inédits ; il peut persister, en outre, dans le col, des noyaux fibromateux qui peuvent ne pas demeurer inoffensifs (cas de Schwartz, de Doléris, de Flaischler). Avec l'évidement, qui réduit le moignon cervical à une simple coque de quelques millimètres d'épaisseur et qui supprime : muqueuse, glandes et parenchyme, tous ces griefs adressés à juste titre à la subtotale disparaissent. *Que reproche-t-on à la totale* ? En somme un seul grief : l'ouverture du vagin, cause possible d'infection et source de difficultés d'hémostase réelle. Avec l'évidement, le vagin n'est pas ouvert et ces deux inconvénients de la totale s'évanouissent. Enfin, l'évidement conserve au vagin ses qualités morphologiques naturelles, et par la conservation des ligaments utéro-sacrés, la statique pelvi-vésicale est respectée.

Grossesse dans un utérus fibromateux.

MM. Paul Delmas et A. Roume. — Les auteurs présentent une pièce anatomique composée d'un utérus farci de nombreux noyaux fibromateux, dont le volume varie d'une noix à une orange. Dans la cavité

de cet utérus, s'était développée une grossesse qui, évoluant avec les signes d'une grossesse extra-utérine, a indiqué une intervention opératoire, pratiquée le 24 septembre par M. P. Delmas, après rachi-analgésie omni-radiculaire à la cocaïne.

Volumineux fibrome cervical antérieur à développement intraligamentaire et intramésocolique.

MM. G. de Rouville et J. Cohen. — Cas se rapportant à une femme de 40 ans ayant présenté comme symptômes principaux de légères ménorragies et des douleurs lombo-abdominales.

Intervention le 22 mai 1919 ; ouverture du ventre difficile par suite des adhérences du péritoine pariétal à la face antérieure de la tumeur. L'utérus étant lui-même fibromateux, on pratique, après énucléation de la tumeur d'entre les deux feuillets du ligament large gauche et du mésocôlon iliaque, l'hystérotomie sub-totale. Pendant les manœuvres d'isolement de la vessie, ouverture de cet organe facilitée par les adhérences intimes contractées avec la tumeur. Suture vésicale soignée ; suture du feuillet incisé du mésocôlon iliaque ; péritonisation avec l'intestin ; fermeture du ventre à 3 plans sans drainage ; sonde vésicale à demeure.

Suites opératoires parfaites.

Les auteurs insistent sur les nouveaux rapports contractés par la vessie dans les cas de fibromyomes cervicaux antérieurs, rapports qui favorisent la blessure de cet organe.

Tumeur maligne des ovaires.

MM. Roux et Vinon. — Les auteurs présentent une très belle pièce d'hystérectomie totale (service du Pr Forgue). Carcinome des 2 ovaires à évolution rapide — sans ascite — intervention simple ; microscopiquement, carcinome à évolution très maligne.

Deux kystes parovariens à long pédicule tordu. Participation à la torsion de l'ovaire et de la trompe.

MM. Sappoy et Tzelépoglou. — Les auteurs présentent un cas de double kyste parovarien gauche et dont le pédicule, très long, permet à la tumeur, malgré trois tours de spire, de remonter à droite jusque sous le foie. La paroi présente des plaques ecchymotiques nombreuses. Mais le liquide reste parfaitement clair. L'examen histologique montre l'hémorragie limitée entre deux fortes lames de tissu fibreux de la paroi. L'ovaire et la trompe ont participé à la torsion.

Etude histologique d'une galactocèle La paroi. Le contenu.

M. Grynfeltt. — Le cas étudié par l'auteur présente cette particularité, au point de vue clinique, que la lésion a été déterminée par une morsure de cheval. L'examen anatomique révèle aussi quelques particularités intéressantes. Contrairement à ce qui a été observé le plus souvent, l'auteur ne trouve aucune lésion permettant de ranger cette tumeur parmi les adéno-fibromes. La paroi qui enveloppe la collection liquide est une membrane fibreuse, de nouvelle formation. Il s'agit donc plutôt dans ce cas d'une lactorrhagie interstitielle circonscrite par une néoformation conjonctive. Comme dans tous les cas décrits, il y a des lésions inflammatoires importantes, sans qu'on puisse les considérer comme un abcès chronique de la mamelle ; le contenu n'est pas celui d'un abcès.

L'étude du contenu de cette galactocèle a permis d'établir : 1° que parmi les corps figurés, on rencontrait de très nombreux *corps granuleux* présentant les plus grandes analogies avec ceux du colostrum ; 2° que ces corps granuleux résultaient de la transformation de globules blancs dont le cytoplasme se chargeait de sphérules graisseuses ; 3° que ces sphérules étaient constituées par des graisses saturées (probablement un mélange de palmitine et de stéarine) ; 4° que la genèse de ces corps granuleux et leur évolution qui aboutit à leur désintégration dans le contenu de la poche précise le rôle des globules blancs dans la résorption de cette collection ; rien n'autorise à admettre qu'ils remplissent la fonction de balayeurs appelés à débarrasser mécaniquement la poche de son contenu. Ils agissent ici en éléments glandulaires, vraisemblablement en transformant les substances grasses et en facilitant la diffusion dans les produits accumulés dans la galactocèle ; 5° c'est là un processus qui tend à expliquer les guérisons spontanées de ces affections ; mais ce n'est pas le seul. La paroi de la poche prolifère à l'intérieur de la masse lactescente et tend ainsi à oblitérer la cavité.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

La coqueluche, maladie tuberculisante. La quinte et son traitement.

Lutter contre la tuberculose, ce n'est pas seulement en soigner les cas avérés et les empêcher, par de sages mesures, de devenir des foyers de contagion ; ce n'est pas seulement guérir les prétuberculeux, en les plaçant dans les meilleures conditions matérielles et morales, afin de consolider et d'affirmer leur résistance ; c'est encore la prévenir, tant en obtenant des Pouvoirs publics et de la collectivité que les lois de l'hygiène soient obéies en ce qui concerne le logement, le vêtement, l'alimentation, qu'en agissant énergiquement sur toutes les maladies qui sont connues pour rendre le terrain tuberculisable, et *a fortiori*, tuberculeux.

Or, la coqueluche est une de ces maladies, d'autant plus redoutable qu'elle sévit surtout

dans la première enfance. C'est en effet entre 2 et 3 ans qu'on l'observe avec la plus grande fréquence et la plus grande intensité.

« La tuberculose pulmonaire succède assez « souvent à la coqueluche... La Coqueluche « est une maladie appelant la tuberculose et « exerçant une influence néfaste sur sa marche » Ainsi s'exprime J. COMBY dans son Traité des Maladies de l'enfance (T, I, p. 303).

Maladie de longue durée, fatigante, déprimante au premier chef, ce n'est qu'en apparence que la coqueluche comporte un pronostic suffisamment bénin, dans la généralité des cas, pourqu'un assez grand nombre de ceux-ci évoluent en dehors de toute direction et de toute surveillance médicale.

Ne dit-on pas, dans le populaire notamment, et, il faut en convenir, avec d'assez bonnes raisons, qu'aucun traitement réellement efficace ne peut lui être opposé, et qu'il faut qu'elle suive tout son cours, sans qu'il soit possible de l'enrayer ou de le raccourcir ?

C'est contre cette opinion qu'il faut s'élever fortement, en démontrant au contraire l'efficacité de certains procédés, aussi bien pour atténuer la violence du mal que pour en abréger notamment la durée.

Il importe avant tout, pour faire de bonne besogne thérapeutique, de considérer comment se présente la coqueluche dans son expression clinique la plus commune. Deux éléments symptomatiques y sont associés étroitement et donnent à l'affection sa caractéristique spécifique : un élément catarrhal, inflammatoire, et un élément spasmodique.

Dans cette association, l'élément catarrhal est habituellement dominé par l'élément spasmodique. Ce n'en est pas moins lui qui contient en germes les complications broncho-pulmonaires qui assombrissent le pronostic immédiat, et qui, en tous cas, offrent au bacille de Koch les occasions les plus favorables de s'implanter dans les organes respiratoires et de s'y développer à l'aise.

L'élément spasmodique, plus bruyant, plus apparent, plus inquiétant au premier abord, exerce sur l'organisme une action prédisposante qu'on ne doit pas ignorer.

La quinte de la coqueluche est déprimante et épuisante pour plusieurs raisons : elle vide le poumon de tout l'air résidual qu'il contient et l'amène aux confins de l'asphyxie ; par sa répétition, elle entrave le sommeil réparateur ; par les vomissements qu'elle détermine elle empêche l'alimentation si nécessaire au développement normal de l'enfant, et est pour celui-ci une cause d'anémie et d'affaiblissement ; enfin, elle provoque une angoisse morale qui contribue à irriter le système nerveux et à diminuer la résistance du petit malade.

Relisons la magistrale description de Trousseau ; rien n'a été écrit depuis de plus saisissants et de mieux observé : « Un enfant est au « milieu de ses jeux ; quelques minutes avant « que la crise arrive, il s'arrête ; *sa gaîté fait « place à la tristesse* ; s'il se trouvait en compa- « gnie de ses camarades, il s'écarte d'eux et « cherche à les éviter. C'est qu'alors il *médite sa « crise*... La quinte a lieu. Aussitôt, vous voyez « le malade chercher autour de lui un point « d'appui..... Si c'est un enfant à la mamelle, « il se précipite dans les bras de sa mère ou « de sa nourrice... »

Toute la détresse morale du petit être est mise ainsi en évidence par l'un des Maîtres incontestés de la clinique française. L'*enfant médite sa crise*, observation combien juste et combien suggestive ! Comment éviter cette anxiété méditative ? En luttant énergiquement contre la quinte de toux de la coqueluche. Il importe de la prévenir, de l'empêcher d'éclater, et d'en éviter les fâcheuses conséquences.

Bien que la coqueluche soit causée par un microorganisme, les tentatives faites pour obtenir un sérum organique, spécifique comparable au sérum antidiphtérique, sont restées pour ainsi dire infructueuses, jusqu'à présent. Force donc a été de s'en tenir aux médications symptomatiques, celles qui sont connues pour posséder des propriétés calmantes et antispasmodiques. Or, ou bien les agents de ces médications sont d'un maniement facile et peuvent être largement employés sans danger, mais ils se montrent alors d'une activité insignifiante ; ou bien, ils sont doués de propriétés indéniables, mais ce sont des toxiques redoutables, qui doivent être administrés prudemment, d'autant plus prudemment qu'il s'agit d'enfants, de petits enfants même, dont la susceptibilité et la fragilité sont un obstacle à l'emploi des fortes doses nécessaires.

Dilemme angoissant qui ne laisse pas que de rendre difficile la tâche du praticien !

C'est pour en sortir que certains chercheurs ont expérimenté et vérifié l'action en quelque sorte abortive des injections intra-musculaires d'éther. Mais cette méthode peut ne pas être sans inconvénients. En tous cas, il est à craindre qu'elle soit difficilement acceptée par les familles, pour être appliquée à de petits enfants.

Aussi recommanderons-nous de préférence un produit nouveau qui est un antispasmodique puissant, non toxique et susceptible, en conséquence, d'être prescrit sans aucune crainte.

Ce produit n'est autre que le Benzoate d'anethol, préparé avec l'acide benzoïque du benjoin, associé à l'anethol, principe actif volatil de l'anis, du fenouil, de la badiane, etc.

Il est solubilisé dans un véhicule liquide exactement titré et de goût très agréable, aimé des

La Grande Station Anti-Arthritique du Centre-Ouest

La ROCHE-POSAY-les-BAINS

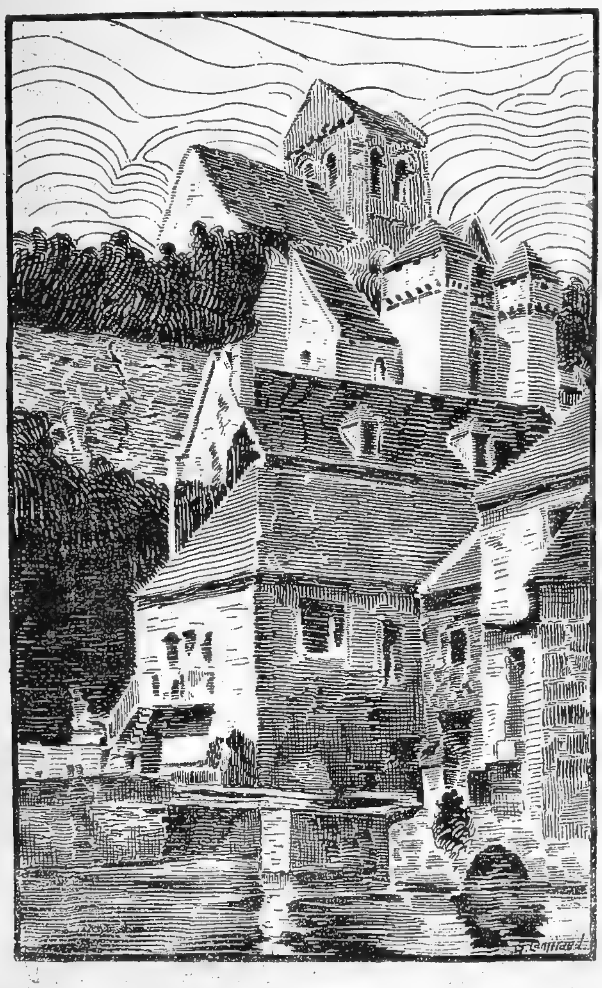
Station des Eczémateux
Station des Arthritiques

A l'heure où un grand effort est fait pour la médication hydro-minérale en France, nous venons entretenir les lecteurs du « Concours Médical » d'une Station thermale à la renommée solidement établie, et dont l'avenir immédiat s'annonce plein de promesses : La Roche-Posay-les-Bains, *près de Chatellerault (Vienne).*

L'autorité de Maîtres de la Médecine moderne comme les Professeurs Brocq, Landouzy, Albert Robin, la consacre station élue du nombre innombrable des Arthritiques. *Car l'eau de ses fontaines, puissant solvant de l'acide urique et de tous les poisons de l'organisme est très diurétique et « lessive » les tissus. Elle est riche en émanation de Radium et contient un métalloïde précieux, et d'activité rare, le* Sélénium. *(Professeur Taboury).*

Merci aux Docteurs Georges Bardet et Albert Guyot, Médecins-consultants à la Station, et qui ont étudié sur place les vertus des eaux, de nous avoir fourni les éléments de cette étude.

Au voyageur venant de Châtellerault par la route, La Roche-Posay offre la douceur familière de ses maisons basses aux toits de tuiles grises et de ses fraîches verdures, tandis qu'au nord, elle dresse la rude silhouette de son église fortifiée surplombant les eaux de la Creuse.



La vieille église fortifiée de La Roche-Posay dominant de très haut les flots de la Creuse.

La Beauté du Site

Le pays a la fortune unique de se trouver au confluent de deux belles rivières, la Creuse et la Gartempe. De la colline qui domine la station, le regard s'étend au loin sur le Poitou, sur la Touraine, sur le Berri ; le paysage est aimable et gracieux ; la proximité des forêts y entretient un gibier abondant ; la Creuse et la Gartempe s'étendent en de splendides miroirs sur 2 à 3 kilomètres en amont et en aval, permettant la pêche, le canotage, tous les sports nautiques. L'air est léger, d'une fluidité remarquable ; il n'existe aucune humidité dans l'atmosphère ni dans le sol ; les rares pluies d'orages sont absorbées par un sol calcaire et parfaitement perméable. La tuberculose est inconnue dans le pays ; tous les Médecins qui y ont exercé l'ont constaté et proclamé.

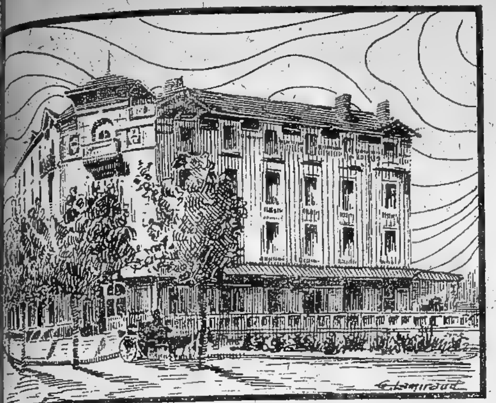
L'Établissement Thermal Les Fontaines guérisseuses

L'Etablissement Thermal, d'une blancheur éclatante, sur laquelle tranchent les volets verts, est gracieusement posé au milieu d'un très joli parc. Il a été entièrement remis à neuf ; son installation comporte les perfectionnements les plus modernes et un service d'hydrothérapie complet. Les salles de bains sont confortables avec cabines de 1re et 2e classe. Le traitement utilise les eaux en *boisson*, en *bains*, en *pulvérisations*, en *douches*.

Les eaux sont froides, limpides ; dans le bassin collecteur, au soleil couchant, elles revêtent une belle couleur vert émeraude, à reflets mordorés.

Leur minéralisation est légère (0 gr. 59, par litre), mais elles contiennent des principes minéraux d'importance capitale : le *bicarbonate de chaux*, 0 gr. 45 puissamment diurétique et reconstituant — la *silice* (0 gr. 03), antiarthritique et antiscléreux prouvé; — le *Sélénium* enfin, révélé par une analyse récente du Professeur Taboury. On sait toute l'activité merveilleuse de ce corps dans certaines maladies : les travaux les plus récents le mettent au premier plan de la thérapeutique et montrent qu'en préparation colloïdale en particulier, c'est-à-dire sous la forme qu'il revêt dans nos eaux, son action est absolument remarquable.

Enfin, dans un Mémoire présenté à l'Académie des Sciences le 25 juin 1906, le Prof. Curie, a assigné aux sources de La Roche-Posay une



L'« Hôtel du Parc », propriété de la Société.

[e]au de La Roche-Posay se digère facilement ; [l'es]tomac la sent à peine ; une envie d'uriner impé[rieu]se survient très vite après son absorption. Ainsi [s'ex]plique que certains baigneurs en absorbent des [qua]ntités considérables.

[Les] Maladies guéries [à] la Roche-Posay

Ce sont toutes celles qui relèvent de l'Arthritisme. Nos eaux sont un puissant solvant de l'acide urique, des urates, [de] tous les poisons et déchets de l'organisme. Leur [ab]sorption permet un lavage de tous les viscères : [rei]n, foie, cœur, estomac, intestin, etc. ; un déca[pa]ge et un lessivage de nos tissus si on peut dire ; [qui] est évacué dans l'abondante débâcle d'urines : [le] vase de nuit se teinte en rouge-brique.

Deux grandes modalités de l'Arthritisme sont [par]ticulièrement influencées :

I. — L'ARTHRITISME QUI SE PORTE AUX JOIN[TU]RES, AU REIN, AU FOIE. — Il comprend les [ma]nifestations morbides suivantes :

1° ***Goutte, Rhumatisme*** ;

2° ***Lithiase rénale*** (coliques néphrétiques, sables, calculs) ;

3° ***Lithiase biliaire*** (boue biliaire, sable biliaire, coliques hépatiques), ***Ictères, Cholémie*** ;

II. — L'ARTHRITISME QUI SE PORTE A LA PEAU, [c']est-à-dire :

L'Eczéma. — L'Eczéma est une des mani[fe]stations les plus caractéristiques de l'arthritisme : [c']est « l'arthritisme qui sort à la peau » ; c'est une [é]limination au travers des téguments des poisons et [to]xines de l'organisme. Ici l'action des eaux de La [R]oche-Posay tient absolument du prodige ; elle est [te]lle qu'à l'heure actuelle la Station est classée par [le]s médecins compétents comme la première de [F]rance et d'Europe. Le Profr Landouzy, le maître [é]minent et regretté de la Faculté de Médecine de Paris, [a] proclamé d'une façon péremptoire : « *L'Eczéma ap[pa]rtient à la Roche-Posay* ». Les Eczémas les plus irri[ta]bles, les plus suintants, les plus prurigineux, ceux [do]nt les démangeaisons sont intolérables, sont mo[di]fiés *dès les premiers jours*, d'une manière presque [in]croyable, par les bains et par la boisson : le *bain* [re]couvre la peau d'une fine pellicule blanchâtre, [du]e aux sels des eaux, qui constitue un panse[m]ent, un vernis, une sorte d'émail cicatrisant ; la [boisson, en] éliminant les poisons de l'organisme, en

le « dépurant », met à l'abri des récidives. Un troisième mode de traitement, la *pulvérisation*, agit remarquablement sur les Eczémas du visage : elle soulage instantanément le malade, calme la démangeaison.

Ecoutons les opinions de Médecins éminents :

Le Prof. Brocq, médecin-chef de l'hôpital Saint-Louis, écrit dans son travail sur le « Traitement des Dermatoses par les eaux minérales et les climats » : « La Roche-Posay possède des eaux qui ont une *grande réputation* dans le traitement des *eczémas irritables* ».

Le profr Landouzy, venu, il y a quelques années avec une caravane de plus de 120 médecins pour étudier les vertus des eaux (V. E. M.), prononça ces paroles catégoriques : « Les *Dermatoses*, d'une manière générale, et l'*eczéma* en particulier, *appartiennent incontestablement à La Roche-Posay.* »

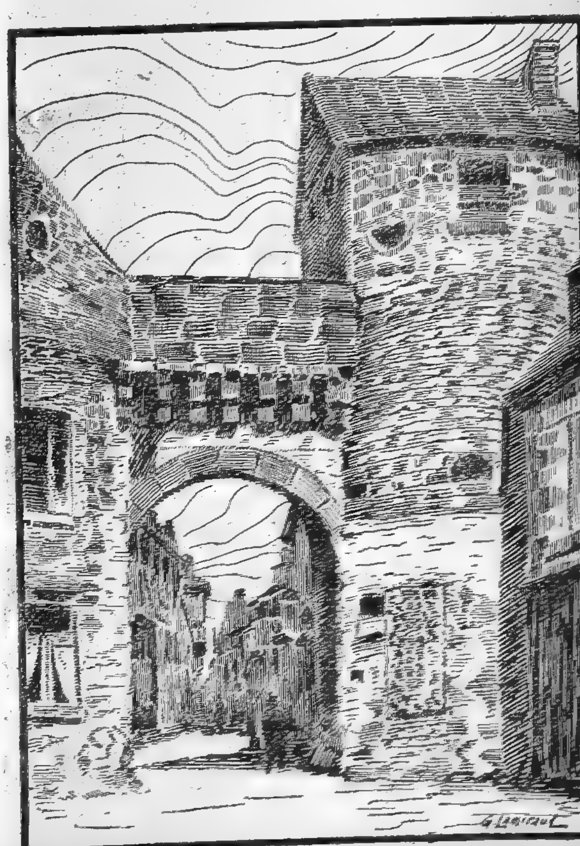
Enfin, dans un travail communiqué au Congrès international de Venise en 1905, et que l'Académie de Médecine a couronné, le Prof. Morichau-Beauchant, de Poitiers, et le Dr Œconomo écrivent :

« C'est surtout dans l'*eczéma* que la cure a semblé avoir des effets quasi spécifiques. Dans tous les travaux des anciens auteurs, cette action est signalée... Sont surtout modifiés, les eczémas suintants, les formes prurigineuses, irritables, rebelles à tout traitement local, sujettes aux poussées incessantes. Le *prurit*, en particulier, était dans presque tous les cas, le symptôme le plus rapidement influencé. Nous avons vu, chez des malades porteurs d'*eczémas de l'anus*, avec démangeaisons insupportables empêchant le sommeil, et qu'aucun traitement n'avait pu modifier, le prurit disparaître dès les premiers bains et les nuits redevenir paisibles ».

La plupart des Maladies de Peau sont d'ailleurs améliorées ou guéries : l'*Acné*, les *Séborrhées*, les *Folliculites*, l'*Impétigo*, certains *Lichens prurigineux*, le *Prurigo*, l'*Urticaire* (1).

(1) *Nota.* — La Roche-Posay est à 6 heures de Paris, à 5 heures de Bordeaux. On quitte à Châtellerault la grande ligne d'express Paris-Bordeaux pour prendre la ligne Châtellerault-Le Blanc. La Roche-Posay est sur cette ligne même, à 22 kilomètres de Châtellerault.

Recommandons l'*Hôtel du Parc* (1er ordre) : pension à partir de 20 fr. par jour.



enfants, et se présente, sous cette forme, sous le nom de Kluchol.

A son action antispasmodique, le Kluchol joint des propriétés antiseptiques et bactéricides énergiques. Pour toutes ces raisons, il jouit d'une puissance curative certaine, et jugule la coqueluche, en diminuant d'abord le nombre et l'intensité des quintes, et finalement, en les faisant disparaître.

En tout état de cause, son innocuité permet d'en faire un essai loyal, et de vérifier ainsi des promesses qui ne seront pas vaines, et que des expériences récentes autorisent à considérer comme sérieuses et sincères.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses.

Thèses de Montpellier.

Dr Pierre SARTRE. — **Contribution à l'étude des plaies des voies biliaires.**

La majeure partie de ces plaies, dit Sartre, intéressent la vésicule.

Le diagnostic se fait rarement : il est souvent le résultat d'une laparotomie pour plaie pénétrante de l'abdomen.

Le traitement, même en cas de doute, sera la laparotomie (incision de Kehr) et le mode d'action sera subordonné à la partie lésée d'une part, et à l'importance de la lésion, d'autre part.

Dr Jules REYNAUD. — **Syphilis nerveuse et traumatismes crânio-rachidiens.**

Des quelques observations qu'il a pu se procurer, l'auteur déduit que le traumatisme joue un rôle incontestable dans le développement de certaines altérations syphilitiques de l'axe cérébro-spinal.

Dr Fernand CHATELLIER. — **Un cas de reconstitution de la première phalange du pouce au moyen de greffe cartilaginienne.**

Procédé excellent, dit l'auteur, dont la technique de l'intervention ne présente pas de difficultés particulières et se rapproche de celle des greffes en général.

Dr Jean DE PASSANO. — **Contribution à l'étude du cœur au cours de la syphilis secondaire.**

L'auteur recommande de ne pas voir la syphilis partout, mais d'y songer toujours.

En effet, la syphilis peut toucher le cœur dès la période secondaire. Il faut donc examiner avec attention le cœur de tout syphilitique. Cet examen a une importance pratique considérable, l'emploi du novarsénobenzol pouvant occasionner des troubles très graves, parfois mortels, chez des syphilitiques au cœur lésé.

Le pronostic doit être réservé pour les cas de syndrome hyposystolique ou asystolique.

On surveillera de très près le traitement. Le cyanure de mercure intraveineux paraît être le traitement de choix. Dans l'asystolie d'origine syphilitique, le traitement spécifique doit avoir le pas sur le traitement digitalique. Mais le malade subira une préparation identique à celle qui précède le traitement digitalique ordinaire.

Dr Georges GERIN. — **Essai sur la psychologie du blessé de guerre dans les formations de l'avant.**

Travail très documenté et intéressant, dont nous recommandons vivement la lecture.

Dr Charles BLANCHARD. — **Indications techniques opératoires de l'extraction secondaire des projectiles intrathoraciques.**

D'après Blanchard, les principales indications de l'extraction tardive des projectiles intrapulmonaires sont :

Les fistules pulmonaires, les hémoptysies graves, les abcès du poumon, la dyspnée, la douleur et la gêne respiratoires ;

Les projectiles enclavés dans un foyer de sclérose pulmonaire.

Le procédé Petit de la Villéon est le plus facile et le plus simple. Le procédé Duval est le plus chirurgical. C'est le meilleur procédé quand il y a des projectiles multiples.

Dr André BORDIER. — **Etude des conceptions actuelles sur la pathogénie et le traitement de l'asthme des foins.**

Pour l'auteur, l'asthme des foins est une maladie pollinique et doit être considéré comme un phénomène d'anaphylaxie. La thérapeutique de choix réside dans la sérothérapie et la vaccination. Pour conduire judicieusement le traitement par ces deux méthodes, il faut s'aider de l'ophtalmo-réaction et de la cuti-réaction. L'ophtalmo-réaction indique en unités la sensibilité de chaque sujet ; le traitement est commencé plusieurs mois avant les crises selon le procédé de Moore et Freemann.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MUTUALITÉ FAMILIALE
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Lettres sur la Mutualité Familiale.

L'indemnité journalière double.

L'appel de notre secrétaire général Mignon a été entendu : il m'a valu quelques lettres.

Elles sont à peu près toutes ainsi conçues : *Je demande à verser double cotisation pour recevoir indemnité double ; veuillez m'inscrire.*

Parmi ces correspondants, il y a des membres de la combinaison B comme des membres de la combinaison MA ; il y en a qui ont de 30 à 35 ans, il y en a qui ont dépassé la cinquantaine ; il y en a même un qui a 60 ans.

Ceci prouve que la question a été mal posée, qu'elle n'est pas comprise et qu'il est indispensable de donner quelques précisions.

C'est ce que je vais m'efforcer de faire.

Tout d'abord, la combinaison B étant fermée, aucun de ses membres ne peut prétendre à l'indemnité double. Ensuite les membres de MA ne doivent pas penser que pour obtenir l'indemnité de 20 francs, il leur suffira de doubler leurs versements actuels.

Prenons un exemple :

Voici le D[r] N, qui en 1911 est entré à MA, il avait 28 ans et il verse annuellement 57 francs : ce n'est pas en versant 114 f. qu'il pourra obtenir l'indemnité double. En effet, nous sommes en 1920, il a 37 ans et s'il voulait entrer actuellement il devrait verser 67 francs. C'est donc pour le moins une cotisation annuelle de 57+67=124 francs qu'il faudrait réclamer. Mais, même dans ces conditions, la chose ne serait pas possible et il faut tenir compte de divers facteurs qui compliquent singulièrement le problème.

Il y a la question de l'âge d'entrée, puisque le risque va toujours croissant ; il y a la question des maladies antérieures ; il y a la question de l'état de santé actuel, etc., etc...

Ceci pour montrer que la formule « cotisation double pour indemnité double » est fausse, et que les sociétaires qui désirent obtenir une indemnité supérieure à l'indemnité actuelle doivent bien comprendre que la cotisation qui leur sera réclamée devra nécessairement être plus élevée qu'ils ne le supposaient au premier abord.

Qu'on veuille bien relire le procès-verbal de l'Assemblée générale extraordinaire du 8 mai, on verra que le dernier paragraphe de l'article 39 des statuts qui autrefois disait :

> Après inventaire et sur avis favorable de l'actuaire, l'Assemblée générale pourra décider un jour la possibilité du versement de cotisation double pour obtenir double indemnité.

est maintenant rédigé de la façon suivante :

> Après inventaire et sur avis favorable de l'actuaire, l'Assemblée générale pourra décider un jour *la possibilité de créer une combinaison nouvelle donnant une indemnité plus élevée moyennant une cotisation appropriée.*

Le conseil d'Administration s'était en effet rendu compte que l'ancienne rédaction rendait impossible dans notre œuvre, une amélioration que tous souhaitent et que les conditions actuelles de la vie rendent urgente.

Non seulement il était impossible de doubler la cotisation pour une indemnité double, mais encore il eût été dangereux de grouper dans une même cotisation des sociétaires présentant des risques différents.

On objectera peut-être que nous avons bien déjà la demi-combinaison B et la demi-combinaison MA dans lesquelles les sociétaires ne versent que la demi-cotisation pour obtenir l'indemnité journalière de 5 francs. Seulement à cela nous répondrons que le nombre des membres de ces demi-combinaisons est resté infime et que, s'il en avait été autrement, nous aurions dû dès longtemps aviser.

Or il est à prévoir que les sociétaires qui ne se contenteront plus de l'indemnité de 10 francs, seront de plus en plus nombreux, que leur nombre atteindra et dépassera même celui des membres qui se contentent de l'indemnité actuelle, et les inconvénients auxquels je fais allusion seront, non pas négligeables comme ceux que présentent les sept ou huit membres de nos demi-cotisations actuelles, mais tels que la solidité de notre œuvre pourrait s'en trouver compromise.

Donc, et c'est ce que je voulais bien établir, il ne faut plus parler d'indemnité double pour une cotisation double.

C'est la création d'une combinaison nouvelle qu'il faut envisager, combinaison donnant une indemnité plus élevée que l'indemnité actuelle, mais avec une cotisation appropriée dont le calcul sera fait par notre actuaire.

C'est cette nouvelle formule que nous soumettrons aux membres de la Mutualité Fami-

liale, et c'est à elle que nous leur demandons d'adhérer si les conditions actuelles ne leur paraissent pas suffisantes. Car je dois leur rappeler que la combinaison nouvelle ne saurait partir sans un minimum de 300 membres et que, si ce nombre ne devait pas être atteint, il serait vraiment inutile de faire des frais d'études qui seront certainement importants.

A. GASSOT.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Les médecins et les grèves.

Mon article sur ce sujet, paru dans le *Concours* du 16 mai dernier, m'a valu un certain nombre de lettres approbatives. Par contre, des bureaux du journal, on m'en communique quelques-unes opposées à la thèse que je soutenais. Celles-ci sont intéressantes à publier. De la discussion jaillit la lumière : c'est en remuant les idées, en les brassant, qu'on arrive à établir une doctrine. Le plus curieux, c'est que le Syndicat incriminé par moi n'est nullement responsable de cette attitude « grévophile ». Un de ses membres — non mandaté — la lui a tout bonnement prêtée, à tort, en faisant passer, de son propre chef, la note dans les journaux. Voici la lettre rectificative du secrétaire même de ce syndicat.

Monsieur et Cher Confrère,

Je viens de lire votre article du *Concours Médical* (pages 1254-1257) au sujet du prétendu vote par le Syndicat Médical du Sud-Finistère d'une motion relative au 1er mai. Les médecins auraient décidé de refuser leurs soins aux grévistes et à leurs familles.

Je comprends votre émotion en lisant l'entrefilet qui a effectivement paru dans la plupart des journaux de Bretagne et dans un grand nombre de journaux parisiens. Je vous adresse par ce même courrier un compte-rendu de notre séance du 18 avril, où l'incident se trouve relaté. J'ajouterai que la proposition de notre confrère le Dr P..., faite au milieu du brouhaha d'une fin de séance, a été prise par beaucoup, qui sur cette question pensent comme vous, pour une simple plaisanterie, aussi le Bureau a-t-il été stupéfait quand, quelques jours plus tard, il a vu paraître dans les journaux la note, à allure officielle, que vous avez lue. Nous avons immédiatement protesté et nous protestons encore contre une semblable publicité.

Veuiller agréer, etc...

Le secrétaire du Syndicat du Sud-Finistère,

Dr HARDOUIN.

Je n'aurai pas la cruauté d'insister sur la grave incorrection syndicale commise par un praticien isolé, engageant ainsi sans mandat la responsabilité de ses confrères. Passons....

***

Voici maintenant la lettre du Dr D..., de Marseille.

Monsieur le Directeur,

Le numéro du *Concours* de dimanche contient un article où l'auteur s'indigne qu'un Syndicat médical ait pu décider de faire grève « pour les grévistes et leurs familles ».

Je serais très heureux si vous vouliez lui faire connaître que j'approuve complètement cette décision qui, d'après ma petite enquête, traduit la pensée de nombreux médecins, des travailleurs et de Français amis de l'ordre et du relèvement de notre pays.

Entre bien des points de vue, en voici un, exposé par un distingué médecin de notre ville (au sujet de la grève des tramways) :

« Parmi les gens qui pâtissent de l'arrêt du service des tramways, les médecins sont des plus lésés. Tous ne peuvent, comme leurs confrères du Conseil municipal, se payer le luxe d'une automobile ; quant aux voitures de place, il faudrait que nous triplions le prix de nos visites pour prélever la part du cocher qui voudrait bien consentir à nous transporter. Il faut donc aller à pied et comme la ville est grande et la clientèle dispersée, cela fait beaucoup de chemin, beaucoup de fatigue et beaucoup de temps. Pour ma part, j'ai renoncé à faire des visites en dehors d'un faible rayon qui suffit à m'éreinter. Si les choses continuent à eller aussi mal, je suis décidé à offrir mes services à qui il appartiendra pour piloter un tramway ; j'adresserai mes malades aux wattmen en disponibilité et ... nous verrons d'un œil amusé les résultats de ce salmigondis. »

La coupure du *Petit Marseillais* ci-dessus, qui concerne la grève des tramways vous montrera qu'à Marseille nous en avons assez d'être constamment brimés par des corporations qui font grève sans motif. L'auteur, que je ne connais pas, après la lecture de l'article, m'a laissé l'impression de ressembler beaucoup aux dirigeants de la C. G. T. qui, ayant tous les conforts désirables sont étonnés que leurs adhérents, obligés de se serrer la ceinture, ne partagent pas leurs opinions et ne les suivent pas. Il doit avoir pas mal de foin dans ses bottes, une bonne petite auto pour ses déplacements, et est par suite tout indiqué pour faire de la philanthropie et de l'humanitarisme.

Je suis pour la devise « Grève des médecins pour les grévistes et leur famille » chaque fois que la grève sera injustifiée. J'estime que c'est la seule façon efficace de chercher, par les moyens dont nous dis-

posons, à nous opposer à la vague révolutionnaire qui nous menace.

Agréez, Monsieur le Directeur, etc...

Dr DOURNE.

P. S. — Un *referendum* sur la question par la voie de votre journal ne manquerait peut-être pas d'intérêt.

Pourquoi diable, confrère, avez-vous cru utile de corser votre thèse d'arguments *ad hominem* ?... Combien, fâcheusement, vous errez à mon égard, en l'espèce !

Si j'ai quelques galons syndicaux, ce qui me fait ressembler aux dirigeants de la C. G. T., je m'en distingue quelque peu en ce que, contrairement à eux, je n'en ai jamais tiré profit, pas même d'un timbre-poste. Quant à mon « confort désirable », quant à avoir « pas mal de foin dans mes bottes », quant à ma « bonne petite auto », etc... permettez-moi de vous révéler que : 1° j'habite un trou de campagne ; 2° je travaille pour subvenir aux besoins de ma femme et de mes trois enfants ; 3° je n'ai pas d'auto. Je vous souhaite, mon cher confrère, d'être plus heureux, d'ordinaire, dans vos diagnostics. Comme vous le voyez, je ne suis guère « tout indiqué pour faire de la philanthropie et de l'humanitarisme ».

Quant à votre devise de grève médicale contre toute grève *injustifiée*, combien elle me semble inopérante et dangereuse ! Qui décidera si une grève est justifiée ou non ? Voilà donc le syndicat médical juge de questions sociales extra-médicales ? Ne croyez-vous pas qu'il sortirait ainsi de son rôle *corporatif*, ce qui est précisément le gros reproche que la Nation fait à cette heure à la C.G.T. ? Eh mais... qui de nous deux « ressemble le plus aux dirigeants de la dite C.G.T. ? ».

***

La lettre suivante du Dr C... est plus sérieuse d'argumentations :

Au Docteur Fernand Decourt,

Le 18 mai 1920.

Non combattant ?

Eh bien ! non ! mon cher Confrère ! Nous y avons réfléchi et, dans la mêlée sociale, nous ne voulons plus être des non-combattants. Du moins, nous sommes un certain nombre comme cela.

Je suis Président (pour un an) du Syndicat local, qui s'est réuni en avril. La question a été posée par notre doyen d'âge : « j'estime, a-t-il dit, que « nous devons manifester notre blâme en annonçant « D'AVANCE que les grévistes et leurs familles devront se passer de nos soins tant que durera la « grève..... Parce que, en nous privant d'un tas « de choses *commodes* (d'aucunes indispensables), « ces Messieurs (et ces Dames) nous mettent, nous « autres ruraux, dans l'impossibilité de satisfaire « *tous* nos clients ; nous commencerons donc par « les négliger, eux, cause du mal commun ! »

Que les médecins de la Ville, qui sont trop nombreux... et qui ont sous la main tout ce qui leur faut (j'entends pour exercer leur profession et non pour leur agrément), que ces Urbains pensent autrement, cela ne nous surprend pas.

Mais notre intention à nous est très claire : Notre activité dépend des commodités générales de l'existence : chemins de fer, postes, commandées par la régularité des trains, téléphone, arrivages d'essence ou de pneumatiques ou de produits pharmaceutiques, etc..., l'électricité commandée par le charbon et les mineurs, les pièces de rechange aux ordres des métallurgistes, etc., etc...

Ainsi la défaillance de chacun des travailleurs fait souffrir quelqu'un de nos clients, nous impose des pertes de temps, des hésitations, la nécessité d'inventer des « substituts ».

Donc, nous ne sommes plus des *non-combattants*. Combien d'ailleurs, parmi nos jeunes camarades, au front — ou dans les prisons allemandes — ont regretté de porter cette croix-rouge qui fut, aux mains des Boches, une arme contre nous en toute occasion, mais qui ne protégea en aucune circonstance, ni le médecin, ni ses malades.

C'est justement cette dure expérience, acquise à la guerre, qui a changé nos idées : non-combattants ? ça veut presque dire *neutres* ..... et ça n'est pas un compliment !

D'ailleurs, en cette réunion d'avril, nous venions de découvrir, en commun, une vérité que chacun de nous croyait spéciale à son coin : c'est que l'élévation du prix de nos honoraires (qui n'atteint que le 300 %) (1) a déjà pour résultat la grève du client. La grève ? non ! la privation !

Chacun de nous, — ô Syndicalisme, voilà bien de tes coups ! — connaît des gens pour qui *se faire soigner* coûte trop cher.

Délibérant sur cette donnée que le 100 % — 1914-1919 — était déjà nuisible, notre Syndicat, *avant* d'envoyer au diable les grévistes et la Loi de Huit heures, avait décidé qu'il était impossible désormais de songer à d'autres augmentations.

Ensuite, nous avons décidé d'*annoncer*, et demandé aux autres Syndicats d'*annoncer*, que nous refuserions de porter la croix-rouge, autrement dit de laisser dindonner et nous et nos clients, au cours de la guerre sociale : l'expérience des Boches nous a suffi, nous ne recommencerons pas avec les ... bolchisants.

Nous savons qu'il y a une autre solution —

(1) *Concours* du 16 mai 1920, page 1256.

(1) Voir le *Concours*, page 1270, *in fine*.

honteuse — (1) c'est de faire mettre tous ces gens aux Indigents ; mais, nous autres médecins ruraux, qui payons en clair (et non par le moyen détourné de l'octroi) notre part des Impôts, nous savons très bien où cela conduit.

C'est assez des Mineurs que l'Etat gratifie pour leurs pensions, des Chemins de fer que l'Etat subventionne pour insuffisance des recettes, des .... et cœtera.

C'est assez ! C'est trop !

A bas la grève ! A bas les Huit heures (pour les hommes, au moins) !

Dr Jean CAMESCASSE.

Etre considéré comme un « non-combattant » vous offusque, mon cher confrère ? « Çà veut presque dire être neutre, dites-vous... et ce n'est pas un compliment ». Je ne vous demande pas de vous proclamer... auvergnat, dans la mêlée sociale. *En tant que citoyen*, arborez librement, fièrement votre drapeau. Mais, de grâce, ne fourrez pas l'affreuse politique dans nos groupements syndicaux confraternels.

Je ne suis pas plus que vous un « urbain ». Les grèves, tout comme vous, me privent « d'un tas de choses commodes (d'aucunes indispensables) ». Elles « nous mettent, dites-vous, nous autres ruraux dans l'impossibilité de satisfaire *tous* nos clients. *Nous commencerons par les négliger*, eux, (les grévistes) causes du mal commun ». Voilà déjà une sourdine à votre chant de grève puisque, si je vous comprends bien, vous soignerez d'abord les non-grévistes, puis, s'il vous reste du temps, les familles de grévistes. Vous n'êtes déjà plus orthodoxe : le schisme pointe à l'orient.

Je ne vous parlerai pas de votre « grève » particulière contre l'élévation du prix des visites. C'est un tout autre sujet, en dehors du débat actuel. Nous pourrons y revenir à l'occasion.

Il est toutefois une chose encore qui me chiffonne dans votre lettre, mon cher confrère. Vous commencez celle-ci en proclamant les beautés de la grève des médecins... puis vous la terminez en vous écriant : « A bas la Grève ! » Voudriez-vous en conclure que la grève est légitime seulement pour le corps médical ?

***

J'ai gardé pour la bonne bouche la lettre, si troublante du Dr P... La voici :

Mon cher Confrère,

Dans le dernier numéro du *Concours*, j'ai lu avec le plus vif intérêt l'article du Dr Decourt sur les Médecins et les Grèves. Dans ce journal où s'expriment librement toutes les idées, voulez-vous me permettre de vous dire mon opinion, diamétralement opposée à celle de notre excellent confrère.

Certes, sa thèse est brillamment défendue, et après lecture de ses arguments, je suis resté rêveur. Suis-je donc un criminel inconscient, ma conscience a-t-elle été atrophiée par 4 ans de guerre, et suis-je sans m'en douter devenu inhumain et antisocial ! Peut-être, mais je n'éprouve aucun remords ni aucun sursaut de conscience, et je suis fermement décidé, en pareille circonstance, à agir ainsi que je l'ai fait dans la dernière grève des Cheminots, c'est-à-dire à refuser systématiquement mes soins à tout gréviste et à sa famille. Il faut s'entendre : lorsque, pour une raison quelconque, un désaccord survient entre des ouvriers et un patron, et qu'il en résulte une grève, ou un lock-out, le médecin n'a pas à prendre parti, et doit, quel que soit son sentiment, donner ses soins aux malades, mais lorsque, comme dans le cas actuel, la grève est nettement révolutionnaire, et par conséquent antisociale et antifrançaise, tout homme intelligent a le droit et le *devoir* de donner à la société menacée son appui *total*. Je ne veux rien exagérer, ni rien dramatiser, mais croyez-vous que cette décision du médecin, que les ouvriers savent être leur ami, et souvent leur conseiller (je vis au milieu d'eux, cher Confrère, et je crois les connaître assez bien) croyez-vous que cette décision de leur refuser tous soins ne fasse pas réfléchir ceux qui pensent encore, et n'en ramène pas quelques-uns à leur devoir ? Croyez-vous que cet appui moral que donne le médecin, que les ouvriers reconnaissent comme un des leurs, qu'ils appellent l'*ouvrier intellectuel*, ne soutienne pas l'énergie de ceux qui travaillent ?

Je ne puis que regretter pour nous que le premier exemple cité de grève médicale vienne de chez les Boches. J'ignorais ce précédent, ainsi que la décision prise récemment par les confrères bretons. Et voici ce que j'ai fait tout simplement, dans mon petit rayon :

Je suis médecin de la Compagnie des Chemins de fer à C. ; cette gare est à 12 kilomètres environ de ma résidence, et comprend environ 300 agents (soit une population ouvrière de 800 têtes environ). Comme tout le monde, je savais qu'une grève allait être déclanchée le 1er mai, et que cette grève durerait.

Bien souvent j'en avais parlé aux agents, et je ne leur avais pas caché mes sentiments là-dessus. Survient la grève, entraînant environ 50 % de défection parmi le personnel. Le jour même, à la porte de mon cabinet, je fais placer un avis informant les grévistes que tant que le service des trains ne serait pas rétabli, les secours médicaux leur seraient refusés à eux et à leur famille, tant à titre de médecin de la Compagnie qu'à titre de médecin privé. En même temps, je prévenais le Maire que j'assurerais tous les jours en auto le service médical de la population et des agents non grévistes. J'ai tenu parole : plusieurs grévistes sont venus me voir, me demandant de soigner leurs femmes ou leurs enfants : à tous j'ai répondu : « Mes amis, vous soutenez que la grève

(1 Voir *Concours Médical*, pages 1221 et 1258-1259.)

est un droit, j'en conviens, je suis en grève, comme vous. » Et, comme, ainsi que le reconnaît Decourt, les ouvriers sont très malléables, il ne m'a pas été difficile de convaincre ceux qui venaient à moi, qu'ils faisaient fausse route, et que leur devoir était au travail et non aux réunions ou aux cortèges plus ou moins bruyants, et ne rappelant en rien nos anciens chahuts du Quartier.....

Tous ceux qui avaient besoin de soins pour eux ou leur famille ont aussitôt repris leur travail, et je n'ai sur la conscience aucun décès dû à un manque de soins ou à des soins trop tardifs. Plusieurs de leurs camarades ont suivi leur exemple, et sont venus me remercier de leur avoir fait comprendre, mieux que par des discours, ce que pourrait être la grève générale, réclamée par leurs dirigeants.

Les grévistes eux-mêmes ont reconnu et me l'ont dit que, en appliquant leurs formules, j'étais dans mon droit, et qu'ils ne pouvaient m'en vouloir. Bref, sans tapage, et sans dommage, j'ai réussi à faire quelque bien parmi ces agents, qui, pour la plupart, sont de braves gens. Et voilà comment je comprends, moi, le rôle du médecin dans la grève.

Pour les autres, les impénitents, les révolutionnaires, je n'en ai cure. Ils se disent conscients ; ils doivent donc mesurer les conséquences de leurs actes, et les accepter, même lorsqu'ils en sont victimes. Si quelqu'un doit avoir un sursaut de conscience, si quelqu'un doit être considéré comme inhumain et antisocial, c'est eux, et non moi, car c'est eux seuls qui refusent à leurs proches les secours que tous les médecins seraient prêts à leur donner.

Ma lettre est longue, cher Confrère, excusez-moi, si elle vous paraît devoir intéresser les lecteurs du *Cencours*, publiez-la en totalité ou en abrégé, dans le cas contraire, je vous demanderai seulement de la communiquer à notre excellent confrère Decourt, dont je ne connais pas l'adresse.

Confraternellement votre,

D[r] P.

J'ai lu et relu attentivement votre lettre, mon cher confrère. Comme vous, j'ai fait ensuite mon examen de conscience. Vous dressiez de votre attitude durant la dernière grève, un tableau si impressionnant, si entraînant, si enchanteur ! J'avoue, que je fus, tout d'abord, séduit, emballé... jusqu'à ce qu'une simple réflexion vint jeter une douche sur cet emballement.

Lorsque plusieurs grévistes sont venus vous demander de soigner leurs femmes et leurs enfants, vous avez refusé en disant :« Mes amis, vous soutenez que la grève est un droit. J'en conviens. Je suis en grève comme vous ». Parfait !... au point de vue théorique du droit pur. Mais supposez un instant que précisément l'enfant d'un de ces grévistes soit venu à mourir d'une diphtérie non soignée, non injectée. Brrr ! J'eus froid dans le dos, rien que de penser à une telle éventualité, qui n'a rien de chimérique. Quel *tolle* contre vous dans le pays ! Pis encore : quel remords pour le reste de vos jours ! Risquer une telle affaire d'un cœur léger ?... Décidément, non ! Malgré votre exemple, malgré toute la séduction de votre lettre, je ne saurais me résoudre à vous suivre.

Combien je trouverais, au contraire, plus digne de notre corporation, plus reposant pour ma conscience et plus utile même à la cause que vous défendez, d'aller voir l'enfant du gréviste en danger de mort, de lui faire l'injection salvatrice, de lui enlever les fausses membranes qui l'asphyxient etc.... puis, mes soins terminés, de me retourner vers les parents éplorés et de leur dire : « Eh bien, mes amis, si, moi aussi, je m'étais mis en grève, comme c'est mon droit aussi bien que le vôtre, *si j'avais fait comme vous*, demain votre enfant n'aurait plus été vivant. Vous le savez, vous connaissez le croup et ses résultats mortels. Contre la France malade des suites de la guerre, vous faites, en ce moment, ce que ma conscience a refusé de faire contre votre enfant. Lequel de nous est le plus conscient » ? Lequel de nous fait son devoir d'homme et de citoyen ?... Croyez-vous confrère, que cette leçon de choses, *par l'exemple*, ne vaut pas la vôtre ? Croyez-vous qu'en prenant cette attitude, le corps médical ne serait pas plus écouté, plus suivi et n'en sortirait pas grandi ?....

***

Et d'ailleurs, à quoi bon répandre des flots d'encre pour une question aussi simple ? Regardons froidement la réalité en face, confrères qui préconisez la grève médicale comme une arme vengeresse contre des ouvriers entraînés par des meneurs révolutionnaires. Ohé ! les plus acharnés des « grévistes médicaux », c'est à vous que je m'adresse.

Une femme de gréviste a besoin d'un forceps. Elle a une hémorrhagie quelconque. Un enfant de gréviste a la diphtérie (pour reprendre l'exemple ci-dessus). Un gréviste, lui-même, s'est fait écraser la jambe. Un autre est pris d'urémie. Un autre a une colique hépatique, etc... Refuserez-vous, froidement, le forceps, le curetage ou l'ergotine, le sérum de Roux, le pansement de la jambe, la saignée ou la piqûre de morphine ?

Voyons : laissez de côté les théories, et les constructions... dans l'espace. Concrétisez les faits et répondez-moi franchement, sincèrement. Que ferez-vous en face de telles éventualités ? Resterez-vous les mains dans les poches, les pieds sur les chenets et le cerveau libre et dégagé. Laisserez-vous de gaité de cœur, votre prochain souffrir — ou mourir ? Oui ou non, sans phrases, « marcherez-vous » ?

Pour moi, je sens bien que, *nolens volens*, je ne pourrai faire autrement que de courir au secours de ces malheureux, quoi qu'ils aient fait, eux ou quelqu'un des leurs. Et je suis bien sûr d'avance que vous agirez de même.

Alors, pourquoi toutes ces levées de boucliers.. théoriques ?

La question me paraît jugée.

Dr Fernand DECOURT.

II

La médecine à la grosse.

Mon cher Confrère,

Ce matin, j'ai reçu, par la poste, comme probablement tous mes confrères, un questionnaire à mon nom, dont vous trouverez, ci-joint, un fac-simile rigoureusement exact, que je vous envoie à titre documentaire.

Je n'ai pas bien compris ce que l'on exigerait de moi, et l'administration préfectorale paraît douter des connaissances mathématiques des médecins : elle paraît craindre que les médecins ne puissent calculer leurs honoraires quand les consultants viendront en groupe !

Dr N.

DÉPARTEMENT de ....

OFFICE DÉPARTEMENTAL des PUPILLES de la NATION.

INSPECTION MÉDICALE des Pupilles

QUESTIONNAIRE

adressé à M. le docteur..................
à ....

	Réponse.
Vous est-il possible d'assurer dans l'avenir, à partir d'une date qui vous sera indiquée prochainement, l'Inspection médicale des Pupilles de la Nation dans votre clientèle ?	....
Les honoraires fixés par la Commission médicale sont :	....
Consultations au cabinet .... 2 fr.	....
Consultations en groupe pour un maximum de 5 enfants.. 10 »	....
Par enfant, en plus. 2 »	....
Visite d'inspection... 3 »	....
Premier examen :	....
(au cabinet)....... 4 »	....
(à domicile)....... 5 »	....
Le président de la Section permanente, X...	A.....le.....19 *Signature,*

III

Syndicat médical de Montpellier.

Communication à tous ses adhérents.

J'ai l'honneur de vous adresser inclus :

1° Le compte-rendu des deux dernières séances du Syndicat Médical de Montpellier, en vous priant de leur accorder toute votre attention, si vous n'y avez pas assisté, étant donné que chacun de nous doit suivre les questions syndicales de l'heure présente, nos intérêts particuliers se trouvant tous solidaires les uns des autres.

2° Un rapport de M. le Pr. agrégé RICHE, qui sera discuté à la prochaine réunion du syndicat : l'hôpital doit être réservé sutout aux indigents dont il est le patrimoine.

3° Ci-dessous vous trouverez la liste de quelques médecins de Montpellier qui ne sont pas encore syndiqués. Vous êtes prié d'entrer en conversation avec eux à ce sujet et de leur démontrer tout l'intérêt qu'ils ont à ne pas retarder leur adhésion.

4° La convention BIENVENU-MARTIN concernant les accidents du travail est prorogée de 6 mois à partir du 1er janvier 1920. Vous devez donc envoyer sans retard toutes vos notes en suspens depuis cette date (tarif DUBIEF doublé).

5° Au sujet de l'art. 64 de la loi des pensions, continuez à collationner les bons de visite, et ne faites aucune correspondance avec la préfecture ; si d'ici peu nos honoraires ne sont pas fixés à ce propos, le Syndicat Médical groupera toutes les notes et la Fédération des Syndicats Médicaux de l'Hérault on réclamera le règlement à la préfecture.

6° En vue de l'organisation du service médical de nuit pour lequel l'administration municipale nous garantit, en cas de non paiement, jusqu'à la somme de 30 francs la visite de nuit, vous me retournerez dûment rempli l'imprimé joint à ce sujet.

Le Secrétaire Général.

Compte rendu de la séance du 23 mars 1920.

Allocution de M. le professeur FORGUE à l'occasion de sa nomination à la Présidence du Syndicat.

Hommage du Président à la mémoire des professeurs RAUZIER et SARDA.

Lecture de 8 lettres de démission de membres du Syndicat *ayant cessé d'exercer la médecine* ou *ayant quitté Montpellier.*

Lecture de la réponse faite à la demande d'explication du Ministère de l'intérieur sur la dernière augmentation des tarifs d'honoraires.

Lettre de félicitations au Syndicat du Dr

Narich, de Montarnaud, au sujet de l'augmentation des tarifs.

Demandes d'admission votées à l'unanimité.

Le doyen de la faculté de Médecine ayant été sollicité par le Président de l'Union des Sociétés de secours Mutuels en vue d'une convention médico-mutualiste concernant les tarifs de médecine générale, il est décidé à l'unanimité que les pourparlers ne seront repris à ce sujet que lorsque le libre choix et le tarif à l'opération auront été acceptés par la Clinique Mutualiste. Les bons rapports qui existaient avec la Mutualité avant qu'elle ait pris des chirurgiens à l'abonnement ne pourront, en effet, être repris que lorsqu'elle aura reconnu les deux principes fondamentaux des syndicats médicaux : *libre choix du médecin* et *tarif à la visite ou à l'opération.* Tout autre mode de paiement est en effet préjudiciable aussi bien aux intérêts des malades eux-mêmes que des médecins.

Nos confrères de médecine générale sont donc invités à continuer à soigner les mutualistes au tarif de la clientèle ordinaire, les mutualistes n'ayant qu'à se faire rembourser par leur société la modique somme qui leur est allouée à cet effet.

Lecture des lettres des Dr M..... et B..... à propos de leur contrat avec la Mutualité. Il est décidé, devant leur réponse négative, qu'ils seront avisés de la réunion prochaine du Conseil Central en vue des sanctions syndicales à leur appliquer.

Elections à la Vice-Présidence et au Secrétariat Général.

Lecture est donnée du programme d'études que la Fédération des Syndicats médicaux de l'Hérault a adressé à chacun des syndicats du département. Divers sujets de ce programme d'études ont été confiés pour l'élaboration d'un rapport à des membres du Syndicat qui les rapporteront à des séances ultérieures.

Compte rendu de la séance du 27 avril 1920.

Lecture des lettres adressées aux Docteurs M..... et B..... avant la réunion du Conseil Central en vue des sanctions à leur appliquer.

Modification aux Statuts concernant les médecins pharmaciens : ils pourront être admis au Syndicat sur le même pied que les médecins n'exerçant pas la pharmacie.

Admissions à l'unanimité.

Le Syndicat émet un vœu favorable à la requête d'un groupe d'étudiants en médecine, anciens combattants, qui sollicite son appui auprès de l'Administration des hospices afin d'avoir certains avantages au prochain concours d'externat.

Une discussion s'engage à propos des médecins et des mutualistes de Marsillargues. Ces derniers ayant rompu, sans en aviser les médecins, le contrat tacite existant entre eux depuis la cessation des hostilités, les médecins de Marsillargues demandent l'appui du Syndicat et l'envoi d'une lettre aux Présidents des 4 S. de S.M. de cette ville. Satisfaction leur est donnée.

Lecture de la lettre de M. Warnery, Président de l'Union des S.S.M. demandant la reprise des rapports médico-mutualistes au sujet des tarifs d'honoraires de médecine générale. L'unanimité syndicale se fait à nouveau sur cette question. Ce serait en effet une reculade que de reprendre des rapports avec la Mutualité sans que la question de la Clinique, cause du désaccord, soit vidée à la satisfaction du Corps Médical.

Il est décidé de répondre à M. Warnery que le Corps Médical de Montpellier ne consentira à entrer en pourparlers avec la Mutualité que lorsque seront reconnus, à la clinique mutualiste: le libre choix du chirurgien et le tarif à l'opération.

Nos confrères sont invités à ne pas se laisser leurrer par des offres alléchantes des S.S.M. qui individuellement viendraient les solliciter pour être leur médecin. Nous devons jusqu'à nouvel ordre traiter les mutualistes sur le même pied que les clients ordinaires, libre à eux de se faire rembourser une partie de la visite par la Société à laquelle ils appartiennent.

Service Médical de nuit. — L'administration municipale demande au Syndicat médical de vouloir bien assurer un service de nuit par roulement, décidant que dans les cas où le médecin ne serait pas payé par le malade, il lui serait alloué par la ville la somme de 30 frs ; mais étant bien entendu que ce prix de 30 francs ne représente pas le tarif de la visite de nuit, mais simplement une garantie jusqu'à 30 francs contre le risque de non paiement de cette visite.

Constat des décès. — L'administration municipale propose aux membres du Syndicat Médical de vouloir bien en cas de décès établir un certificat de constat de décès — conformément à la loi, ainsi que cela est dans plusieurs grandes villes. Le paiement de ce certificat serait effectué par la famille du malade, tout comme pour un certificat ordinaire.

Une discussion s'engage sur les mots de « mort naturelle ou mort criminelle » mentionnés dans le libellé du certificat proposé par l'Administration.

En principe le Syndicat accepte l'organisation de ces deux services et charge le bureau de s'entendre à ce sujet avec l'Administration Municipale. Par la voie de la presse ainsi que par le Syndicat, nos confrères seront avisés de la mise en exécution de ces deux services.

Lecture est donnée du rapport de M. le Pr agrégé Riche sur l'admission abusive dans

TÉLÉPHONE 111

PRODUITS PHYSIOLOGIQUES

A. DE MONTCOURT

49, Avenue Victor-Hugo, BOULOGNE-PARIS

EXTRAIT Gstrique MONCOUR	EXTRAIT Hépatique MONCOUR	EXTRAIT Pancréatique MONCOUR	EXTRAIT Entéro-Pancréatique MONCOUR	EXTRAIT Intestinal MONCOUR
Hypopepsie	Maladies du Foie Diabète par anhépathie	Diabète par hyperhépathie	Affections Intestinales Troubles dyspeptiques	Constipation Entérite muco-membraneuse
En sphérulines dosées à 0 gr. 125 De 4 à 16 sphérulines par jour.	*En sphérulines dosées à 30 c/gr. en doses de 12 gr. En suppositoires dosés à 3 gr.* De 4 à 16 sphérulines par jour. De 1 à 4 suppositoires par jour.	*En sphérulines dosées à 20 c/gr. En suppositoires dosés à 1 gr.* De 2 à 16 sphérulines par jour. De 1 à 3 suppositoires par jour.	*En sphérulines dosées à 25 c/gr.* De 1 à 4 sphérulines par jour.	*En sphérulines dosées à 30 c/gr.* De 2 à 6 sphéruline par jour.
EXTRAIT de Bile MONCOUR	**EXTRAIT Rénal MONCOUR**	**CORPS Thyroïde MONCOUR**	**POUDRE Ovarienne MONCOUR**	**AUTRES Préparations MONCOUR**
Coliques hépatiques Lithiase Ictère par rétention	Insuffisance rénale Albuminurie Néphrites, Urémie	Myxœdème, Obésité Arrêt de Croissance Fibrômes	Aménorrhée Dysménorrhée Ménopause Neurasthénie féminine	Extrait de Muscle lisse Extrait de Muscle strié Moelle osseuse Myocardine Poudre surrénale Thymus, etc., et
En sphérulines dosées à 10 c/gr. De 2 à 6 sphérulines par jour.	*En sphérulines dosées à 15 c/gr.* De 2 à 16 sphérulines par jour.	*En bonbons dosés à 5 c/gr. En sphérulines dosées à 35 c/gr.* De 1 à 4 bonbons p. j. De 1 à 6 sphérulines p. j.	*En sphérulines dosées à 20 c/gr.* De 1 à 3 sphérulines par jour.	

Toutes ces préparations ont été expérimentées dans les Hôpitaux de Paris. Elles ne se délivrent que sur prescription médicale.

Blédine
JACQUEMAIRE

Farine délicieuse
Prépare et facilite
le Sevrage

Glycérophosphates originaux

Phosphate vital
de Jacquemaire



Solution gazeuse (de chaux, de soude, ou de fer)
2 à 4 cuill. à soupe par jour, dans la boisson

Granulé (de chaux, de soude, de fer, ou composé)
2 à 4 cuill. à café par jour, dans la boisson

Injectable (de chaux, de soude, de fer,
1 à 2 injections par jour

ÉCHANTILLONS : Établissements JACQUEMAIRE - Villefranche (Rhône)

Tuberculose - Anémie - Surmenage
Débilité - Neurasthénie - Convalescences

les hôpitaux des personnes aisées, des accidentés du travail, des blessés de guerre réformés. La discussion de ce rapport très documenté, et que chacun des membres du Syndicat reçoit par même courrier, sera mise à l'ordre de la prochaine séance.

Contribution de guerre. — L'Union des Syndicats Médicaux de France ayant besoin d'être soutenue dans son œuvre de propagande syndicale et de défense des intérêts professionnels, il est voté dans ce but une cotisation supplémentaire pour l'année courante, savoir :

5 francs pour les mobilisés.

10 francs pour les non mobilisés.

Le trésorier fera encaisser sous peu.

IV

Les médecins artisans de leur propre démonétisation.

J'ai le plaisir, toutes les fois que je reçois le *Concours*, de me dilater la rate, en lisant les doléances diverses des confrères faisant ou non partie des Syndicats.

Tous se plaignent de la cherté de la vie et de la difficulté qu'ils ont à joindre les deux bouts.

Il semble, alors, que leur intérêt serait de ne pas galvauder la médecine et, puisqu'ils payent le vin, le combustible, les vêtements, les denrées etc., de trois à cinq fois plus cher qu'avant la guerre, de se faire honorer dans les mêmes proportions.

C'est le contraire qui a lieu, ainsi que va vous le prouver l'histoire suivante :

En mars 1919, un médecin venu par hasard dans un chef-lieu de canton de la Gironde (d'où sa famille était originaire), au moment où il y avait beaucoup de malades et pas de médecin, fut prié d'y rester.

Il fit sans voiture, même sans bicyclette, un service très dur, allant jusqu'à 30 kilomètres journaliers de *footing*.

Le médecin, maire du pays, assez âgé, s'était ou avait été mobilsé à B., dès le début de la guerre, poste d'où il n'a pas bougé, alors que sa présence aurait été si utile auprès de ses administrés.

Il y avait dans la région, diverses Sociétés Mutuelles. Leurs membres demandèrent au tard venu de les soigner. Celui-ci accepta, déclarant que l'abonnement ne lui convenant pas, il voulait être honoré à la visite. *Le tarif des Indigents* (*A. M. G.*) fut accepté par les deux parties.

En 1920, le mobilisé à B., qui ne s'était du reste pas gêné pour venir dans le pays faire le *médecin consultant*, alors qu'il portait le costume, remplissait les fonctions et touchait la solde, se fit démobiliser à *la suite d'une invalidation municipale*.

Installé à nouveau, la clientèle lui revient de suite abandonnant sans vergogne celui qui, l'année précédente, s'était éreinté à la soigner. Vous croyez que, gagnant largement sa vie, il a continué à faire payer aux mutualistes le tarif des indigents ? Non. Les Sociétés l'honorant avant la guerre de *la forte somme de* 5 *fr. par tête et par an, il a accepté ou leur a proposé* de les soigner pour la *non moins forte somme de* 10 *fr.*, alors que : son vin, son bois, son vacher, sa servante lui reviennent à un prix de 3 à 5 fois plus élevé qu'autrefois.

Il est juste aussi de déclarer que ces Mutualistes (ouvriers agricoles, artisans, boutiquiers) touchent des salaires ou bénéfices de 5 à 15 fois plus forts, qu'avant la guerre.

Si ce médecin était le seul de la Gironde ! Mais ils sont nombreux, ceux qui agissent comme lui et presque tous, *sont syndicalistes* !

Les conclusions de cette histoire, sont :

1° Qu'un indigent inscrit à l'A. M. G. est soigné aux frais des contribuables à un taux plus élevé que les mutualistes ;

2° Que les municipalités auraient du bénéfice en payant aux Sociétés les cotisations des pauvres gens malades ;

3° Que les Compagnies d'assurances ou mieux, les patrons finiront par mettre tous leurs ouvriers dans les Sociétés Mutuelles, ce qui leur reviendra beaucoup moins cher.

4° Que les gens moyens, qui consentent à payer les prix syndicaux sont des poires, car, en rentrant dans une mutuelle, la valeur d'une ou deux cotisations annuelles sera inférieure ou au plus égale à une ou deux visites au cabinet du médecin.

5° Que si les médecins vivent difficilement et souvent dépensent leur maigre capital, c'est absolument leur faute, car, presque tous font tout ce qu'il est possible, pour galvauder leur noble métier.

Le *Concours* étant une tribune libre, j'espère que vous publierez ma lettre, que je signe du reste.

En attendant, je vous prie d'agréer l'assurance de mes meilleurs sentiments.

GONTIER-LALANDE.

Réponse.

Adversaires résolus du forfait et de l'abonnement, nous ne pouvons que déplorer la conduite du confrère qui, revenu dans ses foyers à la suite de sa démobilisation, se serait empressé de rétablir à son profit (!) un système qu'un autre confrère avait réussi à faire abandonner pour une tarification à la visite.

C'est, en l'espèce, de la concurrence déloyale ; c'est aussi parfaitement anti-déontologique. Et nous avons peine à croire que les syndicats sanction-

nent, à cette heure, de leur approbation, même tacite, de semblables agissements.

S'il en était réellement ainsi, les faits dénoncés mériteraient d'être soumis à l'examen du Conseil de l'Union des Syndicats.

LÉGISLATION PRATIQUE

La prorogation de certains baux postérieurs au 1er août 1914.

Une nouvelle loi sur les loyers, en date du 4 mai 1920 et publiée au *Journal officiel* du lendemain, a pour objet principal, conformément à son titre, « la prorogation de certains baux et locations verbales contractés entre le 1er août 1914 et la cessation des hostilités ».

Aux termes de l'article 1er, « les baux écrits ou verbaux de locaux à usage d'habitation conclus, ou se plaçant, pour l'entrée en jouissance, entre le 1er août 1914 et la cessation des hostilités, ainsi que tous renouvellements, toutes reconductions et prorogations légales relatives à ces baux, qui n'assureraient pas aux preneurs une jouissance allant jusqu'à l'expiration du délai de deux ans, à compter de ladite date de cessation des hostilités..., seront prorogés à la demande du preneur, s'il appartient aux catégories suivantes : mutilés ou réformés de guerre, veuves de guerre, ascendants de militaires ou marins morts pour la France ayant recueilli la veuve ou les enfants de ceux-ci, bénéficiaires des lois des 31 mars 1919 et 24 juin 1919, sinistrés dont l'habitation a été détruite ou rendue inhabitable par fait ou accident de guerre ».

La prorogation aura lieu pour un délai tel que, y compris la durée du bail ou des renouvellements déjà acquis, elle assure la jouissance du preneur jusqu'à l'expiration du délai de deux ans à partir de la date de la cessation des hostilités. Comme on sait que cette date est celle du 24 octobre 1919, c'est donc seulement jusqu'au 24 octobre 1921 que la loi récente assure la jouissance des bénéficiaires.

Cette prorogation doit se faire aux conditions fixées au bail, sauf application, si le bail a été renouvelé ou prorogé pendant la guerre, des règles fixées par la loi du 23 octobre 1919, en ce qui concerne le prix.

Rappelons que ces règles, que nous avons analysées dans le *Concours médical* du 16 novembre 1919, p. 1921, consistent en ce que le prix du nouveau bail ne doit pas être inférieur à celui du bail primitif. Dans ce cas, sur notification faite dans le délai fixé par la loi, la prorogation a lieu aux conditions de prix du bail primitif, et non à celles du bail renouvelé.

Les locataires qui désirent bénéficier de la prorogation édictée par la nouvelle loi doivent, à peine de forclusion, faire connaître leur volonté au bailleur, dans les trois mois qui suivront sa promulgation, c'est-à-dire *au plus tard le 5 août* 1920. La notification doit avoir lieu, comme celles prévues par la loi du 9 mars 1918, par acte extra-judiciaire, c'est-à-dire par ministère d'huissier.

Il ne faut pas attendre, comme pour l'application des lois antérieures sur la matière, soit le congé donné par le propriétaire, s'il s'agit d'une location verbale, soit les derniers jours du délai de trois mois avant l'expiration du bail, s'il s'agit d'un bail écrit.

Le droit de prorogation accordé par la nouvelle loi est strictement personnel au locataire (article 3). Aucune cession ou sous-location ne peut en être consentie, même s'il s'agit de locaux à usage d'habitation et les cessions ou sous-locations qui en auraient été consenties seront nulles plein droit.

L'article 4 contient, comme l'article 1er de la loi du 23 octobre 1919, des dispositions en faveur du propriétaire qui désire rentrer personnellement en jouissance des locaux qu'il avait loués.

Tout droit de prorogation est refusé aux locataires qui se trouvent dans les conditions déterminées par l'article 1er de la loi lorsque le bailleur démobilisé « déclarera reprendre et reprendra effectivement les locaux pour son habitation personnelle ou pour son usage commercial, industriel ou professionnel ».

Cette disposition ne bénéficie qu'au bailleur qui a été mobilisé et à la condition qu'il fasse connaître au locataire son intention de reprendre les locaux, par acte extrajudiciaire, dans la huitaine de la signification par celui-ci de sa volonté de proroger le bail.

Une disposition nouvelle, qui s'applique également aux lois antérieures sur les loyers, exclut de tout droit à prorogation « les baux relatifs aux locations de plaisance ou qui constituent, sous une dénomination quelconque, une habitation en plus du local familial où le locataire possède son domicile légal ».

Enfin, la loi nouvelle, comme ses aînées, édicte que toutes clauses et stipulations qui lui sont contraires seront considérées comme nulles et non avenues.

Cette loi n'est d'ailleurs pas la dernière qui aura été adoptée sur la matière épineuse des loyers de guerre.

Une loi sur les droits des cessionnaires et sous-locataires, votée par la Chambre des Députés, le même jour que celle que nous venons d'analyser, et comme elle sans débats, n'a pas encore été promulguée.

Un certain nombre de propositions de loi sur les loyers ont été déposées et attendent d'être discutées devant le Parlement.





Nous ne manquerons pas de signaler ici celles qui auront été sanctionnées par nos Législateurs.

J. DUMESNY.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

La mutualité et ses avantages.

Nous recommandons à l'attention de nos confrères la lecture du prospectus suivant :

Décréter la Mutualité obligatoire à tous les Français sera œuvre de protection des déshérités de la production nationale.

La Mutualité obligatoire *pour tous, riches ou non*, est devenue nécessité inéluctable, un Devoir patriotique, une sauvegarde pour la Patrie et sa population, une assurance d'augmentation du commerce et de l'industrie.

La guerre barbare, cruelle, sans motif, déclarée par les Allemands, à la mauvaise foi indéniable, a troublé la mentalité de nombre de nos compatriotes et par manque d'un cerveau unique pour diriger, erreur administrative, cause de la vie chère.

Comme pour la Mutualité, une rénovation administrative s'impose ; les preuves abondent attendu les nombreux services et bienfaits dont celle-là est l'auteur. Appréciée chez nos amis et alliés, la Mutualité obligatoire pour tous, chez nos nationaux au tempérament individualiste et imprévoyant, est négligée quoique garantissant les risques et les besoins de l'existence, le travail et le bien-être à tous les âge des adhérents.

Mieux que les Doctrines subversives, aux résultats sans avenir, répandant l'inconscience, la paresse, la division parmi nos compatriotes se laissant toujours entraîner par de fallacieux discours, dominés par cet élément de destruction sociale qu'est la politique.

La Mutualité, au contraire, loyalement tient ses promesses.

Dans l'intérêt de tous, sans hésitation, avec sagesse, à l'unanimité, nos législateurs voteront cette loi de bien public que représente la Mutualité obligatoire pour tous.

Ils contribueront à sauver la France civilement, comme l'ont fait militairement nos héroïques poilus, privés de l'électorat.

Les Français fortunés, sans exception, seront membres honoraires, à versements proportionnels sans participation effective.

Les travailleurs et les déshérités seront membres participants, à versements réduits et participation effective.

La Mutualité décrétée obligatoire pour tous annihilera les inégalités humaines créées par la nature. Sans dangers, elle associera les diverses classes sociales sans nuire à l'union sacrée, à la paix publique

Rendre hommage à la Mutualité obligatoire pour tous, à nos héroïques poilus, est un devoir.

Vive la France !

L'auteur a négligé de nous dire quelle serait la situation du médecin, dans cette nouvelle société modèle basée sur les bienfaits de la Mutualité obligatoire. Douce perspective pour le Corps médical, si les élucubrations de ce rêveur devenaient la réalité de demain ...

Dr M. VIMONT.

LA MÉDECINE RETROSPECTIVE

Les honoraires d'un médecin en 1862.

Permettez-moi de vous adresser la copie ci-jointe dont je viens de trouver par hasard l'original sur un en-tête de papier à lettre d'un confrère d'autrefois. Cela pourrait montrer aux médecins d'aujourd'hui qu'en 1862 la profession était plus lucrative que maintenant.

Dr E. BOUSQUET.
(de Mende).

Cabinet de consultation de M. Blanchon, médecin. Reçu par la Faculté de Montpellier.

N. B. — A partir du 16 août 1862, M. Blanchon, jadis domicilié à Annonay (Ardèche), demeurant présentement par intérim à Alais (Gard), Basse-Place St-Jean et plus tard à Genève (faubourg de Carrouge) a réglé son service médical comme suit :

Consultes, tous les jours, de 8 à 11 heures du matin pour les malades de ville, et les jours de marché aux mêmes heures pour ceux non alités de la campagne.

Visites des malades alités à domicile, d'une à cinq heures du soir, soit à la ville, soit à la campagne, sur les requis des malades ou des personnes qui les gouvernent. Point de visites sans leurs réclames formelles, et refus formel de son service médical au malade, ou parent perplexe, incrédule, inconstant, qui refuse d'observer exactement ses préceptes, parce que ces individus de mauvaise foi compromettraient leur vie et ses succès pratiques par d'utopies.

Multa paucis. Le prix de son service médical est fixé comme suit :

A partir du 16 août 1862 :

Consultes verbales : 2 francs y compris la note pharmaceutique par écrit. Consultes écrites : 5 francs pour chaque huitaine ou bien 25 francs lorsque la consulte écrite est suivie de la correspondance accessoire, tant que dure le traitement de la même maladie, le tout payé comptant sans

fournir aucuns remèdes. Les voyages ou visites à domicile, du malade alité : en ville, 2 francs par visite, à la classe ouvrière ; 5 francs au propriétaire ; 20 francs au rentier capitaliste ; et gratuite à l'indigent malheureux.

Consultes à la campagne, elles sont fixées à raison de :

5 francs par kilomètre, ou de vingt francs par lieu de 4 kilomètres parce que M. Blanchon ne procède qu'en médecin extraordinairement consulté ou appelé auprès des malades alités, et ne visite point les malades ambulants. Que l'homme parcimonieux reste chez lui ou qu'il s'adresse à d'autres. La loi l'autorise de faire ou de ne pas faire l'exercice de sa profession libérale et d'en être le libre arbitre.

Bien payé, bien servi !
Confiance et payement !
Sans cela nul traitement !

BLANCHON, médecin.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations.

— **Chirurgiens des hôpitaux.** — MM. Capelle et Mondor sont nommés chirurgiens des hôpitaux de Paris.

— Suivant décret du 14 mai 1920, les écoles supérieures de pharmacie, dont le siège social est à Paris, Montpellier, Nancy et Strasbourg, prennent le nom de facultés de pharmacie.

— **Clinique des maladies contagieuses** (hôpital Claude-Bernard). — L'enseignement des maladies contagieuses, le stage des étudiants ayant été achevé durant le mois de mars, est organisé pour le second semestre dans les conditions suivantes :

Les mercredis et vendredis, à 10 h. 1/2 : Leçon magistrale, soit à l'amphithéâtre provisoire, avec ou sans présentation de malades, ou leçon au lit du malade, par M. TEISSIER, professeur.

Le lundi, à 10 h. 1/2 : Leçon de technique clinique, à l'amphithéâtre ou au laboratoire, par MM. LUTENBACHER et GASTINEL, chef de clinique et chef de clinique adjoint.

Visite tous les matins de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/2, les jours de leçons ; à 11 h. 1/2, les autres jours.

L'examen des malades est fait par le professeur, par les assistants de la clinique ou par les élèves sous la direction du professeur ou des assistants. Les étudiants sont initiés à toutes les notions de pathologie générale, de technique sémiotique et diagnostique, de thérapeutique, que comporte l'étude pratique des maladies contagieuses.

L'enseignement de la chaire de clinique des maladies contagieuses, créé durant la guerre, sur la demande de la Faculté, et qui ne possède qu'une organisation provisoire, s'adresse plus particulièrement aux étudiants de 5e année ou en fin d'études, et aux docteurs en médecine.

— **Amphithéâtre d'anatomie.** — Le cours d'ophtalmologie opératoire par M. MORAX, ophtalmologiste de Lariboisière, assisté de MM. MAGITOT, ophtalmologiste des hôpitaux, et BOLLAK, assistant, commencera le lundi 7 juin 1920, à 13 h. 1/2 et continuera les jours suivants (sauf le samedi) à la même heure.

Droit d'inscription : 100 francs.

— **Hôpital Beaujon.** — Un cours de gynécologie en 20 leçons sera fait du 1er au 24 juillet, par M. SAVARIAUD. Le cours comprendra 10 leçons théoriques et 10 leçons pratiques (examens de malades ; démonstrations opératoires).

Programme des leçons théoriques : 1er juillet : Le diagnostic. — Les grands symptômes. — Examen méthodique des malades. — 3 juillet : Diagnostic et traitement des métrorrhagies (puberté, ménopause, *post partum*, *post abortum*, métrite, fibrome, cancer, etc.). — 6 juillet : L'aménorrhée et la dysménorrhée. — Les déviations utérines. — Principales malformations congénitales. — 8 juillet : Les déchirures du périnée. — Le prolapsus utérin. — 10 juillet : Les fistules vésico-vaginales et uretéro-vaginales. — 13 juillet : Vulvo-vaginite. — Bartholinite. — Métrite. — 17 juillet : Les salpingites. — Causes. — Diagnostic. — Traitement. — 20 juillet : Polypes et fibromes, — 22 juillet : Cancer du col et du corps. — 24 juillet : Tumeurs de la mamelle.

Les leçons auront lieu tous les jours, à 8 h. 1/2. Jours pairs : leçons théoriques ; jours impairs : leçons pratiques. Le 1er cours aura lieu à l'amphithéâtre de clinique de l'hôpital, le jeudi 1er juillet, à 8 h. 1/2. Les droits d'inscription sont de 100 francs. MM. les élèves sont priés d'en adresser le montant à M. Savariaud, 31, rue Marbeuf.

Des places gratuites sont réservées à MM. les Internes et Externes des Hôpitaux, qui sont priés de s'inscrire à l'avance et de se munir de pièces d'identité.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Les visites et interventions du dimanche et le Tarif Dubief.

Abonnée au *Concours Médical* et inscrite au « Sou Médical » je vous serais très reconnaissante de vouloir bien me donner le renseignement suivant, soit directement, par lettre, soit par l'intermédiaire du *Concours*.

Les médecins ont décidé de doubler le montant de leurs honoraires les dimanches et jours de fêtes. Mais cette décision s'étend-elle aux accidents du travail ? J'ai assez souvent l'occasion de soigner des blessés des yeux qui viennent me trouver le dimanche, soit qu'ils aient été blessés le samedi, soit qu'ils l'aient été dans le travail de nuit. D'autre part, un certain nombre de mes blessés ont besoin de pansements quotidiens. Je dois donc les soigner aussi bien les dimanches et jours fériés que les autres jours. Puis-je, en envoyant mes notes aux Assurances, doubler mes honoraires pour ces dimanches et jours fériés ?

J'attends votre réponse pour envoyer mes notes. Je vous serais donc très reconnaissante de me répondre le plus tôt possible. Dse A.

Réponse.

Le Tarif Dubief actuel ne prévoit pas une augmentation des honoraires pour les visites, consultations et interventions pratiquées le dimanche.

Dans le silence du Tarif, il n'y a donc pas lieu de compter doubles les honoraires médicaux pour soins donnés le dimanche aux blessés du travail, lorsque, bien entendu, c'est le blessé qui a choisi son médecin, et que, par suite, le Tarif Dubief est applicable dans les relations de médecin à chef d'entreprise.

Si, au contraire, c'est le patron qui a choisi le médecin traitant de son ouvrier, c'est le tarif ouvrier local qui est applicable, et s'il comporte le doublement des honoraires lorsque les soins sont donnés les dimanches et jours de fêtes, il y a lieu d'appliquer cette disposition parfaitement légitime du tarif.

L'indemnisation des accidents du travail au-dessus de 2.400 francs.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me faire savoir si le chiffre de 2.400 fr. mentionné à l'art. 2, § 2, de la loi du 9 avril 1898 a été modifié par une loi postérieure ou s'il est toujours en vigueur.

Dr L.

Réponse.

Le chiffre de 2.400 frs au-dessus duquel les blessés du travail n'ont droit qu'au quart des rentes stipulées à l'article 3 de la loi de 1898, sauf convention contraire élevant le chiffre de la quotité, n'a encore reçu aucune modification.

Il existe depuis un certain temps des proposi-

tions de loi tendant à élever ce chiffre, qui n'est plus en rapport avec le coût de la vie et le montant des salaires. Mais jusqu'à présent ces propositions ne sont pas encore venues en discussion devant le Parlement.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Contestation d'honoraires pour soins donnés à un accidenté du travail.

RAPPORT DU MÉDECIN EXPERT.

(Extrait des minutes du Greffe de la Justice de Paix du XVIII° arrondissement).

« Je soussigné, médecin chef de service des hôpitaux de Paris, expert près les Tribunaux, officier de la Légion d'honneur, commis par M. le Juge de paix du XVIII° arrondissement à l'effet d'examiner la note d'honoraires du docteur Signoret et fixer la somme due, déclare avoir procédé à cette expertise le 24 janvier 1920 en présence de : premièrement : du docteur Signoret, demandeur ; deuxièmement : du docteur Millet, représentant *Les Forges de France.*

« Le docteur Signoret réclame à la Compagnie d'assurances *Les Forges de France* la somme de cent trente-deux francs montant de sa note d'honoraires pour l'ouvrier Bernard.

« Celui-ci été victime d'un accident au cours de son travail le 13 septembre 1919. Il a repris son travail le 25 septembre, et a dû l'interrompre à nouveau le 13 octobre pour abcès lymphangitique de la face postérieure du coude gauche avec adénite de l'aisselle consécutive à une plaie contuse de l'avant-bras.

« Le traitement a duré du 13 octobre au 1er novembre et la note du docteur Signoret est établie ainsi qu'il suit :

13 octobre. Consultation, certificat, incision, d'abcès, pansement antiseptique complet. Fr.	12
8 pansements antiseptiques complets les 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 24.	32
Consultation avec le docteur Millet	8
3 pansements antiseptiques complets, les 27, 28, 30	12
1er novembre. Certificat de guérison	2
Total ...... Fr.	66
Majoration de 100 % ...	66
Fr.	132

Le docteur Signoret fait remarquer que les pansements antiseptiques complets ont été rendus nécessaires par l'existence d'une lymphangite de tout le bras. Il ajoute que, le 24 octobre, date de la visite de contrôle, il existe encore (la note de l'assurance le constate) une « croutelle » un peu suintante et que, les jours suivants, il y eut une nouvelle poussée de lymphangite, ce qui explique l'emploi de pansements humides, presque jusqu'à la consolidation.

La Compagnie d'assurances prétend que l'usage continu de pansements antiseptiques constitue un abus qu'elle ne peut approuver.

Le 24 octobre, le médecin de la Compagnie d'assurances avait constaté l'état du blessé et avait dit : il n'y a plus trace de lymphangite, ni d'adénite, mais il reste à la partie supérieure du radius gauche une croutelle de deux centimètres sur un demi-centimètre un peu suintante.

Il n'y avait donc toujours plus, d'après les dires de la Compagnie d'assurances, à la date du 23 octobre qu'une lésion insignifiante ; et on peut en déduire à ce moment, que depuis cinq jours au moins la plaie ne nécessitait plus de pansements antiseptiques.

Elle propose en conséquence de libeller la note ainsi qu'il suit :

Certificat et consultation .... Fr.	4
Incision abcès	4
6 pansements antiseptiques du 13 au 18 octobre	24
2 consultations avec pansements antiseptiques	4
7 pansements simples	14
Consultations avec contrôle	4
Consultation finale	2
	56
Majoration de 100 %	56
Total ....Fr.	112

Discussion. — Les observations de la Compagnie d'assurances nous semblent mal fondées, et cela pour deux raisons :

Premièrement :

Elle reproche au médecin traitant de ne pas avoir fait suivre les pansements antiseptiques complets d'un certain nombre de pansements simples. Or, nous ne croyons pas que le législateur ait jamais prétendu que d'une façon systématique, et dans tous les cas, que des pansements simples devraient précéder la consolidation. Le médecin est certainement libre du choix de son traitement jusqu'au dernier jour, et il ne doit obéir qu'aux nécessités de la blessure. Dans l'espèce, le 24 octobre, le médecin de la Compagnie d'assurances avait constaté l'existence au niveau de la plaie « d'une croutelle encore suintante » et il se peut très bien que cette lésion, quelque peu importante, ait paru nécessiter l'emploi d'un pansement antiseptique.

Deuxièmement :

La Compagnie d'assurances offre au médecin traitant un certain nombre de consultations, en plus des pansements antiseptiques et elle tranche ainsi en faveur de celui-ci, la question toujours si controversée du cumul (1).

Il se trouve qu'elle propose au docteur Signoret un cumul qu'il aurait peut-être le droit d'exiger de temps en temps, ce qui, à notre avis, démontre, péremptoirement qu'il n'a pas voulu surcharger sa note d'honoraires.

(1) Voir sur cette question le jugement du Tribunal de Millau du 27 février 1920, dans le *Concours Médical* du 25 avril 1920, page 1077.

Dans ces conditions, nous estimons que la note du docteur Signoret est établie d'une façon équitable et qu'elle doit lui être payée intégralement.

Signé : COURTOIS-SUFFIT.

EXTRAIT DU JUGEMENT DU TRIBUNAL.
(13 février 1920)

Le Tribunal, ouï les parties en leurs conclusions :

Attendu que les sieurs Roussel et fils ont régulièrement formé opposition au jugement rendu par défaut par ce Tribunal le deux janvier mil neuf cent vingt, les condamnant à payer cent trente-deux frs. comme honoraires.

En la forme les recevons opposants audit jugement et au fait ;

Attendu qu'à la date du seize janvier mil neuf cent vingt, nous avons commis Monsieur le docteur Courtois-Suffit, expert, afin d'examiner la note du docteur Signoret ;

Attendu que l'Expert a régulièrement déposé son rapport au rang des minutes du Greffe ;

Attendu que l'Expert conclut qu'il estime que la note du docteur Signoret est établie d'une façon équitable et qu'elle doit lui être payée intégralement ;

Qu'il y a donc lieu d'entériner ce rapport purement et simplement et de débouter les sieurs Roussel et fils de leur opposition ;

Par ces motifs :

Statuant en dernier ressort et contradictoirement,

Entérinons le rapport du Dr Courtois-Suffit.

En conséquence, déclarons les sieurs Roussel et fils mal fondés en leur opposition, les en déboutons.

En conséquence, disons et ordonnons que le Jugement rendu par défaut par ce Tribunal le deux janvier mil neuf cent vingt sortira son plein et entier effet pour être exécuté selon ses formes et teneur.

Et condamnons les sieurs Roussel et fils aux dépens taxés et liquidés pour l'opposition seulement à cinq francs soixante-quinze centimes et au coût du présent jugement.

Commentaires.

Du rapport du médecin expert, nous devons retenir ceci : c'est que le médecin traitant est seul juge des soins à donner à son blessé. En praticien, le Dr Courtois-Suffit a parfaitement admis qu'une petite plaie croûtelleuse, paraissant bénigne le 24 octobre, peut parfaitement être, le lendemain, le point de départ d'une lymphangite.

Pourquoi dès lors suspecter continuellement la bonne foi des médecins et ne voir, parmi nous tous, que de malhonnêtes gens, plus ou moins marrons ? Le médecin de l'assurance, au lieu de se présenter en confrère, venu pour discuter un diagnostic et un traitement, prend souvent l'allure d'un agent technique de la Cie : fréquemment ancien médecin militaire, il a gardé la raideur et la brusquerie de son ancienne fonction : il est tenté de considérer le médecin contrôlé, non

comme un égal et un confrère, mais comme un inférieur, ou un carottier.

Mœurs déplorables, qui nuisent aux blessés, aux assurances et aux médecins.

Autre remarque : les services des assurances, tout à faire incompétents dans l'art de guérir, prétendent qu'il y a une progression dans la guérison d'une plaie : par suite, pendant tant de jours, les pansements sont antiseptiques complets, puis ils deviennent aseptiques pendant les quelques jours qui précèdent la consolidation.

Si ces messieurs des bureaux avaient, une fois dans leur vie, donné des soins à des blessés, ils sauraient que fréquemment, un bon ouvrier, qui demande à travailler le plus vite possible, pour toucher plus tôt son plein salaire, demande sa reprise de travail, alors même que la plaie est à peine cicatrisée. Il la protège par des moyens de fortune ; mais du moment qu'il n'a plus besoin de soins médicaux, il entend ne pas s'éterniser dans son oisiveté.

Aussi le médecin est-il en droit de compter ses soins jusqu'au dernier jour de l'incapacité de travail.

Il est impossible de le faire comprendre aux employés qui sont chargés de discuter nos notes : dans un but d'économie intéressée, ceux-ci prétendent que les derniers pansements sont des opérations faciles, qui ne donnent droit à au honoraire.

Cette habitude de rabais perpétuel agace les médecins consciencieux, qui se refusent progressivement à soigner des blessés du travail.

Certains soutiennent qu'ainsi les assureurs auront atteint leur but en dirigeant les victimes du travail, soit aux dipensaires d'assurances, soit chez le médecin marron qui, secrètement serait de connivence avec les Cies, pour les besoins d'une campagne destinée à discréditer le corps médical, afin d'arracher au législateur la suppression du libre choix et du tarif à la visite.

Déplorons une fois de plus ces habitudes procédurières des assurances, qui, pour faire des bénéfices, préfèrent perdre de l'argent en frais de procédure, à seule fin d'intimider les médecins timorés, ou pour décourager les bonnes volontés.

Dr Paul Boudin.

DOCUMENTS OFFICIELS

Modification aux conditions dans lesquelles les officiers du service de santé de l'armée active peuvent occuper des fonctions civiles.

Rapport au Président de la République Française

Paris, le 11 mai 1920.

Le décret du 15 avril 1910 portant règlement sur les conditions dans lesquelles les officiers

du corps de santé de l'armée active peuvent être autorisés, en temps de paix, à exercer des fonctions civiles, spécifie (art. 3) que les officiers pourvus de cette autorisation « seront affectés au service hospitalier et astreints à toutes les obligations militaires de ce service ».

Les hostilités avec leurs conséquences (hospitalisation, réforme, pensions, etc.), ont accru considérablement l'importance du service que doivent assurer les officiers du corps de santé militaire ; par contre, le recrutement de ce personnel a été presque nul pendant la guerre et les vacances sont actuellement supérieures au quart de l'effectif légal.

La gêne considérable qui en a résulté dans le fonctionnement du service de santé militaire à l'intérieur, a entraîné l'obligation de faire assurer aux médecins des hôpitaux militaires, des services extérieurs (place, détachements, etc).

Or, il importe que tous les médecins militaires, y compris ceux occupant des fonctions civiles, puissent participer dans les mêmes conditions à l'exécution du service général.

Tel est le but du décret ci-joint que j'ai l'honneur de soumettre à votre haute sanction.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

A. MILLERAND.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du président du conseil ministre de la guerre par intérim,

Vu la loi du 14 avril 1834 sur l'avancement dans l'armée ;

Vu la loi du 19 mai 1834 sur l'état des officiers ;

Vu la loi du 14 mars 1882 sur l'administration de l'armée, modifiée par la loi du 1er juillet 1889 ;

Vu le décret du 27 juin 1915 et notamment l'article 18 relatif aux engagements que doivent contracter les élèves de l'école du service de santé militaire et les élèves des écoles vétérinaires ;

Vu le décret du 15 avril 1910 portant règlement sur les conditions dans lesquelles les officiers du corps de santé de l'armée active peuvent être autorisés à occuper, en temps de paix, des fonctions civiles.

Décrete.

Art. 1er. — Le premier alinéa de l'article 3 du décret du 15 avril 1910 est remplacé par celui ci-après.

« Les médecins ayant obtenu au concours les titres universitaires spécifiés à l'article 1er, seront affectés au service hospitalier ; ils seront, en outre, astreints à toutes les autres obligations militaires imposées aux officiers du corps de santé de la même garnison. »

11 mai 1920.

(*J. O.*, 23 mai 1920.)

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, Duvernay, Forestier, Goddard, Kent-Gazet, Lel‹ng.
Allevard-les-Bains, Boël.
Ax-les-Thermes (Ariège). Bousquet, Dresch, Gomma.
Bagnoles-de-l'Orne. Joly, Prunel.
Barèges. Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Lacour.
Bourbon-Lancy, Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers**. Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains, Colbert. — Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets, Armengaud, Got,
Châtel-Guyon. Baumann, Bayrac, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Baillivet.
Eaux-Bonnes. Bajac.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Evaux-les-Bains. Lepage.
Evian, Martinaud.
Forges-les-Eaux. Bernardicou
Gréoux (Basses-Alpes). C. Mathieu.
La Bourboule. Christin, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy.
La Roche-Posay-les-Bains. Canoy.
Luchon, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Pelon.
Luxeuil-les-Bains. Bornèque, Gugnier, Picot, Rimey.
Martigny. Dedet. Payen.
Mont-Dore. Débidour, Levadoux.
Néris, Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, Hagen, de Langenhagen, Truelle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert
Royat. Mougeot.
Salins-les-Bains Bourny.
Salies-de-Salat. Barbé.
Saint-Didier, (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Baradat. Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte. Odin. Ségard.
St-Nectaire Serane, Siguret, Yersepuy.
St-Sauveur. Sabail.
Salies-de-Béarn. Callais, Coustère. David Reynaud
Sermaize-les-Bains. Rousselot.
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains, Chabannes, David.
Vichy. Cahen, Casteran, Chevreux, Cotar, Gannat, Guinard, Gandelin, Reynes, Ed Vidal.
Vittel, Constant, Mousseaux

Le VIN GIRARD



IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD,** de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

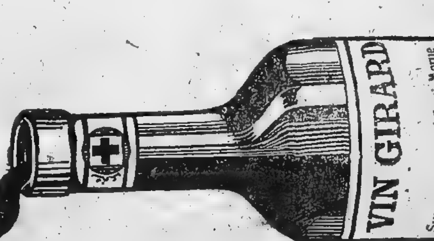
Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE

UN VERRE A MADÈRE
AVANT LE REPAS





VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 24 — DIMANCHE 13 JUIN 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS

Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

DIRECTION

Dr A. GASSOT, DIRECTEUR

Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT

J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. N° 24 13 Juin 1920

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

(Voir numéros précédents).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr TRUELLE, de Plombières (Vosges), la somme de vingt francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 268. — Docteur, 33 ans, célibataire, cherche situation, fixe maison de santé, dispensaire ou autre, préférence ville école de médecine. Irait en Alsace-Lorraine. Ecrire Dr Israel, Neuilly-en-Thelle, Oise.

N° 269. — Peau, voies urinaires, gynécologie. Ancien externe hôp. Paris, français, études terminées, 30 ans, meilleures réf., libre juillet à novembre, assisterait ou remplacerait spécialiste pour toutes régions.

N° 270. — A vendre auto torpedo (Le Gui) 1913, marche parfaite, 2 places et spider, 12 HP., 10.000 francs. Dr Devallet, Allonnes (Maine-et-Loire).

N° 271. — Le Dr Sabathé, 25, place Velpeau, à Tours, demande si confrère pourrait lui céder *Agenda memento du praticien*, édition 1920.

N° 272. — Médecin désirerait participer à polyclinique importante et sérieuse.

N° 273. — Médecin ayant grosse clientèle à Paris, connaissant auto et moto, remplacerait pendant les vacances confrère rural (de préférence mer ou montagne), dont il occuperait la maison avec sa femme, trois enfants et deux domestiques.

N° 274. — Jeune docteur éprouvé par guerre, actuellement bon état, cherche poste interne hôpital petite ville, ou clinique particulière, de préférence Midi ou Centre. S'adresser à l'Association générale des médecins de France, 5, rue de Surène Paris (8e).

N° 275. — A vendre, 10 années *Annales politiques et littéraires* ; plusieurs volumes collection Testut, Dictionnaire encyclopédique J. Trousset, relié, état neuf.

N° 276. — Val André. Médecin recevrait 4 chroniques ou convalescents pour cure de régime, de repos, du 15 juin au 15 octobre. Dr Simon, à Pléneuf (C.-d-N.)

N° 277. — Seul médecin pro-pharmacien, commune 5.000 habitants, céderait poste si indemnité suffisante. Dr Thomas, Plumélian, Morhiban.

N° 278. — A céder excellente clientèle dans plage très connue. Beau rap., très belle villa. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 279. — Clinique d'accidents du travail à céder dans grande ville de province. Belle installation. Gros rapport. Long bail. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 280. — Etudiant en médecine, scolarité terminée, disposant de loisirs, cherche — Paris ou banlieue —, sit. d'assistant près de médecin âgé et occupé, dont il pourrait plus tard prendre la suite.

N° 281. — A vendre : conduite intérieure, Bayard-Clément 10 HP., 2 places, écl. électrique, fonctionnement parfait.

N° 282. — Conduite intérieure, Citroën, 3 places, à vendre neuve.

CORRESPONDANCE

A propos du Tarif Dubief et de sa revision.

Nous recevons chaque jour, de nos abonnés, des lettres dans lesquelles ils discutent et critiquent le projet de Tarif Dubief qui est actuellement soumis, par l'Union des Syndicats, à l'examen de la sous-commission ministérielle.

Toutes ces lettres sont immédiatement communiquées par nous au secrétariat de l'Union, et ceux d'entre nous qui font partie, soit de la commission ministérielle, soit du Conseil de l'Union, en ont pris préalablement connaissance, et s'en inspirent dans les réunions auxquelles ils sont appelés à prendre part.

Certains de nos correspondants s'étonnent que le *Concours Médical* n'ait jamais publié le projet de l'Union.

C'est à la demande même de l'Union, qui en a d'ailleurs saisi directement elle-même les Syndicats médicaux, que nous nous sommes abstenus de faire cette publication, qui aurait pu gêner les tractations en cours, dont nous avons, la semaine dernière, souligné toutes les difficultés.

Nous répétons ici que la tâche de ceux de nos confrères qui discutent officiellement avec les assureurs est des plus compliquée et des plus ardue.

Les assureurs arrivent en effet aux séances avec des *tarifs syndicaux récents dans lesquels on trouve encore la visite évaluée à 4 frcs et même moins, dans certaines régions* ... Parfaitement !!!!

En quelle posture se trouve le médecin délégué à la Commission, quand il se voit opposer des prix médicaux notablement inférieurs à ceux qu'il réclame ?

Nous invitons cependant nos confrères à continuer à nous écrire à ce sujet, et à nous faire part de leurs impressions et de leurs suggestions. Elles ne sont ni inutiles ni perdues, et compte en est tenu, dans les contre-propositions et les amendements que provoque la discussion.

La Direction du Concours Médical.

L'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie.

Je vous remercie de votre communication du 21 avril au sujet de l'exercice simultané de la méde-

cine et de la pharmacie et de la livraison de médicaments aux assistés. Les rôles des contributions n'étant pas encore publiés, j'ignore si j'aurai une patente indiquant la profession de pharmacien et en tout cas, j'abandonne la prétention de livrer des médicaments aux assistés.

Mais, sur ce litige, vient s'en greffer un autre : à la suite de la visite d'un employé de la préfecture et du pharmacien inspecteur départemental, le Préfet prétend, par la lettre dont je joins la copie, que je ne suis pas en droit d'exercer la pharmacie, c'est-à-dire de livrer des médicaments à quiconque. Outre le dépôt obligatoire des diplômes, ce qui j'ai fait, il exige, sous l'indication du Dalloz, que j'aie une vitrine et une inscription au-dessus de ma porte. Est-ce vraiment légal ?

J'avais prétendu que c'était aller trop loin, attendu que la loi de germinal ne paraît pas exiger autre chose que le dépôt des deux diplômes.

Il y a aussi un mot qui n'est pas très juste dans cette lettre préfectorale. Il y est dit : il résulte que vous tenez simplement un stock de médicaments. J'ai été pendant la grande guerre pharmacien chef des hôpitaux ; j'avais à ma disposition un stock pareil de médicaments, j'étais pharmacien et considéré comme tel. Y a-t-il donc deux poids et deux mesures ?

Dr B.

Lettre du Préfet à Monsieur le Docteur B...

Monsieur,

Par lettre en date du 24 février dernier, je vous ai fait connaître que l'ouverture d'un dépôt de médicaments par un médecin, même possédant le diplôme de pharmacien, était illégale lorsqu'il existait dans la commune, lieu de résidence du médecin, un pharmacien ayant officine ouverte. Je vous ai prié de vous conformer aux dispositions légales ou de vous abstenir de livrer des médicaments.

En réponse à cette communication, vous m'avez fait connaître que votre diplôme de pharmacien a été visé à la mairie de C. et enregistré au greffe du tribunal de V., et que vous estimez être en règle au regard de la loi.

J'ai l'honneur de vous informer que, dans les communes où existe un pharmacien ayant officine ouverte, la loi exige également l'ouverture d'une officine pour qu'un médecin-pharmacien puisse livrer des médicaments.

Or, des renseignements qui m'ont été fournis, par le service de contrôle, il résulte que vous tenez simplement un stock de médicaments et que vous n'avez pas d'officine ouverte.

Dans ces conditions, vous ne réunissez pas les conditions légales pour livrer des médicaments et je vous invite à nouveau à cesser, à partir du jour de

la réception de la présente communication, toute livraison de produits pharmaceutiques.

Réponse de Me Gatineau.

La question de l'exercice simultané des deux professions de médecin et de pharmacien par quelqu'un pourvu des deux diplômes, tant au point de vue de la jurisprudence qu'au point de vue légal, devrait être résolue dans le sens de la validité de cet exercice simultané.

La jurisprudence ne considère pas ce cumul comme prohibé par la loi *pénale* (Cass. 13 août 1841. Sirey, 1843. 1. 738. Dalloz *Jur. Gén.* au mot *Médecine* n° 145, note 2. *Id*, Suppl. n° 102. Paris, 3 août 1850. *Dal. Pér.* 1851. 2. 171; Perreau, 1908, *Eléments de Dr. Méd.* p. 185).

Ce dernier auteur se demande s'il n'est pas demeuré prohibé au point de vue civil. Mais il ne résout la question qu'en constatant que l'action en concurrence déloyale serait ouverte aux médecins non pourvus des deux diplômes, bien entendu à la condition que le médecin pharmacien se livrât à quelque abus, et non pas seulement en se basant sur le seul fait du cumul des deux professions. Il ajoute que le médecin-pharmacien doit payer deux patentes.

Il reconnaît également (p. 186) que la règle inscrite dans l'article 27 de la loi du 21 germ. an XI, pour le cas où aucune officine ouverte n'existe dans la localité où exerce un médecin, n'a aucun rapport avec la question du double diplôme. Une confusion à cet égard est faite dans la lettre du Préfet du Nord qui nous est communiquée.

Lorsque le médecin-pharmacien a rempli toutes les formalités administratives et fiscales pour être en droit d'exercer la profession de pharmacien, aucun obstacle légal ne devrait l'empêcher de vendre des remèdes au domicile où il exerce la médecine, bien entendu, *à tous venants*, à la condition de délivrer une ordonnance médicale à tout client qui ne s'en sera pas pourvu chez un de ses confrères.

La question de savoir s'il doit ouvrir une officine ne se pose pas. La vente des remèdes peut avoir lieu aussi bien dans un appartement que dans une boutique, avec deux bocaux de couleur. On ouvre une officine, par le seul fait qu'inscrit au rôle des patentes comme pharmacien, ayant accompli toutes formalités de dépôt du diplôme près de l'autorité préfectorale, on détient des produits médicamenteux dans le but d'en vendre, sur ordonnance, à ceux qui en demanderont.

L'art. 11 du projet de loi qui est devenu la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine interdisait ce cumul. Il a été détaché de la loi pour être renvoyé à la commission qui sera chargée de l'examen du projet de loi sur

l'exercice de la pharmacie. Ce projet n'a jamais été discuté au Parlement. Il s'ensuit que le cumul n'est contraire à aucune loi.

Mais il est très difficile d'obtenir des diverses administrations qu'elles se convainquent de cette conclusion. Et elles continuent, sur toute la ligne, à remplacer une loi inexistante par l'arbitraire de leurs décisions.

Nul n'est forcé de s'adresser à un médecin-pharmacien. On comprend que certains règlements en matière d'assistance médicale gratuite soient rédigés de façon à interdire les rapports en matière médicale et pharmaceutique avec les médecins-pharmaciens dans leurs deux fonctions cumulées, en leur réservant le choix entre les deux fonctions, dans le service de l'assistance médicale. Mais à cela seulement peuvent se borner les droits de l'administration.

G. Gatineau.
Avocat à la Cour d'Appel.

Prix des visites au Tarif Dubief actuel dans la banlieue de Paris.

Le Docteur C. envoie ses compliments au *Concours Médical* et serait reconnaissant qu'on veuille bien lui répondre si le prix des visites au domicile d'un blessé (tarif Dubief non majoré), dans la banlieue de Paris, est le même que pour Paris : 2 fr. 50, quel que soit le nombre des habitants de la localité, ou au contraire, 2 fr. ou 1 fr. 50, selon le nombre des habitants.

Réponse.

Le prix des visites au tarif Dubief, dans la banlieue de Paris, est actuellement déterminé par le nombre des habitants, comme partout ailleurs, sauf les exceptions admises par l'arrêté ministériel du 26 juillet 1906.

La commune de S. ne figurant pas dans cet arrêté, c'est donc, pour cette commune le prix tel qu'il résulte du chiffre de sa population qui doit être appliqué.

Dans les communes environnantes, vous devez appliquer le même prix, suivant le principe d'après lequel le prix de la visite est déterminé par la résidence du médecin.

Soins aux victimes d'un accident d'auto.

Je soigne actuellement quatre membres d'une même famille, blessés dans un accident d'automobile, accident couvert par une assurance. Dois-je, dans la note à fournir à la Cie d'Assurances, compter, chaque fois que je me rends au domicile des blessés,

(*Voir la suite page XXXI*-1529).

SANATORIUM D'ENVAL

à 5 kilomètres de Riom (Puy-de-Dôme)
PRÈS DU CHATEAU DE TOURNOEL ET DE CHATELGUYON
(UN DES PLUS BEAUX SITES D'AUVERGNE)

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

VUE MAGNIFIQUE — CLIMAT IDÉAL
INSTALLATION TRÈS MODERNE
GRAND CONFORT —::— GALERIES DE CURE A CHAQUE CHAMBRE
⊙ ⊙ ⊙ **SOLARIUM** ⊙ ⊙ ⊙

CHIMIOTHÉRAPIE
ANTITUBERCULEUSE

BACTIOXYNE

MANGANATE CALCICO-POTASSIQUE

en ampoules:

de 5cc pour injections intraveineuses	de 3, 5 et 10cc pour instillations rectales

ADRESSER LA CORRESPONDANCE ET LES DEMANDES D'ÉCHANTILLONS
AUX USINES CHIMIQUES DU PECQ
39, Rue Cambon, PARIS
DÉPÔT DANS LES PRINCIPALES PHARMACIES DE FRANCE

et à PARIS Laboratoires BAUDRY 68, Boulevard Malesherbes.

Coaltar Saponiné Le Beuf

Antiseptique, détersif, antidiphtérique
Ce produit est particulièrement efficace dans les cas d'**angines couenneuses, anthrax, gangrènes, leucorrhées, otites infectieuses, stomatites, ulcères**, etc.
J. LE PERDRIEL, 11, rue Milton, PARIS

Gaïacalcine Latour

Polyphosphate Gaïacolé calcifiant
Modificateur des Sécrétions
Présentée en cachets. Boites pour 15 jours de traitement.
Bronchite chroniq. Emphysème pulmonaire. Tuberculose pulmonaire et osseuse. Dilatation des bronches. Catarrhe. Bronchite aiguë. Trachéo-bronchite. Anémie.
Vente en gros : Laboratoires Latour. 17, Place des Vosges. Paris.
DÉTAIL TOUTES PHARMACIES

MENTON

" L'Hermitage "

Maison de Cure climatique
des Drs GALLOT et COUBARD



Convalescences
Etats asthéniques
Maladies de la nutrition
Contagieux exclus
Cures d'air et de soleil
Hydrothérapie

PROPOS DU JOUR

Au sujet de la création des dispensaires de prophylaxie sociale pour la lutte antisyphilitique.

La Commission de prophylaxie des maladies vénériennes, constituée par le Ministre de l'hygiène, a commencé ses travaux sous la présidence de M. le Pr Pinard, député. Nul ne saurait jouir d'une autorité mieux établie, ni inspirer plus de confiance au corps médical que M. Pinard. A l'âge de la retraite, où tant d'autres jugent légitime de prendre un repos mérité, l'éminent professeur n'a pas craint de se lancer dans la politique avec la fougue et l'enthousiasme de la jeunesse, mû par le seul espoir de réaliser quelques-unes des réformes sociales pour lesquelles il a bataillé toute sa vie. Il suffira à nos Syndicats médicaux de faire appel au professeur Pinard, pour qu'il fasse comprendre à la Commission dont il dirige les travaux qu'il ne saurait y avoir de prophylaxie antisyphilitique efficace et possible sans l'étroite collaboration de tous les médecins praticiens. Nous ne doutons pas que le maître qui a organisé et réalisé, à la clinique Baudelocque, un enseignement réellement technique et pratique de l'obstétrique, en faisant de tous ses élèves des accoucheurs et de la plupart de bons accoucheurs, et a sauvé de ce fait des milliers et des milliers d'existences, ne dispose de l'autorité nécessaire auprès de la Commission et auprès des groupements médicaux pour obtenir cette collaboration nécessaire.

La Commission, si les renseignements qu'on nous a donnés sont exacts, demande la création de 300 dispensaires en France et prévoit un budget annuel de 30 millions pour assurer leur fonctionnement. C'est un résultat appréciable, mais reste à savoir en quoi consistera ce fonctionnement ? Pour cela nous n'envisageons que trois procédés possibles :

1° Le dispensaire sera organisé contre le corps médical ; 2° le dispensaire fonctionnera en dehors du corps médical ; 3° le dispensaire s'assurera la collaboration du corps médical.

Nous avons peine à concevoir la possibilité de la première solution. Cependant, malgré son absurdité, elle n'est pas absolument irréalisable. On peut supposer que les fonctionnaires médicaux chargés des services du dispensaire, soient incités à tenir le praticien à l'écart. Par quelques réflexions venimeuses ou quelques réticences ironiques, ils pourraient s'efforcer de déconsidérer le médecin praticien auprès des malades, l'accuser d'ignorance en matière de syphilis et rejeter toute intervention de sa part comme incompétente, déplacée et dangereuse.

Ce procédé, qui dresserait contre le dispensaire l'unanimité des praticiens, jetterait sur l'institution un tel discrédit qu'elle serait frappée de mort dès le début de son fonctionnement. Quelle que soit la valeur technique du directeur du dispensaire, le public n'hésiterait guère entre lui et les praticiens qui pénètrent dans les familles, y rendent chaque jour des services et ont des droits à la reconnaissance de tant de personnes.

Mais nous n'avons envisagé ce premier cas que pour mémoire, peu de gens auraient la sottise et l'outrecuidance d'user de pareils procédés.

Le second cas, qui consisterait à créer le dispensaire en dehors du corps médical, serait une réalisation beaucoup plus vraisemblable, car il s'accorderait bien avec les traditions actuelles de nos administrations routinières et bureaucratiques. Le directeur du dispensaire et ses assistants, tout en affectant la plus parfaite correction avec les praticiens, leurs confrères, tout en tenant compte de leurs recommandations et de leurs avis le plus courtoisement du monde, n'auraient avec eux aucun rapport direct.

Nous sommes convaincus que l'établissement végèterait comme l'ont fait à Paris plus d'un dispensaire antituberculeux, officiel ou privé, dans ces vingt dernières années. Les praticiens ignoreraient le dispensaire, n'en seraient pas les intelligents pourvoyeurs, et la clientèle de ce dernier, réduite à quelques malades indésirables, serait tellement limitée qu'il ne remplirait pas son but.

Reste la troisième méthode, celle de la collaboration étroite des praticiens et du dispensaire. Le premier souci du médecin, directeur du dispensaire, qui, par des liens à établir, serait intimement uni au corps médical local, serait de rester en relations constantes avec

ses confrères de la ville et de la région, de leur faire comprendre que son établissement est pour eux tous une maison commune, où chacun se sentant chez lui, pourrait venir s'instruire, et se renseigner. Le praticien y conduirait lui-même ses malades, les examinerait avec les spécialistes, ferait procéder aux analyses et examens spéciaux nécessaires. Il prendrait une part active au traitement et poursuivrait dans la famille, par une surveillance discrète et avisée, l'œuvre prophylactique. Observateur toujours aux aguets, au moindre symptôme suspect, il dirigerait son malade sur le dispensaire, tirerait au clair, avec les moyens de laboratoire mis à sa disposition, un diagnostic indécis. Seul, le praticien pourrait permettre le dépistage de tant de cas volontairement ou involontairement tenus cachés ; seul il permettrait d'entreprendre à temps le traitement utile de ces affections chroniques, si nombreuses et si diverses, dont la véritable origine est une syphilis acquise ou héréditaire méconnue. Pour toute personne de bon sens et tant soit peu au courant de l'exercice pratique de la profession médicale, les avantages, l'absolue nécessité même de cette collaboration, ne saurait être discutée.

La difficulté consiste à établir cette collaboration intime, à l'organiser, à la rendre régulière et effective, à en étudier les modalités diverses et pratiquement réalisables. Cette étude doit être abordée en toute franchise par la Commission de prophylaxie des maladies vénériennes. Elle ne pourra la mener à bien qu'en faisant appel aux intéressés, aux syndicats médicaux, les seuls groupements légalement organisés et autorisés à parler au nom des médecins praticiens.

M. le Pr Pinard, président de la Commission, dépourvu à ce sujet de tout préjugé bureaucratique, n'hésitera pas, nous l'espérons, à s'adresser à eux. Grâce à sa large compréhension des questions d'hygiène, d'assistance et de prophylaxie, grâce à sa connaissance du corps médical, dont il sait apprécier la bonne volonté et l'inlassable dévouement, grâce à la confiance qu'il inspire à ses confrères dont beaucoup furent ses élèves, nous espérons qu'il facilitera la résolution du problème de la coopération des médecins praticiens à la lutte antisyphilitique et qu'il ajoutera ce nouveau droit à tant d'autres à l'affection respectueuse du corps médical et à la reconnaissance publique.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

UNIVERSITÉ DE PARIS

Hôtel-Dieu : M. le Professeur Hartmann.

La grossesse extra-utérine.

Avant-hier, nous avons opéré dans le service une malade chez laquelle a été porté le diagnostic de grossesse extra-utérine. Ces jours-ci, d'autre part, sont entrées dans nos salles deux jeunes femmes qui paraissent également atteintes, l'une et l'autre, de la même affection. Il m'a semblé intéressant de réunir ces cas pour vous donner une idée générale de ce qu'est la grossesse extra-utérine.

Je ne vous parlerai pas de la grossesse extra-utérine arrivée à sa période terminale. C'est une éventualité rare qui se voit dans les services d'accouchements et non dans les cliniques chirurgicales. Je m'en tiendrai à la forme habituelle de cette grossesse que l'on observe en chirurgie et qui nécessite généralement une intervention rapide.

Je reviens, tout d'abord, sur l'histoire des malades admises ces jours-ci dans le service. L'une d'elles est une femme de 26 ans hospitalisée le 1er mars. Elle se plaignait de douleurs dans le bas-ventre. Réglée à 12 ans 1/2, elle avait toujours eu ses règles avec une parfaite régularité, tous les 30 jours, et avec une durée de 6 à 7 jours. En 1915, elle accoucha d'un enfant mort-né, sans suites de couches pathologiques. Il y a un an, elle commença à accuser un peu de fatigue générale, des tiraillements dans les reins quand elle restait longtemps debout, tout ceci faisant penser à une affection génitale simple, à une légère métrite probablement. Vous verrez tout à l'heure que ce petit commémoratif est important à enregistrer. C'est dans ces conditions que cette femme, attendant ses règles le 29 janvier, ne les vit pas se produire. La suppression des règles est toujours un phénomène d'un grand intérêt et il faut préciser avec soin l'état de la menstruation. Si l'absence des règles, chez

une femme habituellement mal réglée, ne mérite qu'une attention relative, il n'en est plus de même chez une femme dont la menstruation a toujours été jusque-là régulière. On doit alors penser à la grossesse. L'observation que j'ai sous les yeux ne mentionne pas s'il y a eu ou non les petits troubles souvent rencontrés au début d'une gestation. On signale seulement un certain gonflement des seins, avec humidité des mamelons. Ces deux faits, le retard des règles et le gonflement des seins, éveillent bien l'idée d'une grossesse commençante.

Le 14 février, cette malade, qui ne souffrait jamais au moment de ses règles, est prise de douleurs abdominales et de pertes sanguines, qui continuent jusqu'à la fin de février, avec expulsion de petits caillots. On croit à une fausse couche, mais le 29 février, éclate une douleur dans le bas-ventre, accompagnée de point douloureux à l'épigastre. Un médecin appelé à visiter la malade constate quelque chose au niveau des annexes, diagnostique une salpingite et engage la patiente à entrer à l'hôpital.

Quand nous l'avons examinée, nous avons constaté des signes non typiques de salpingite. On notait, en arrière et à gauche de l'utérus, un empâtement unilatéral. A droite, on ne sentait pas les annexes. Il est certain que la salpingite peut ne frapper qu'un seul côté, mais habituellement — la lésion étant due à une infection ascendante — la salpingite est bilatérale. Cette particularité — l'unilatéralité — était ici d'autant plus frappante qu'il ne s'agissait pas d'un petit noyau salpingien : il y avait une grosse tuméfaction, qui refoulait le corps utérin, formée d'une masse pâteuse, sans être douloureuse comme le serait une suppuration des annexes. Cette tuméfaction donnait l'impression d'un épanchement sanguin rétro-latéral, d'une hématocèle rétro-utérine. Si alors nous rapprochons ces faits des signes de grossesse, nous arrivons à la conclusion que nous sommes en présence d'une grossesse extra-utérine qui a saigné dans le ventre.

Quand les lésions se présentent comme chez cette malade, le diagnostic est facile. Il n'en est pas toujours ainsi et souvent l'observation n'a pas cette netteté. Quelquefois, il n'y a pas de cessation apparente des règles, des pertes sanguines pouvant faire croire à leur persistance. D'autres fois, c'est le diagnostic avec la fausse couche qui se pose, en raison du retard des règles et des hémorrhagies utérines, d'autant qu'il se fait une expulsion de caduque ressemblant à la caduque de la grossesse.

En même temps, en effet, que l'œuf se développe dans la trompe, il se produit par action réflexe sur la muqueuse utérine des modifications semblables à celles que provoque la grossesse normale, avec cette différence que l'œuf n'est pas dans l'utérus. La malade n'expulse pas d'œuf, mais elle rejette une caduque. Je me rappelle, un jour, un de mes élèves venant me dire que sa femme souffrait de douleurs de ventre du côté droit depuis 15 jours et avait fait une fausse couche toute récente. Une caduque avait été expulsée. J'eus l'intuition qu'en l'absence de l'œuf, il pourrait bien s'agir d'une grossesse extra-utérine. Ayant examiné la malade — pour laquelle on discutait l'opportunité d'un curetage — je trouvai une tuméfaction limitée au niveau d'une trompe. C'était une grossesse extra-utérine, que j'opérai le lendemain. Lorsqu'une malade accuse des douleurs un certain temps avant une « fausse couche », il est bon de penser à la grossesse extra-utérine, et de rechercher s'il n'existe pas quelque chose de latéral.

Le diagnostic avec la salpingite peut offrir des difficultés, lorsque les signes de la grossesse ne sont pas nets, s'il y a des hémorrhagies faisant croire à la persistance des règles. La malade opérée avant-hier, par exemple, déclarait catégoriquement qu'elle n'avait eu aucun retard de règles.

La deuxième malade entrée ces jours-ci dans le service présente une tuméfaction assez volumineuse qui semble bien être une hématocèle. L'histoire clinique, toutefois, ne nous permet pas d'être affirmatif. On trouve une grosse masse unilatérale, plus grosse que ne l'est ordinairement la salpingite.

Les grossesses extra-utérines ne sont pas des états morbides rares. Leur fréquence relative ne saurait nous étonner si nous nous rappelons comment se fait la fécondation. Il y a des spermatozoïdes et des ovules. Le spermatozoïde est un être unicellulaire formé d'une partie élargie (tête), avec un long cil vibratile. Ce spermatozoïde, déposé dans le vagin, remonte dans le col et le corps utérin jusque dans la trompe. Comment ? On a dit par capillarité, par érection utérine aspirant le sperme, par les mouvements de sa queue. Quelle que soit l'explication, retenez le fait qu'il remonte dans l'utérus et la trompe. Quant à la femme, elle fournit l'ovule, cellule ronde, ayant à sa périphérie une zone transparente appelée jadis membrane vitelline et aujourd'hui zone pellucide. L'ovule contient le vitellus qui renferme la vésicule germinative, avec à côté une petite partie arrondie appelée centre-zone.

Lorsque le spermatozoïde parvient jusqu'à l'ovule, sa tête se précipite vers ce centre d'attraction et y pénètre. La fécondation ne peut se produire toutefois que quand l'œuf est mûr et qu'il a encore sa zone pellucide. Or, au fur et à mesure que l'ovule chemine dans la trompe, il s'entoure d'une substance albuminoïde qui empêche la pénétration. La fécondation n'est

possible dès lors que dans la trompe, dans sa partie externe même. On arrive ainsi à concevoir la production de la grossesse extra-utérine et à s'étonner qu'elle ne soit pas plus fréquente. La fécondation normale ayant lieu dans la trompe, dans son tiers externe, l'explication de la grossesse tubaire est facile.

On a recherché quelles étaient les causes qui pouvaient empêcher la progression de l'œuf fécondé depuis le tiers externe de la trompe jusqu'à l'utérus. Lawson-Tait disait qu'une femme offrant une grossesse extra-utérine est une femme qui a eu une salpingite. Pour lui, la desquamation tubaire existante en pareil cas entraînerait l'absence de cils vibratiles et empêcherait la progression de l'œuf. Cette théorie a été combattue par les élèves de Pinard, par M. Paquy en particulier, qui a constaté que les cils vibratiles étaient conservés. Et cependant l'existence de phénomènes inflammatoires tubaires antérieurs est un fait véritable. Avec M. Bergeret, nous avons fait des recherches chez une série de malades. Sur 186 observations du service, nous en avons trouvé 69 dans lesquelles les femmes disaient avoir été traitées pour des lésions des annexes. C'est une proportion considérable si l'on tient compte du nombre de cas où l'on manque de renseignements sur ce point.

A côté des lésions inflammatoires des trompes, il est d'autres causes, plus rares, qui interviennent pour favoriser les grossesses extra-utérines : ce sont les lésions congénitales des trompes.

Tout à l'heure nous avons vu que la fécondation se faisait dans le tiers externe de la trompe.

Au delà, en effet, l'ovule s'entoure d'une zone albuminoïde qui empêche la pénétration du spermatozoïde. Ceci explique les différents sièges de la grossesse extra-utérine. Le siège le plus fréquent est le tiers externe de la trompe. Dans la statistique que j'ai recueillie avec M. Bergeret, sur 152 cas, nous avons trouvé 3 fois la grossesse extra-utérine sur les franges de la trompe, 119 fois dans l'ampoule, 24 fois dans la portion voisine de l'utérus, et 3 fois enfin dans l'épaisseur de la paroi utérine.

Les grossesses isthmiques (celles qui se développent au voisinage de l'utérus) font saillie en général dans la partie supérieure du ligament large. Dans la grossesse ampullaire, on a décrit différentes variétés : la grossesse tubaire proprement dite, la tubo-abdominale, directe, indirecte, etc.

Comment se passe la gestation extra-utérine ? Voici un œuf fécondé resté dans la trompe. Il se développe, mais assez difficilement. Aussi, ne voyez-vous que dans un petit nombre de cas la grossesse arriver jusqu'à terme. D'une manière générale, l'œuf est troublé dans son évolution et il se décolle. Il peut ou se résorber (à l'opération on trouve alors un hématosalpinx avec des villosités choriales) ou être expulsé, ou persister, aboutissant à une cavité kystique. Le plus souvent, il est résorbé ou expulsé et tombe dans l'abdomen. Alors, de même que l'utérus saigne dans l'avortement incomplet, de même ici la trompe saigne. Ce saignement peut arriver dans l'utérus et dans le vagin, et l'on a un suintement sanguin par les voies génitales, moins rouge en général que dans la fausse couche et qui continue jusqu'au jour où l'on enlève la trompe. Dans d'autres cas, le sang tombe dans le péritoine et cause des crises de douleurs et la formation de l'hématocèle. Le suintement sanguin a lieu souvent aussi par les deux voies.

Il est une autre évolution de la grossesse tubaire : c'est la rupture. Elle est due à ce fait que l'œuf et ses annexes se comportent comme des tumeurs malignes, les villosités pénétrant la trompe et arrivant à la perforer. Alors, éclatent brusquement les phénomènes de l'hémorrhagie interne. La femme accuse des douleurs abdominales avec état syncopal. Elle pâlit, se refroidit, se cyanose, a de de la dyspnée, du hoquet, des vertiges, tous signes de l'hémorrhagie excessive. Le ventre est ballonné, sans zone bien nette de matité. Le toucher vaginal ne donne que des indications assez vagues. Si, dans l'hématocèle lente, on trouve une tumeur dans le cul-de-sac postérieur, ici le sang coule librement dans le péritoine et l'on n'a pas, au toucher, de sensation précise. Vous devez faire le diagnostic de grossesse tubaire rompue et opérer immédiatement. Entre ces deux variétés, vous avez d'ailleurs des cas intermédiaires.

Vous le voyez, la grossesse extra-utérine est une affection sérieuse et grave, qu'il ne faut pas abandonner, mais opérer rapidement. La mortalité opératoire n'est pas négligeable : nous avons eu 8 morts sur 166 opérations. Ce qui aggrave encore le pronostic, c'est que cette grossesse extra-utérine est sujette à récidive : Smith, sur 144 opérées, a noté 21 récidives au bout de 5 ans. Dans notre statistique, nous avons trouvé, même, un chiffre plus important. Aussi s'est on demandé si, à l'opération, il n'y aurait pas intérêt à enlever les deux trompes. Personnellement, je suis resté parmi ceux qui n'enlèvent que le côté malade, mais la question reste ouverte.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

Prescrire

LE FUMIGATOR GONIN

Cartouche auto-productrice d'aldéhyde formique,



c'est s'assurer par avance d'une

DÉSINFECTION EFFICACE

éprouvée, simple, discrète et peu coûteuse

EN VENTE DANS TOUTES PHARMACIES

ainsi que tous PRODUITS, PROCÉDÉS et APPAREILS de DÉSINFECTION

en surface, en profondeur et par lavages ou trempages

DES ÉTABLISSEMENTS GONIN

FLUOFORMOL GONIN — SALUBRINE PHENIX

ÉTUVES de tous chauffages, fixes et transportables, à basse température, sans pression, utilisant le **Fumigator**.

Adresser toute la Correspondance à M. GONIN

Ad. Télég. : FUMIGATOR-PARIS | **60, rue Saussure, PARIS, 17e** | *Téléphone* : Wagram 17-23

UROFORMINE GOBEY

Comprimés dosés à 0gr·50

d'hexaméthylène-tétramine chimiquement pure.

ANTISEPTIQUE IDÉAL

des Voies Biliaires et Urinaires

RÉFÉRENCES MÉDICALES :

Bazy, Ch. des H. Paris.
Barbier, M. des H. Paris.
Chaput, Ch. des H. Paris.
Ertzbischoff, Ex-Int. H. Paris.
Fiessinger, Ex-Int. H. Paris.
Gallois, Ex-Int. H. de Lille.
Guiard, Ex-Int. H. Paris.
Prof. **Jeannel**, de Toulouse.
Prof. **Legueu**, Paris (Necker).
Oraison, Chef Cl., Bordeaux.
Potocki, M. des H. Paris.
Prof. **Pousson**, de Bordeaux.
Rabère, Ch. des H., Bordeaux.
Richelot, Ch. des H. Paris.
Thiroloix, M. des H. Paris.

Prescrivez

l'Uroformine Gobey, produit français, dans toutes les affections où vous prescriviez l'Urotropine : Antisepsie des Voies Biliaires et Urinaires, Rhumatisme, Phosphaturie, Prophylaxie de la Fièvre typhoïde, etc.

3 à 6 Comprimés par jour dans un verre d'eau froide.

ÉCHANTILLONS : **4, FAUBOURG POISSONNIÈRE, PARIS**

L'ACTUALITÉ THÉRAPEUTIQUE

La méthode des abcès de fixation, sa technique, ses indications et ses contre-indications,

Par le Dr G. SIGURET,

Médecin consultant à St-Nectaire.

« Dans toute infection pyogène grave, lors« qu'il n'y a pas de suppuration en voie de for« mation, lorsqu'il n'y a pas de *fixation*, ou lors« que la *fixation* n'est pas en rapport avec la « gravité de l'état général, ou lorsque le traite« ment local a supprimé ou diminué la lésion « initiale et que l'état général persiste, ou même « peut-être, lorsque la fixation est à son début « et occupe un point où la suppuration peut pré« senter des dangers, dans tous ces cas, il faut « provoquer la formation artificielle d'abcès à « l'aide d'injections sous-cutanées d'essence de « térébenthine. »

Tel est le point de départ de la méthode, exposée par Fochier lui-même, il y a vingt ans. Depuis, cette méthode a été considérablement élargie. Elle a été préconisée au cours des épidémies de grippe qui ont régné en 1918 et en 1919, où elle a donné des succès inespérés. Enfin tout récemment, M. Netter vient de la recommander dans le traitement de l'encéphalite léthargique; il est donc utile d'en connaître la technique, les indications, et les contre-indications.

A. — TECHNIQUE.

La pratique des abcès de fixation n'est pas aussi simple qu'on serait tenté de le croire. Pour obtenir de bons résultats, il est nécessaire d'opérer suivant des règles très précises ; sinon, on peut s'exposer à des accidents sérieux.

Nous étudierons successivement : *a*) l'instrumentation; *b*) la région d'élection « de fixation »; *c*) l'injection elle-même ; *d*) la conduite à tenir vis-à-vis de l'abcès.

a) *Instrumentation.*

Elle comprend une *seringue*, une *aiguille*, et le *liquide à injecter*.

1° La *seringue* sera une seringue d'une capacité de deux à cinq centimètres cubes.

2° On usera d'une *aiguille* de calibre moyen, en platine iridié, et longue de 2 à 3 centimètres.

3° Quant au *liquide à injecter*, on s'adressera de préférence à l'essence de térébenthine, qui reste en définitive le moyen le plus sûr, le plus efficace et le plus inoffensif. Mais, pas d'essence fraîche ; on emploiera de l'essence de térébenthine épaissie et vieille, de l'essence ozonisée ou modifiée par l'adjonction de térébenthine de Venise à 1 p. 5 (Fochier). D'autres substances ont été préconisées : le nitrate d'argent (Fochier), l'acide sulfurique dilué, l'huile de croton, l'acide lactique, les solutions concentrées de sulfate ou de chlorhydrate de quinine, l'adrénaline (Félix).

Toutes ces substances sont à déconseiller, de même qu'il est inutile, voire même préjudiciable, de stériliser l'essence à injecter, sauf chez l'enfant.

Quelle quantité doit-on injecter ? Chez l'enfant, il est prudent de ne pas dépasser un quart de centimètre cube et d'atténuer la causticité de l'essence de térébenthine, soit par l'ébullition, soit par l'adjonction d'huile stérilisée. Quelques auteurs plus hardis n'hésitent pas à recourir au 1/3 de centimètre cube jusqu'à 12 mois, et à un demi-centimètre cube de 2 à 5 ans (Montagnon). Lançon va même jusqu'à un centimètre cube. Personnellement, nous conseillons plutôt de s'en tenir aux doses classiques afin d'éviter des accidents, sinon probables, du moins possibles.

Chez l'adulte, il est d'usage courant d'injecter un centimètre cube. Une telle dose a pu suffire dans certains cas à provoquer des abcès de la contenance d'un demi-litre. Toutefois, sans aller jusqu'à la dose de quatre centimètres cubes qui a pu être exceptionnellement tentée, nous estimons que, dans les cas graves et urgents, il y a intérêt à injecter d'emblée deux centimètres cubes et à répéter l'injection suivant la méthode de Carles, c'est-à-dire toutes les douze heures, jusqu'à ce que l'effet désiré se soit produit.

b) *Régions d'élection.*

L'injection doit être faite dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il est indiqué d'éviter les points où le pannicule adipeux est développé ; de même, il faut éviter la fesse et les masses lombaires, régions trop exposées aux souillures.

Certains auteurs, tels que Carles, Boidin, Duret, préconisent la partie externe de la cuisse. Fochier conseille la région deltoïdienne et l'hypogastre, à égale distance de l'épine iliaque et des fausses côtes. En pratique courante, toutes les fois que ce sera possible, il sera préférable de choisir la paroi abdominale.

c) *Injection.*

Le point choisi sera alors désinfecté par badigeonnage iodé. Aiguille et seringue seront stérilisées ; puis, l'opérateur poussera lentement l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans les cas favorables, la réaction ne tardera pas à se produire (quelques heures) ; au bout de 48 heures, en général, elle sera très nette ; au bout de quelques jours, la collection devient perceptible, l'abcès est « formé ».

d) *Conduite à tenir vis-à-vis de l'abcès.*

Ici se pose une question de la plus haute importance. Faut-il inciser l'abcès, et à quel moment ?

« La pratique de l'ouverture, dit Mouton-Chapat, n'est pas sans danger. Le vieil adage, *ubi pus, ibi evacua*, ne trouve pas son application dans les cas d'abcès provoqués ». Il vaut mieux laisser l'abcès se résorber de lui-même.

Si l'incision s'impose (douleurs trop vives, menace de grands décollements, etc.), il faut la faire aseptiquement et panser ensuite l'abcès aseptiquement : l'abcès ouvert doit rester stérile ; c'est dire qu'il faudra s'abstenir de toute injection, de toute manœuvre dans sa cavité. Traité de cette façon, l'abcès doit se cicatriser en une dizaine de jours.

Si l'abcès menace de s'ouvrir spontanément, ne pas attendre cette ouverture et en provoquer immédiatement un autre. Enfin, n'ouvrir que les abcès précédant le dernier établi.

Telle est, brièvement résumée, la technique d'une méthode dont les applications doivent être également connues de tous.

B. — Indications.

En effet, si l'auteur a d'abord appliqué son système aux infections *obstétricales*, et notamment à l'infection puerpérale, et si l'infection puerpérale est une de celles où la méthode des abcès de fixation donne les plus beaux résultats, il n'en reste pas moins acquis que l'utilité de celle-ci s'affirme également en chirurgie et en médecine.

En *chirurgie*, « les abcès de fixation peuvent permettre de réaliser une thérapeutique qui sera, suivant les cas : 1° préventi-infectieuse (Audain) ; 2° anti-infectieuse » (H. Reynès). En seront justiciables, au premier titre, les sujets déprimés, les sujets fatigués par une intervention difficile, les sujets menacés d'infection ; au deuxième titre, les urinaires infectés, les péritonites et toutes les septicémies à streptocoques ou à staphylocoques.

En *médecine*, citons les heureux résultats obtenus dans l'érysipèle, dans les affections pulmonaires graves (broncho-pneumonies, pneumonies. — Lépine), dans la fièvre typhoïde (Carles), dans les pseudo-rhumatismes infectieux (Revillod), dans la grippe, dans les fièvres éruptives et notamment, dans les varioles graves (Costes) et le typhus exanthématique, dans la méningite cérébro-spinale épidémique (Boidin), dans l'encéphalite léthargique (P. Netter). Rappelons, en passant, que l'abcès de fixation a été employé avec succès dans les intoxications par l'oxyde de carbone, les empoisonnements graves par les champignons, l'intoxication saturnine et l'urémie grave (P. Lemoine). Enfin, n'oublions pas les succès relatés dans la paralysie infantile (Marmoiton) et dans certaines formes de névralgies, notamment la névralgie du trijumeau (Roumaillac).

C) Contre-indications.

Cependant, la méthode de Fochier, comme toute méthode, à ses contre-indications. Ces contre-indications, certes, sont peu nombreuses, mais encore, faut-il les connaître. L'abcès de fixation ne doit pas être tenté chez les diabétiques, chez les sujets atteints d'anasarque, chez les tuberculeux. En dehors de ces trois catégories de malades, on est autorisé à provoquer l'abcès de fixation. Se rappeler seulement que la méthode de Fochier doit être réservée aux cas graves dans lesquels les moyens usuels peuvent paraître insuffisants et savoir que cette méthode « très douloureuse » (nous insistons sur ce fait), peut dans quelques cas favoriser l'éclosion de véritables accidents généraux : réaction violente post-opératoire avec importante élévation thermique, sueurs profuses, agitation, voire même délire. En terminant, nous citerons les accidents locaux, qui peuvent tenir à une faute de technique ou de pansement : tels le sphacèle de la peau, des aponévroses, les décollements importants, les infections secondaires, ceci, pour rappeler une fois de plus que l'ouverture des abcès térébenthinés doit être exceptionnelle, car elle n'est pas sans danger.

A TRAVERS LA PRESSE

Les petits signes de la lithiase biliaire. Leur traitement.

M. N. Fiessinger les décrit ainsi (*Journ. des Prat*, 3 avril 1920) :

La dyspepsie initiale des lithiasiques, caractérisée par des signes précoces, douleurs précoces avec régurgitations voisines de l'ingestion des aliments, des pesanteurs avec tiraillements et gonflement, bâillements et gêne respiratoire, aérophagie, signes qui cessent généralement vers la 3e ou 4e heure de la digestion, et par des syndromes tardifs, apparaissant à ce moment : douleurs violentes irradiées vers le dos et l'omoplate accompagnées de vomissements qui soulagent ;

Le signe de Murphy, qui consiste à déterminer l'arrêt subit de l'inspiration quand on enfonce l'index et le médius sous le rebord costal droit, au-dessous des côtes ;

Le signe de R. Abrahams, douleur très vive accusée par le malade quand on enfonce deux doigts brusquement au milieu de la ligne qui rejoint l'ombilic au 9e cartilage costal ;

La diarrhée prandiale, survenant pendant ou après le repas avec émission de bile pure ;

La crise gastralgique, crise douloureuse apparaissant assez tardivement par rapport aux repas.

Le traitement comporte avant tout le régime alimentaire classique ; la révulsion sur le foie et l'estomac : ventouses, compresses chaudes ou alcoolisées ; la cure alcaline de Robin :

Bicarbonate de soude	8 gr.
Phosphate de soude sec	4 gr.
Sulfate de soude sec	3 gr.
Benzoate de soude	2 gr.
Iodure de potassium	1 gr.

dans un litre d'eau bouillie (laisser reposer et décanter) : 400 gr. tièdis au bain-marie et ingérés par petites gorgées, en quatre fois : à jeun, une demi-heure avant les repas, deux heures après le dîner.

On calmera la sensibilité gastrique avec :

Teinture éthérée de valériane	10 gr.
Teinture de belladone.......	3 gr.
Teinture de jusquiame	3 gr.

quinze gouttes dans un peu d'eau, trois fois par jour, un quart d'heure avant les repas.

Les douleurs gastriques cèdent devant les opiacés, la belladone, la dionine, à la dose d'un centigramme en gouttes concentrées ou en solution étendue, les suppositoires suivants :

Ext. de valériane	0,08 cgr.
— de belladone..........	0,02 cgr.
Dionine	0,02 cgr.
Beurre de cacao...........	3 gr.

pour un suppositoire.

Quelques nouveaux aperçus cliniques sur les angines de poitrine.

Au dire de M. Lian (*l'Hôpital*, avril 1920 B) « il n'y a pas une vraie et des fausses angines « de poitrine. L'angine de poitrine n'est pas « une maladie, mais un syndrome qui s'observe « comme complication de diverses maladies. » D'où il résulte que « le diagnostic étiologique « représente le temps le plus important des « recherches cliniques ; la clé de ce diagnostic « et du pronostic réside dans la recherche de « l'aortite chronique, avec ou sans insuffisance « aortique (maladie de Hodgson), de l'artério- « sclérose, de la néphrite urémigène, de l'hy- « pertension artérielle ».

En dehors de ces origines angineuses auxquelles on peut rattacher les angines qui compliquent le rétrécissement et l'insuffisance aortiques rhumatismaux, les aortites aiguës, l'auteur décrit les angors d'origine cardiaque (lésions mitrales, cardio-sclérose valvulaire ou myocardique, péricardites aigues, arythmie, tachycardie) rares et faciles à reconnaître, les angors d'origine digestive, d'origine nerveuse (névralgie ou névrite brachiale, phrénique, intercostale, tabès, maladie de Basedow, névroses), d'origine toxique (tabac).

Schématiquement, et sans prendre la chose au pied de la lettre, on distingue l'angine d'effort conditionnée par l'aortite, de l'angine de décubitus, traduisant l'insuffisance du ventricule gauche.

Quant à l'influence de la syphilis, considérée comme prépondérante par certains auteurs (Josué), M. Lian ne l'admet que dans l'aortite avec insuffisance, et dans les aortites et les néphrites hypertensives qui surviennent avant la cinquantaine. Après cinquante ans, ces affections sont souvent indépendantes de la syphilis et liées à l'évolution de l'âge.

Le traitement est commandé par l'étiologie. Contre l'accès, l'auteur reste partisan de l'inhalation de nitrite d'amyle, de l'ingestion de 2 à 4 gouttes de trinitrine ou encore de l'injection de morphine (1/2 à 1 cgr. de chlorhydrate).

Si la syphilis est en cause, on aura recours aux injections mercurielles classiques ou intraveineuses de cyanure de mercure, ou de novarsénobenzol. L'insuffisance rénale reste justiciable du régime déchloruré et hypoazoté et de la théobromine. L'insuffisance cardiaque, de la digitaline à petites doses.

Les hyperthermies fonctionnelles de l'enfance.

On est porté à considérer toute élévation de température au-dessus de ce qu'on est convenu de considérer comme la normale comme la signature d'un état pathologique.

D'autre part, on a tendance à attribuer chez l'enfant, toute fièvre qui ne fait pas sa preuve à une origine tuberculeuse.

M. Jumon met lumineusement cette question au point (*Bull. Méd.*, 17 avril 1920).

Chez l'enfant, il existe des hyperthermies fonctionnelles, physiologiques, indépendantes d'une influence morbide quelconque. Le mouvement, le jeu élèvent la température jusqu'à 37°8, 38°. C'est une réaction de fatigabilité qui cesse 40 à 50 minutes après le repos.

On note également une hyperthermie alimentaire jusqu'à 37°6, 37°8 après les repas, ou sous l'action de certains aliments.

Les enfants d'arthritiques présentent parfois des accès fébriles sans cause appréciable. De même, les enfants nerveux, ceux qui ont de l'insuffisance thyroïdienne.

« Le diagnostic d'hyperthermie fonctionnelle « ne pourra être porté que lorsque, par un exa- « men scrupuleux de l'enfant, le médecin aura « éliminé toutes les hyperthermies pathologi- « ques de cause obscure, auxquelles on a donné « le nom de fièvres cryptogéniques. »

En dehors de ces hyperthermies fonctionnelles, toute fièvre solitaire et qui dure doit faire penser soit à la tuberculose latente, soit à une infection adénoïdienne ou lymphoïde, soit à la digestion.

Enfin, on peut encore observer de la fièvre chez l'enfant dans la convalescence des maladies aiguës, au cours d'une grippe sans localisations, dans le paludisme, l'ascaridiose.

Le diagnostic porté, on rassurera la famille s'il s'agit de fièvre fonctionnelle. La fièvre qui rentre dans le cadre de la pathologie réclame le traitement des infections aiguës en cause.

Le traitement de la coqueluche.

M. Ausset, partant de ce fait que la coqueluche est une maladie infectieuse, contagieuse et épidémique, conseille d'abord les mesures prophylactiques suivantes (*Pédiatrie prat.*, 15 avril 1920) : Isolement absolu des enfants même après la disparition des quintes ; désinfection de tout ce qui touche ou approche le petit malade.

Il prescrit en outre l'alitement, si le nombre des quintes est élevé ; tout au moins, le séjour à la chambre. Ne jamais sortir l'enfant ; veiller de très près à l'antisepsie des premières voies respiratoires (huile goménolée, gargarismes) ; alimenter surtout avec de la viande crue pulpée ou râpée, les jaunes d'œufs, en administrant l'aliment immédiatement après la quinte. Le changement d'air ne doit être effectué que quand il n'y a plus de quintes.

Comme traitement médicamenteux, il recommande contre l'élément catharrhal l'huile goménolée à 10 % en injections sous-cutanées ou en capsules ; contre l'élément spasmodique, la morphine, maniée prudemment, l'œthone (V, X, XV, XXX gouttes 4 ou 5 fois par jour, loin des repas) ; les injections intra-musculaires d'éther, dont nous avons indiqué l'efficacité d'après Audrain, de Caen. Les inhalations d'oxygène agissent comme antiseptiques et prophylactiques à l'égard des complications (broncho-pneumonies).

A ces prescriptions, je me permets d'ajouter une vieille préparation de notre Codex, dont je me suis bien trouvé, l'oxymel scillitique qui fluidifie les sécrétions bronchiques et en en facilite le rejet, et entretient la diurèse.

Les cas graves réclament l'alitement absolu, les enveloppements tièdes du thorax, l'oxygène, les inhalations de quelques gouttes de chloroforme ou d'éther au moment des quintes.

On sera prévenu de l'éventualité possible du spasme de la glotte, et de l'urgence de le combattre par la respiration artificielle et les tractions rythmées de la langue.

Du signe de la crosse aortique.

MM. Baçes et Dumitresco ont rencontré ce signe dans les affections les plus diverses, en dehors de la dilatation du vaisseau. Pour le rechercher, le malade étant dans le décubitus dorsal, la tête légèrement relevée, « on met « l'index sur le bord supérieur du manubrium « sternal, entre les insertions des deux muscles « sterno-cléido-mastoïdiens : on pousse le doigt, « parallèlement à ce bord, jusqu'au niveau de « la trachée. Quand le signe existe, le doigt explo- « rateur perçoit de fortes pulsations synchrones « avec les battements du cœur. » (*Paris Méd.*, 17 avril 1920).

Ils concluent leur étude ainsi :

« 1° En dehors de la dilatation de l'aorte, « le signe de la crosse existe dane de nombreuses « affections.

« 2° Pour que le signe de la crosse se pro- « produise, abstraction faite de la dilatation de « ce vaisseau, il faut : une hypertrophie ou une « pression, thoracique ou abdominale, capable « de pousser le cœur vers la fourchette sternale.

« 3° La pression thoracique ou abdominale « est réalisée notamment dans les péricardites « avec épanchement, dans les ascites avec beau- « coup de iiquide, dans les cas de tumeurs « abdomfnales, ainsi que dans les grandes hy- « pertrophies du foie, spécialement du lobe « gauche.

« 5° Le mécanisme de ce signe réside dans « le relèvement du cœur, et, par suite, de l'aorte, « vers la fourchette sternale.

« 5° Le signe de la crosse perd de sa valeur « comme signe de dilatation aortique et devient « de plus en plus un signe d'hypertrophie du « ventricule gauche et de péricardite avec épan- « chement. »

Moyen simple pour dépister une simulation de cécité unilatérale.

Ce moyen est intéressant à faire connaître aux médecins qui sont appelés à faire des expertises, ou qui exercent actuellement dans les Centres spéciaux de Réforme. Il est dû à M. Trancas (*Arch. d'Ophtalmologie*, 1919.— *La Grèce Méd.*, fév. 1920).

Voici en quoi il consiste. On place devant chacun des deux yeux, un écran opaque, une carte de visite, de manière à ce que le bord interne de la carte affleure la pupille en dehors. Dans cette position, les deux cartes paraissent, au sujet doué d'une bonne vision bilatérale, très rapprochées, presque à un centimètre, alors qu'en réalité un intervalle de 7 cm. existe entre elles. Si l'on rapproche davantage les deux cartes l'une de l'autre de manière à ce que chacune d'elles dépasse la pupille en dedans, elles paraissent empiéter l'une sur l'autre, en même temps que le sujet distingue une bande noire médiane d'autant plus large que l'empiètement est plus étendu, et de chaque côté de cette

bande noire, une bande blanche résultant de l'image dédoublée par la diplopie physiologique de l'espace vide qui sépare les deux cartes.

Enfin, si l'on place alors une épingle entre les deux cartes, le sujet en voit deux, l'une à droite, l'autre à gauche, chacune d'elles vue par l'œil opposé.

Le simulateur non averti ne manquera pas, si on le soumet à ces épreuves, d'indiquer l'écart exact entre les deux cartes, ou la bande noire qu'il ne verrait pas s'il était réellement borgne, ou de rapporter l'image de l'épingle à la vision de l'œil homologue.

G. D.

PATHOLOGIE MÉDICALE

L'insuffisance hépatique.

Quand on envisage la complexité du rôle physiologique du foie dans l'organisme, ce n'est pas l'insuffisance hépatique, mais les insuffisances hépatiques qu'il faut étudier.

Régulatrice de la fonction glycogénétique, siège du dernier stade de la transformation des déchets azotés en urée, centre de neutralisation toxique, usine de destruction du globule rouge usagé, laboratoire d'élaboration de la bile, la glande hépatique semble pouvoir être frappée d'insuffisance dans l'une quelconque de ces fonctions, aussi bien que dans leur ensemble.

Sans nier l'importance du pancréas dans la pathogénie du diabète sucré, on peut dire que cette diathèse témoigne d'une insuffisance partielle du foie, touché dans sa cellule glycogénique.

De même, sa lonction uropoiétique peut être troublée et cette perturbation manifeste une autre insuffisance partielle.

A vrai dire, il paraît difficile de concevoir le ralentissement ou l'arrêt aussi exclusif de l'une des propriétés du foie, sans que les autres soient en même temps atteintes.

Il n'y a pas à proprement parler d'autonomie absolue pour chacune d'elles, et, de même que les éléments anatomiques sont enchevêtrés les uns dans les autres, de même les fonctions spéciales dévolues aux uns et aux autres de ceux-ci sont elles dans une certaine mesure intimement associées.

Pour M. LOEPER, l'insuffisance hépatique est caractérisée par les troubles du fonctionnement de l'organe, ou plutôt, par le déficit de ses différentes fonctions (1).

Troubles, déficit, seraient alors corrélatifs d'une altération, d'une transformation tissulaire ou même, d'une destruction de la cellule hépatique.

(1) *Progrès Médical*, 8 mai 1920.

Ces altérations, de gravité variable, reconnaissent des causes nombreuses : elles s'observent dans les intoxications qui déterminent la dégénérescence graisseuse de l'élément noble, intoxication phosphorée, arsenicale, alcoolique ; dans les infections à point de départ gastro-intestinal, la fièvre typhoïde, la fièvre jaune ; dans certaines affections dégénératives propres au parenchyme hépatique : les cirrhoses, cirrhose atrophique, cirrhose hypertrophique, cirrhose cardiaque, etc.

Lorsqu'elle est la résultante de ces causes, l'insuffisance hépatique constitue un syndrome dont le trépied symptomatologique est l'hypertension portale, l'ictère et la toxémie.

L'hypertension portale s'accompagne d'une suppléance de la circulation veineuse, réalisée par le développement et la dilatation des ramifications de la veine porte, tant dans le réseau sous-cutané du tronc, que dans les systèmes internes, veines spléniques, veines mésaraïques, etc.

Plus tard, les exsudations séreuses, conditionnées par l'excès de pression et la stase dont ces systèmes sont le siège, envahissant la cavité péritonéale et constituent l'ascite.

L'ictère est un symptôme inconstant. Certaines affections hépatiques, telle que la cirrhose atrophique, en sont généralement exemptes. Par contre, il est présent dans les cas d'oblitération des voies biliaires ,et dans toutes les affections auxquelles il donne son nom générique : l'ictère catarrhal, l'ictère grave, ainsi que dans la cirrhose hypertrophique de Hanot.

La toxémie enfin résulte de la neutralisation incomplète des produits toxiques propres, parmi lesquels il faut citer l'ammoniaque (carbonate et carbamate), les acides aminés, les acides gras (oxybutyrique), l'acide lactique, acétique, l'acétone ; l'indol et le scatol, déchets excrémentitiels des métamorphoses digestives. Elle est aussi provoquée par le passage dans la circulation des sels biliaires. Enfin, le parenchyme hépatique est lui-même toxique et sa désintégatison pathologique favorise sa résorption et son déversement dans l'économie tout entière.

Cette toxémie agit surtout sur le système nerveux qu'elle irrite, déterminant ainsi des convulsions, en même temps que des troubles psychiques. En outre, elle réagit à distance sur le rein, sur le pancréas, sur les capsules surrénales.

De leur côté, les affections propres à chacun de ces organes peuvent influer à leur tour sur le foie et le frapper d'insuffisance. C'est ainsi que j'ai observé un cas de maladie bronzée d'Addison, dans lequel j'ai noté une acholie complète.

L'insuffisance hépatique dont je viens d'esquisser la description, d'après le professeur Loeper, est une insuffisance grave, parce qu'organique.

A côté d'elle, il y a place pour des insuffisances fonctionnelles parfaitement curables, qui traduisent le surmenage du foie dans certaines conditions déterminées.

Les affections gastro-intestinales, par les infections qui les accompagnent, augmentent démesurément la quantité de produits toxiques élaborés dans l'intestin, et que le foie devrait arrêter, retenir et neutraliser.

Les cholémiques familiaux, dont Gilbert nous a si lumineusement appris l'existence, sont en état de déséquilibre constant de leur fonctionnement hépatique. Chez eux, le foie devient facilement insuffisant, s'il ne l'est pas *a priori*.

Les Anglais décrivent, sous le nom de *torpid liver*, une sorte d'atonie hépatique fonctionnelle du foie, où l'insuffisance tient la première place.

Certaines diathèses, l'arthritisme, l'obésité, la lithiase biliaire, relèvent également de ce qu'on a si justement désigné sous le nom d'*Hépatisme*, au seuil duquel se trouve l'insuffisance hépatique, et dont M. R. Glénard vient d'exposer si clairement les petits signes (1).

Dans tous ces états pathologiques, on observe une certaine congestion de l'organe, qui déborde plus ou moins le rebord thoracique, de la pesanteur, des tiraillements, voire des douleurs spontanées ou à la pression dans l'hypochondre droit. Sans qu'on puisse à proprement parler d'ictère chez ces malades, ils présentent habituellement une coloration subictérique des sclérotiques, et leur teint est mat, bistré, aux confins du jaune.

Ils souffrent de céphalées persistantes, qui traduisent leur auto-intoxication.

A côté de débâcles bilieuses et brûlantes qui font suite à l'hypersécrétion de la cellule hépatique, ils expulsent des selles solides, dures même, à peine colorées, et d'odeur presque fétide.

Leurs urines sont souvent hautes en couleur.

***

Le traitement de l'insuffisance hépatique organique se confond avec celui de l'affection qui la provoque. Les purgations répétées, le régime lactée ou le régime achloruré en font les frais principaux, avec la siagnée, les injections de sérum sucré et le régime hypoazoté, si les phénomènes toxiques deviennent prédominants.

L'insuffisanco fonctionnelle offre prise à une thérapeutique active qui la combat et la fait disparaître.

Sans insister sur les détails de l'alimentation, qui joue un rôle primordial dans ce traitement, nous nous trouverons bien de l'emploi habituel des laxatifs salins : sulfate de soude, phosphate de soude, citrate de soude, aussi bien que du calomel ; ce sont tout à la fois des cholagogues et des désinfectants internes.

Nous donnerons également une large place aux alcalins, soit à l'état de bicarbonate de soude, soit sous la forme d'eaux minérales alcalines.

Les alcalins, sous toutes leurs formes, et notamment sous les espèces des Eaux alcalines (1), modifient en effet le milieu intestinal. Acide, dans les irritations du tube digestif, ce milieu exalte la virulence de la faune intestinale, et augmente ainsi sa toxicité. L'usage des alcalins le neutralise d'abord, puis lui rend son alcalinité normale.

Enfin, les alcalins ont une action directe bien connue sur la cellule hépatique, à laquelle ils restituent son fonctionnement régulier.

Quelques pratiques physiothérapiques, des bains, des douches locales tièdes, des frictions et des massages pour décongestionner les viscères abdominaux et stimuler la circulation, une bonne hygiène physique et morale complètent la cure de l'insuffisance hépatique à laquelle certaines de nos stations thermales pourront apporter heureusement aussi les propriétés particulières de leurs eaux. Ces stations sont Vichy, Vals et Châtel-Guyon.

Dr G. Duchesne.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1920, n° 37.

(1) La *Reine de Vals* est ici tout particulièrement recommandable. Sa minéralisation moyenne à prédominance bicarbonatée sodique, sa forte teneur en acide carbonique, sa saveur piquante, son goût agréable, la désignent d'une façon spéciale à l'attention du praticien.

HÉLIOTHÉRAPIE

Pratique de l'héliothérapie,

Par le Dr Minelle (d'Hyères),

Ancien interne des hôpitaux de Reims et de Versailles.

Au début de la belle saison, il n'est peut-être pas inutile de rappeler aux confrères soucieux de l'intérêt de leurs malades cette thérapeutique *simple, peu onéreuse, efficace*.

Dégagée de l'empirisme du passé, l'héliothérapie tend à devenir une méthode scientifique de traitement. Les médecins suisses des stations d'altitude, et ceux du littoral méditerranéen ont publié de nombreux cas de guérison par la cure solaire. Mais, pour beaucoup, elle semble l'apanage de ces régions privilégiées. Cela est vrai sans doute en hiver. Cependant, la cure devient possible partout pendant l'été. Tous les médecins peuvent en faire profiter leurs malades, riches ou pauvres. Un peu d'attention et de patience éducatrice leur suffit. Les plus beaux succès couronneront leurs efforts.

Indications. — Elles sont multiples et groupent la plupart des affections tuberculeuses, embrassant ainsi une partie de la pathologie externe et interne.

Peau et muqueuses. — Les *plaies atones*, les ulcères *variqueux* éprouvent sous la lumière solaire un réveil de vitalité qui se traduit par l'assèchement de leurs sécrétions et une tendance à l'épidermisation (Vidal, Jaubert). Toutes les formes de la tuberculose cutanée ou muqueuse accessible, gomme ulcérée, tuberculose verruqueuse, sans excepter certaines variétés de lupus rebelles, sont susceptibles de guérir rapidement sous l'influence de l'insolation méthodique.

Système lymphatique. — Les adénites tuberculeuses fermées se résorbent en quelques mois sans laisser de traces. Elles ne nécessitent pas les nombreuses injections modificatrices connues : tout au plus, une ponction sera-t-elle utile pour évacuer du pus collecté.

Les adénites ouvertes et fistulisées, après une recrudescence d'écoulement qui suit les premières insolations, tarissent leur suppuration. Dans la lymphadénie, une amélioration des lésions ganglionnaires superficielles a déjà été observée.

Os et articulations. — L'ostéite et l'arthrite tuberculeuses à toutes leurs étapes relèvent de l'héliothérapie. Le traitement est de plus longue haleine. La radiation lumineuse semble agir surtout en surface. Les guérisons sont d'autant plus lentes que la lésion est topographiquement plus profonde. Aussi ce sont les lésions des petits os et articulations de la main et du pied qui s'améliorent le plus rapidement. Ensuite, viennent les poignets, les coudes, les genoux.

La coxalgie et le mal de Pott résistent bien davantage au traitement. Mais, toutes les arthrites tuberculeuses, quelle que soit leur forme, qu'elles soient sèches ou fongueuses, fermées ou ouvertes, sont justiciables de l'héliothérapie. Les formes ulcérées ont souvent donné les plus beaux résultats, et la cure solaire a quelquefois fait grâce aux classiques condamnés à mort par fistules multiples.

Dans les cas d'ostéo-arthrites profondes de la coxalgie et du mal de Pott, la guérison ne paraît guère devancer les délais normaux, mais elle semble se faire dans des conditions meilleures, sans les mutilations cicatricielles ou atrophiques, et sans les ankyloses rebelles, si fréquentes par les autres méthodes.

A côté des formes synoviales (hydarthroses), moins bien influencées par l'héliothérapie, nous faisons une place à la synovite bacillaire des gaines tendineuses, dont la guérison s'observe avec une relative rapidité.

Séreuses. — La tuberculose des séreuses est une des affections qui bénéficient le plus de l'héliothérapie. Ce sont d'abord : les pleurésies sèches qui profitent, en outre, de l'action analgésiante de la lumière solaire sur les névralgies intercostales.

Les péritonites tuberculeuses sont du domaine presque exclusif de l'héliothérapie. Nous avons surtout en vue la forme fibro-caséeuse, qui échappe à la laparotomie ; c'est elle qui donne les meilleurs résultats. (*Observation personnelle d'une malade opérée pour appendicite : péritonite tuberculeuse péri-cæcale étendue,* NON ASCITIQUE. *Malgré un état grave et prolongé, guérison par un traitement héliothérapique rigoureux de deux années*).

La cure solaire a une action thérapeutique sur les affections tuberculeuses de l'appareil génito-urinaire, telles que : l'épididymite, la cystite, la salpingo-ovarite. Seul, le rein semble assez réfractaire. Mais, une fois l'opération terminée, l'héliothérapie a déjà pu en bonifier les résultats, en fermant, par exemple, une fistule profonde du moignon urétéral, et soulager une cystite secondaire (observation personnelle).

Etats anémiques et diathésiques. — Le *lymphatisme*, la *scrofule*, le *rachitisme*, les *anémies dites pré-tuberculeuses*, qui sont des tuberculoses à lésion latente, appelées à évoluer peut-être un jour, sont influencées favorablement par l'héliothérapie. Dans tous ces cas, elle provoque une assimilation meilleure, qui se traduit par un retour des forces, une augmentation de poids, une coloration plus vive des muqueuses, et un sentiment de bien-être très marqué.

Qu'il nous soit permis de signaler enfin l'usage bienfaisant de « l'*héliothérapie préventive* » associée à la gymnastique, pour le développement robuste et harmonieux du corps humain (rapport du Dr Armand-Delille au Congrès de Monaco).

Contre-indications. — Elles découlent naturellement de l'énumération précédente, et relèvent de l'état de certains organes, ou de l'apparition de certains symptômes. Ce sont :

1° Les *susceptibilités individuelles*, sortes d'idiosyncrasies, qui se manifestent par des réactions, soit locales, soit générales. C'est, du côté de la peau, une sensibilité excessive, et la répétition d'érythèmes à toutes les tentatives d'insolation. Comme phénomènes généraux, citons : les vertiges, les nausées, les vomissements, la tachycardie, réactions d'un système nerveux hypersensible.

2° L'*âge*. — La cure solaire peut être pratiquée à tous les âges. Mais ce sont les sujets jeunes qui en tirent le plus grand profit : première et seconde enfance, adolescence.

Pour les adultes, il y a lieu de faire un choix et d'examiner soigneusement l'appareil cardio-vasculaire. Les mitraux compensés supportent bien l'insolation, tandis que les *aortiques y sem-*

blent réfractaires. L'altération du myocarde est une *contre-indication sérieuse.*

3° La *fièvre*. — quand elle ne trouve pas sa justification dans une suppuration, contre-indique les bains de soleil ; car elle peut faire craindre des poussées de bacillémie, graves menaces d'évolution.

Les *affections fébriles intercurrentes* doivent faire suspendre momentanément la cure.

4° Enfin, la *cachexie*, l'*éréthisme* avec tachycardie, arythmie, surexcitation nerveuse, sont des contre-indications absolues.

Indications et contre-indications spéciales à la tuberculose pulmonaire. — Le principe est classique de ne pas exposer un phtisique au soleil. Cependant des praticiens, tels que Rollier, de Leysin, ayant isolé pour affections tuberculeuses chirurgicales, des malades porteurs de lésions pulmonaires concomitantes, eurent l'occasion d'observer l'amélioration parallèle du poumon.

Dès lors, ils insolèrent systématiquement des phtisiques, et les résultats de cette thérapeutique parurent à ce point douteux que beaucoup y renoncèrent. Néanmoins, des observations intéressantes ont été publiées par Rollier et Malgat (de Nice), et il semble qu'on puisse obtenir des résultats chez certains phtisiques, à condition de les choisir avec soin.

Dans le *Journal des Praticiens* (25 mai 1912), nous avons essayé de fixer les indications les plus favorables, et d'ailleurs assez restreintes, qui sont :

1° La *phtisie torpide* des lymphatiques et des scrofuleux, avec ou sans lésion osseuse, ganglionnaire ou cutanée concomitante ;

2° La *phtisie emphysémateuse* ;

3° La phtisie (apyrétique), avec adénopathie trachéo-bronchique dominante. Cette dernière affection isolée, sans lésion pulmonaire, est sans conteste un des succès les plus brillants de l'héliothérapie ;

4° La phtisie arthritique douloureuse, avec névralgies multiples (intercostale) et douleurs rhumatoïdes erratiques ;

5° La *laryngite tuberculeuse* dans sa période catarrhale de début subira avec succès l'insolation directe de la région du cou (Collet).

Les *contre-indications très nombreuses* sont tirées de la forme évolutive, de la fièvre, des hémoptysies, de l'éréthisme, des méiopragies scléreuses, et des affections aiguës intercurrentes.

Technique générale. — Elle est des plus simples, praticable partout, sous tous les climats, en ville ou à la campagne, et dans les milieux les plus pauvres.

Emplacement. — Tout endroit exposé au soleil peut être utilisé. Néanmoins, certaines conditions favorisent le bon emploi des radiations solaires : une terrasse un peu élevée, de préférence à la campagne, loin des poussières et fumées, qui interceptent les rayons lumineux, et à l'abri des vents violents, serait l'emplacement idéal. Mais à défaut de terrasse, on pourra se contenter d'un jardin, d'une cour, d'une chambre même, bien orientée, et si possible munie d'une large baie.

La meilleure *exposition* est au sud-est, parce qu'elle permet l'insolation du matin, à une heure où la température des rayons solaires n'est pas encore trop élevée. Ensuite vient le sud. L'exposition sud-ouest, et surtout ouest sera moins favorable, bien qu'elle puisse encore donner de fort beaux résultats (Poncet).

Le meilleur *moment* est donc le matin, après un petit déjeuner sommaire.

Température. — Il faut attendre que la lumière solaire soit à une température suffisante. Cette température « optima » oscille entre 30° et 40° centigrades. Au-dessous de 30°, les bains de soleil seront difficilement supportés, sauf par des sujets très aguerris.

Au-dessus de 40° et plus la température se rapproche de 50°, les bains doivent être de plus en plus de courte durée, faute de quoi, ils peuvent devenir une cause d'excitation ou d'abattement, et provoquer des sueurs pénibles, de l'anorexie, de l'amaigrissement.

Durée. — La durée des bains sera régulièrement progressive.

On peut commencer par l'insolation des pieds et des jambes pendant 5 minutes ; puis, dans les séances suivantes de 10 à 15 minutes, faire découvrir successivement les différentes parties du corps, pour aboutir rapidement au bain total.

Une méthode plus simple et pratique consiste à exposer, dès le premier jour, pendant 5 à 10 minutes, le malade couvert seulement d'une légère chemisette sans manches.

Il sera étendu sur une chaise longue ou un *cadre*, et, à leur défaut, sur un lit, une table, garanti contre le vent (mur, tente, paravent), et la tête protégée par un large chapeau de paille.

Les jours suivants, la durée des séances sera portée progressivement à un quart d'heure au moins, une demi-heure au plus, afin d'accoutumer la peau aux radiations solaires.

Dès que la pigmentation sera apparue, c'est-à-dire, au bout de 15 jours à un mois, et s'il ne se produit pas d'érythème, les bains pourront être prolongés jusqu'à une heure, deux heures, au maximum.

Tous les malades ne *pigmentent* pas de la même façon ; les bruns se pigmentent en noir (bronzé), les blonds en rouge cuivré ou rouge-brique. Cette pigmentation est considérée comme un bon signe pronostique. Elle exprime la défense de l'organisme et permet la plus grande absorption des rayons chimiques (ultra-violets). Elle peut cepen-

dant faire défaut sans que la guérison soit compromise.

Il n'est pas utile de prolonger l'insolation audelà de 2 heures, comme on le faisait encore récemment. Les bains de soleil trop longs, comme les bains trop chauds, provoquent de l'abattement, de l'anorexie, de l'amaigrissement. On interrompra la séance une demi-heure avant le déjeuner pour éviter l'inappétence.

Immobilisation. — Dans les cas d'ostéo-arthrite du membre inférieur, ou de la colonne vertébrale, on devra associer l'héliothérapie à l'immobilisation sur cadre. Mais on supprimera les appareils plâtrés, qui empêchent la respiration cutanée, provoquent des sueurs et la macération de la peau, l'ankylose des articulations et l'atrophie musculaire.

Technique spéciale à la tuberculose pulmonaire. — Elle subit des modifications qui portent :

1° *Sur la température* du bain, dont la limite minima ne sera pas inférieure à 37° ; 2° *sur la durée*, qui devra être un peu abrégée et ne pas dépasser une heure ; 3° *sur le mode d'exposition* : on insolera le thorax sur ses deux faces pendant un temps égal. A l'aide d'écrans improvisés on limitera le champ lumineux de façon à ce que la tête et les parties du corps recouvertes de vêtements soient à l'abri. Plus tard, si les bains sont bien supportés, on pourra pratiquer l'insolation totale.

Accidents de l'héliothérapie. — Ils sont rares et bénins. Citons, comme accident local : l'érythème dû à une cure trop vivement poussée, ou à une susceptilité particulière de la peau. Comme accidents généraux : les vertiges, nausées, vomissements, phénomènes de légère insolation.

Enfin, l'*héliothérapie du phtisique* mal dirigée ou mal interprétée a déjà pu provoquer des poussées congestives avec fièvre et des hémoptysies.

Conclusions. — L'héliothérapie n'est pas une infaillible panacée. On parle beaucoup des bains de soleil, mais on les pratique peu. Cependant, c'est une médication qui mérite de prendre une place importante dans l'arsenal thérapeutique.

Elle ne guérit peut-être pas plus souvent que ses devancières ; mais elle guérit plus complètement et avec des résultats plus satisfaisants au double point de vue de l'esthétique et de l'intégrité fonctionnelle.

Enfin, un vaste champ lui est ouvert dans l'éducation physique (*préventive de la tuberculose*) de l'enfant).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paris.

L'insuffisance respiratoire des sommets.

(M. EMILE SERGENT. — *Académie de médecine.*)

L'insuffisance respiratoire des sommets est assez généralement considérée comme un indice de tuberculose pulmonaire, sans, d'ailleurs, qu'un exposé bien net ait été apporté jusqu'à ce jour sur cette question. M. Emile Sergent a étudié ce symptôme sur plusieurs milliers de sujets soumis à son examen pendant la guerre, au titre de suspects de tuberculose. Il pense qu'à côté de l'insuffisance respiratoire des sommets d'origine bacillaire, qui est connue, il faut faire place à une insuffisance respiratoire autonome, non tuberculeuse, mal connue jusqu'à présent, mais importante au double point de vue diagnostique et thérapeutique.

Cette insuffisance respiratoire simple des sommets est un état purement fonctionnel. Son caractère le plus saillant est d'être bilatérale et de s'associer à des troubles somatiques, malformations et déformations du squelette thoracique. L'auscultation révèle une diminution considérable du murmure vésiculaire, sans rudesse, ni souffle, ni bruits adventices. La radiographie montre, non une opacité, mais une diminution uniforme de la transparence des sommets. Il s'agit généralement de sujets grands et maigres, à poitrine aplatie, à dos voûté. Le plus grand nombre sont des adénoïdiens ou des patients atteints d'imperméablilité nasale, l'imperméabilité nasale jouant un rôle dans la pathogénie de cet état morbide. Le jeu du diaphragme se montre ici insuffisant.

Le diagnostic s'appuiera d'abord sur la *bilatéralité* du phénomène. Lorsque le syndrome est unilatéral, il reconnaît une cause locale ou il est en rapport avec une lésion bacillaire du sommet et l'on peut écarter d'emblée l'insuffisance respiratoire simple. Lorsque le syndrome est bilatéral, on distinguera l'insuffisance respiratoire fonctionnelle de la tuberculose par les signes adventices, les différences radiologiques, les symptômes généraux. Si la tuberculose est éteinte, la radioscopie montrera des sommets opaques, inégaux. Le traitement s'adressera d'abord à l'obstruction nasale. On le complètera par la gymnastique resipratoire.

M. HAYEM a été frappé du rôle du corset en pareil cas. Le port du corset entraîne une faiblesse du jeu du diaphragme qui survit à sa cause.

Organisation de l'enseignement de l'hygiène.

(M. GEORGES HAYEM. — *Académie de médecine.*)

Le gouvernement vient de décider la création, à Paris, d'un Institut d'Hygiène, destiné à la culture de cette science et à la formation d'hygiénistes.

M. Hayem montre la haute importance de l'hygiène, parmi les sciences médicales, et il trace le plan général d'une organisation de l'enseignement de cette science. Il signale l'Institut d'Hygiène en formation à Strasbourg.

M. Léon BERNARD donne quelques indications sur l'état actuel du projet gouvernemental. Il vise à instaurer une véritable Ecole de Santé Publique, à l'exemple de celles qui existent aux Etats-Unis, à Boston et à Baltimore.

Hématuries suivies d'arthrite coxo-fémorale après ingestion de hautes doses d'urotropine.

(MM. Pierre MARIE et BÉHAGUE. — *Académie de médecine.*)

MM. Pierre Marie et Béhague rapportent deux cas d'hématuries suivies d'arthrite sèche coxo-fémorale tardive après ingestion de grandes quantités d'urotropine.

Il s'agit de deux Français, prisonniers de guerre en Allemagne, qui, dans le but de se faire évacuer en Suisse, cherchèrent à se donner des hématuries. Ils ingérèrent, à cet effet, avec la complicité de gardiens et d'infirmiers, de grandes quantités d'urotropine, approximativement une centaine de grammes par jour. Au bout de peu de temps, se montrèrent des hématuries abondantes et douloureuses, qui cessèrent avec l'arrêt du médicament et réapparurent avec sa reprise.

Après leur retour en France, ces deux malades semblaient avoir récupéré une santé complète, lorsque, chez tous deux, survinrent des manifestations de plus en plus accentuées d'arthrite sèche des deux articulations coxo-fémorales, manifestations telles que la marche fut grandement troublée et l'est demeurée.

M. BAZY remarque que ces cas, s'ils montrent une action nocive des doses énormes d'urotropine, ne sont nullement à mettre au passif de cet excellent produit. L'urotropine — qu'il vaut mieux appeler *formine* — ne cause aucun accident sérieux, même quand on prolonge son emploi. Elle agit vite et s'élimine non moins rapidement.

M. NETTER a observé des hématuries chez cinq de ses malades, à la suite d'ingestion quotidienne de 1 à 2 gr. d'urotropine, ingestion continuée plusieurs semaines. Ce ne serait donc pas un accident rare.

Complications des otites et syphilis.

(M. MOURE, de Bordeaux.— *Acad. de Médecine.*)

M. Moure pense que certaines complications endocrâniennes apparaissant au cours d'une suppuration aiguë ou chronique de l'oreille peuvent relever de la syphilis. Avant de poursuivre, par le bistouri et le trocart, en pareil cas, les troubles cérébraux, il serait donc intéressant de faire un Wassermann.

Rupture traumatique de l'urèthre avec déchirure du rectum.

(M. PASTEAU. — *Société des Chirurgiens de Paris.*)

Un homme de 44 ans est atteint de plaie périnéale profonde, hémorrhagie et rétention d'urine. Dans l'impossibilité de retrouver les deux bouts de l'urèthre sectionné, le Dr Henry se contente d'évacuer l'hématome et d'assurer l'hémostase. Il laisse la plaie très largement ouverte et draine la vessie au-dessus du pubis. Quinze jours après, il peut suturer la paroi rectale qui avait été atteinte, puis faire une suture complète de l'urèthre sans réunir la plaie superficielle. Guérison rapide, sans rétrécissement.

Au sujet de cette observation, M. Pasteau fait remarquer que ce bon résultat n'a pu être obtenu que grâce au maintien de la dérivation des urines par la cystostomie sus-pubienne, mais il rappelle qu'il est plus simple — lorsque cela est possible — d'ouvrir largement la plaie et d'aboucher les deux bouts de l'urèthre au périnée.

Gros calcul biliaire spontanément expulsé.

(M. PÉRAIRE. — *Société des Chirurgiens de Paris.*)

M. Péraire présente un calcul biliaire, pesant 21 gr. dont l'élimination par les selles s'est accompagnée d'un cortège symptomatique alarmant : vomissements fécaloïdes, ballonnement abdominal, pouls petit, filiforme, refroidissement des extrémités, état syncopal persistant pendant 3 jours.

Combinaison de la greffe osseuse et de l'ostéosynthèse.

(M. DUPUY DE FRENELLE. — *Société des Chirurgiens de Paris.*)

Un des principaux facteurs de succès de la greffe osseuse pour longues pertes de substance diaphysaire est l'immobilisation parfaite du greffon. M. Dupuy de Frenelle estime qu'il peut être utile parfois, contrairement à l'opinion d'Albee, de compléter la greffe par l'association d'une ostéosynthèse par plaque, jouant le rôle d'immobilisateur.

Injections massives de sérum par voie intra-péritonéale.

(M. L. HENRI PETIT, de Château-Thierry. — *Société de Chirurgie.*)

M. GEORGES LABEY présente un rapport sur un travail de M. L. Henri Petit intitulé : Injections massives et rapides de sérum par voie intra-péritonéale. L'auteur préconise, lorsqu'on se trouve en présence de plusieurs blessés graves, arrivant en même temps, et chez lesquels il y a urgence, l'injection intra-péritonéale de sérum qui agirait plus vite que l'injection sous-cutanée, serait moins délicate et plus sûre que l'injection intraveineuse. M. Labey , il est vrai,ne partage pas tout à fait l'avis de M. Petit quant à l'innocuité de la perfora-

tion au trocart d'une paroi abdominale derrière laquelle il n'y a pas d'ascite.

M. PIERRE DUVAL ne saurait approuver également la ponction aveugle de la fosse iliaque pour injecter du sérum dans le péritoine.

Même opinion de M. LENORMANT, de M. LAPOINTE et de M. HALLOPEAU.

Vaselinomes ou oléomes des mamelles.

(M. ALGLAVE. — *Société de Chirurgie.*)

M. Alglave présente une malade atteinte de tumeurs multiples des seins provoquées par des injections anciennes d'huile de vaseline médicamenteuse. Ces injections, faites 16 ans auparavant, avaient laissé à leur suite quelques petites nodosités. Puis, peu à peu, les nodosités en question grossirent et finirent par s'enflammer en certains points. Ces vaselinomes ou oléomes sont le résultat d'un processus inflammatoire chronique qui est actuellement l'objet d'une étude de M. le Professeur Letulle.

M. WALTHER a observé des tumeurs multiples des seins chez deux femmes à qui on avait pratiqué, pour rémédier à une flaccidité mammaire, des injections modelantes de paraffine. Toutes deux ont eu des fistules rebelles avec élimination prolongée de fragments de paraffine.

P. L.

Province.

Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier.

Deux cas de grossesse compliquée d'étranglement cicatriciel serré du vagin.

M. GUÉRIN-VALMALE. — Canaliculaires ou annulaires, ces malformations sont souvent liées à des rétrécissements pelviens legers d'où la difficulte du diagnostic à cause de la gêne de l'examen par le vagin. Aussi convient-il de les rechercher, même au prix d'une anesthésie au chlorure d'éthyle.

Lors du travail, si le rétrécissement est canaliculaire et peu dilatable, l'extraction se fera par le haut appareil, césarienne suivie d'hystérectomie totale et non de Porro. Le rétrécissement annulaire, membraniforme et facilement dilatable, permettra l'accouchement par les voies naturelles à moins d'obstacle pelvien trop accentué.

Discussion. — M. DE ROUVILLE pense que l'opération de Porro n'a de raison d'être qu'entre des mains inexpérimentées et peu faites à la chirurgie abdominale. Elle est appelée à disparaître devant l'hystérectomie, beaucoup plus facile, d'ailleurs, au cours de la gravidité.

Hématosalpynx.

M. TÉDENAT. — Le plus souvent lié à une grossesse tubaire, l'hématosalpinx peut relever de lésions de salpingite hémorrhagique en dehors de toute gravidité, comme le prouvent des examens microscopiques très complexes qui n'ont montré ni cellules déciduales, ni cotylédons, ni érosions de la muqueuse. Sur quatre cas rapportés par l'auteur, trois montraient les lésions de la salpingite hémorragique, telles qu'elles ont été décrites par Louis Bazy et par Nesley Bovée. Dans le quatrième, il s'agissait d'une forme très rare de tuberculose tubaire.

Discussion. — M. DE ROUVILLE a observé des cas analogues où la gêne de la circulation annexielle expliquait suffisamment l'hémorragie intratubaire. L'examen des coupes en série est indispensable pour se prononcer.

Mort habituelle du fœtus ; accouchement provoqué : enfant vivant.

MM. VALLOIS et MADON. — Dans ce cas, aucune des causes habituellement invoquées dans la mort habituelle, syphilis, tuberculose, intoxication, n'a pu être incriminée. Seule une légère albuminurie apparaît dans les derniers jours de la grossesse, pour disparaître rapidement au cours des suites de couches.

Discussion. — M. GUÉRIN-VALMALE, après avoir rappelé la discordance entre certaines albuminuries légères et transitoires et leur gravité pour le fœtus signale que, depuis la guerre, la syphilis, dans certains centres, comme Marseille, atteint 50 % de la population. Dans deux générations, avec les croisements, elle sera partout.

M. PAUL DELMAS, à l'occasion d'un fait qu'il a observé, souligne l'importance de la recherche attentive de la syphilis du conjoint, alors cependant que l'examen de la mère est négatif à ce sujet. L'action efficace du traitement lui a montré le bien fondé de cette ligne de conduite.

Tranfusion sanguine improvisée.

M. PAUL DELMAS .— Chez deux malades exsangues et schokées, dont l'état exigeait sur l'heure une intervention grave, l'auteur a dû improviser d'urgence une transfusion sanguine pour laquelle, en l'absence d'instrumentation spécialement appropriée, il a eu l'idée d'utiliser son aiguille trocart à rachicentèse. Bouillie dans la solution citratée dont il avait aussi garni une seringue de Luer de 30 cmc., elle lui a servi à prélever dans la veine du donneur le sang qu'à trois reprises il a injecté dans la veine du receveur. Cette utilisation aussi heureuse qu'inattendue d'un matériel à analgésie rachidienne pourrait être mise à profit dans de semblables conditions d'urgence et de dénuement instrumental.

Dsicussion. — M. GUÉRIN-VALMALE se montre surpris de ce que la coagulation ne s'est pas faite dans la canule employée.

M. Paul Delmas rappelle que du sang incoagulable, parce que citraté, a seul traversé son trocart, citraté lui aussi, et de plus, lubrifié à l'huile de vaseline. Les succès autrefois obtenus avec la canule d'Erlsberg, n'utilisant pourtant que cette seule condition, n'ont jamais été contestés.

Hystérectomie totale ou subtotale ; une opération conciliatrice ; l'évidement systématique du moignon cervical.

M. de Rouville. — Par l'évidement systématique du moignon cervical, dans l'hystérectomie subtotale, sont réalisés les avantages de chacun de ces deux procédés tout en évitant les inconvénients de chacun d'eux.

Paul Delmas.

Société anatomo-clinique de Toulouse.

M. Jean Tapie rapporte un cas de *péritonite tuberculeuse à début pseude-appendiculaire* où le diagnostic fut particulièrement délicat, l'affection ayant débuté brusquement, comme une crise d'appendicite aiguë.

MM. Dalous et Laporte communiquent un certain nombre de cas de *péritonite tuberculeuse* évoluant sous des *formes anormales*, simulant la fièvre typhoïde, l'ulcère, le cancer de l'estomac, la lithiase biliaire.

MM. Dalous et Laporte ont eu l'oecasion de soigner un certain nombre de *péritonites tuberculeuses par l'héliothérapie* : ils indiquent les raisons de ce traitement et signalent les bons résultats qu'ils ont obtenus.

MM. Aubon et Bonnefous rapportent un cas de *paralysie diphtérique grave* observé chez un enfant de 11 ans, qui succomba par insuffisance cardiaque due à la myocardite toxique.

M. Crauffon communique un cas de *cylindrome de la paupière inférieure* : il s'agit d'une localisation très rare de ce genre de tumeur qui présente un pronostic assez grave, par suite de la fréquence des récidives.

M. Georges Tourneux présente un cas assez rare d'*anomalies de l'artère axillaire et du plexus brachial* se traduisant par des branches artérielles anormales, et des rameaux nerveux supplémentaires. Ces anomalies entraîneraient des rapports très intéressants entre les vaisseaux et les nerfs.

M. Pujo rapporte deux cas de *fibrome pur de l'ovaire* observés à quelques jours d'intervalle : il s'agit là de tumeurs que l'on ne rencontre pas très fréquemment (2 ou 3 %) dont le diagnostic est toujours difficile.

M. J.-P. Tourneux communique deux cas de *lymphome tuberculeux* ayant évolué au niveau de la région cervicale : il s'agit d'uue adénopathie tuberculeuse hypertrophiante suppurant exceptionnellement.

M. P. Daléas signale un cas d'*ostéochondrite déformante de la hanche* dont les radiographies montrent la disparition totale osseuse de la tête fémorale remplacée par du tissu cartilagineux. Il y a limitation des mouvements de rotation et d'abduction avec conservation intégrale de la flexion et de l'extension.

MM. Bonnefous et Obias rapportent un cas d'*asystolie avec hyperazotémie et thrombose de l'artère humérale* qui démontre combien il est parfois malaisé de différencier l'urémie de l'asystolie, cette dernière se traduisant par certains symptômes qu'on a plutôt tendance à mettre sur le compte de l'insuffisance rénale. Pratiquement, il y a lieu de traiter ces faux rénaux comme des cardiaques et d'instituer la médication de l'asystolie.

MM. Dalous et Laporte communiquent deux cas de *péritonite tuberculeuse à forme appendiculaire* où le diagnostic exact ne fut posé qu'au moment de l'intervention chirurgicale.

MM. Dalous, Laporte et Jean Tapie signalent une *épidémie d'embarras gastriques fébriles* observée chez des sujets ayant subi la vaccination antityphique. L'hémoculture a montré qu'il s'agissait de lésions éberthiennes évoluant discrètement.

M. Bernardbeig communique un cas de *luxation tibio-tarsienne* en avant et en dedans sans fracture des malléoles. La réduction fut des plus aisées et les suites en ont été excellentes.

M. Bernardbeig présente un malade atteint de *luxation chondrc-costale* des 8e et 9e côtes, à la suite d'un effort musculaire. Il s'agit d'une lésion très rare que l'on n'observe généralement qu'à la suite d'un traumatisme direct.

M. J.-P. Tourneux rapporte un cas de *syphilome localisé au biceps*, présentant les lésions caractéristiques d'infiltration embryonnaire dans le tissu conjonctif interstitiel, entraînant secondairement l'atrophie et la dégénérescence granuleuse des fibres striées.

M. J.-P. Tourneux communiqbe un cas de *tuberculose hypertrophique de la trompe de Fallope* ayant évolué de façon latente, sans ascite et sans péritonite adhésive, ce qui est assez exceptionnel.

Société d'obstétrique et de gynécologie de Toulouse.

MM. Gilles et Goy rapportent une observation de *grossesse compliquée par un kyste de l'ovaire*. La

présence de la tumeur ovarienne détermina un certain nombre de phénomènes dystociques dont le plus important fut une présentation de l'épaule.

M. AUDEBERT communique le résultat de ses recherches sur la *sexualité pendant et après la guerre*. En examinant les chiffres de l'état-civil de la commune de Toulouse, on se rend compte que le chiffre de la masculinité pendant la guerre a été de 103,79, et après la guerre de 105,36 ; les deux mois de janvier et de février 1920 donnent une proportion de 108, 86. L'auteur indique ensuite quelles sont les raisons économiques et physiologiques qui lui semblent pouvoir expliquer ces résultats.

M. GARIPUY signale un cas de *paralysie faciale* chez un nouveau-né après application de forceps qui a duré pendant environ six semaines, laps de temps dépassant largement la durée d'évolution normale.

M. J.-P. TOURNEUX rapporte deux cas d'*inertie complète de l'utérus avec enfants morts*. Par suite d'absence de forceps, et de l'impossibilité de s'en procurer, il fut obligé d'employer des moyens de fortune : l'extraction des fœtus se fit au moyen du davier de Farabeuf après réduction de la tête par désossement.

MM. AUDEBERT et STILLMUNKES communiquent un cas très rare de *sinusite ethmoïdale avec phlegmon de l'orbite et méningite généralisée* chez un nouveau-né, dont l'origine peut être rapportée à l'évolution d'un coryza latent chez un hérédo-syphilitique.

J. TOURNEUX.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

La syphilis nerveuse. Son traitement iodo-mercuriel par le lipogyre.

Levaditi et Marie, reprenant, à la lumière d'expérimentations nouvelles, l'intuitive conception de Noguchi, viennent de démontrer la pluralité des races de tréponèmes (I). Ces deux auteurs nous montrent, par le groupement d'un grand nombre de faits cliniques, que les syphilitiques voués au tabès et à la P. G. ont été contaminés par une race spéciale de spirochètes ayant acquis une aptitude plus grande à se localiser dans les centres nerveux ; ce sont des spirochètes *neurotropes*, par opposition à l'autre variété, spirochètes *dermotropes*, agents des syphilis à manifestations muqueuses et cutanées.

De ces données pathogéniques doivent sortir des règles thérapeutiques. Le tissu nerveux, peu accessible au mercure et à l'arsenic, constitue pour les tréponèmes un véritable maquis histologique en raison de cette quasi-imperméabilisation aux agents spécifiques du milieu cérébro-spinal dont Balzer a si bien analysé le mécanisme (*Bulletin Médical*, 20 décembre 1919).

Que devra donc être l'attitude thérapeutique rationnelle chez un sujet où des manifestations cutanées et muqueuses légères font craindre une contamination par une race de spirochètes neurotropes ? Un traitement général persévérant, quelles qu'aient été la rapidité et la perfection du blanchîment initial, doit intervenir : traitement « prudent, mais sans mollesse, énergique quand la situation le commande » (Barthélemy). Le système nerveux doit être surveillé de très près, et pour peu que l'infection soit ancienne, malgré l'absence de tous troubles apparents, la plus légère lymphocytose doit faire craindre l'imminence d'accidents cérébro-médullaires et légitime un traitement actif (G. Lyon).

Pratiquement en quoi doit consister ce traitement ? Les arsenicaux, excellents pour porter le coup initial ne doivent cependant être maniés qu'avec une extrême prudence. Si, en effet, ils se fixent aisément sur les centres nerveux, ils les fragilisent à l'extrême, au point de tertiariser parfois précocement l'infection contre laquelle on les a mis en œuvre. La mercurialisation, qu'il faut intensive, est souvent brutalisante ; quant à l'iodure, insuffisant à lui seul, il a l'inconvénient d'introduire en même temps que l'iode une surcharge médicamenteuse en sodium ou potassium, dont l'action peut être urémisante ou convulsivante. Ce n'est point le cas du lipogyre, éther gras iodé mercuriel (diiodobrassidate d'éthyle hydrargyré), qui, possédant une affinité très nette pour les tissus nerveux et lymphatiques, contitue l'arme de choix à utiliser contre le neurotropisme.

En fait ce médicament a donné dans quelques cas de syphilis nerveuse de très encourageants succès que nous analyserons dans un prochain article. Retenons pour aujourd'hui sa tolérance remarquable par le tractus digestif qui, en permettant d'en continuer l'usage pendant fort longtemps, est aussi un puissant facteur de réussite quand il s'agit d'accidents à évolution aussi longue que ceux que nous venons d'envisager.

(*A suivre*).

(I) C. LEVADITI et A. MARIE. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 1919, XXXIII, n° II.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MUTUALITÉ FAMILIALE
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Lettre sur la Mutualité Familiale.

La combinaison donnant l'indemnité journalière de 20 francs.

Je savais bien que lorsque les formules vagues feraient place aux précisions, la prétendue indifférence de nos confrères s'évanouirait.

J'ai reçu plusieurs lettres auxquelles je veux répondre immédiatemeut.

Le Dr J... m'écrit :

> Comment voulez-vous que nous donnions notre adhésion à une combinaison nouvelle dont nous ne connaissons pas les tarifs qui, dites-vous, seront augmentés ? S'il ne s'agissait que de l'addition de la cotisation actuelle à celle de l'âge d'entrée, nous saurions à quoi nous en tenir, mais nous n'avons aucune idée des chiffres qu'on nous demandera...

Je peux rassurer mon correspondant en lui disant que les chiffres de l'actuaire correspondront exactement aux charges de la combinaison, que rien n'y sera surajouté et que ces chiffres seront tels que le dernier sociétaire, en disparaissant, doive emporter le dernier centime de la caisse: c'est dire qu'ils seront fixés au strict nécessaire.

Mais je le rassurerai encore plus en lui disant que l'adhésion sollicitée n'est qu'une adhésion de principe n'entraînant de ce fait aucune obligation pour celui qui la donne.

Sans doute, j'ai le lointain souvenir d'une caisse des veuves que Cézilly avait voulu fonder: il avait reçu quatre cents adhésions de principe, et, quand l'œuvre fut mise sur pied, ces quatre cents adhésions se réduisirent à 14 ou 15, ce qui fit abandonner la chose. Aussi, tout en déclarant que l'adhésion n'est pas formelle, je demanderai à mes confrères de réfléchir avant de l'envoyer : que cette adhésion soit sérieuse tout au moins.

Le Dr M... aborde un autre sujet.

> Je fais partie de la combinaison B et vous dites que «la combinaison B étant fermée, aucun de ses membres ne peut prétendre à l'indemnité double». Je vous avoue que j'ai été fortement désillusionné : parce que nous sommes à B, n'avons-nous pas les mêmes besoins, et la gêne pour nous est-elle moins grande à l'heure actuelle ?...

Evidemment, je ne me suis pas fait comprendre et je m'en excuse, je vais réparer :

Non, certes, s'il s'agissait de doubler les indemnités en restant dans les mêmes combinaisons, les membres de la combinaison B. ne pourraient prétendre à cette indemnité double. Mais il s'agit de créer une combinaison nouvelle et rien dans les statuts ne s'oppose à ce que les anciens sociétaires puissent s'y faire inscrire, qu'ils appartiennent à B. ou à M. A. La seule chose qui intéresse les membres de B., c'est que la combinaison nouvelle n'admettra la participation que jusqu'à un âge déterminé, 65 ans sans doute puisque c'est la limite actuelle pour M. A. : si donc ils entrent à cette combinaison nouvelle, ils en sortiront par âge à l'époque voulue et, à ce moment, ils resteront simples membres de B. comme ils le sont actuellement. Leur double participation ne sera que temporaire, elle cessera pour eux comme pour tous les autres membres quand l'âge aura sonné.

Mais il y a mieux, dès maintenant la combinaison M. A. est ouverte aux membres de B. et rien ne les empêche de demander leur admission. Pour eux la solution de la double indemnité existe et je connais même un sociétaire, le Dr D., qui est inscrit à la fois à demi-B. et à demi-A. Je ne vois guère qu'une réserve à faire, celle du chiffre de la cotisation qui pourra être un peu surélevé après l'inventaire actuariel.

Confrère M... je crois que votre désillusion n'a plus de raison d'être.

Enfin le Dr C... entre plus avant dans la question.

> Je vous serais obligé de m'éclairer sur les points suivants : si vous créez une combinaison nouvelle, les membres qui y entreront devront, d'après les statuts, subir une visite médicale et, une fois admis, seront soumis à un stage de six mois avant d'être en possession de leurs droits — les membres de M. A, qui voudront changer de combinaison seront-ils tenus aux mêmes obligations ?
>
> Seconde question : les membres de M.A. pourront-ils passer à la nouvelle combinaison, que j'appellerai X, quel que soit leur âge, ou bien, au contraire, y aura-t-il une limite au-delà de laquelle le changement ne sera plus admis ?

Nécessairement les membres des anciennes combinaisons, pour entrer à la combinaison nouvelle, que j'appellerai I. M. (indemnité-maladie) pour plus de facilité, devront subir un nouvel examen médical : il serait impossible de les y admettre autrement, les conditions devant être

les mêmes pour tous, et je crois bien comprendre que je suis d'accord avec mon correspondant sur ce point. Pour la même raison, ils devront être soumis au stage de six mois.

Je suis d'avis également qu'il y ait une limite pour l'âge d'entrée à la combinaison I. M. en raison de l'accroissement des risques avec l'âge et naturellement le droit de passage pour les membres des anciennes combinaisons sera limité par cet âge.

Cette mesure sans doute peinera quelques-uns de nos anciens sociétaires, mais il est des nécessités devant lesquelles il faut savoir s'incliner.

Nous qui avons créé les combinaisons P. et R. (retraites), n'avons nous pas dû, de par notre âge, nous en exclure à l'avance ?

Mais le Dr M... aborde indirectement un gros problème, il écrit : « *les membres qui voudront passer de M. A. à X.* », soulevant ainsi la question du passage d'une combinaison à une autre ; or j'estime que les changements de combinaisons ne devront pas être autorisés.

Il serait trop long d'exposer les raisons pour lesquelles l'interdiction devra être prononcée : ce sera pour la prochaine fois.

A. Gassot.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Toujours l'encombrement.

I

Notre cher *Concours* a enfin commencé à pousser le cri d'alarme attendu au sujet de l'encombrement médical ; il est de la plus haute importance pour tout le corps médical que cette campagne soit poursuivie. Il faudrait tout d'abord publier la statistique des étudiants en 1913 et 1920, par facultés et écoles si possible. Il faudrait ensuite demander la suppression de certaines écoles de médecine et la transformations de quelqus facultés en écoles (raison budgétaire en avant). Il faudrait surtout obtenir la limitation du nombre des étudiants soit en plaçant un concours à l'entrée, soit par élimination *rapide* des non-valeurs, soit par tout autre moyen. Il faudrait aussi se consacrer à la campagne de presse (grands quotidiens et journaux médicaux) et bien montrer que les frais généraux ont partout considérablement augmenté, tandis que, malgré l'augmentation des honoraires, par suite de la raréfaction des visites, le chiffre des recettes n'a guère varié depuis 1914. Que chacun de nous détourne de notre profession trop encombrée les jeunes gens n'ayant pas une aptitude toute spéciale, ce que l'on appelait autrefois la vocation.

Dr Rauzy.

II

Au Dr Duchesne.

Vous posez à nouveau dans le *Concours* la question de l'encombrement. Permettez-moi d'appuyer les idées que vous avez défendues autrefois et surtout d'essayer de déblayer le terrain de façon que la discussion soit nette et précise. Je viens de relire le mémoire du Dr Gouffier et les articles publiés en 1900. Il n'est pas douteux que les mêmes arguments vont reparaître de part et d'autre. Or, dans cette discussion d'il y a vingt ans, j'ai remarqué une certaine confusion qu'il me paraît désirable d'éviter cette fois, si possible.

Après l'avoir établi par des chiffres qu'il serait intéressant de reprendre et de mettre au point, le Dr Gouffier a discuté les causes de l'encombrement puis les moyens indirects d'y remédier. Il a écarté le moyen direct que vous aviez préconisé : limitation par concours à l'entrée des Facultés et terminé par l'étude des palliatifs : augmentation des honoraires, syndicalisme, etc...

Les moyens indirects envisagés : réforme du baccalauréat, augmentation de la durée des études et de leurs frais, ne pouvaient rien produire. La diffusion de l'instruction est trop conforme aux tendances actuelles en ce qu'elles ont de plus légitime pour que l'on puisse même parler de l'enrayer. Quant aux palliatifs, leur efficacité est en raison inverse du degré de l'encombrement. Si celui-ci n'est pas trop considérable, une bonne organisation syndicale rendra de réels services. Au-delà de certaines limites, elle n'agira plus. Seules joueront alors, dans toute leur férocité et leur implacabilité, les lois de l'offre et de la demande, de la lutte pour la vie. Partout où les syndicats bien organisés ont voulu essayer la lutte contre des collectivités, celles-ci ont trouvé des dissidents. Le dernier exemple que je connaisse est celui de Limoges, cité dans le Concours. Les dissidents seront d'autant plus faciles à trouver que l'encombrement sera plus grand. Le seul moyen efficace, c'est, comme vous l'avez dit, la limitation par concours à l'entrée des Facultés. Si l'on me permet une comparaison médicale, je dirai que l'emploi des moyens indirects pour diminuer le nombre des médecins ne saurait être plus efficace que celui des purgatifs, sudorifiques, diurétiques, ou des vésicatoires pour guérir un kyste de l'ovaire. Inutile donc de nous attarder. Quant aux palliatifs, ils ont juste la valeur des palliatifs dans une tumeur inopérable. Mais nous ne les employons que comme pis-aller. Ici nous pouvons et nous devons faire mieux.

Que demande avant tout l'intérêt général ?

Un nombre suffisant de médecins ? Certes ! Un nombre indéfini ? Point du tout. Si, par exemple, 500 médecins par an suffisent pour les besoins du pays, il est tout à fait inutile d'abord, il est même nuisible, d'en recevoir 1.000. Les 500 en surcroît encombrent les Facultés, sont une cause de dépenses inutiles et plus tard ils essayeront d'exercer, ils auront peut-être même plus de clients que les plus instruits, ceux qu'une sélection sévère aurait laissé passer seuls. C'est évidemment regrettable au point de vue général. N'auraient-ils pas rendu plus de services à la Société s'ils avaient été renvoyés à une profession plus en rapport avec leurs aptitudes. Il est tout aussi contraire à une bonne organisation sociale de mettre 20 médecins dans une ville où 10 suffiraient que de mettre 20 fonctionnaires, 20 employés, 20 ouvriers là où 10 suffiraient.

Pour défendre la limitation, je me place donc sur un terrain différent de celui que vous aviez choisi. Vous disiez : l'Etat nous a conféré un diplôme, il doit nous donner le moyen d'assurer notre existence avec ce diplôme. Vous avez été battu, vous deviez l'être. S'il est certain que la limitation est conforme aux intérêts des médecins, que ceux-ci ont le droit de défendre leurs intérêts, il ne l'est pas moins que l'intérêt général doit l'emporter sur celui de chaque profession. Il n'y aurait plus de société possible si, comme c'est la tendance actuelle, chaque groupement professionnel pouvait à son gré réduire les heures de travail et augmenter son salaire. Bien d'autres considérations, et fort importantes, peuvent être invoquées pour prouver que l'intérêt général n'est pas opposé à la limitation du nombre des médecins. Elles ont été exposées dans la discussion d'il y a 20 ans et je ne les rappellerai pas, mais je me réserve tout à l'heure d'en présenter encore une.

Pour écarter votre projet, le Dr Gouffier a fait sienne l'objection d'un de vos contradicteurs : « De ce que l'Etat a créé, en notre faveur, le monopole du droit de soigner, il n'est pas tenu envers nous à une protection assidue ». Or, ici, le mot monopole est employé à contre-sens ou tout au moins à faux sens. Voyez le *Larousse* : « Le monopole est un privilège accordé à certains individus. Ex. : monopole des agents de change, des chemins de fer. » Les médecins à l'heure actuelle ne bénéficient d'aucun monopole d'aucun privilège, puisque la profession médicale est ouverte à tous ceux qui justifient d'études suffisantes. Mais si la limitation était votée, n'y aurait-il pas monopole de fait ? Oui, et cependant je ne crois pas que, même alors, le terme de monopole serait appliqué exactement. Et dans tous les cas peu importe le mot, l'essentiel est la chose : la limitation des médecins est-elle ou non contraire à l'intérêt général ?

C'est sur ce terrain que doit se livrer la bataille.

Je renvoie également au Larousse ceux qui disent : un concours à l'entrée ferait perdre à la médecine son caractère de profession libérale. Dans l'antiquité, puis au moyen âge, les professions libérales étaient celles réservées aux hommes libres, interdites aux esclaves et aux serfs. Depuis les temps déjà lointains où l'esclavage et le servage ont été abolis, professions libérales veut dire celles où l'intelligence a plus de part que le travail manuel. Donc, un concours d'entrée ne changerait en rien le caractère libéral de la profession médicale et d'ailleurs ceux qui présentaient cette objection n'ont jamais rien pu répondre quand on leur demandait si un ingénieur sorti de Centrale ou de Polytechnique exerçait une profession moins libérale que la nôtre. Et à ceux que mon argumentation ne convaincrait pas, je dirai encore : Voyez le *Larousse*. Il semble bien que dans l'esprit de ceux qui présentent cette objection, une idée vague, une sorte de fantôme nébuleux de la Liberté vienne masquer les réalités.

Nous arrivons maintenant à l'objection fondamentale la plus difficile à traiter, car ce n'est plus seulement le sens d'un mot qu'il faut préciser, chose facile avec un dictionnaire, mais une idée et quelle idée : celle de la Liberté, si importante, comprise de façons si diverses. J'exposerai la mienne, mais je ne pourrai invoquer aucune autorité autre que celle du bon sens et des réalités.

La liberté sans limites, comme certains la conçoivent, c'est l'anarchie, incompatible avec n'importe quelle organisation. Il n'y a donc pas à discuter avec ceux qui s'en réclameraient. Mais toute organisation est restrictive de la liberté, d'autant plus qu'elle est plus compliquée. La meilleure organisation est celle qui, avec le minimum d'entraves, assure le maximum d'avantages à ceux qui en font partie. Les conditions varient selon les temps, les lieux et les mœurs. Ainsi les Boches, avant la guerre, s'accommodaient fort bien et tiraient de grands avantages d'une organisation très méthodique, très bien réglée, mais que le caractère français n'aurait pu supporter comme trop oppressive. Or, en 1920, en France, dans la question qui nous occupe, la liberté absolue, c'est le libre exercice de la médecine. Aucun homme de bon sens ne le réclamera. La santé publique doit être protégée contre les entreprises des ignorants. On a donc placé des barrières. L'une de ces barrières, c'est l'exigence du baccalauréat et du P. C. N. à l'entrée des Facultés de médecine. Est-elle attentatoire à la Liberté ? Non pas, puisque tous ceux qui ont le P. C. N. et le baccalauréat peuvent entrer. En quoi donc le concours serait-il plus attentatoire à la liberté que ceux d'externat, d'internat ou même d'agréga-

BULLETIN DE SOUSCRIPTION
à l'AGENDA-MEMENTO DU PRATICIEN
(ÉDITION 1921)

qui sera envoyé vers le 15 décembre 1920.

NOTA. — LA SOUSCRIPTION SERA CLOSE IRRÉVOCABLEMENT LE 1er AOUT 1920.

Le soussigné (noms et prénoms)..

.... *Abonné au* **Concours Médical** (1)

médecin à.. *dép. de*..................

*désire recevoir l'***Agenda-Memento du Praticien** *édition* 1921 *et*

(2) 1° *Envoie ci-inclus le montant de sa souscription en un mandat de* **Quinze francs.**
2° *Verse le montant au compte de chèques Postaux n°* 167.95 *Paris.*
3° *Demande que le montant de sa souscription soit recouvré par la poste* (16 *fr. frais compris*).

A.., *le*.............................1920.

SIGNATURE :

(1) *Pour les non abonnés, le prix de l'***Agenda Memento** *est de* 20 *fr.*
(2) *Biffer la mention qui ne convient pas.*

Adresser les lettres et mandats avant le 1er août 1920, à **M. C. Boulanger**, administrateur du *Concours Médical*, 132, rue du faubourg Saint-Denis, Paris, 10e arr.

AVIS

—

TARIF DUBIEF

—

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs le TARIF DUBIEF avec son Répertoire alphabétique.

Prix franco : 1 fr.

tion ? J'ai entendu critiquer les concours d'agrégation, mais pas au nom de la liberté. Là encore, je demande à ces partisans farouches d'une liberté quelque peu anarchique s'ils protestent contre les concours d'entrée dans les grandes écoles : Centrale ou Polytechnique, dans les Ecoles Vétérinaires, dans celles d'Arts et Métiers, etc...

Le premier bienfait du concours à l'entrée des Facultés de Médecine, ce serait de rendre infiniment plus facile l'organisation des études médicales. En somme, l'enseignement de la médecine est un enseignement technique et devrait être donné dans des écoles techniques. Celles-ci ont nécessairement pour base, un concours d'entrée, un nombre limité d'élèves. Croit-on que si l'Ecole Centrale avait dû recevoir tous les bacheliers ès sciences qui s'y présentaient, elle aurait maintenu son niveau scientifique ? Ses cadres, ses salles de cours, ses laboratoires, auraient été débordés, malgré des agrandissements successifs, comme le fait s'est produit chez nous. Je ne veux pas faire de comparaisons qui nécessiteraient de longs développements, mais il est certain qu'une bonne organisation des études médicales importe au plus haut point à l'intérêt général, et c'est cette idée que j'avais dans l'esprit en disant précédemment que j'exposerais un point de vue encore dans lequel la limitation par concours coïncidait avec l'intérêt général. Tout le monde reconnaissait avant la guerre que les étudiants étaient trop nombreux, que les moyens d'instruction mis à leur disposition étaient insuffisants. Et aujourd'hui que nous sommes dans une désastreuse situation économique, on vient nous demander encore plus d'argent pour augmenter encore l'encombrement. Mais si l'on n'admettait que le nombre d'étudiants nécessaire aux besoins du pays, les crédits actuels ne suffiraient-ils pas ? C'est la première question à résoudre. Augmenter nos dettes déjà fantastiques, pour augmenter un nombre trop considérable de médecins, c'est la conduite de Gribouille. On dira peut-être quelques millions de plus ou de moins sur tant de milliards, qu'importe ! Mais c'est précisément parce qu'on tient ce raisonnement sur une foule de points qu'on est arrivé aux désastreux résultats actuels. Que l'on continue encore un peu de temps les gaspillages insensés que nous voyons partout, et l'on arrivera fatalement à une banqueroute effroyable semblable à celle de la Russie.

Je n'ai ni les moyens ni la prétention d'établir un plan complet de réforme des études médicales, mais on ne fera rien d'utile dans cet ordre d'idées si l'on ne met pas à la base le concours d'entrée. L'internat obligatoire, dont on parlait récemment encore dans le *Concours*, serait alors de réalisation facile ; dans les conditions actuelles, on n'en saurait parler sérieusement.

Je veux dire quelques mots seulement d'une objection tout à fait dénuée de fondement et qui cependant impressionne beaucoup de confrères : la limitation entraînerait la fonctionnarisation. Le corps médical a une grande et juste horreur pour la fonctionnarisation ; mais il n'y a aucun rapport nécessaire entre concours d'entrée et fonctionnarisation. Voyez les écoles vétérinaires, l'Ecole Centrale, etc...

On a soulevé encore comme objections la difficulté de fixer le nombre des admissions et surtout plus tard d'organiser la répartition. Il y a bien là des difficultés, mais elles n'ont rien d'insoluble. Je considère comme inutile d'étudier les modalités d'un projet auquel jusqu'à présent la grande majorité des médecins oppose un refus formel. Si la discussion actuelle indique un changement dans l'orientation des esprits, il y aura lieu de pousser plus à fond l'étude de la question.

Pour aujourd'hui, je m'arrête à cette conclusion :

L'établissement d'un concours à l'entrée des Facultés de Médecine est le seul moyen d'élever au plus haut degré possible le niveau des études médicales et de procurer au corps médical des conditions d'existence convenables et dignes des services qu'il rend à la société.

Et je demande en grâce à ceux qui prendront part à la discussion de ne pas parler du monopole médical. Leur diplôme ne confère pas plus un monopole aux médecins que le permis de conduire aux chauffeurs.

Je demande aussi et pour la même raison : respect de la langue française ; que l'on ne vienne pas soutenir l'incompatibilité du concours d'entrée avec une profession libérale.

Dr E. DUPONT.
(Villiers-Saint-Georges).

DÉONTOLOGIE

I

Déontologie et jurisprudence médicales,

(D'après le Traité de LE GENDRE. Maloine, éditeur, Paris).

De plus en plus, le médecin est lié à la vie sociale de la nation : il ne se contente plus d'être le donneur de soins à l'individu malade, il doit se préoccuper des collectivités publiques ou privées qui s'interposent entre son client et lui. Il ne lui faut plus considérer uniquement les intérêts de chaque individualité qui se confie à ses soins : il doit, au nom de la nation, devenir l'homme de l'art, qui protège la santé publique, de même qu'il délivre les attestations et cer-

tificats, propres à mettre en jeu un certain nombre de lois, dites de prévoyance, d'assurance et de protection sociales.

Le docteur en médecine n'a donc plus à posséder uniquement la science et l'art de guérir : il doit apprendre les textes législatifs et réglementaires, qu'il observera et appliquera chaque jour, au cours de sa vie professionnelle, sans compter les garanties de droit commun, dont il lui faut se préoccuper, cependant que diminue le respect qui entourait les docteurs de jadis.

Le médecin de famille disparaît pour faire place à un homme, que le public s'habitue à ne considérer qu'en tant que marchand d'ordonnances, négociant sans boutique, mais dont on discute les honoraires et que l'on traîne devant les tribunaux, en cas d'insuccès du traitement.

La faculté de médecine, ne cessons-nous de répéter ailleurs que, dans les milieux médicaux, ne fabrique que des docteurs en médecine ; elle ne se préoccupe pas de faire des médecins.

« Nos Facultés offrent aux étudiants en mé-
« decine une nourriture scientifique de premier
« choix, d'une abondance presque excessive ;
« les programmes sont de plus en plus touffus,
« les professeurs rivalisent d'érudition et d'élo-
« quence. Mais la *formation professionnelle*, si
« elle n'est pas aussi dédaignée qu'au temps de
« mes études, est encore bien laissée dans l'om-
« bre par l'enseignement officiel. » Telles sont les lignes que nous lisons, sous la plume du Dr Le Gendre, médecin des hôpitaux de Paris, dans son nouveau livre : *Déontologie et Jurisprudence médicales*.

Oui, les détenteurs du monopole de l'enseignement officiel à la Faculté ne se préoccupent guère des difficultés qui assaillent l'étudiant, lorsqu'il s'installe comme docteur. La voie des concours, de l'agrégation et des hôpitaux donne une autre mentalité et surtout, permet d'ignorer totalement la vie du praticien rural. C'est, croyons-nous, l'explication à donner de cette absence d'un enseignement de *clinique* déontologique et juridique à la Faculté de médecine.

Certains prétendent qu'il faut envisager une autre cause : aucun des membres de la Faculté n'ayant vécu la vie du médecin de campagne, le professeur de clinique déontologique et juridique serait peut-être fort embarrassé pour faire un cours pratique et intéressant sur les embûches juridiques de cette vie professionnelle rurale..... et modeste.

Aussi accueillons-nous avec joie le livre que vient d'écrire le Dr Le Gendre. Cet ouvrage fait suite à l'enseignement que ce maître avait donné en 1899 et 1900 avec le Dr Lepage à l'Hôtel des Sociétés savantes.

Nous venons de lire entièrement ses différents chapitres, consacrés à la vie du médecin. C'est d'abord l'apprentissage, plaçant, dès le début, le jeune étudiant en face des qualités que doit acquérir et posséder un bon praticien. S'il ne se sent pas capable de se discipliner, en vue de l'exercice futur d'une profession, qui nécessite tant de qualités morales, autant abandonner de suite la carrière, tant qu'il est encore temps de faire autre chose.

Puis, le Dr Le Gendre suit pas à pas l'étudiant, tant à la faculté qu'à l'hôpital, et successivement, donne des explications, des indications, des conseils.

Devenu docteur, l'ex-étudiant doit connaître les qualités morales, les difficultés matérielles, les embûches et duperies, les soucis et tracas, inhérents à une installation. Psychologie du médecin, psychologie du malade, y sont finement analysées, de même que sont envisagés successivement les différents rapports du médecin avec ses divers clients : individualités et collectivités.

Ce sont ensuite les relations déontologiques, tant avec les confrères qu'avec les pharmaciens, les sages-femmes.

Mais le docteur devient le conseiller technique, le représentant spécialisé des collectivités privées ou publiques. Et tour à tour nous lisons le rôle du médecin dans l'établissement de certains actes de l'état civil, dans la protection de la santé publique, pour la médecine des pauvres, comme pour les rapports avec les sociétés d'assurances diverses, sociétés de secours mutuels, etc.

Enfin, le docteur doit se préoccuper des œuvres de protection et de prévoyance professionnelles : c'est tout l'historique de l'œuvre de Cézilly, Gassot, Jeanne et *tutti quanti*, avec le *Concours médical*. Ce sont les syndicats, c'est l'Association générale, avec ses sociétés locales, c'est le « Sou médical », la Mutualité familiale, etc., etc.

Cette partie du livre, consacrée à la vie du médecin, est suivie d'un commentaire juridique, écrit par M. Ribadeau-Dumas, avocat à la Cour.

Les lois qui intéressent notre profession, les textes de jurisprudence, qui se rapportent à notre art, sont passés en revue et exposés le plus clairement possible. Néanmoins, cette seconde partie est moins vivante que la première, à cause de la sécheresse qui accompagne nécessairement tout commentaire de texte juridique. Disons cependant que Me Ribadeau-Dumas a fait tous ses efforts pour avocat, traduire en langage médical, les termes techniques et professionnels, qui font souvent ressembler les textes législatifs et règlementaires, comme les décisions de jurisprudence, à un langage bizarre, compréhensible pour les seuls initiés.

De l'ensemble du livre, il se dégage un enseignement : si la science de la médecine s'apprend à la Faculté, si l'art de guérir s'acquiert à l'hô-

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, Duvernay, Forestier, Goddard, Kent-Gazet, Lel ng. .
Allevard-les-Bains, Boël.
Ax-les-Thermes (Ariège). Bousquet, Dresch, Gomma.
Bagnoles-de-l'Orne. Joly, Pesnel.
Barèges. Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Lacour.
Bourbon-Lancy, Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault Mansillon.
Bourbonne-les-Bains Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains, Colbert. — Hamant.
Capvern Pomarède, Pouy.
Cauterets, Armengaud, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, Bayrac, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Baillivet.
Eaux-Bonnes. Bajac.
Enghien-les-Bains. Bevrand.
Evaux-les-Bains. Lepage.
Evian, Martinaud.
Forges-les-Eaux. Bernardicou
Gréoux (Basses-Alpes). C. Mathieu
La Bourboule. Christin, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy.
La Roche-Posay-les-Bains. Canoy.
Luchon, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la phys o thérapie), Pelon
Luxeuil-les-Bains. Bornèque, Cugnier, Picot, Rimey
Martigny. Dedet. Payen.
Mont-Dore Débidour, Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard. Gillot. Hage, de Langenhagen, Tr elle
Pougues-les-Eaux. Hyvert
Royat. Mougeot.
Salins-les-Bains Bourny.
Salies-de-Salat. Barbé.
Saint-Didier, (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Baradat. Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte. Odin. Ségard.
St-Nectaire Serane, Sigûret, Yersepuy.
St-Sauveur. Sabail.
Salies-de-Béarn Callais, Coustère. David Reynaud
Sermaize-les-Bains. Rousselot.
Thonon-les-Bains. Voillaume.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains, Chabannes, David.
Vichy. Cahen, Casteran, Chevreux, Cotar, Gannat, Guiuard, Gandelin, Reynes, Ed. Vidal.
Vittel, Constant, Mousseaux

pital, puis en clientèle, les devoirs sociaux du médecin ont jusqu'à présent été laissés de côté. le règne de l'individualisme de 1789 a totalement disparu : la sociologie nous montre la vie de notre peuple complètement modifiée par la presse, les chemins de fer, l'auto, le téléphone, la grande industrie, etc. Une concentration de toutes les forces sociales s'opère chaque jour : l'individu devient progressivement un être de plus en plus social, obligé à vivre en collectivité et non plus dans son individualisme farouche et dans sa tour d'ivoire.

Merci, Docteur Le Gendre , d'avoir remédié à la carence de l'enseignement officiel, en consacrant les dernières années de votre vie professionnelle à faire profiter vos jeunes confrères du fruit de votre expérience déontologique. Si chacun pouvait méditer les lignes que vous avez écrites et s'assimiler les conseils que vous donnez, il y aurait moins de mauvais confrères, péchant par ignorance déontologique, moins de praticiens dits marrons ; chaque docteur, connaissant les liens réciproques qui le lient à ses malades, deviendrait un meilleur citoyen, par le concours plus éclairé qu'il apporterait aux pouvoirs publics, dans l'application des nombreuses lois, dites de protection et de solidarité sociales.

Merci encore, pour avoir consacré tant d'heures de travail et de recherches pour nous avoir dotés d'un livre didactique, dont l'exergue devrait être la maxime que vous avez appliquée toute votre vie : *optima medicorum concordia*.

Dr Paul BOUDIN.

II

Les rapports des médecins spécialistes avec les médecins omni-praticiens (1).

Nous sommes consultés sur la conduite que doit tenir un spécialiste quand il est appelé successivement auprès du même malade par deux confrères de médecine générale appelés eux-mêmes l'un après l'autre, et sans accord préalable.

Deux cas sont soumis à notre appréciation.

Premier cas. — Le chirurgien C. est appelé par le Dr A. auprès d'un malade qu'il juge susceptible de subir une intervention chirurgicale qui pourrait s'imposer d'un moment à l'autre.

Deux jours après, il est appelé auprès du même malade par le Dr B.

Il propose à B. de convoquer A. qui a vu le malade le premier. B. refuse.

Il prévient A., qui était au courant de la situation et qui le prie de ne rien faire sans l'en avertir.

Le chirurgien s'abstient. Entre temps, le malade meurt.

RÈGLE GÉNÉRALE. — *Les principes qui régissent les rapports des médecins entre eux, la déontologie confraternelle, sont dominés par l'intérêt du malade.*

Le médecin est fait pour le malade et non le malade pour le médecin. C'est au malade qu'il faut tout d'abord et avant tout songer. Il ne saurait être victime des rivalités et des scrupules excessifs qui se dressent souvent entre médecins.

Si C. est le *seul* chirurgien de la région, le *seul* capable de mener à bien une intervention quelque peu délicate, il devait passer outre à la demande du Dr A., et après l'avoir prévenu, ainsi qu'il l'a fait, se rendre auprès du malade, *et le soigner tout d'abord.* Ce devoir accompli, il se serait efforcé de démontrer à B. combien sa conduite avait été irrégulière, puisqu'il avait accepté de voir un malade en cours de traitement. En réalité, c'est B. qui est l'auteur primitif du conflit moral qui s'est élevé. Toutefois, nous ne pouvons nous prononcer d'une façon formelle sans savoir exactement ce qui s'est passé entre le malade ou sa famille, et le Dr A., premier appelé. Celui-ci a-t-il été remercié par le malade ou sa famille ? Si l'on admet que la liberté de confiance entraîne le droit de librement choisir son médecin, et, par suite, d'en changer, la responsabilité de B. serait, dans une certaine mesure, atténuée.

S'il existe, dans la région, un autre chirurgien capable de se rendre aussi rapidement que C. auprès du malade, C. avait le droit et peut-être le devoir de s'abstenir, ainsi qu'il l'a fait.

Deuxième cas. — C. est appelé en consultation auprès d'une malade par E. L'affection comportait une intervention chirurgicale imminente. E. n'aurait pas assez tenu compte de l'avis du consultant et aurait présenté la situation comme évidemment bénigne. A quelques jours de là, C. est rappelé auprès de la même malade par F. ; l'intervention a été décidée et faite par C., aidé de F.

A noter que F. serait le médecin habituel de la malade et de la famille, que F. n'aurait été appelé qu'en passant, pour donner son avis, au même titre que tous les autres médecins de la localité. A noter encore que E. et F. sont en mauvais termes.

C. a eu tort de laisser E. porter un pronostic bénin devant la famille, alors qu'il était d'un avis opposé.

C'était à lui, après s'être mis d'accord avec E. à exposer la situation telle qu'il la jugeait. Au cas où E. se serait refusé à ce que les choses se passent ainsi, le désaccord survenu entre les deux médecins faisait un devoir à C. de se retirer en

(1) Nous empruntons au Dr LEGENDRE dont nous avons fort goûté le *Précis de Déontologie*, que nous présentons ci-dessus à nos lecteurs, cette expression suffisamment expilicite.

motivant sa retraite. Il eût été beaucoup mieux à son aise alors pour revoir la malade avec F, appelé ensuite, et pratiquer une opération qu'il avait d'abord estimée nécessaire. Mais sa conduite, dans ce second cas, est, au demeurant régulière, et il ne saurait être blâmé d'avoir agi ainsi qu'il l'a fait.

En partant du principe que nous avons mis en évidence, il a envisagé surtout l'intérêt de la malade, et a agi d'autant plus consciencieusement en la circonstance que F. était le médecin habituel de celle-ci.

Ces deux cas d'espèce sont la conséquence de la mésentente qui semble régner entre les médecins de cette région.

Le Dr B. dans le premier cas, le Dr E. dans le second, ont manqué aux principes les plus élémentaires de la déontologie confraternelle en acceptant d'aller visiter un malade soigné par un autre de leurs confrères.

B. a aggravé son cas en refusant d'accepter la collaboration de A. pour l'intervention qu'il réclamait de C.

Nous ne voulons pas envisager ici la singulière mentalité de ces malades ou de leurs familles qui, cédant à un sentiment de suspicion et de défiance trop fréquents dans le public, trouvent tout naturel de changer de médecin « comme de chemise ».

Il appartient aux médecins de se défendre contre ce sentiment et ses conséquences, en refusant de se prêter à de pareilles fantaisies. Ils y ont tout à perdre, rien à y gagner. C'est sur leur dos, en effet, et à leurs dépens, que de tels faits se passent.

Pour tous ces motifs, nous estimons qu'en dernier ressort, c'est le Syndicat médical régional qui doit être saisi. Il doit faire une enquête sur les faits signalés, et s'il relève une incorrection flagrante dans la conduite de tel ou tel médecin de la région, faisant ou non partie de ses membres, il doit s'ériger en conseil de famille, inviter les délinquants à cesser de pareilles pratiques, les réconcilier avec les confrères qu'ils ont, volontairement ou non, lésés, et, en tout état de cause, plaider la cause de l'union et de la confraternité, qui doivent toujours présider aux rapports des médecins entre eux.

Si, l'incorrection étant prouvée, les délinquants refusent de comparaître devant le Syndicat érigé en Conseil de famille, ou si, comparaissant, ils refusent d'accepter la sentence de celui-ci, il appartient au Syndicat de prononcer les sanctions qu'il jugera nécessaires pour assurer la dignité et la bonne tenue de la profession.

Il s'agit, en effet, la plupart du temps, de cas d'espèce, dont chacun doit être examiné en lui-même, en tenant compte de toutes les contingences.

La règle générale qui nous paraît la meilleure peut se formuler ainsi : Quand un spécialiste a été appelé en consultation par un premier omni-praticien, auprès d'un malade, il ne doit se rendre, dans les jours qui suivent, auprès du même malade sur appel d'un second omni-praticien qui ne s'est pas mis d'accord avec le premier, que si le malade est dans un état qui réclame une intervention urgente ou des soins spéciaux immédiats. Autrement, il doit s'abstenir, surtout s'il existe dans la localité un autre spécialiste de même spécialité.

G. DUCHESNE.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Un utile conseil.

Il était une fois un conflit entre une société mutuelle et ses médecins. La chose n'est pas autrement rare, à notre époque d'exploitation du médecin, qui se laisse tondre si bénévolement Or donc, bien timidement, nos confrères avaient réclamé un relèvement de leurs honoraires. Après avoir fait appel au dévouement, à la philanthropie de ces bons praticiens, refrain bien connu, on dut se résoudre à leur donner satisfaction. On leur donna un os à ronger, on fit un relèvement ridicule qui portait, à Paris, les consultations à 2 fr. 50 et les visites à 4 fr. Les médecins ne voulurent pas marcher et, suivant un de leurs confrères qui avait seul pris en main le drapeau de la résistance, non dans un but de lucre, mais pour sauvegarder la dignité professionnelle, ils refusèrent en majorité ce pourboire déguisé sous le nom d'honoraires.

Ils fixèrent donc eux-mêmes le prix qui leur paraissait acceptable et le soumirent au président. Grandes protestations de celui-ci, qui cria à l'assassinat, considéra les meneurs comme des bolchevicks parce qu'ils ne voulaient pas consentir des sacrifices à la collectivité, éviter la faillite, la disparition de la Société, etc. J'ai oublié de vous dire que cette Société a pour président un grand commerçant de Paris, maison de gros importante, ayant un nombreux personnel d'employées et d'ouvrières, multi-décoré.

Je n'ai pas entendu dire qu'il se fût ruiné pendant la guerre, au contraire. Or ce digne philanthrope, comme beaucoup de ses collègues, avait un moyen facile, sans se réduire à la mendicité, de rétablir les finances de sa société, c'était de la subventionner lui-même. Mais non, il préférait imposer ce sacrifice à ses médecins. Après le refus du président, les médecins décidèrent d'accepter la modeste rénumération dispensée si généreusement par la société, et de demander le complément au sociétaire lui-même.

Ils s'y engagèrent par écrit et avertirent le président de leur résolution.

Mais notre confrère bolchevisant voulait savoir si ce procédé n'avait rien d'illégal et il pria un avocat de ses amis de s'enquérir auprès du ministère de l'hygiène et de la prévoyance sociale.

Maître Lambert, avocat à la Conr d'appel, posa les questions suivantes :

Une société de secours mutuels ayant, pour l'organisation de son service médical, prévu des honoraires déterminés, versés par sa caisse pour chaque visite et chaque consultation aux médecins qui lui sont attachés, peut-elle, en raison des difficultés économiques actuelles et pour conserver, sans porter davantage atteinte aux ressources de sa caisse, le concours médical qui lui est indispensable, convenir avec ses docteurs que ceux-ci toucheront directement et immédiatement des sociétaires une somme spécifiée en complément de la rétribution fixée aux statuts et que doit leur verser la Société.

Cette convention peut-elle être faite indépendamment de toute refonte des statuts ou une modification de ceux-ci est-elle nécessaire ?

Voici la réponse :

Ministère du travail et de la Prévoyance sociale. Direction de la Mutualité. Bureau.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

Paris, le 17 avril 1920.

Monsieur,

Vous m'avez consulté sur le point de savoir si une société de secours mutuels qui, dans l'organisation de son service médical, a prévu dans ses statuts des honoraires déterminés pour chaque visite ou consultation des médecins, peut convenir avec ceux-ci que les sociétaires malades à visiter leur verseront une somme spécifiée en complément de la rétribution déterminée par les statuts.

J'ai l'honneur de vous informer qu'il me paraît préférable, pour éviter des modifications statutaires successives s'adaptant aux nouveaux tarifs médicaux, de déterminer uniquement dans les statuts, modifiés spécialement à cet effet, la somme à la charge de la Société, le surplus des honoraires étant payé par les sociétaires.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Pour le Ministère,
Le directeur de la Mutualité,
E. DURAND.

De cette lettre, il résulte que le directeur de la Mutualité reconnaît la légitimité de nouveaux tarifs médicaux en rapport avec la situation économique ; que la Société mutuelle a intérêt a établir un chiffre d'honoraires fixés par les statuts sans modifications successives et que le complément entre ce tarif fixé et le tarif médical en usage dans telle région peut être à la charge des sociétaires sans être en contradiction avec les lois qui régissent la Mutualité.

C'est ce que nous avons toujours dit : comme dans la loi des accidents, le tarif ne vise que la responsabilité du patron, le complément d'honoraire restant dû par l'ouvrier. De même, dans la mutualité nous devons considérer que le tarif de cette société est celui qui limite sa responsabilité vis-à-vis de son sociétaire, et que, pour le surplus, c'est à la charge du sociétaire.

Dr M. VIMONT.

VARIÉTÉS

Anecdotes médico-militaires

Compétences !

C'était en 1916, au lendemain de la proclamation solennelle de ce principe : « La tuberculose contractée, réveillée ou aggravée aux armées, doit être considérée comme une blessure de guerre. »

J'étais alors médecin chef d'un hôpital de triage et j'avais reçu pour mission de recueillir, à leur descente des trains sanitaires, qui traversaient notre gare de répartition, tous les hommes évacués pour tuberculose.

Mon rôle était de les diviser en trois lots qui recevraient chacun une destination spéciale.

Le premier, comprenant les prétuberculeux et les suspects, était envoyé à l'Hôpital-Dépôt, où des commissions, siégeant presque en permanence, en réformaient quelques-uns définitivement, beaucoup temporairement, et octroyaient aux autres, sous forme d'un congé de convalescence, le droit d'aller aggraver leur état dans la résidence de leur choix.

Le second, composé des tuberculeux avérés mais encore curables, était dirigé sur une de ces stations sanitaires, alors en voie d'organisation, dont la capacité hospitalière réelle était le plus souvent bien au-dessous de celle qu'on se plaisait à leur donner.

Quant au troisième, qui réunissait tous les incurables, il était transporté dans un hôpital d'isolement auquel sa triste spécialité lui avait fait donner le nom d'anti-chambre mortuaire.

Le labeur était écrasant, car les armées profitaient de cette nouvelle législation pour liquider leur stock de bacillaires, réparant ainsi les erreurs que les conseils de révision avaient commises par ordre.

Aidé d'un personnel exceptionnellement dévoué, j'accomplissais ma tâche d'autant plus

consciencieusement que je puisais dans douze années de pratique la certitude d'être à sa hauteur.

Mais un beau jour je fus appelé à la Direction.

Monsieur le directeur qui, jusqu'alors, avait bien voulu m'honorer de sa confiance, me reçut plutôt froidement et, sans préambule, m'apprit que mon service était fait en dépit du bon sens. « En marchant de ce pas, ajoutait-il, dans huit jours tous mes lits de tuberculeux seront pris et, grâce à vous, nous serons embouteillés. Voici d'ailleurs ce que m'écrit à votre sujet le Sous-Secrétaire d'Etat. » Ce disant, il me tendait, pour mon édification, une lettre à en-tête ministérielle que j'estime pouvoir reconstituer ainsi :

« Il m'est rendu compte que, dans votre région, le classement des tuberculeux, évacués par les armées, n'est pas fait conformément aux ordres que je vous ai donnés. Le nombre des hommes mis en convalescence est trop peu élevé ; par contre, celui de ceux qui sont envoyés dans les stations sanitaires l'est beaucoup trop.

Il y a lieu de remédier immédiatement à cet état de chose et de prendre les mesures nécessaires pour parer à un encombrement qui serait gravement nuisible aux intérêts des malades.

Vous voudrez bien me faire connaître par qui est assuré ce service et désigner, pour le faire à l'avenir, s'il n'en est pas ainsi, un de nos médecins consultants, professeur de faculté. »

J'étais stupéfait ; m'étant, jusqu'à ce jour, persuadé que le législateur avait prescrit la création des stations sanitaires pour les tuberculeux, je trouvais étrange que Monsieur le Sous-Secrétaire d'Etat ait l'air d'insinuer que c'étaient au contraire les tuberculeux qui étaient faits pour elles et, qu'en conséquence, il ne fallait pas en faire plus qu'elles n'en avaient besoin.

Sans doute, parce qu'il comprit mon état d'âme, Monsieur le directeur reprenant la lettre ministérielle que je lui rendais sans un mot, me dit alors paternellement :

« Je regrette, mon cher ami, mais je suis obligé de vous retirer votre mission pour la confier à une compétence... Désormais vous vous contenterez d'héberger les tuberculeux pendant le temps nécessaire pour les présenter à l'examen de M. le professeur X..., avec lequel vous voudrez bien vous entendre. »

A partir de ce moment, mon hôpital fut un hôtel de passage d'où, chaque jour, de lamentables théories de tousseurs et de cachectiques partaient pour se soumettre à l'examen du maître.

Celui-ci étant, d'autre part, débordé de travail : inspections, expertises, commissions etc., etc., les opérations de triage devinrent d'une lenteur désespérante. Je connus les affres de l'embouteillage et les soucis de la surveillance des malades légers que la perspective d'une liberté prochaine rendait insupportables.

Je rongeais mon frein en silence, lorsque tout à coup mon débit redevint normal ; on aurait dit qu'une main bienfaisante venait de lever un barrage, ma formation se remplissait et se vidait automatiquement ; j'étais émerveillé et je me demandais si M. le professeur X... n'avait pas trouvé un moyen aussi sûr que pratique pour cataloguer les tuberculeux d'après leur mine.

Poussé par une curiosité bien légitime, je me permis de lui rendre visite certain matin où, pour son ordinaire, je lui avais envoyé quelques douzaines de thorax à scruter.

Quel ne fut pas mon étonnement !

Monsieur le médecin consultant était, depuis plusieurs jours, en tournée et le classement de mes tuberculeux était fait par un médecin aide-major à T. T. qui, bien que charmant garçon, n'avait que huit inscriptions.

Bien des fois, durant la guerre, ma susceptibilité fut froissée ; mais, ce jour-là, elle reçut un pli qui n'est pas près de s'effacer ; encore que, depuis cette histoire, j'ai connu une ambulance dans laquelle.... c'était une dame infirmière qui faisait le triage des tuberculeux.

D[r] C.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations.

— **Distinction honorifique.** — Parmi les nouveaux décorés de la *Médaille de bronze de la Reconnaissance française*, proclamés dans le *Journal officiel* du 3 juin dernier, nous avons lu avec plaisir le nom de notre excellent confrère et ami, le D[r] Ch. LEVASSORT, secrétaire général de l'Association Générale, avec le motif suivant :

« N'a pas cessé, depuis le début de la guerre, « d'exercer avec le plus entier dévouement les « fonctions de chirurgien de l'hôpital auxiliaire « n° 2 ».

Nous lui adressons nos bien cordiales félicitations.

Le Directeur-Gérant : D[r] GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON, THIRON et FRANJOU Successeurs.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

une seule visite, ou bien une visite pour chacun des blessés, puisque je les examine tous, c'est-à-dire en l'occurrence quatre visites ? Dois-je également fournir un certificat pour chaque blessé, ou bien un certificat collectif ? Enfin, quel tarif dois-je appliquer ?

Dr N.

Réponse.

Puisqu'il s'agit d'un accident d'automobile, et non d'un accident survenu à des ouvriers ou employés du commerce ou de l'industrie par le fait du travail ou à l'occasion du travail, la loi de 1898 n'est pas applicable, et il y a lieu pour vous d'appliquer, non pas le tarif Dubief, mais le tarif local afférent à la situation sociale des blessés.

Comme vous examinez chaque fois les quatre blessés, il vous est dû chaque fois l'honoraire de quatre consultations ou visites.

Nous ne savons quelles sont les habitudes locales à T. et si le tarif syndical prévoit le cas. Mais généralement, lorsqu'un médecin est appelé à soigner plusieurs membres d'une famille, il compte le prix de la visite pour la première personne et celui de la consultation pour les suivantes, dans le cas, bien entendu, où une différence existe entre ces deux prix.

Pour les certificats, qui doivent être délivrés sur papier timbré, vous pouvez demander aux intéressés s'ils désirent qu'ils soient établis sur la même feuille (mais alors en un seul contexte), ou séparément.

Mais dans tous les cas, il vous est dû autant de fois l'honoraire d'un certificat que de personnes dont vous avez constaté l'état. Il n'y aurait donc de différence que pour le prix des feuilles de papier timbré employées, que vous compterez en plus des honoraires proprement dits.

Patente et impôt sur le revenu.

Abonné au *Concours Médical*, je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me conseiller sur les deux points suivants :

1° Je reçois de la Recette des Finances, à la date du 29 mai, une sommation sans frais d'avoir à payer dans les 8 jours, la somme de 290 francs, exercice 1915, article 1397 du rôle. Or cet article 1397 concerne ma patente. Mobilisé sur place jusqu'au 18 mars 1915, et à cette date hors de ma résidence, le fisc m'avait réclamé en mai 1915, sur les 380 francs du total de ma patente, la somme de 90 frs pour la période écoulée du 1er janvier au 18 mars (cette somme, à mon avis, était déjà perçue à tort, puisque, en principe, je n'avais pas le droit de faire de clientèle civile).

Or, aujourd'hui, après plus de 5 ans (le rôle est du 16 mai 1915, mais le paiement n'a eu lieu que le 30 juin), voici qu'on me réclame injustement le complément, 290 frs, correspondant à la patente des 9 mois 1/2 que j'ai passés hors de ma résidence. J'en conclus que je vais avoir à payer aussi la patente des années 1916, 17 et 18, pendant lesquelles j'étais aux armées. Que me conseillez-vous ? Puis-je protester contre cette iniquité et de quelle façon ?

2° Comme père de six enfants, j'ai droit à une réduction de 50 % sur la plupart de mes impôts (foncier, bénéfices professionnels, etc.). Chaque année, depuis 3 ans, je joins à ma déclaration de revenu une feuille spéciale concernant mes charges de famille, et devant, paraît-il, me permettre de bénéficier de la réduction importante à laquelle j'ai droit. Or, depuis 3 ans, je vois bien le chiffre des impôts croître chaque année, mais je n'ai été avisé d'aucune réduction me concernant. Seul, mon impôt global sur le revenu est établi par le contrôleur en tenant compte de mes charges de famille. Pouvez-vous m'indiquer la marche à suivre pour obtenir mon dégrèvement et puis-je encore l'espérer pour les 3 années précédentes, puisqu'il a été demandé officiellement en bonne et due forme ?

Aux familles nombreuses, beaucoup de belles promesses : mais elles crèvent comme des bulles de savon.

Dr P.

Réponse.

1° Aux termes de la loi du 31 mars 1919, les contribuables dont le revenu net total annuel, déduction faite pour situation et charges de famille, au titre de l'impôt général sur le revenu, ne dépasse pas 5000 fr. et qui auront cessé l'exercice de leur profession au cours de l'une des années 1914 à 1919 inclus, par suite des circonstances provenant de l'état de guerre, doivent obtenir remise de la contribution des patentes à partir du mois suivant celui de la cessation.

Si vous vous trouvez dans les conditions fiscales voulues, c'est-à-dire si votre revenu imposable, pour 1915, n'a pas dépassé 5000 fr., vous avez droit à la remise de votre patente à compter du 1er avril 1915, c'est-à-dire pour neuf mois ou les trois quarts de la patente de l'année, la patente étant calculée par mois et non par jour.

Vous pouvez faire en ce sens une réclamation par lettre à l'administration fiscale qui vous envoie la sommation de payer.

Bien entendu, vous ne devez non plus, toujours si vous réunissez les conditions voulues, payer aucune patente pour les années au cours desquelles vous n'avez pas exercé votre profession, par suite de votre mobilisation en dehors de votre domicile.

2° Vous avez droit en effet, en vertu des lois

actuelles, comme ayant six enfants, s'ils sont âgés de moins de 21 ans ou infirmes, à une réduction de 50 % sur l'impôt général sur le revenu, sur les impôts institués sur les revenus par la loi du 31 juillet 1917 et perçus par voie de rôles (impôts sur les bénéfices industriels et commerciaux, sur les bénéfices de l'exploitation agricole, sur les traitements publics et privés, les indemnités et émoluments, les salaires, les pensions et les rentes viagères, sur les bénéfices des professions non commerciales, et notamment de la profession médicale), ainsi que sur l'impôt foncier.

Si vous avez fait les déclarations prévues par la loi et qu'il n'en ait pas été tenu compte dans le calcul des impôts qui vous sont réclamés, vous êtes en droit de faire une réclamation, dans les formes légales indiquées au dos des avertissements, et pour chacun de ces impôts séparément.

Si vous avez payé sans réclamer, ou si le délai légal de réclamation est expiré, vous êtes forclos.

Soins à un militaire.

Je viens vous demander un renseignement au sujet d'une opération chirurgicale. Voici le fait :

Il y a 3 jours, un sous-lieutenant du Ne d'Artillerie, commandant le détachement envoyé à la P. pour garder les voies ferrées, m'a amené un artilleur atteint de luxation sous-glénoïdienne de l'épaule gauche.

J'ai réduit cette luxation, de difficulté moyenne, et je viens de recevoir du régiment une note de service m'indiquant dans quelle forme je dois établir ma note d'honoraires.

Ce que je viens vous demander, c'est le prix que je puis bien prendre dans la circonstance. C'est un cas qui sort de la clientèle ordinaire et je ne sais pas combien prendre au régiment. Je vous serai très obligé de vouloir bien me fixer à ce sujet. S'il y avait contestation, je pourrais alors m'appuyer du « Sou Médical ».

Le Tarif de l'assistance médicale gratuite (d'ailleurs très incomplet et insuffisant) ne peut être envisagé, pas plus, je pense, que le tarif Dubief notoirement insuffisant pour les luxations d'épaule. Notre tarif syndical est en élaboration. Il portait, pour les sections, quand la visite était de 2 fr., le prix de 30 fr. pour le tarif ouvrier. La visite était passée depuis un an à 5 fr. alors que la réduction visée aurait coûté 75 fr. Mais à la dernière réunion syndicale (il y a un mois) la consultation a été portée à 6 fr. et la visite à 8 fr.

Combien faut-il prendre maintenant pour le cas que je vous soumets ?

Dr C.

Réponse.

Aux termes de l'Instruction du 21 avril 1919, (*Agenda-Memento du Praticien* de 1920, page 266) lorsque les médecins civils sont appelés à titre accidentel à donner les premiers soins à des militaires, et qu'il n'existe pas de conventions préalables entre eux et l'autorité militaire, les honoraires sont ordonnancés *d'après le tarif habituellement admis.*

Il faut entendre par là, le tarif local de droit commun et non le tarif de l'assistance médicale, ni le tarif Dubief, qui n'ont pas à intervenir en la circonstance.

C'est donc votre tarif local qu'il y a lieu d'appliquer, et, bien entendu, le tarif actuel et non celui d'avant-guerre.

S'il comporte actuellement encore la détermination du prix de la réduction de luxation d'après le prix de la visite, il y a lieu de compter selon ce mode de calcul, ce qui donnerait, en prenant pour base la consultation à 6 fr. un honoraire de 90 francs.

Si vous avez des doutes sur l'application du tarif, vous pouvez demander conseil au Secrétaire du Syndicat, qui a plus d'autorité que nous pour l'interprétation du tarif syndical.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Le médecin d'un établissement hospitalier peut être membre de la Commission administrative.

3349. — M. Louis SOULIÉ, sénateur, demande à M. LE MINISTRE DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES si les circulaires ministérielles, prescrivant de ne pas nommer comme membres des commissions administratives des hospices les médecins rétribués par ces établissements, sont toujours en vigueur. (*Question du* 3 *mai* 1920.)

Réponse. — Il n'existe pas, à ma connaissance, d'instructions générales prescrivant de ne pas nommer administrateurs d'hospices des médecins rétribués par ces établissements, mais la jurisprudence administrative était fixée en ce sens qu'il y avait incompatibilité entre les fonctions de membre d'une commission administrative d'un établissement hospitalier et celle de médecin rétribué de cet établissement. Il en a été ainsi jusqu'à ce qu'un arrêt du conseil d'Etat (Basses-Alpes, hospices de Digne, 3 avril 1908) ait décidé qu'aucune

disposition de loi n'a édicté d'incompatibilité entre les fonctions de président de la commission administrative d'un hospice et celles de médecin rétribué de l'établissement. C'est pourquoi le ministre de l'hygiène, de l'assistance et la prévoyance sociales a pu, le 20 avril 1920, envoyer aux préfets une circulaire appelant leur attention sur la nécessité d'introduire dans la commission administrative hospitalière, un médecin, en vue de faciliter l'étude des problèmes techniques et sans faire de distinction entre les médecins rétribués ou non.

(*J. O.* 19 mars 1920).

Remise de la contribution personnelle-mobilière à certains mobilisés.

2628. — M. BOUTEILLE, député, expose à M. le ministre des finances que la loi du 31 mars 1919 accorde remise de la contribution personnelle-mobilière due pour les années 1914 à 1919 inclus, aux mobilisés pour chaque année au cours de laquelle ils ont été présents sous les drapeaux, et demande quel est le cas d'un homme démobilisé au début de 1919, s'il a droit au dégrèvement pour l'année 1919, bien qu'ayant été présent sous les drapeaux pendant un mois ou deux seulement, suivant les tranches de démobilisation. (*Question du* 23 *avril* 1920.)

Réponse. — Aux termes de l'article 15 de la loi du 31 mars 1919, les mobilisés ont droit, si leur revenu total ne dépasse pas le maximum fixé par la loi, à la remise intégrale de la contribution personnelle-mobilière « pour chaque année au cours de laquelle ils ont été présents sous les drapeaux ». Dès lors, un mobilisé libéré dans les premiers mois de l'année 1919, doit bénéficier du dégrèvement total de la contribution personnelle-mobilière à laquelle il a été assujetti pour ladite année, quelle que soit l'époque à laquelle il a cessé d'être présent sous les drapeaux.

(*J. O.*, 28 mai 1920).

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Psychologie morbide.

Ceux qu'abat sur le lit la fièvre lente ou prompte,
(L'eupatride, le marchand d'ail, l'ilote vil,
Et le mastigophore, et le rhéteur subtil,
L'agoranome, et l'héliaste, aussi l'archonte,)

Tous, angoissés, ayant parfois des pleurs au cil,
— Qu'ils habitent Corinthe, Athènes, Rhode, Oponte, —
Appréhendent la Mort que nul maître ne dompte
Et pour qui le destin de l'homme n'est qu'un fil.

Ils ne désirent plus le sourire d'Aglaure,
Ni les dariques, ni la couronne qui laure,
Mais cela : fuir l'acier des ciseaux d'Atropos,

Et te promettent, en présent dédicatoire,
Soit un trépied votif, soit une chèvre noire,
O dieu, qui seul vainquis l'Hadès, Asclépios !

Philoctète.

I

Les flûtistes, sur les sept roseaux creux, — la joue
Ceinte du souple cuir de la phorbéia —,
Les poètes, sur le luth que magnifia,
Jusqu'aux astres, leur ode où le rythme se joue,

Ont exalté l'Amour, l'éternelle Maya,
Bellone dont l'appel s'exaspère et s'enroue,
Les chars vertigineux, les araires, la proue,
Naïs la blonde et la danseuse Argeia.

Ils ont dit la vigueur du centaure et du gymne,
La sylve où le vent passe en murmurant des hymnes,
Le soir tombant qui meurt, apothéose d'or.

Mais, devant ton fétide ulcère, ô Philoctète,
Horrifiés par la gangrène et son ichor,
Presque tous se sont tus en détournant la tête.

II

Je chanterai sur la cithare, en strophes pures,
La blessure, corolle aux pétales sanglants.
La plaie ouverte en pleine gorge ou dans le flanc,
Qu'empourpre une rosée atroce, et qui suppure ;

L'abcès anfractueux, les bubons pestilents
Qui dans la toile, ou le linon, ou la guipure,
Excrètent, flux strié de verdâtres jaspures,
Leurs méandres ocrés et leurs bourbillons blancs.

J'évoquerai « l'orde » tumeur, et le sphacèle,
La hideur de l'anthrax, le phlegmon qui ruisselle
D'une lave qui roule un magma sanieux.

Ma voix, oubliant Vénus anadyomène,
La forêt et la mer, et la gloire et les dieux,
Dira la chair dolente et la souffrance humaine.

H. Broutelle.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 25 — DIMANCHE 20 JUIN 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :
France... 24 fr.
Étranger... 28 »
Étudiants (France)... 12 »
Le numéro... 50 cent.
Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

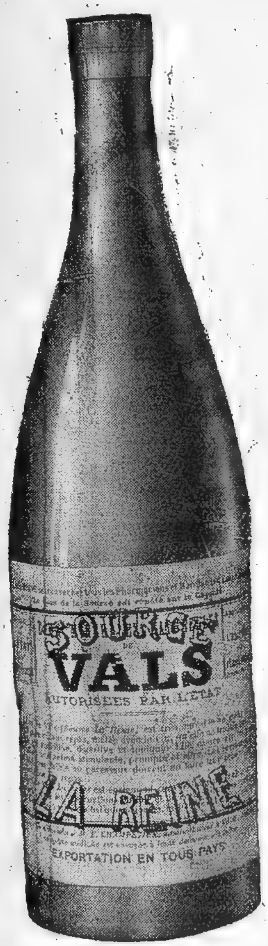
Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

VALS SOURCE REINE

Souveraine dans la

Gastro - Entérite

des Enfants du 1er âge.



La **Reine de Vals** *est également indiquée dans toutes les maladies des* **organes digestifs** *et elle constitue la*

Meilleure Eau de Table

des ARTHRITIQUES et DYSPEPTIQUES.

N.-B.-- Pour éviter *les substitutions*, **AVOIR SOIN de BIEN SPÉCIFIER:**

Vals SOURCE LA REINE.

L'Eau de la Reine se trouve dans toutes les pharmacies, chez tous les marchands d'Eaux et dans les dépôts de la Cie fermière de Vichy. On peut également s'adresser à M. CHAMPETIER *à* VALS LA REINE *(Ardèche).*

VALS SOURCE REINE

Quarante-deuxième année. N° 25 20 Juin 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL
GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

AVIS

Automobilisme

Le Dr de Vaubercey, Miribel (Ain), informe les adhérents du groupement qu'il a constitué, qu'ils auront sous peu des renseignements nouveaux : des arrangements définitifs sont attendus pour :

1° 8 HP., 2 cyl. à air ventilé, 3 vitesses, m. arr. engrenages ; 2 m. 50 empattement ; 1 m. 15 voie, 2 places 1/2, bonne suspension ; robuste, rapide, 350 kgr. ; roues à rayons 650 × 65 voiturette ; 6 litres aux cent k., Zénith, 9.000 fr. environ à livraison.

2° 4 cyl. à eau 8 HP., même châssis ; 5 roues amovibles Michelin 710 × 90, 400 kgr., Zénith, 11.500 à 12.000 à livraiгon. Eclairage élect 1.000 fr. suppl. Des adhésions nouvelles seront précieuses pour prix intéressants.

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de MM. les docteurs Golchatch, de Paris et Muller, de Rigny-la-Montagne (Marne), la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite aux* **« demandes et offres ».**

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 283. — Jeune pharmacien de 1re classe, fils de médecin, cherche situation.

N° 284. — Doct. jeune et act. ayant prat. ot. rh. laryng., mal. vénér., méd. génér., cherche à Paris situat. : clinique, secrét., labor., assist., journ, méd. Prendrait succession client. Parle allemand et anglais.

N° 285. — Carrosserie d'été torpedo 4 places, 2 portes arrière, devant ouvert, largeur 0,90, posée sur voiture Renaud, 10 HP., en 1914 trois mois, capote toile avec mica sur les côtés. Prix, 700 fr. Dr Harlet, Roubaix.

N° 286. — A céder à Paris excellente clientèle, médecine générale, produit moyen des 10 dernières années, 31.000 fr. S'adresser au Syndicat des médecins de la Seine, 28, rue Serpente, Paris 6e, joindre t. p. r.

N° 287. — A vendre collection du journal le *Concours médical* depuis 1901.

N° 288. — On demande d'occasion : un appareil à mesurer la tension artérielle : Potain, Vaquez, Pachon.

N° 289. — A vendre : 1° table métallique pliante avec épaulières, 125 frs ; 2° transformateur cautère lumière sur courant alternatif 110 volts, 175 frs ; 3° amygdalotome nickelé, 25 frs ; 4° série 37 bougies Guyon, nickelées. 150 frs ; 5° divers instruments et appareils d'occasion. S'adresser Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris, XII.

N° 290. — Cause double emploi, à vendre Peugeot 1912, 10-12 HP., 4 cyl., moteur ent. revu, tor-

pedo 2 places, spider 2 pl., roues inter., peint. neuve, phares, lant., out. comp. : 15.000 fr., livrable de suite. Dr Poirier, La Guerche-de-Bretagne (Ille-et-Vilaine). Tél. 43.

No 291. — Dr Jousse, St-Calais, Sarthe, demande à échanger revolver d'ordonnance modèle 92, état neuf, contre pistolet automatique bonne marque et bon état.

No 292. — Docteur désirant s'installer en banlieue serait disposé à acheter la maison d'un confrère S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris Ve.

No 293. — Excellent poste de campagne. Seul médecin faisant pharmacie. Rapport 30.000 fr. environ, loyer 500 fr. Indemn. payable avec facilités. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris Ve,

No 294. — Val André. Médecin recevrait 4 chroniques ou convalescents pour cure de régime, de repos, du 15 juin au 15 octobre. Dr Simon, à Pléneuf (C.-d-N.)

No 295. — Seul médecin pro-pharmacien, commune 5.000 habitants, céderait poste si indemnité suffisante. Dr Thomas, Pluméliau, Morbihan.

No 296. — Docteur, 27 ans, cherche situation médicale. Remplacerait confrère en vue succession éventuelle.

No 297. — Docteur achèterait comptant clientèle Paris ou banlieue.

CORRESPONDANCE

Proportion du nombre des médecins et de la densité de la population.

Je profite de l'occasion pour vous dire que j'ai relevé avec intérêt la remarque insérée dans le *Concours* concernant « La situation médicale en Indre-et-Loire ».

178 praticiens disons-nous, pour une population atteignant à peine 325.000 habitants.

Etant donné que le chiffre approximatif de la population de la France est de 30.000.000 j'ai cherché à établir par une règle de trois le nombre de médecins que celà représenterait pour la France entière si la répartition des médecins est partout comme en Indre-et-Loire. Cela fait exactement 16.430 médecins. Ne croyez-vous pas qu'il existe en France plus de 16.430 médecins. La proportion en Indre-et-Loire doit bien, je le suppose, être comme ailleurs. Je trouverais intéressant que l'on puisse mentionner dans l'*Agenda memento* la population de chacun des départements et le nombre de médecins exerçant effectivement dans chaque département. Je présume que les uns ne doivent avoir rien à envier aux autres. Il serait intéressant de publier dans l'*Agenda*, la statistique annuelle du nombre des étudiants dans toutes les facultés. Chacun de

nous se rendrait ainsi mathématiquement compte que la crise du nombre n'est pas près de finir. Et enfin le médecin d'Indre-et-Loire qui vit bien juste de sa profession pourrait se rendre compte que le parti le plus sage est sans doute de rester où il est, car il est bien probable que c'est partout pareil.

Dr GARNAUD.

Réponse.

Vos remarques sont judicieuses, mais bien difficiles à appliquer en pratique. En effet, il faut attendre le prochain recensement, pour connaître officiellement la population de la France. La guerre a bouleversé toutes les statistiques officielles. Quant au nombre des médecins exerçant notre art, il doit dépasser les 20.000. Il serait utile, comme nous l'avions déjà demandé, avant 1914, que nos lecteurs dévoués veuillent bien nous adresser, chaque année la liste officielle des médecins de leur département, liste publiée par la préfecture et affichée dans les mairies.

Nous aurions, de la sorte, une base approximative sur le nombre des médecins exerçant. Je dis « approximative » car cette liste officielle contient beaucoup d'erreurs.

Quant à calculer la densité médicale, par département, c'est autre chose. Certains départements, comme la Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, le Rhône, les Bouches-du-Rhône, etc, ont une proportion considérable de médecins à cause des grandes villes.

Puis, certains départements riches comporteront plus de médecins que d'autres, pauvres, montagneux, difficiles à desservir.

Le genre d'industrie, de culture, etc. est aussi pour beaucoup. Dans certains pays usiniers, le nombre des médecins ne correspond pas à la densité des habitants, parce que les usines, grosses entreprises, les mines, etc, ont des médecins à forfait, attachés à l'établissement à l'exclusion de tous autres docteurs.

Enfin certains départements ont une clientère médicale flottante : ce sont les villes d'eaux, les stations balnéaires, hivernales, climatiques.

Mais nous ne saurions trop reprendre avec vous vos conseils, lorsque vous montrez à vos confrères qu'ils peuvent gagner leur vie, là où ils se sont installés, car nulle part, la situation du médecin praticien n'est pleine de charme et d'argent.

Les confrères ont d'abord le tort immense de répéter, pour laisser croire à tous qu'ils sont personnellement de bons médecins, qu'ils sont surchargés de travail, à ne pas savoir où donner de la tête. Aussi sommes-nous enviés et beaucoup de pères font de leurs fils des médecins.

En second lieu il faut se grouper en syndicat pour unir les efforts de chacun, pour l'améliora-

tion de notre situation professionnelle. Grâce au syndicat disparaissent les salaires de famine, les abonnements, les forfaits, les monopoles et l'exploitation éhontée du praticien.

Sous le bénéfice de cette discussion, votre opinion est à suivre et nous publions votre lettre, dans l'espoir de recevoir les réponses de ceux de nos confrères, qui voudraient bien nous donner leurs suggestions.

Dr P. B.

Augmentation du Tarif de l'A. M. G.

Je porte à votre connaissance les faits suivants :

En 1919, je suis nommé par le préfet de V., médecin vaccinateur avec mon confrère le Dr G. pour les vaccinations gratuites à pratiquer aux enfants des écoles de V. D'accord avec tous nos autres confrères nous demandons un relèvement de tarif portant la vaccination de 1 fr. à 2 fr.

Nous ne recevons pas de réponse. Le mois suivant, nous écrivons à nouveau, pas de réponse. Août, mai, juin se passent, la Préfecture fait le mort.

En juillet, après accord avec M. le Maire de V., nous décidons de pratiquer enfin les vaccinations pour ne pas différer plus longtemps une opération intéressant au plus haut point la santé publique.

Nous écrivons une troisième fois à la Préfecture en déclarant : « Nous faisons les vaccinations, mais nous maintenons nos revendications et nous pensons que si la Préfecture ne nous répond pas, c'est que cette réponse espérée favorable est subordonnée à une session de conseil général ».

En fin d'année nous sommes réglés d'après *l'ancien tarif*, sans que nous ayons jamais reçu la *moindre explication*.

1920. Cette année mes deux autres confrères de V. sont désignés par la Préfecture comme médecins vaccinateurs Ne voulant pas être une seconde fois des poires, mes deux confréres écrivent par lettre recommandée qu'ils ne procéderont aux vaccinations qu'après acceptation par la Préfecture du relèvement du tarif.

Pas de réponse *écrite* de la Préfecture, mais j'apprends verbalement par M. le Maire de V. (municipalité socialiste) qu'à la suite d'une conversation téléphonique, le chef de bureau du service de l'hygiène, c'est-à-dire un sous-ordre, a donné le conseil à M. le Maire de faire procéder aux vaccinations par ses propres moyens.

Or nous avons ici un dispensaire antituberculeux, où l'on écoule un des multiples sérums contre la tuberculose et aussi quelques spécialités pharmaceutiques rémunératrices. C'est un médecin étranger à la localité qui vient 3 fois par semaine avaliser les opérations du dispensaire : c'est, et cela ne vous surprendra pas, un ancien médecin militaire retraité.

Ce dispensaire a toutes les faveurs de la munici-

palité socialiste. C'est lui que le Maire a chargé des vaccinations.

Or mes confrères qui avaient été nommés par le Préfet médecins vaccinateurs n'ont reçu aucune lettre officielle leur enlevant ce titre.

Que devons-nous faire ? La question pouvant être d'intérêt général, je vous autorise à publier cette lettre dans le *Concours Médical* et si cela est utile, je me propose d'en saisir le « Sou médical ».

Dr D.

P. S. N'est-il pas assez piquant de voir une municipalité « rouge » confier les vaccinations à un médecin « jaune ».

Réponse

Lorsque le préfet nomme un médecin aux fonctions de médecin vaccinateur, il confère un travail, selon un mode déterminé, avec honoraires fixés d'avance. C'est donc un véritable contrat de louage de services qui vous lie avec le préfet, contrat d'accession, en ce sens qu'il n'est pas possible à la partie médicale, de discuter les conditions du contrat : il faut l'accepter en entier ou le refuser.

Or, vous demandez une modification au contrat, en spécifiant que vous voulez une augmentation d'honoraires. Le préfet n'acceptera que s'il n'a personne à mettre à votre place. Sinon, il rompra le contrat de travail, passé avec vous, surtout si vous êtes nommé sans écrit, ni sans spécification de durée du contrat.

Il est malheureux que les médecins ne se préoccupent jamais assez des questions juridiques, car ils se font toujours rouler.

Dans votre cas particulier, dites-nous quel a été le mode de nomination. Avez-vous une lettre, vous installant dans vos fonctions ? Que spécifie cette lettre ?

D'autre part, quel genre de médecine est faite dans le dispensaire ? Quels en sont les médecins. Ces derniers appartiennent-ils à un syndicat, devant le conseil de famille duquel on pourrait les convoquer ? Les médicaments sont-ils délivrés par un pharmacien diplômé ?

D P. B.

La C. T. I.

Je viens de lire et de relire avec beaucoup de plaisir votre article du *Concours Médical* sur la C.T.I. Je suis tout à fait d'accord avec vous sur la nécessité de se grouper, de prendre contact avec les voisins : trop longtemps nous sommes restés dans notre splendide isolement. Combien j'approuve aussi

(*Voir la suite page XXXI*-1593)

PROPOS DU JOUR

Réponse à une lettre ouverte. À propos du conflit médico-mutualiste de Limoges.

À M. le Dr Simonin, rédacteur en chef de la *Gazette médicale Limousine.*

Mon cher confrère,

Dans le numéro de mai 1920 de la *Gazette médicale Limousine*, vous avez bien voulu m'adresser une lettre ouverte ; je vous en remercie et ce n'est certes pas pour les appréciations élogieuses sur ma personne, que je trouve discutables, mais pour la confiance que vous avez bien voulu me conserver quand même, persuadés que vous étiez qu'il était impossible que nous changions au *Concours médical* « notre fusil d'épaule » et que, dans un conflit aussi grave pour notre profession que celui de Limoges, nous nous fassions « complices d'une manœuvre, destinée à égarer l'opinion ».

Nous pouvons souvent nous tromper ou nous laisser tromper, mais nous ne savons pas trahir, et surtout trahir une cause pour laquelle nous avons lutté toute notre vie.

Si j'ai publié la lettre du secrétaire général de l'Union des syndicats ouvriers dans le *Concours médical* du 18 avril, c'est parce que cette lettre émettait des idées pratiques et généreuses que jusqu'ici je n'avais pas eu l'habitude de trouver sous la plume d'un mutualiste. Il m'a paru intéressant de voir le chef d'une importante association mutualiste écrire :

« Si nous n'avons pas voulu faire de notre « œuvre une source de profits, nous n'avons « pas voulu en faire également un instrument « de lutte et de concurrence contre le corps mé- « dical ; nous nous estimons largement payés « de nos efforts, si nous pouvons obtenir une « guérison plus prompte avec des soins moins « mesurés à la valeur de notre portemonnaie ».

Convenez aussi qu'il est assez rare d'entendre proclamer par un mutualiste qu'en fait de soins médicaux :

Le meilleur marché n'est pas toujours le moins cher.

Je doute que ces paroles soient répétées au Congrès d'Angers, dans quelques semaines, par les élèves de M. Mabilleau. Il ne m'était pas non plus désagréable de lire dans la lettre du secrétaire d'une Union de syndicats ouvriers que « *les médecins seront toujours indispensables à l'humanité, qu'ils ont donc leur place dans la famille humaine et qu'ils doivent vivre honorés et respectés.* »

Un regret que j'ai exprimé, gâtait dans mon esprit l'effet de ces belles phrases, c'était le manque de précisions sur les détails de l'organisation du service médical de l'association mutualiste, détails que j'avais réclamés.

Ces détails, je les ai connus peu après par votre *Gazette médicale limousine*, et dès que j'ai été au courant des faits, je les ai jugés en conscience comme tout honnête homme devait et pouvait le faire.

Je ne regrette rien de toute cette histoire. La lettre du secrétaire de l'Union des syndicats ouvriers émet des idées nobles et justes qu'il est très fâcheux de n'avoir pas vu mettre en pratique. Quant à la conduite des mutualistes de Limoges, elle n'a pu me surprendre, elle est de tradition dans les milieux de ces sociétés de secours mutuels, que je connais bien depuis plus de 25 ans que nous sommes en conflit avec elles. En dépit de leurs alliances nouvelles, les mutualistes restent dans leur coquille, définitivement encroûtés sur le banc écailleux de leur égoïsme séculaire. Nous avions espéré que les leçons de la guerre auraient modifié leur mentalité, à eux comme à beaucoup d'autres. Hélas ! il n'en est rien. Si j'ai apprécié, une fois renseigné, le conflit médico-mutualiste de Limoges avec sévérité, ce n'était pas, croyez-moi, pour être agréable à nos confrères limousins, encore moins pour ménager les abonnés de notre journal, c'eût été de ma part une faiblesse sinon une lâcheté. Je l'ai fait parce que c'était juste et qu'en toute droiture, il m'était impossible de faire autrement.

Nous sommes habitués au *Concours médical* à écrire franchement et sans réticence ; notre unique politique est la sincérité. Notre but n'est pas de flatter, mais d'éclairer nos confrères, et les fidèles qui nous lisent savent que les idées les plus contradictoires se heurtent dans nos colonnes. C'est d'ailleurs ce qui fait la vie intense et l'intérêt soutenu que nos nombreux amis apprécient dans notre journal.

Ils savent bien que nous n'avons d'autre

ambition que de défendre la cause la profession médicale, la cause des praticiens, qui *comme moi*, et la plupart de nos collaborateurs, exercent réellement, péniblement et entendent vivre dignement de leur travail.

En paraphrasant la lettre de votre concitoyen, l'ex-secrétaire général de l'Union des syndicats ouvriers, je dirai que nous bornons ici notre ambition à garder notre place dans la famille humaine où nous voulons vivre honorés et respectés, car nous savons que nous sommes indispensables à l'humanité.

Cette pensée n'est pas nouvelle, elle avait été exprimée, il y a plus de deux mille ans, dans la Bible, avec plus de concision et autant de netteté:

Honora medicos propter necessitatem.

Espérons qu'il en sera bientôt ainsi à Limoges et confraternellement à vous :

J. Noir.

P. S. — Quant aux cinq ou six employés médico-mutualistes, laissons les s'accorder avec leur conscience, si toutefois ils en ont une. Ils ne sauraient avoir rien de commun avec le corps médical.

***

L'hygiène des locaux scolaires.

Le conseil d'hygiène de la Seine vient d'adopter le vœu suivant :

« Considérant que les bâtiments scolaires sont destinés à l'école ;

Qu'ils sont affectés à un service public, en vertu même de la loi qui en permet l'accès aux seules personnes dûment qualifiées et énumérées par les textes législatifs ;

Que l'école tend à devenir de plus en plus un lieu de réunions publiques, et un abri pour des services de toute nature étrangers au service scolaire ;

Que dans un grand nombre de cas, les locaux scolaires sont occupés de huit heures du matin à dix heures du soir ;

Que la présence presque permanente d'un public nombreux et l'occupation continue des locaux ne permettent ni la désinfection ni le nettoyage et constituent en quelque sorte des agents de propagation de maladies épidémiques et un danger permanent pour la santé des enfants ;

Emet le vœu que toutes mesures soient prises pour rendre l'école à sa destination légale et pour la soustraire dans la plus large mesure à toute occupation étrangère au service de l'enseignement scolaire. »

Nous espérons que le ministre de l'instruction publique prendra en considération le vœu du Conseil d'hygiène. Comme médecin inspecteur des écoles, nous avons à diverses reprises officiellement protesté contre les affectations données à l'école, affectations dangereuses au point de vue sanitaire. Une école n'est pas destinée à servir de lieu de réunion publique en période électorale, de bureau de distribution de cartes de ravitaillement, de siège social aux sociétés les plus diverses. Les causes de propagation des maladies contagieuses sont assez nombreuses dans les milieux où l'on accumule les enfants, pour qu'on évite d'attirer à l'école des foules hétérogènes, qui ne peuvent qu'augmenter les risques de contage que courent les écoliers.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CRÉNOTHÉRAPIE

De l'emploi des eaux minérales dans les dyspepsies,

Par L. Pron.

Presque tous les dyspeptiques considèrent comme indispensable l'ingestion d'une eau minérale ; pour, eux, les eaux représentent une panacée sans laquelle leur estomac ne pourrait guérir, quel que soit le type de l'affection dont ils sont atteints.

En réalité, les eaux minérales constituent, tantôt un adjuvant, tantôt une médication capitale dans le traitement des maladies d'estomac. Mais, il est obligatoire de faire un choix judicieux parmi elles, et de ne pas laisser les patients en user, ou en abuser, au hasard des circonstances ou de leur fantaisie. Elles représentent des agents souvent très actifs, dont l'emploi doit être réglementé par le médecin, et rien que par lui.

On peut diviser en quatre catégories les eaux, couramment indiquées dans les gastropathies :

1° *Eaux alcalines fortes* ;

2° *Eaux alcalines faibles* ;
3° *Eaux bicarbonatées chloruro-magnésiennes* ;
4° *Eaux fortement gazeuses.*

1° EAUX ALCALINES FORTES. — Dans cette classe, qui comprend *Andabre, Chateauneuf, Desaignes, le Boulou, Chateldon, Royat*, les deux principales sont *Vichy* et *Vals*.

Les eaux de Vichy ont, toutes, une composition à peu près la même. La minéralisation totale oscille aux environs de 7 gr., ainsi répartie : 4 gr. 80 à 5 gr. 60 de bicarbonate de soude, 0 gr. 50 de chlorure de sodium, 0 gr. 40 à 0 gr. 70 de bicarbonate de chaux, 0 gr. 30 de sulfate de soude, 0, 03 cg. de lithine, du fer, des traces d'arséniate de soude, et 0 gr. 85 à 1 gr. 80 d'acide carbonique libre.

L'élément principal est donc le bicarbonate de soude. Mais il ne faudrait pas croire que les eaux de Vichy ne sont qu'une solution bicarbonatée gazeuse, à température variable, selon les sources. Elles contiennent des métaux rares, et des colloïdes bien étudiés par R. GLÉNARD, et qui s'évanouissent, ou se transforment, peu après le moment où on les recueille au griffon. Ces constituantes jouent peut-être un rôle thérapeutique aussi important que les sels minéraux. Aussi, l'action de l'eau, selon qu'on la prend à la source ou à domicile après embouteillage, est-elle très différente. A côté de l'action chimique, il y a l'action vitale.

A Vichy, au point de vue des indications, il y a lieu de diviser les sources en deux groupes, selon leur température : chaudes, froides.

Les sources chaudes : *Chomel* (43°), *Grande-Grille* (41°), *Hôpital* (34°), sont spécialement indiquées chez les hyperchlorhydriques. Selon la sensibilité de l'estomac, on choisira *Chomel*, qui est la mieux supportée, en raison de sa thermalité ; l'*Hôpital*, qui convient aux cas moyens ; ou la *Grande-Grille*, sans oublier l'action hypercongestive de cette dernière, même à dose faible.

A jeun, le matin et une heure avant les repas, à la dose de 100 à 200 gr., l'eau de *Chomel* ou de l'*Hôpital* est rapidement absorbée. Elle agit immédiatement sur le foie et alcalinise en même temps les tissus, d'où son rôle dans le métabolisme organique. Elle augmente la contractilité de la musculeuse gastrique ; elle favorise donc l'évacuation prandiale, et elle calme à la fois l'éréthisme de la muqueuse, chez les hyperesthésiques stomacaux, qui sont légion. Ces deux sources sont franchement sédatives de la douleur.

Après le repas, alors que l'estomac est en pleine sécrétion, l'eau de *Chomel* ou de l'*Hôpital*, à raison de deux ou trois prises de 100 gr. à une heure d'intervalle, diminue l'hyperacidité, par neutralisation, et son degré calorique empêche l'hypersécrétion secondaire, qu'on constate avec les eaux bicarbonatées froides. Le spasme du pylore, quand il existe, se trouve résolu ; le transit est favorisé, d'où impression de mieux-être pour le malade.

Inversement, les sources froides : *Célestins* (14°), *Mesdames* (17°), *Lardy* (25°), sont excito-sécrétoires. Elles doivent être réservées uniquement aux hypochlorhydriques, à raison de 100 à 200 gr., une demi-heure ou une heure avant les repas. Chez les anémiques, on mettra à profit la notable quantité de fer (0,02 cg.) que renferment les sources *Mesdames* et *Lardy* ; de plus le fer est également un excito-sécrétoire. Mais si l'on a affaire à des hypochlorhydriques à estomac douloureux (on note des crises pseudo-hyperchlorhydriques dans l'achylie), on commencera le traitement par les sources chaudes, immédiatement avant le repas, et au moment présumé des douleurs.

Ce que je viens de dire des eaux froides de Vichy s'applique à celles de *Vals*. On donnera les sources froides, telles que *Perle* n° 5 à 7, *Vivaraises, Rigolette, Madeleine*, aux hypochlorhydriques, à raison d'un verre, une demi-heure avant les repas.

D'une façon générale, les aux alcalines fortes, surtout si elles sont gazeuses, sont contre-indiquées dans le cancer et la dilatation par sténose.

2° EAUX ALCALINES FAIBLES OU CHIMIQUEMENT INDIFFÉRENTES. — Parmi ces dernières, la plus connue est *Evian*, à côté de laquelle il convient de citer *Alet, Amphion, Thonon, Rochemaure, la Fou.*

D'une minéralisation totale très faible (0 gr. 45 à 1 gr.), ces eaux, qui contiennent surtout du carbonate ou bicarbonate de chaux (0,20 cg.) et de la magnésie, se recommandent avant tout par leur action réelle, en même temps que par leur pureté et leur digestibilité. Pures ou employées pour couper le lait ou les autres boissons, elles peuvent être administrées chez les malades, y compris les jeunes enfants, en n'importe quelle quantité.

Chez les hypersthéniques, elles ont une action sédative sur l'estomac, en raison du carbonate de chaux qu'elles contiennent, et de l'absence de bicarbonate de soude et de gaz (seulement quelques cg. d'acide carbonique libre).

En outre, dans la plupart des manifestations hépatiques, intestinales, rénales ou générales, associées aux troubles gastriques : lithiase biliaire, congestion active du foie, albuminurie dyspeptique, goutte, arthritisme, artério-sclérose, lithiase rénale, ces eaux agissent, comme on l'a dit, plus par ce qu'elles emportent que par ce qu'elles apportent, et elles ont, sur les eaux fortement alcalines, l'avantage, tout en étant aussi actives contre la dyscrasie, de pouvoir

être prises à haute dose pendant longtemps, sans avoir d'action défavorable sur l'estomac.

Les eaux plus nettement alcalines, quoique faibles, telles que *Vals St-Jean*, *Perle n° 1*, *la Reine*, etc., qui contiennent environ 1 gr. 50 de sels par litre, dont 0,50 cg. de bicarbonate de soude, peuvent être autorisées comme boisson habituelle chez les hypochlorhydriques, mais d'une façon intermittente et non prolongée.

On ne devra pas être surpris si quelquefois ces malades ne les supportent pas ; j'ai vu, chez des sujets peu atteints, un verre de *Perle* n° 1, pris pendant le repas, déterminer des brûlures.

3° Eaux fortement gazeuses. — Elles exercent à la fois une action stimulante sur les fonctions gastriques, par augmentation du péristaltisme — et une action anesthésiante sur la muqueuse, par le contact de l'acide carbonique qu'elles dégagent.

C'est dire que les hyposthéniques se trouveront bien de l'usage d'eaux, telles que *Pougues* et *St-Galmier*, et que les hyperchlorhydriques devront au contraire s'en abstenir ; en effet, si le dégagement de CO^2 est susceptible de calmer les douleurs de ces derniers, ce gaz, par contre, excite en même temps le fonctionnement de la muqueuse et augmente la sécrétion.

On en surveillera l'emploi chez les dilatés, dans la crainte de distendre encore davantage un organe ectasié et épuisé.

Pougues étant une eau bicarbonatée calcique, on ne saurait par contre trop la recommander à titre de reminéralisant chez les convalescents, les affaiblis et les nombreux dyspeptiques à déperdition de chaux urinaire.

4° Eaux bicarbonatées, chlorurées, magnésiennes. — Leur type est *Chatel-Guyon*, dont les eaux diminuent légèrement l'acidité gastrique, si elles sont prises dix minutes à une demi-heure avant le repas. Absorbées une heure avant, elles sont excito-contractiles des fibres lisses de l'intestin ; elles sont donc particulièrement indiquées chez tous les dyspeptiques constipés, car elles ne modifient plus le taux de la sécrétion.

Parmi les eaux a minéralisation indéterminée, celles de *Plombières*, comme l'a montré F. Bernard, diminuent la chlorhydrie.

A côté des eaux minérales s'adressant directement à l'estomac, il convient de dire un mot de l'action, sur cet organe, d'autres eaux médicamenteuses, que les dyspeptiques peuvent avoir à prendre, pour une affection ou une diathèse concomitante.

L'eau de *Contrexéville*, l'eau de *Vittel* (*Grande Source*), l'eau de *Martigny*, employées dans la lithiase biliaire et rénale, ont une minéralisation plutôt faible : respectivement 2 gr. 40, 1 gr. 75 et 2 gr. 65 ; les éléments dominants sont le sulfate de chaux, 1 gr. 50, 0,45 cg. et 1 gr. 42 — le sulfate de magnésie, 0,24, 0,44, et 0 gr. 33 — le bicarbonate de chaux, 0,40 cg. La seconde, en raison de sa teneur plus faible en sulfate de chaux, semble préférable, chez les hypochlorhydriques, la première et la troisième, chez les hyperchlorhydriques. Elles ont l'avantage de combattre la hosphaturie, qui accompagne souvent l'hyperchlorhydrie. Le seul reproche qu'on puisse leur faire est leur manque de légèreté.

La *Source Salée* de Vittel (qui s'appelle désormais *Source Hépar*) diminuerait notablement la sécrétion gastrique.

Le fer étant un excitant de la sécrétion gastrique, les *eaux ferrugineuses* (*Bussang*, *Forges*, *Orezza*) ne seront permises qu'aux anémiques hypochlorhydriques ; encore, faudra-t-il surveiller leur action.

Il en est de même des eaux *arsenicales* (*la Bourboule*, *le Mont-Dore*), qui sont mal supportées par la majorité des dyspeptiques, sauf les diabétiques.

Les *eaux chlorurées, comme Santenay* (5 gr. de NaCl, à côté de [illegible] gr. de sulfates et de 0 gr. 10 de chlorure de lithium), *Balaruc*, *Bourbon-l'Archambault*, *la Motte-les-Bains*, *Salins-Moutiers*, etc., ne peuvent être données qu'aux hypochlorhydriques, à cause du relèvement du taux de l'acidité qu'elles provoquent. *Salins-Moutiers* convient aux obèses.

Parmi les *eaux sulfureuses*, on utilisera seulement celles dont le degré de sulfuration est faible : *Amélie-les-Bains*, *Cauterets*, source Mauhourat, qui agit nettement comme sédative de l'acidité gastrique, selon Robin, *la Preste*, *St-Sauveur*, source Hontalade.

Parmi les *eaux chlorurées sodiques faibles*, *Bourbon-Lancy* (Saône-et-Loire) est spécialement indiqué chez les dyspeptiques cardiaques.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital des Enfants-Malades ;

M. le prof. agrégé Nobécourt.

Les syndromes côliques.

Je vous ai parlé, dans une précédente leçon, des symptômes révélateurs des troubles morbides du côlon, les douleurs, les phénomènes de spasmes, la constipation, la présence de mucus et quelquefois de sang dans les selles, les accidents à distance et les symptômes généraux qui les accompagnent.

AVIS

—

Agenda Memento du Praticien
(Edition 1921)

Nous prions nos lecteurs qui désirent recevoir l'édition 1921 de l'**Agenda Memento du Praticien**, de vouloir bien nous envoyer leur souscription sans retard, autant que possible, au moyen du bulletin qu'ils trouveront page 1539 du présent numéro.

La souscription *sera irrévocablement* arrêtée le 1er août prochain.

Son envoi aura lieu dans le courant de décembre prochain.

En clinique, ces symptômes se groupent de façon à réaliser des syndromes, les uns à allure aiguë, les autres à marche chronique : syndromes côliques aigus et chroniques.

Voyons, d'abord, les syndromes aigus. On a longtemps cherché à les appuyer sur une caractéristique anatomique. C'est ainsi qu'on a décrit, en 1880, une entérite folliculaire comportant la tuméfaction, et quelquefois l'ulcération, des follicules clos de l'intestin grêle et du gros intestin. Mais cette tuméfaction folliculaire est une lésion essentiellement banale. Aussi, ce terme d'entérite folliculaire a-t-il été abandonné et, comme l'a écrit Guinon, la côlite s'isole-t-elle beaucoup plus au point de vue symptomatologique qu'au point de vue anatomique. Dans un rapport au Congrès de médecine, M. le professeur Hutinel et moi-même disions qu'aux syndromes côliques ne se superposent pas des états anatomiques nets.

Guinon divise les syndromes côliques aigus en syndromes muqueux et en syndromes dysentériques. Cette distinction pèche par la base, puisqu'il y a toujours du mucus dans les selles, en pareil cas. Qu'il s'agisse de forme dysentérique ou muqueuse, on peut prendre comme élément de classification, l'évolution, l'acuité de l'entérite, et distinguer des variétés légères et intenses. En outre, il est des cas où la symptomatologie est localisée et prédomine en une région du côlon.

Prenons, en premier lieu, la forme aiguë légère, qui est la plus commune d'ailleurs, aussi bien chez les petits de 2 ou 3 ans que chez les plus grands. L'enfant est pris de malaise, de fatigue générale. Il perd l'appétit, sa langue est saburrale et il a généralement des vomissements. Ses selles sont fétides. En un ou deux jours, l'état se caractérise. La fièvre, peu marquée (38°, 38°5), ne tarde pas à disparaître, à condition qu'un traitement convenable soit appliqué.

L'élément traitement joue un grand rôle et l'on peut dire qu'à l'heure actuelle, où ces malades sont mieux soignés, on voit moins souvent les formes graves qu'autrefois, il y a 15 ou 20 ans. Donc, après 2 ou 3 jours, la fièvre et les vomissements disparaissent ordinairement. Mais on constate un état de fatigue, une haleine chaude, désagréable ; la langue devient blanche, et rouge sur les bords. Aux selles fermes, en scybales recouvertes de mucosités, succèdent des matières plus molles, pâteuses, fétides, avec du mucus coagulé.

Le palper révèle de la sensibilité du gros intestin et du côlon descendant, qui est contracté, en état de spasme, et donne la sensation d'un tuyau de caoutchouc.

En quelques jours, généralement, tout est terminé. Néanmoins, il n'en est pas constamment ainsi et il y a des cas — chez les petits enfants surtout — où l'état s'aggrave et passe à la forme intense.

La forme aiguë intense s'observe plutôt, comme je viens de le dire, chez les petits enfants de 2 ou 3 ans. Dans certains cas, elle revêt une allure impressionnante. Après une phase prodromique variable, surviennent des vomissements, une fièvre élevée et souvent des réactions nerveuses, des convulsions. Les vomissements sont plus importants et plus tenaces que dans la forme légère. Ils restent alimentaires, mais ne cessent pas. Certains enfants vomissent même l'eau, dans la diète hydrique. La fièvre atteint souvent 39°, 39°5, 40° et, surtout si la maladie n'est pas bien traitée, persiste à ce taux. Au contraire, lorsqu'un traitement approprié est mis en œuvre, après 2 ou 3 jours, la température s'abaisse, en laissant toutefois un léger mouvement fébrile à sa suite.

Le facies est mauvais, amaigri, les orbites excavées. Quelquefois apparaissent des éruptions cutanées, de l'érythème polymorphe. Le système nerveux est impressionné. L'enfant paraît souffrir, ce qu'accusent ses cris et un certain tortillement du bassin. Souvent, on voit apparaître des convulsions, isolées ou accompagnées d'autres symptômes (raideur de la nuque, Kernig). La prédisposition de l'enfant joue probablement un rôle en pareil cas. Le ventre est rétracté et parfois prend l'aspect en bateau. Il est dur, douloureux, principalement au niveau du gros intestin, avec des spasmes. Le foie peut être augmenté de volume. Les selles sont d'abord pâteuses, mélangées de mucus, fétides, puis presque uniquement glaireuses, muqueuses, sanglantes.

Ces cas n'ont pas toujours la même marche. Lorsque l'évolution est défavorable, la température s'élève, les phénomènes nerveux, les convulsions, l'abattement, se montrent ou s'exagèrent, et la mort peut survenir en 2, 3 et 4 jours. Lorsque la maladie évolue dans un sens favorable, il se fait une atténuation progressive des symptômes : le ventre devient moins dur, les selles perdent leur fréquence, et souvent on assiste à une véritable poussée bilieuse, phénomène favorable. Il semble que le foie joue un rôle dans ces syndromes coliques aigus. La bile exerce une action sur la coagulation du mucus et la poussée biliaire est utile.

La convalescence est longue et quelquefois interrompue par des petites rechutes, à l'occasion d'écarts de régime par exemple.

Il existe un type spécial de ces formes aiguës décrit, en 1899, par M. Hutinel sous le nom de choléra sec. Il est beaucoup plus rare aujourd'hui grâce aux progrès de la thérapeutique. On ne connaissait pas bien, à cette époque, l'importance de la suppression du lait chez les enfants atteints de syndromes côliques aigus. On voyait alors parfois se produire des accidents graves de choléra sec, sans diarrhée, avec selles rares, muqueuses. Le lait déclanchait des troubles spé-

claux, caractérisés par des vomissements, un état de shock, de dépression, qui pouvait aboutir à la mort. Les études sur l'anaphylaxie ont donné la clef de ces accidents qui relèvent de l'anaphylaxie alimentaire.

Les formes localisées des syndromes côliques aigus se traduisent par les différents symptômes que je viens de rappeler, légers ou intenses. Les douleurs et les signes fournis par la palpation indiquent des localisations, dont 3 sont à retenir : la première, dans la fosse iliaque droite, la région appendiculaire ; la seconde, plus rare, au niveau de l'S iliaque ; la troisième, à la partie terminale du gros intestin : c'est la forme dysentérique, assez commune, se traduisant par des besoins fréquents d'aller à la selle, qui aboutissent à l'émission de quelques mucosités sanglantes. Tout le monde ne s'entend pas, d'ailleurs, sur la signification du terme dysentérie : certains auteurs admettent que la localisation sur la partie terminale du gros intestin suffit ; d'autres considèrent que des germes spéciaux (bacilles dysentériques, amibes) doivent intervenir.

Entre les syndromes côliques aigus et les syndromes côliques chroniques, existent des liens communs. L'enfant atteint du syndrome aigu a souvent des troubles côliques chroniques dans ses antécédents. A la suite des états aigus, d'autre part, persiste fréquemment une susceptibilité spéciale du côlon qui ramène des accidents aigus au moindre écart de régime ou même sans écart de régime. C'est surtout chez les petits que l'on voit les troubles chroniques succéder aux états aigus. Dans certains cas, au contraire, le syndrome chronique s'installe lentement, insidieusement, d'une façon progressive. Ces formes chroniques d'emblée sont plus communes chez les grands enfants, à partir de 12 ou 13 ans principalement.

Cliniquement, les syndromes chroniques se présentent sous des formes atténuées ou sous des formes caractérisées. Les formes atténuées sont fréquentes. L'enfant a un appétit diminué, une haleine mauvaise, de la constipation, des selles souvent fétides, contenant des matières muqueuses, des coliques après les repas. Le développement général se fait mal. On l'examine et l'on trouve des phénomènes de spasmes douloureux du côlon. Avec le régime, une cure de petites doses de sulfate de soude, tout cela s'améliore habituellement.

Dans les formes caractérisées, l'intensité est variable. Il faut savoir que ces formes sont complexes, parce que le mauvais fonctionnement de l'intestin s'accompagne, pour des raisons diverses, d'un état névropathique, neuro arthritique.

Les douleurs abdominales sont assez nettes, diffuses puis localisées au gros intestin, assez vives quelquefois pour obliger le malade à se coucher. On retrouve la constipation avec des scybales, du mucus, des muco-membranes. Vous ne constatez pas tous les jours, mais certains jours, ces douleurs et ces muco-membranes. L'abdomen est généralement plat, dur, avec contractions spasmodiques du côlon variables également. La langue est sale, l'haleine mauvaise, le matin surtout, l'appétit amoindri.

Les phénomènes généraux se rencontrent aussi bien dans les formes atténuées que dans les autres. Les malades sont fréquemment fébricitants. Ils ont des poussées de fièvre, qui durent 2, 3 jours, fièvre peu considérable d'ailleurs. Cette fièvre, chez quelques-uns, se prolonge une semaine, un mois. Elle n'apparait pas toujours le soir et peut offrir le type inverse. L'état général est médiocre, l'alimentation défectueuse. Le sujet est amaigri et sa croissance retardée. Le système nerveux est impressionnable, le sommeil mauvais. La céphalée n'est pas rare, l'enfant est irritable. Le pouls est souvent instable et le cœur gros. La peau est assez communément le siège d'érythèmes, d'urticaire. Les urines sont assez chargées, à odeur désagréable, ammoniacale, et elles peuvent contenir une petite quantité d'albumine : albuminurie intermittente et plutôt digestive, apparaissant au cours de la digestion.

Il existe des syndromes côliques chroniques localisés, dysentériques (rares), localisés à la fosse iliaque droite (plus importants). Fréquemment, en outre, apparaissent d'autres symptômes, de l'hypertrophie des amygdales, des végétations adénoïdes, une infection du cavum. On a cherché à relier l'infection pharyngienne au syndrome côlique, mais on peut admettre aussi une susceptibilité commune du tissu lymphoïde de l'intestin et du pharynx.

Ces enfants ont parfois des crises de vomissements périodiques, à odeur acétonique, avec urine renfermant de l'acétone. C'est une association sans relation nette de cause à effet.

L'appendice s'associe quelquefois au syndrome côlique et il faut le retenir, car c'est une des grandes préoccupations du clinicien. Au cours du syndrome côlique aigu, on peut voir apparaître une appendicite aiguë. Dans les états chroniques, il y a souvent appendicite chronique, sclérose appendiculaire. La question est plus complexe encore. Il est des syndromes côliques d'origine appendiculaire : d'où la nécessité de serrer de près le diagnostic. En principe, dans le syndrome côlique, la douleur ne siège pas aux points classiques de l'appendicite, au point de Mac Burney. L'hyperesthésie est moindre. La contracture, la défense du grand droit n'existe pas dans la côlite comme dans l'appendicite. Au palper, on sent le cæcum et le côlon ascendant qui donnent l'impression d'un tuyau de caoutchouc. Souvent on arrive au diagnostic différentiel, mais bien des fois aussi on reste embar-

rassé en présence de symptômes d'appendicite larvée. Mêmes éléments de diagnostic pour les cas chroniques. Le traitement reste une pierre de touche. Avec le traitement de la côlite, on voit les phénomènes de pseudo-appendicite disparaître ; sinon, il faut considérer l'appendice comme lésé et l'enlever.

Dans certains syndromes côliques, la contracture abdominale est telle que l'on pense à la péritonite appendiculaire. Dans d'autres cas, encore, on est amené à suspecter une invagination intestinale. Mais celle-ci est une maladie de la première enfance et, pendant la première année, la côlite aiguë est rare.

Les symptômes généraux dans les syndromes côliques chroniques peuvent tromper également. Les troubles nerveux simulent parfois la méningite, la méningite tuberculeuse, en particulier. La fièvre est aussi un symptôme susceptible d'égarer le diagnostic. En présence d'enfants qui maigrissent et ont de la fièvre, l'idée de tuberculose vient à l'esprit, d'autant que si l'on donne le régime des tuberculeux, la côlite s'aggrave.

Dans les états aigus, la fièvre persistante fait penser à la fièvre typhoïde, aux paratyphoïdes, à la typho-bacillose.

En somme, le diagnostic doit souvent être serré de près, par une étude attentive du malade. Il ne faut pas oublier l'intestin dans tous ces états morbides mal caractérisés.

Le diagnostic des syndromes côliques doit aussi être étiologique. On distinguera deux groupes de syndromes côliques : les uns secondaires, les autres d'origine alimentaire.

Les syndromes secondaires s'observent au cours de maladies infectieuses, rougeole, broncho-pneumonies, infections pharyngées. Plus importants sont les syndromes côliques alimentaires. On sait, depuis les travaux de Combe, de Lausanne, surtout, que l'azote joue un rôle dans ces syndromes. On les voit apparaître chez les enfants hyperalimentés, au moment du sevrage, chez les nourrissons auxquels on donne du lait trop longtemps. Vers le 8e mois, il convient d'ajouter des farines au lait. Si on prolonge l'usage exclusif du lait, en rations journalières exagérées de 1 litre 1/4 ou 1 litre 1/2 par exemple, on peut voir survenir des troubles intestinaux. Plus tard, une alimentation comportant trop de viande et surtout trop d'œufs arrive aux mêmes conséquences. A côté de ce facteur principal, il faut placer une série de facteurs occasionnels, le terrain neuro-arthritique, la vie sédentaire des collèges, les infections du naso-pharynx, une certaine débilité hépatique, etc.

La thérapeutique s'inspirera de ces conditions étiologiques. On supprimera le régime nuisible. Au début, la diète hydrique avec des solutions sucrées, des décoctions d'orge, de riz, du bouillon de légumes, s'impose. Ensuite, on prescrira un régime contenant peu d'azotés, composé de farines, de pâtes, de légumes, sans tomber cependant dans l'excès et en rendant aussitôt que possible les azotés, sous forme de babeurre, de yoghourt, d'abord, puis de lait mélangé de farines, enfin plus tardivement de viande et d'œufs. On essayera de stimuler le foie par les alcalins, le sulfate de soude à petites doses. Certaines stations thermales sont indiquées : Châtel-Guyon dans les formes torpides peu douloureuses, Plombières dans les formes douloureuses. L'hydrothérapie, comme traitement général, est souvent utile.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

A TRAVERS LA PRESSE

La grenouillette de la glande de Blandin.

La glande de Blandin est une glande salivaire située à la face inférieure et près de la pointe de la langue.

A propos d'une observation de grenouillette de cette glande qu'il a opérée, M. GUIBE se livre à une intéressante discussion relative aux grenouillettes en général (*Année Méd.*, mai 1920).

Certains auteurs ont soutenu que la grenouillette se développe toujours dans les glandes de la pointe de la langue.

Faisant bonne justice de cette prétention, M. Guibé montre que ces productions pathologiques évoluent aux dépens de toutes les glandes du plancher de la bouche, et surtout de la glande sublinguale. Si elles prennent un volume relativement considérable, il n'y a rien de surprenant à ce qu'elles progressent de tous côtés et envahissent la face inférieure de la langue, en imposant pour des productions primitives de cette région.

Topographiquement, la grenouillette de la glande de Blandin ne diffère pas sensiblement de la grenouillette sub-linguale. Au point de vue thérapeutique, elle est beaucoup plus facile à extirper. « Après fixation de la pointe de la « langue, on a toute facilité pour manœuvrer, « et la dissection est encore facilitée par l'ab- « cence d'organes à épargner dans le voisinage, « A vrai dire, on est bien à proximité du nerf « lingual, on peut même le léser, mais comme il « est là tout proche de sa terminaison, cela ne « peut entraîner qu'un inconvénient bien mini- « me ».

Tachycardie paroxystique.

La pathologie cardiaque est en pleine évolution. Les moyens perfectionnés d'investigation dont nous disposons, mis au service de l'in-

géniosité des chercheurs, permettent de préciser une foule de symptômes et de syndromes dont a pathogénie et la signification nous échappait jusqu'alors, et auxquels, faute d'explication satisfaisante, on appliquait l'épithète d'*essentiels*, qui masquait tout simplement notre ignorance.

La tachycardie paroxystique, connue encore sous le nom de maladie de Bouveret, est un de ces syndromes.

M. Chevalier met au point cette question, dans l'état actuel de nos connaissances, dans un travail très complet et très instructif, auquel nous reprocherons seulement de recourir à une terminologie qui déconcerte quelque peu les anciens et les non spécialistes. Qu'est-ce que la tachycardie paroxystique *sinusale* (nomotope), à type *nodal* ? J'avoue, pour mon humble part que je n'en sais rien.(*Bull. Méd.*, 28 avril 1920).

Dégageons donc, nonobstant, de cette étude, ce qui peut intéresser plus particulièrement nos lecteurs.

La tachycardie paroxystique est « un accès « subitd'accélération extrême, régulière, mono- « morphe, des contractions cardiaques ». Elle procède par crises qui éclatent subitement et débutent par une sorte de déclanchement accompagné d'angoisse. On peut observer tous les degrés entre l'absence de souffrance cardiaque, un vague endolorissement, et l'anxiété marquée, l'agitation, des douleurs cardio-thoraciques à caractère angineux. Le pouls bat à 140, 210. La respiration n'est en général pas modifiée. Après un temps variable, la crise cesse aussi soudainement qu'elle avait éclaté, par un déclic à rebours de celui du début. Le bien-être succède immédiatement aux sensations pénibles éprouvées par le malade.

A noter souvent, précédant la crise, une sorte d'aura caractérisée par des vertiges, des éblouissements, un malaise général, des battements tumultueux.

Le pouls est souvent incomptable. L'auscultation ne permet pas de discerner les lésions orificielles. La tension maxima est abaissée ; les veines du cou sont souvent distendues ; le rythme respiratoire est parfois tachypnéique.

Dans l'intervalle des crises, parfois on ne note rien d'anormal du côté du pouls et des bruits cardiaques. Plus fréquemment, l'examen attentif décèle des extra-systoles, une cardiopathie latente (lésion mitrale, aortique), de l'hypertension, l'artériosclérose. Rappelons ici que les extra-systoles correspondent à ce qu'on appelait naguère les faux pas du cœur, les intermittences.

On recherchera l'influence pathogénique des infections : rhumatisme, syphilis, fièvres éruptives, blennorhagie..., au besoin des troubles endocriniens.

La tachycardie paroxystique est essentiellement récidivante, périodique. Elle peut disparaître complètement. Le plus souvent, elle aboutit à l'insuffisance cardiaque, annoncée par la dilatation du cœur droit, la diminution des urines, les œdèmes, la congestion pulmonaire, bref, tous les signes de l'asystolie aiguë.

Parmi les complications de la crise, on cite exceptionnellement l'embolie et la mort subite.

La tachycardie paroxystique peut compliquer la dilatation cardiaque ; elle peut être fébrile et dans ce cas, révéler une poussée rhumatismale.

On distinguera la tachycardie paroxystique de l'asystolie. « Toute asystolie survenue rapi- « dement chez un sujet bien portant quelques « jours auparavant, oriente le diagnostic vers « la tachycardie paroxystique. » On ne la confondra pas avec la tachycardie de la maladie de Basedow, de la tuberculose éréthique, de l'hypertension.

Pour traiter la crise, on tentera de provoquer le déclic terminal de celle-ci par des moyens mécaniques, tels qu'un mouvement de déglutition déterminé par une grosse boule de mie de pain, un vomissement, des inspirations très lentes en maintenant dans leur intervalle le thorax rempli d'air, la compression du pneumogastrique droit, la titillation du pharynx.

On prescrira l'extrait d'hypophyse (trois cachets de 0,15 de dix en dix minutes).

L'accès prolongé réclame la digitaline (XXV gouttes en une fois) ; la fièvre, le salicylate de soude.

Dans l'intervalle des accès, on instituera une thérapeutique causale. « Si la crise se montre plus « grave, le malade n'est plus un invalide inter- « mittent, mais un cardiaque compliqué. »

Conservation systématique des doigts mutilés.

S'appuyant sur une démonstrative expérience personnelle, M. Bonnet recommande, dans les mutilations traumatiques des doigts qui compromettent irrémédiablement l'anatomie et les fonctions, même très diminuées de ceux-ci, de conserver néanmoins jalousement les débris restants, en vue de ce que Quenu appelle la cheiroplastie dactylienne, autoplastie préméditée, qui sera réalisée en trois temps :

« 1° Désinfection primitive de la plaie avec « conservation, de parti pris, des doigts mutilés, « dans le but de l'utilisation secondaire de leur « surface tégumentaire ;

« 2° Stérilisation secondaire de la plaie con- « trolée, si possible, par l'examen bactériologi- « que des prélèvements ;

« 4° Autoplastie digitale après désossement « du doigt conservé. »(*Gaz. des Hôp.*, 1920, n° 39).

La chirurgie des accidents du travail s'inspi-

rera de cette pratique éminemment recommandable, destinée à réduire au minimum de mutilation les traumatismes de la main.

Etude sur certains phénomènes du choc.

Certains syndromes cliniquement constatés, l'asthme, l'urticaire, l'hémoglobinurie paroxystique, la migraine, etc., sont, à cette heure considérés comme des phénomènes de choc anaphylactique, liés à des modifications humorales de la crase sanguine.

M. M. F. Widal, P. Abrami et E. Brissaud viennent de publier un long travail sur la signification de ces modifications humorales, dénommées encore crises hémoclasiques. (*Presse Méd.*, 3 avril 1920).

Ce travail se termine par les lignes suivantes qui en expriment toute la quintessence :

« En résumé, nous avons essayé de montrer « combien déjà est étendu le champ des phéno- « mènes qui, dans le domaine de la pathologie, « ressortissent à ce processus du choc colloïdal. « Des manifestations cliniques aussi disparates « que des accidents d'ordre anaphylactique,— « des troubles consécutifs aux injections parenté- « rales non seulement de substances colloïdales, « mais de cristalloïdes ; — des syndromes sponta- « nés d'ordres infectieux, tels que certains grands « accès fébriles ; — des maladies humorales, telles « que l'hémoglobinurie paroxystique, relèvent « en réalité d'un même mécanisme, ont toutes, « à l'origine de leurs symptômes, le même pro- « cessus de *colloïdoclasie*. Il est très vraisembla- « ble que ce ne sont pas là les seules conséquences « de ce processus et que le chapitre, à peine ou- « vert en clinique, des phénomènes de déséquili- « bre colloïdal s'enrichira rapidement d'acqui- « sitions nouvelles. Bien des troubles rapportés « jusqu'ici à l'intoxication, d'autres dont le mé- « canisme est encore ignoré, ne sont sans doute « que la traduction d'un brusque déséquilibre « colloïdal.

« Nous nous sommes efforcés de faire ressortir « toute la différence qui sépare de l'intoxication « ces phénomènes de choc. Tandis que l'intoxi- « cation agit par un processus chimique, qui altère « les molécules et peut aller jusqu'à les dé- « truire, le choc semble relever d'un processus « qui s'attaque à des éléments appartenant à « une échelle plus élevée ; les arguments tirés « de la clinique et de la physiologie pathologi- « que que nous venons d'exposer portent à pen- « ser qu'il est bien produit par une simple rup- « ture de l'équilibre physique des édifices col- « loïdaux.

« Pour rattacher aux phénomènes de choc les « manifestations cliniques si diverses qui en dé- « pendent, le témoin le plus sûr est la crise hémo- « clasique. Le médecin qui observe l'attaque « d'asthme, les plaques urticariennes, l'accès fé- « brile, la crise d'hémoglobinurie, n'aperçoit du « phénomène pathologique que les manifesta- « tions dernières, les seules apparentes. L'exa- « men du sang permet le plus souvent de décou- « vrir, derrière ces phénomènes, le choc qui les a « déclanchés. Il est remarquable de constater « que le bouleversement si profond de l'équilibre « hématique, qui caratérise la crise hémoclasi- « que, se déroule d'une façon latente, sans que « le sujet en éprouve le moindre malaise. De tels « exemples montrent, une fois de plus, l'impor- « tance de cette séméiologie occulte, inaccessi- « ble à nos moyens naturels d'investigation.

« L'étude de ces phénomènes de choc n'est pas « seulement importante au point de vue de la « compréhension pathogénique de certains trou- « bles morbides ; son intérêt n'est pas simple- « ment d'ordre spéculatif. La cennaissance des « processus de choc a conduit déjà à des orien- « tations thérapeutiques importantes dont nous « tenterons dans un autre article, de retracer « l'histoire. »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

L'enquête épidémiologique sur l'encéphalite léthargique.

(MM. Léon Bernard et J. Renault. — *Académie de Médecine*).

L'enquête épidémiologique, poursuivie par les soins du ministère de l'hygiène, sur l'encéphalite léthargique en France, a provoqué la réponse de 55 départements. Du 1er janvier au 1er mai 1920 464 cas ont été signalés avec 118 décès, soit une mortalité d'environ 30 %. Aucun rapport ne note de contamination par contage direct, les cas ayant paru généralement isolés. Il semble d'ailleurs que l'épidémie actuelle soit en voie de diminution.

La dermatose de Bowen, maladie précancéreuse.

(M. Darier. — *Académie de médecine.*)

On nomme, en dermatologie, maladies précancéreuses un certain nombre d'états morbides qui très souvent, plus ou moins tardivement, deviennent le point de départ d'une tumeur maligne épithéliale. Parmi ces affections, les unes sont d'origine congénitale, comme les nævi ; d'autres sont acquises et d'étiologie connue, comme la radiodermite, l'arsenicisme chronique, la leucoplasie, les cicatrices chéloïdiennes ; quelques-unes enfin sont acquises et d'étiologie mystérieuse, telles la kératose sénile et la maladie de Paget.

A ce dernier groupe de maladies précancéreuses de la peau, se rattache une affection décrite en 1912 par Bowen et dont M. Darier a observé 7 cas. Elle

se caractérise par des taches kératosiques de couleur rose terne, parfois papuleuses, recouvertes de squames, siégeant en une région quelconque des téguments. Ces taches, d'apparence anodines, subissent souvent une transformation en tumeur maligne, au bout d'un temps variable, qui est parfois fort long. Les taches en question peuvent être confondues avec l'eczéma, le psoriasis, le lichen. L'examen bactériologique d'un fragment prélevé par biopsie m ontre des lésions caractéristiques de dyskératose.

Les modalités de début de l'encéphalite épidémique.

(M. J.-A. Sicard. — *Académie de Médecine.*)

L'encéphalite épidémique est, on le sait, une affection essentiellement protéiforme, et M. Sicard, en décrivant les variétés myoclonique, algique et paraplégique de la maladie, a contribué beaucoup à établir cette notion.

C'est surtout dans sa période de début que l'encéphalite épidémique prend un masque variable. Le type oculo-léthargique, décrit par M. Netter, est aujourd'hui bien connu des médecins. Les types myoclonique pur, algique et paraplégique le sont moins. La modalité myoclonique pure a été confondue avec l'hystérie, l'épilepsie jacksonienne, l'urémie convulsive, le tétanos, la rage, l'hémorrhagie méningée, la syphilis méningo-corticale. On reconnaîtra la myoclonie de l'encéphalite à son caractère de secousse rythmée, de rythme électrique.L a secousse rythmée diaphragmatique, en particulier, est pathognomonique.

La modalité algique a été confondue avec toutes les algies. De fait, on ne peut souvent la préciser qu'au moment où apparaissent les autres symptômes, oculo-léthargiques ou cloniques. Il en est de même pour la modalité paraplégique, plus rare d'ailleurs.

L'emploi systématique de l'ipéca à petites doses chez les nourrissons.

(M. Rousseau-Saint-Philippe. — *Académie de médecine.*)

M. Rousseau-Saint-Philippe propose l'emploi systématique de l'ipéca à toutes petites doses dans la prophylaxie et le traitement des troubles digestifs chez les enfants élevés au biberon.

Pour cet auteur, l'infériorité physiologique tenant à l'allaitement artificiel est en partie corrigeable par l'emploi d'un médicament capable d'agir sur les sucs digestifs et les fermentations. Ce médicament lui paraît être l'ipéca, qu'il conseille sous forme de teinture, par gouttes.

Algies cervico-brachiales monosymptomatiques d'encéphalite épidémique.

(M. Sicard. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Sicard signale deux observations d'algies cervico-brachiales, monosymptomatiques d'encéphalite léthargique. Les algies furent suivies, quinze jours plus tard, de l'apparition de phénomènes myocloniques. On peut voir, d'ailleurs, des algies cervico-brachiales isolées, qui sont sans doute le seul symptôme de la maladie.

Exploration radiologique des reins après insufflation de la cavité péritonéale.

(MM. Ribadeau-Dumas, Mallet et de Laulerie. *Société médicale des hôpitaux*).

Jusqu'à ces derniers temps, l'exploration radiologique des reins demeurait délicate et les données qu'elle fournissait restaient souvent incomplètes. Le radio-diagnostic était généralement limité à l'exploration radiographique des calculs.

L'insufflation intra-péritonéale d'air ou d'oxygène, en faisant ressortir l'ombre des organes abdominaux sur un fond transparent, permet au contraire une exploration radiologique facile des reins, tant au point de vue radioscopique qu'au point de vue radiographique. Ainsi, après injection de un à deux litres d'oxygène, les reins apparaissent à l'écran avec une netteté parfaite.

Tétanos à porte d'entrée utérine.

(MM. de Massary et Léchelle. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Le tétanos utérin est généralement fatal et son évolution est foudroyante. MM. de Massary et Léchelle rapportent une observation, faisant exception à cette règle, de tétanos apparu à la suite d'une fausse couche et dont l'évolution fut favorable. Les accidents tétaniques se montrèrent après une période d'incubation de douze jours. La guérison fut obtenue par la sérothérapie.

Cas de typhus exanthématique observés à Paris.

(MM. Legry, Courcoux et J. Lermoyez. — *Société médicale des hôpitaux*).

MM. Legry, Courcoux et Jacques Lermoyez ont observé une petite épidémie de typhus exanthématique, à Paris, dont le foyer a été l'asile Saint-Sulpice, où passent et séjournent de nombreux ouvriers étrangers, venus de pays éloignés.

Les malades se présentèrent avec le syndrome suivant : début brusque en pleine santé, fièvre élevée, céphalée intense, prostration extrême, catarrhe oculaire, éruption de taches rosées rappelant celles de la fièvre typhoïde, mais d'une façon générale plus confluentes et évoluant en une seule poussée, signes méningés plus ou moins marqués.

Après avoir éliminé la méningite cérébro-spinale par les résultats de la ponction lombaire, la dothiénentérie par l'hémoculture et le séro-diagnostic de Widal, on pensa au typhus exanthématique. Les épreuves de laboratoire confirmèrent cette présomption clinique. La réaction de Weil-Félix (agglutina-

tion du protéus X^{19}) par le sang du malade s'est montrée constamment positive.

L'épidémie resta bénigne. Les malades (au nombre de huit) guérirent rapidement, une semaine en moyenne après leur entrée à l'hôpital. La convalescence, toutefois, fut longue.

M. NETTER remarque que cette bénignité contraste avec la gravité du typhus observé à Paris en 1893 et des quelques cas de 1917. Cette bénignité est de règle dans la maladie de Brill dont les inoculations au cobaye ont bien montré l'identité d'origine avec le typhus exanthématique.

MM. MARCEL LABBÉ et JEAN HUTINEL ont observé également deux cas de typhus exanthématique provenant du même foyer épidémique que ceux de M. Legry. L'un de ces cas se termina par la mort.

Sur la sécrétion interne de la prostate.

(MM. BOGOSLOSKY et KORENTCHEWSKY. — *Société de Biologie.*)

Serralach et Parès ont, les premiers, émis l'hypothèse que la prostate exerçait, par sécrétion interne, une influence puissante sur l'appareil sexuel. La prostatectomie, chez les chiens, aurait pour effet l'atrophie des testicules, l'arrêt de la spermatogénèse, de l'éjaculation et de la sécrétion des glandes du prépuce. L'administration de préparations prostatiques arriverait à prévenir ces phénomènes.

L'expérience clinique a également établi l'action de la glande prostatique sur l'état général, le tonus et l'activité psychique de l'organisme. A leur tour, MM. Bogolosky et Korentcheswky ont fait sur 8 chiens une série d'expériences concernant l'état des échanges gazeux et azotés avant et après injection d'une émulsion physiologique de glande prostatique. Ils ont noté une augmentation nette de ces échanges et ils concluent que la glande prostatique a, grâce à sa sécrétion interne, une influence sur l'état général et les processus chimiques de l'organisme.

Infantilisme hydatique.

(M. DEVÉ. — *Société de Biologie.*)

M. Devé a constaté, à plusieurs reprises, chez des malades jeunes atteints de kystes hydatiques non compliqués, un degré plus ou moins marqué d'infantilisme. Il lui paraît rationnel de rattacher cet état dystrophique à l'intoxication hydatique chronique. On sait que Dieulafoy, puis Quénu et Duval, ont attribué la cachexie hydatique à un empoisonnement spécifique chronique. On conçoit que, survenant dans l'enfance, une semblable imprégnation de l'organisme par les « toxines » hydatiques puisse troubler le développement du sujet. Cela est d'ailleurs assez rare.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Note sur l'emploi en thérapeutique gastrique du bouillon bromuré achloruré,

Par le Dr H. SABATIER (de Toulouse).

Dans un travail récent sur l'emploi du bromure de sodium en thérapeutique gastrique, bromure de sodium administré sous forme de bouillon concentré achloruré, MM. BESSE (de Genève) et GOUTZAIT ont écrit :

« Par quel mécanisme le bromure de sodium agit-il dans les affections du tube digestif ? Est-ce comme dépresseur du système nerveux ? Est-ce comme modérateur de l'hyperesthésie de la muqueuse gastro-intestinale, comme régulateur de la digestion et comme antispasmodique ? Peu importe, puisque les résultats sont nets et, dans certains cas même, tellement constants et persistants qu'ils masquent le diagnostic comme dans les quatre observations que nous rapportons plus loin. »

En invoquant l'autorité et les opinions de Ch. ROUX, de MATHIEU, de LOEPER, de SOUPAULT et de G. LEVEN nous essaierons de montrer, dans ce modeste travail de vulgarisation, que l'on peut répondre aux diverses questions posées par MM. Besse et Goutzait, et ne pas borner sa seule ambition à la constatation des résultats. S'il est, en effet, en matière médicale, une satisfaction pour l'esprit, c'est bien de savoir pourquoi on emploie tel remède de préférence à tel autre et de connaître les raisons qui militent en faveur d'une thérapeutique donnée.

Le but que nous nous proposons sera poursuivi et atteint, nous l'espérons du moins, quand nous aurons défini, d'un côté, les divers éléments constituant le syndrome dyspepsie et rappelé, de l'autre, l'action médicamenteuse du bromure de sodium : si les multiples symptômes ou troubles dyspeptiques paraissent justiciables des propriétés du bromure, le procès sera gagné.

De plus, en faisant l'analyse des observations de néoplasmes gastriques et d'ulcères à la lumière des théories de G. Leven, nous ferons voir pourquoi l'administration du bromure de sodium a pu masquer le diagnostic.

Qu'est-ce donc que la dyspepsie ?

Pour Soupault et Leven, l'essence même de la dyspepsie, c'est l'*hyperesthésie du plexus solaire.*

La dyspepsie, dit Soupault, naît de l'irritation du plexus solaire, de l'irritation de ce centre nerveux : or, l'intimité organique et fonctionnelle de tous les centres explique comment la destruction de l'équilibre nerveux, en un centre aussi important que le centre solaire, a des effets immédiats sur tous les autres centres nerveux, utéro-ovariens, intestinaux, cardiaques, respi-

ratoires, sans oublier l'axe médullaire, le bulbe et le cerveau. Cette intimité organique et fonctionnelle explique encore comment, si l'équilibre est détruit dans un autre centre nerveux, le centre atteint réagit sur le plexus solaire et la dyspepsie apparaît. Voici en quelques lignes l'explication de la genèse des causes et des retentissements de la dyspepsie. »

G. Leven, dans son livre, *La Dyspepsie* (O. Doin, 1913), a condensé et amplifié à la fois cette théorie dans la définition qu'il donne de la dyspepsie et a démontré que, s'il y a toujours équation entre les deux termes dyspepsie et hyperesthésie solaire, cette hyperesthésie solaire pouvait être latente, inconsciente, contrairement à l'opinion ancienne que, pour être dyspeptique, il fallait souffrir et se plaindre. Le même auteur a fait voir, en outre, que cette dyspepsie, cette hyperesthésie du plexus solaire pouvait se compliquer de certains troubles fonctionnels tels que : aérophagie, dilatation gastrique, etc., et s'ajouter de façon contingente à des lésions organiques comme l'ulcus ou le cancer.

Rappelons, avant d'aller plus loin, que Mathieu avait également signalé l'importance du facteur hyperesthésie dans la genèse des troubles dyspeptiques : « dans les états dyspeptiques, disait-il, supprimer l'hyperesthésie, c'est amener la guérison. »

Dans sa Clinique thérapeutique, G. Lyon a encore écrit : « Il est vraisemblable d'admettre qu'un ébranlement fonctionnel de l'innervation doit entraîner des modifications secrétoires, puisque, en fin de compte, les phénomènes secrétoires sont sous la dépendance de l'innervation. »

Retenons donc bien ce rôle de l'hyperesthésie.

Nous avons dit plus haut que Leven admettait plusieurs formes de dyspepsie, suivant les troubles fonctionnels qui la compliquaient.

Parmi ces complications, une des plus importantes est la présence de l'élément spasmodique.

On connaît, en effet, dans quelles proportions le spasme vient accentuer la striction dans les sténoses organiques du pylore. Dans bien des cas, les symptômes subjectifs, l'examen clinique, l'épreuve radioscopique même, paraissent démontrer l'existence d'un rétrécissement pylorique des plus serrés.

Puis, au moment de l'acte opératoire, l'anesthésie ayant fait son œuvre, le spasme disparu, la sténose apparaît bien moins absolue qu'elle ne le semblait.

Cette notion est trop connue pour nous arrêter plus longtemps ; mais, ce qui est moins répandu, parce que de découverte plus récente, c'est la notion du spasme essentiel, du spasme sans substratum anatomique, du spasme, pourrait-on dire, faisant cavalier seul, et agissant par et pour son propre compte.

Dans sa thèse (Paris, 1910) sur les sténoses spasmodiques du pylore, Salles, puis Leven et Barret dans diverses publications, ont démontré l'existence de spasmes essentiels du pylore, spasmes essentiels à opposer en clinique et en thérapeutique aux sténoses organiques.

Ces spasmes essentiels seraient à la base d'un grand nombre de troubles dyspeptiques et conditionneraient la production de ce que l'on appelle retentissements lointains ou encore métamorphoses de la dyspepsie, comme la constipation, les hémorroïdes, etc.

On sait combien souvent est délicat le diagnostic entre les douleurs gastriques et les crises de cholécystite.

Dans cette dernière affection, le Pr Gilbert prescrit le régime lacté continu et absolu par doses réfractées. Le physisme de la vésicule biliaire se modèlerait sur ce nouveau rythme alimentaire et, d'intermittente, l'excrétion de la bile deviendrait continue. Ne peut-on se demander si le *primum movens* de l'écoulement par à-coup de la bile étant l'intermittence contractile du pylore, le relâchement permanent de la bouche pylorique ne constitue pas le mécanisme et tout le secret du résultat obtenu ?

En abordant cette question de l'influence réciproque de l'estomac, de ses sécrétions, du fonctionnement du pylore sur les glandes annexes de la digestion, foie et pancréas, nous touchons à un des points les plus délicats de la physiologie digestive.

J'avoue que les théories admettant la neutralisation d'un contenu stomacal hyperacide dans la partie juxta-pylorique ou bulbaire du duodénum ne me paraissent pas suffisantes.

L'hyperacidité crée par soi-même une réaction de défense duodénale dont la contraction du pylore est l'expression. Pourquoi vouloir accepter que, toute la sphère digestive étant avertie par l'hyperesthésie solaire, le pylore se laisse surprendre et admette dans le duodénum une gorgée acide, initiale, susceptible de léser le premier segment intestinal ?

Il faut donc que la neutralisation se fasse en amont du pylore, dans la partie juxta-pylorique de l'estomac, et cette neutralisation se fait par l'irruption de la bile dans la cavité gastrique.

Cette irruption de la bile dans l'estomac n'est point une vue de l'esprit : Pron, examinant le contenu stomacal de sujets présentant du clapotage à jeun, a rencontré 4 fois de la bile pure, sans chercher l'explication du phénomène, et le docteur Adam, dont on connaît les travaux sur la physiologie gastrique, me disait la présence constante de la bile dans l'estomac de somnivores préparés pour le recueil du suc gastrique.

Remarquons, en passant, combien cette théorie de l'influence de la bile sur la fonction gastrique proprement dite est féconde en déductions pratiques au point de vue des rapports réciproques des sécrétions gastriques, biliaires, pancréatiques.

A des sécrétions normales, à un fonctionnement normal du pylore non contracturé par cause chimique, mécanique ou statique, comme dans le cas de dislocation, répondraient des sécrétions biliaires et pancréatiques normales, travaillant normalement dans le duodénum. A des sécrétions anormales, à un jeu troublé du pylore, répondrait un mode anormal comme lieu de la fonction biliaire, cette fonction s'exerçant cette fois dans l'estomac pour en neutraliser le contenu anormal, la fonction biliaire s'adaptant aux conditions anormales du travail gastrique.

Quelle lumière jetterait cette conception sur l'enchaînement de la dyspepsie, de la lithiase biliaire, de l'insuffisance hépatique et quel terrain d'entente serait trouvé pour ceux qui ne voient que l'estomac ou que le foie, et qui monopolisent tout ou dans l'estomac ou dans le foie, sans jeter de ponts entre la souffrance ou la faillite de ces deux organes ?

Quoi qu'il en soit, retenons bien cette notion de contracture du pylore retardant le passage du contenu gastrique dans le duodénum, exagérant l'hypersécrétion, brisant la violence de plus en plus grande des contractions péristaltiques, causant des douleurs atroces, et point de départ de réflexes dangereux du côté des systèmes circulatoire, pulmonaire, nerveux, etc.

Nous avons mis en lumière les éléments cardinaux de la dyspepsie et développé ce que nous pensions de l'intimité des fonctions digestives en cas d'hypersécrétion acide de l'estomac. Il nous sera facile maintenant de comprendre le rôle du bromure de sodium dans le traitement de la dyspepsie.

Qu'est-ce que le bromure de sodium ? C'est un des plus puissants modificateurs de la sensibilité que nous connaissions, un antispasmodique de premier ordre, un modérateur réflexe des plus précieux.

Le bromure de sodium possède la propriété d'atténuer la sensibilité, la souffrance de la muqueuse gastrique, souffrance qui, par acte réflexe, est susceptible de retarder et même d'empêcher l'entrée en scène du foie et du pancréas. Ce médicament est capable, calmant la muqueuse gastrique, de modérer les phénomènes secrétoires dépendant de l'innervation : il peut aussi agir sur le spasme du pylore et permettre de cette manière le reflux de la bile dans l'estomac.

L'action thérapeutique du bromure nous explique également pourquoi ce sel, étant un modificateur réflexe, atténue les effets du déséquilibre solaire sur les autres centres, le bulbe et le cerveau, de même que son ingestion inhibe la formule étans réversible, la réaction des autres centres sur le cerveau abdominal.

Retenons bien ceci : toutes les indications du bromure de sodium sont là, et ce médicament nous apparaît comme le point de suture jeté sur la maille qui, emportée, emporte tout l'ouvrage.

Il nous reste à expliquer pourquoi l'administration du Sédobrol, dans un cas d néoplasme, selon l'expression de MM. Besse et Goutzait.

Voici, par exemple, l'observation n° 3 publiée dans le travail cité plus haut :

Mme S. M., 38 ans. 1917-1919.

Soignée depuis quelques années pour constipation et dyspepsie: pâleur, amaigrissement. On trouve un sommet droit fibreux sans signe d'activité marquée ; anémie variant de 3 1/2 à 4 millions de globules rouges sans formule caractéristique ; sensibilité de la région appendiculaire et de l'épigastre ; anorexie variable ; faible degré de ptose et d'ectasie stomacale hypochlorhydrie et hypotension modérée ; métrite, nervosisme très marqué avec insomnie. Urines ; excès de phosphates et d'urates. Malgré l'absence de signes certains, on soupçonne un réveil de la tuberculose ou un néoplasme latent. Le cacodylate et l'électromartiol améliorent l'asthénie, sans ramener le poids ni le sommeil.

On essaye le Sédobrol, 3 puis 2 grammes, pendant deux mois ; le poids remonte de 48 à 52 kgs, sans œdème, le sommeil et l'appétit sont excellents, mais l'hémoglobine baisse un peu. Comme la malade désire reprendre plus d'activité, on supprime le bromure ; on administre du fer et on ordonne l'électrisation musculaire et la gymnastique. Le poids baisse progressivement en trois mois de 52 kg à 43,5, mais la malade, se sentant bien pendant cette période, ne ses soigne pas.

Lorsqu'on la réexamine, on ne constate plus de douleurs appendiculaires, ni épigastriques ; aucun soupçon de tumeur à la palpation ; le nervosisme est de nouveau pénible, le sommeil et l'appétit moins bons. La malade réclame la reprise des remèdes qui l'avaient soi-disant guérie la première fois, et, en effet, trois tablettes de Sédobrol par jour lui font de nouveau reprendre sans œdème de 3 à 6 kgs en 5 semaines.

Cette seconde épreuve paraît péremptoire ; au bout de 2 mois cependant, la malade se remet à maigrir, à pâlir, avec cette fois des douleurs très pénibles dans le dos et l'hypochondre gauche, et un jour, au palper très profond, en forte inspiration, on sent une induration sous les côtes à gauche, La radiographie est en ce moment suspecte. Plusieurs palpers dans les jours qui suivent confirment qu'il doit s'agir d'une tumeur maligne du tiers supérieur de la grande courbure. Dès ce moment, déchéance rapide et métastases évidentes contre-indiquant toute intervention.

Les autres observations ont trait à des malades atteints l'un de carcinome de l'S iliaque, le second de deux grandes cicatrices d'ulcères sus et sous-pyloriques et enfin le troisième d'un ulcus en activité.

Dans chacun de ces cas, l'administration du Sédobrol a donné d'excellents effets avec atténuation de la plupart des symptômes.

Comment expliquer ce résultat ? Par la notion très simple, due à Leven, qu'il convient de faire, dans toute affection organique de l'estomac, la discrimination de ce qui appartient d'une part à la néoplasie ou à l'ulcère, et de l'autre, ce qui est le propre de la dyspepsie.

Ainsi, dans l'observation que nous avons reproduite intégralement comme la plus suggestive, nous voyons des troubles dyspeptiques évoluant en même temps qu'un cancer. Ces troubles dyspeptiques, ce déséquilibre solaire sont traduits par : la sensibilité de l'épigastre, l'anorexie, la constipation, l'insomnie, le nervosisme (retentissement de la désorientation solaire sur l'ensemble du système nerveux). Le bromure fait disparaître ou améliore au plus haut point ces troubles dyspeptiques, mais, pendant cette action du bromure sur les seuls éléments justiciables de ses propriétés thérapeutiques, les perturbations organiques dues à l'évolution du néoplames, comme par exemple la déglobulinisation, poursuivent leur cours sans aucune atténuation jusqu'au jour de l'échéance fatale.

Les résultats obtenus dans ces dyspepsies surajoutées à des lésions anatomiques feront comprendre de quelle ressource sera l'emploi du bromure de sodium dans les dyspepsies que Leven considère comme des dyspepsies simples et aussi dans celles qui se compliquent d'aérophagie, de spasmes, etc,, sans aucune addition de lésions organiques.

Mais pourquoi employer le Sédobrol au lieu de la banale solution de bromure de sodium ?

D'abord parce que certains malades refusent obstinément de prendre la potion de bromure. J'ai constaté maintes fois ce refus, surtout chez des personnes peu cultivées, souffrant de retentissements lointains de leur dyspepsie et qui, ne pouvant admettre la relation de cause à effet existant entre le mauvais fonctionnement gastrique et leurs malaises, écartaient systématiquement potion et régime. Le Sédobrol permet au moins de faire tolérer le médicament, à défaut du régime, et c'est déjà un résultat.

Par ailleurs, on a parfois intérêt à cacher le nom du remède employé. Dans pas mal de familles, le bromure passe pour le remède de l'hystérie et, comme ce terme reçoit toujours une acception quelque peu équivoque, on évite de faire cabrer ou se fâcher les personnes auxquelles on l'ordonne, sans le nommer.

Remarquons encore que, grâce à la forme dissimulée et complètement masquée du bromure dans le Sédobrol, on échappe, par l'emploi de ce bouillon, à la production salivaire, réflexe que provoque le bromure en nature au moment de son ingestion. Ceci est à considérer dans le traitement de la dyspepsie compliquée d'aérophagie, où la déglutition de l'air est conditionnée par la production surabondante et l'absorption de la salive.

Enfin, la formule achlorurée augmente, comme Richet et Toulouse l'ont démontré, l'activité du médicament. Huchard et Fiessinger ont encore attiré l'attention des praticiens sur ce fait, dans leur « Thérapeutique en vingt médicaments ».

Mode d'administration.

Doses.

Dans sa pratique, Leven prescrit le bromure de sodium une 1/2 heure avant les deux principaux repas, quand il désire obtenir une action d'ordre général sur le système nerveux, soit au milieu du repas, quand il convient d'agir sur la muqueuse, gastrique.

Il associe parfois le bromure de sodium au carbonate de bismuth.

Pron, d'Alger, ordonne le bromure de sodium immédiatement après le repas du soir. Il l'administre concurremment avec le sulfate et le phosphate de soude.

On voit donc que cette médication est assez souple pour se prêter aux indications thérapeutiques les plus différentes.

Pour moi, après usage du Sédobrol dans bien des cas, j'en suis venu à prescrire l'emploi du Sédobrol un peu en passe-partout, comme du reste le carbonate de bismuth, les solutions alcalines, dialytiques et les poudres absorbantes. Bien plus, utilisant les précieuses propriétés culinaires du Sédobrol, je l'ordonne dans la préparation du potage aux farines ou aux pâtes, aliments dont les malades se montrent friands.

Comme dose, je n'ai jamais été sollicité de dépasser la dose indiquée par Leven — 2 grammes par jour, en deux doses égales —. Le Sédobrol, étant dosé a un gramme par tablette de bouillon, est donc d'un emploi des plus commodes.

Dans mes statistiques ou notes d'examens cliniques, figurent de nombreux cas de dyspepsie traités avec le plus grand succès par le Sédobrol. J'y trouve des observations d'aérophagie se compliquant d'accès de fausse angine de poitrine (ancienne cardiacalgie de Germain Sée), crises ayant cessé peu de temps après l'ingestion du bouillon sédobrolé ; des relations de nombreux cas de gastralgie survenant au moment des règles jugulés par la mise en œuvre de la médication bromurée.


TABLE D'EXAMEN ET D'OPERATION
LA PRATIQUE
Bté S.G.D.G.
ÉMILE PAGE
CONSTRUCTEUR
35, QUAI GAILLETON
LYON
MODELE N° 1
17 Kgr.
MODELE N° 2
19 Kgr.
ENTIEREMENT METALLIQUE
PLIANTE
PORTATIVE
LEGERETE
SOLIDITE
ADAPTABLE A TOUTES LES POSITIONS
D'EXAMEN ET D'OPERATION

Chez certains dyspeptiques, il m'a été donné de faire reprendre l'alimentation et de la renforcer, brisant ainsi le cercle vicieux de la sous-alimentation et de l'atonie gastrique.

En ce moment, je vois un malade soigné antérieurement pour ulcère de l'estomac, et auquel le régime lacté avait été prescrit depuis 1918. Ce sujet avait des crises de salivation telles qu'il devait laisser la bouche ouverte pendant des heures entières pour l'écoulement du flux salivaire. Il avait aussi des crises de douleurs tardives, des vomissements, mais pas d'hématémèse.

La radioscopie révélait un estomac en hameçon, légèrement abaissé, sans aucune biloculation, aucune poche, avec un fonctionnement pylorique normal. Mais il existait une hernie épigastrique, des symptômes de cholécystite et d'insuffisance hépatique.

L'administration de potages de farines ou de pâtes alimentaires au bouillon de Sédobrol a fait disparaître tous symptômes. Le malade a pu reprendre son alimentation presque habituelle revenir à ses occupations commerciales, et, grand chasseur, se livrer à son sport favori, tout en regagnant peu à peu l'embonpoint qu'il avait antérieurement.

Cette observation très instructive démontre de quelle ressource est l'emploi du Sédobrol dans les cas de troubles réflexes gastriques à point de départ herniaire (hernie épigastrique) et dans la dyspepsie des lithiasiques et insuffisants hépatiques.

Il nous sera donc permis de conclure en disant que l'introduction en thérapeutique gastrique du Sédobrol ou bouillon bromuré concentré achloruré constitue un progrès très réel et permet, en rendant l'ingestion du bromure agréable et facile, de tirer parti d'un médicament que tout recommande aux praticiens.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses.

Thèses de Montpellier.

Dr Jean-Louis-Renaud RICOCHON. — **Le réflexe musculo-musculaire ou myo-œdème.**

Pour l'auteur, le réflexe musculo-musculaire est un phénomène physiologique.

Normalement, chez un individu qui a ordinairement un bon état général, et qui n'est pas fatigué, le réflexe est très faiblement positif et à peine perceptible.

Dans les maladies infectieuses, il est très accentué, sa régression est un indice favorable pour le pronostic.

Dans les cachexies tuberculeuses, cancéreuses, il est également très accentué.

Recherchée au niveau du pectoral, ou du trapèze, toute inégalité est intéressante à noter, la réaction la plus intense, indiquant le côté le plus atteint ; associé à l'inégalité pupillaire, c'est un bon signe de tuberculose au début.

Dr L. MOUTON-CHAPAT. — **Contribution à l'étude des abcès de fixation.**

La méthode de Fochier est à conseiller dans tous les cas graves où les ressources thérapeutiques ordinaires sont insuffisantes.

Les seules contre-indications à signaler sont : le diabète et peut-être la tuberculose ; la tendance aux œdèmes, l'anasarque. En outre, il n'est pas à recommander aux médecins d'utiliser la méthode uniquement chez des agonisants. Elle demeure une méthode d'exception réservée aux cas particulièrement graves, mais il ne faut pas lui demander l'impossible.

Dr Edouard FONTBONNE. — **Contribution à l'étude de la syphilis de l'estomac.**

Affection relativement fréquente, revêtant au point de vue clinique les formes les plus diverses. Le diagnostic (difficile) se fera surtout par l'étude des antécédents, la réaction de Wassermann et l'épreuve thérapeutique.

Le traitement spécifique peut être administré par voie buccale ou par voie hypodermique. Le mercure doit être associé à l'iodure et à l'arsenic. Dans les cas rebelles, on peut s'adresser au néosalvarsan.

Dr Jean CARDENOGNY. — **Contribution à l'étude pathogénique de la scoliose alternante dans la sciatique.**

Dr Henri LESENEY. — **Syphilis récente et déséquilibre émotif.**

Dr Lucien SARDA. — **La station thermale et climatique d'Escouloubre-les-Bains (Aude).**

Les indications spéciales sont : le rhumatisme chronique, les névralgies (sciatiques surtout) et les myalgies relevant de la diathèse rhumatismale, les syndromes cutanés liés à l'herpétisme et à la scrofule, les bronchites et laryngites chroniques à forme catarrhale ; les anémies, la chlorose, la bacillose pulmonaire à forme torpide avec exsudats bronchiques abondants, enfin certains états constitutionnels comme le lymphatisme et le scrofule ; la syphilis.

Le catarrhe vésical chronique, la métrite chronique catarrhale, certaines affections chirurgicales, constituent les applications secondaires.

PARTIE PROFESSIONNELLE

L'AGENDA MEMENTO DU PRATICIEN

Edition 1921.

A la demande d'un certain nombre de nos amis, nous avons pris la décision de principe de publier une nouvelle édition de l'*Agenda-Memento du Praticien*, qui portera le millésime de 1921.

Il a fallu toute la conscience que nous avons des services que cette brochure rend à nos confrères pour que nous prenions une telle détermination, à une époque où les difficultés matérielles rendent de plus en plus difficile l'exécution de tous travaux d'impression et de librairie.

L'*Agenda Memento* n'est-il pas, en effet, sur la table du praticien, comme une sorte de Bréviaire qui lui fournit à point nommé la solution de toutes les questions qui se posent à chaque instant devant lui, à l'occasion de l'exercice de sa profession ?

N'y trouve-t-il pas tout un ensemble de documents législatifs et de jurisprudence médicale, des renseignements d'ordre technique, des modèles de pièces officielles, des tarifs, etc., etc., qui s'offrent à lui au moment précis où il en a besoin, lui épargnant ainsi l'effort et le temps nécessaires pour les trouver, soit dans les collections du *Concours médical*, soit dans les ouvrages spéciaux.

Ne comporte-t-il pas, en outre, un volumineux cahier dont chaque page suit, jour par jour, le calendrier, et qui lui est indispensable pour inscrire ses visites, ses interventions, tous ses actes professionnels, en un mot ?

Bien que la loi n'exige pas du médecin qu'il tienne une comptabilité semblable à celle d'un commerçant, il n'en est pas moins de son intérêt le plus immédiat d'avoir des comptes en ordre. C'est le moyen pour lui, sinon de ne rien perdre de ce qui lui est dû, tout au moins, de connaître ses débiteurs avec le montant de leur dette, et d'en pouvoir ainsi poursuivre le recouvrement. Sans oublier que de tels comptes peuvent être valablement produits en justice, à l'occasion d'une contestation d'honoraires.

L'utilité de l'Agenda proprement dit n'a donc pas besoin d'être autrement démontrée.

L'*Agenda-Memento* offre le double avantage d'associer, sous une forme maniable, une partie documentaire et une partie comptable.

De là la faveur avec laquelle il est accueilli d'année en année.

Si l'on nous demande quels sont nos projets pour l'édition prochaine, nous répondrons par l'énumération suivante :

1) Résumé analytique de tout ce qu'ont contenu les éditions antérieures.

2) Publication intégrale des articles des lois médico-sociales qui intéressent plus particulièrement le médecin.

3) Tarifs en vigueur, et notamment le nouveau tarif Dubief dont on nous annonce la promulgation prochaine.

4) Etude sur l'Associationnisme en général et sur le Syndicalisme en particulier.

5) Jurisprudence médicale.

6) Technique des prélèvements destinés au laboratoire.

7) Technique des injections intra-veineuses.

8) Régimes alimentaires, etc., etc.

***

Les circonstances nous font un devoir de n'entreprendre cette nouvelle édition que si le nombre de souscripteurs est suffisant pour en justifier les frais. D'autre part, nous sommes forcés de clore la souscription irrévocablement la 1er août 1920.

Nous insistons donc d'une façon très pressante auprès de nos abonnés pour qu'ils ne tardent pas à nous adresser le Bulletin qu'ils trouveront à la page 1539.

Ceux d'entre eux qui désirent posséder l'édition 1921 le savent très certainement aujourd'hui. Nous les prions de prendre la peine de nous en informer en recourant à la simple formalité de remplir et de nous adresser leur bulletin de Souscription.

Le volume leur sera adressé dans le courant du mois de décembre.

MUTUALITÉ FAMILIALE
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Lettres sur les changements de combinaisons ; ils sont dangereux.

On se souvient que le Dr C..., dans sa lettre, avait indirectement soulevé la question du passage des combinaisons anciennes à la combinaison nouvelle projetée IM.

Cette faculté pourrait devenir très dangereuse pour les combinaisons abandonnées ; aussi mon avis est-il qu'il faut absolument écarter le passage d'une combinaison à une autre.

Si un membre est autorisé à passer de MA à IM, il emportera avec lui la réserve mathématique qu'il aura antérieurement constituée à MA ; or, ces passages seront vraisemblablement fort nombreux et on voit le trou qui menace de se produire dans les réserves de MA.

Et à quel moment cet exode des réserves se produira-t-il ? à un moment où, par le fléchissement des cours des valeurs, le portefeuille se trouve considérablement amoindri.

Je crois inutile d'insister davantage sur le côté financier de la question.

D'un autre côté, quels sont les membres qui quitteraient ainsi MA ? Ce seraient les éléments jeunes, et l'âge moyen des membres de la combinaison se trouvera tout d'un coup avancé d'une façon extraordinaire. Or, on sait que les risques s'accroissent singulièrement dès qu'on arrive à la cinquantaine.

De telle sorte que la combinaison MA verrait et ses risques augmenter d'une manière insolite et ses ressources baisser d'une façon aussi imprévue. La situation serait certainement dangereuse.

Or, il ne faut pas oublier qu'à la Mutualité Familiale, tous les membres, du fait de leur adhésion, contractent des engagements les uns vis-à-vis des autres, qu'ils sont solidaires et qu'ils n'ont pas le droit de se dégager ainsi.

Si l'on objectait que la rupture du contrat est prévue par la démission, je répondrais que la démission, étant un fait exceptionnel, ne peut influer d'une manière appréciable sur la marche de la combinaison, tandis que l'exode en masse des éléments jeunes équivaudrait à une condamnation à mort.

Et, si l'on proposait l'abandon des réserves à la combinaison abandonnée, je répondrais que ce serait sans doute un moyen d'atténuer le danger, mais que ce ne serait pas le supprimer, cela équivaudrait à la démission de MA au moment de l'entrée à IM. Or cette solution, qui ferait perdre au sociétaire et sa réserve mathématique et son droit à l'indemnité pendant six mois, ne saurait pallier le danger de la sortie en masse qui se produirait toujours.

Le passage d'une combinaison à une autre est dangereux quelle que soit sa modalité. Il faut délibérément le repousser.

Il est de beaucoup préférable de maintenir la participation aux anciennes combinaisons MA ou B qui assurent l'indemnité de 10 francs tout en ouvrant l'entrée à IM qui donnera le complément désiré.

J'ai dit que les membres de B peuvent dès maintenant trouver ce complément en entrant à MA.

Pour les membres de MA, il faudrait qu'il y eût une demi-combinaison MA qui leur assurât les dix francs complémentaires.

A moins que l'adhésion pure et simple à IM ne permît aux membres de B ou de MA de recevoir un complément de 20 francs, c'est-à-dire une indemnité totale de 30 francs.

J'avoue que c'est la solution à laquelle iraient mes préférences personnelles.

Mais — il y a toujours des mais — le Dr M... m'écrit de son côté :

« Je vous approuve, mon cher ami, de pousser à la création d'une combinaison donnant une indemnité plus élevée que l'indemnité actuelle, mais gardez-vous d'un danger ; n'élevez pas trop cette indemnité et contentez-vous de 20 francs — il faut toujours que le mutualiste, fût-il médecin, perde à ne pas travailler. Croyez-en un vieux renard : donner la perspective de 30 francs, cela équivaudrait à semer un champ de carottes ! »

Le Dr M... est plus que septuagénaire, mais il a toujours été et reste un des plus chauds partisans de la Mutualité Familiale.

Quiconque a beaucoup vu doit avoir beaucoup retenu et sa boutade me laisse rêveur.

A. GASSOT.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

La fonctionnarisation de la médecine de soins est-elle souhaitable ?

Ce titre paraîtra sans doute étrange à l'ensemble de nos lecteurs. Il semblait que la question dût être considérée comme résolue par la négative, à la suite de toutes les discussions qui se sont poursuivies dans nos différents milieux professionnels sur l'exercice de la profession en général, et sur le rôle du médecin, dans l'exécution de la partie médicale des lois sociales.

Notre attachement aux principes intangibles du libre choix et de la tarification à l'acte médical n'est-il pas, en effet, la preuve péremptoire que nous nous refusons à devenir, à un titre quelconque, des fonctionnaires ? Les organes de la presse médicale ne persistent-ils pas, à bon droit, à mettre en garde le corps médical contre la fonctionnarisation, et contre les pièges qui menacent de lui être tendus pour l'y amener peu à peu, sans pour ainsi dire qu'il s'en aperçoive, de manière à le mettre en face du fait accompli, alors qu'il lui serait difficile ensuite de revenir en arrière ?

Malgré l'ampleur de cette campagne, à laquelle nous avons pris et nous continuerons à prendre une très large part, nous n'ignorons pas qu'un certain nombre de médecins restent très friands des traitements fixes et des services

à l'abonnement, qui font partie du statut de ceux qui ont accepté, dans le principe, d'être des fonctionnaires, tels les médecins militaires, les médecins des asiles publics d'aliénés, les médecins administratifs, etc. Ceux qui ne sont pas officiellement fonctionnarisés, mais qui se trouvent bien de ce mode de rémunération, sont à rapprocher des précédents, auxquels ils s'apparentent étroitement. Ce sont des fonctionnaires officieux, qui se trouvent excellemment préparés à franchir le Rubicon que creusent devant leurs pas la plupart des dirigeants des grandes collectivités, pour les amener, — et, à leur suite, la majorité des autres, — à accepter, en droit, une situation de fait subie, sinon recherchée, par eux.

Je n'en suis que médiocrement surpris. J'avoue que, si je devais manifester quelque étonnement, c'est que leur nombre n'en soit pas plus élevé. La prolongation de la guerre, en habituant les médecins mobilisés, qui ont représenté les trois quarts du corps médical français, à percevoir régulièrement, à jour fixe, une mensualité déterminée par les règlements et par les grades, quel que soit le travail fourni, m'a toujours semblé grosse de dangers à ce point de vue. J'ai craint, je le confesse, qu'une telle habitude, si longtemps pratiquée, ne finît par exercer une influence fâcheuse sur leur mentalité, et ne les rendît mûrs pour d'autres servitudes.

Crainte exagérée, heureusement, mais qui n'est pas cependant complètement dissipée.

Vous me direz que tous les goûts sont dans la nature, — qu'il plaisait à Martine d'être battue, — et qu'il peut plaire tout autant à un médecin d'être enchaîné.

Vous me citerez l'exemple regrettable des cinq dissidents de Limoges, jouant le rôle de « jaune », dans un milieu « rouge », — ô contraste des couleurs !

Et, de mon côté, je vous citerai l'extrait suivant du journal *Le Pharmacien* du 15 mai 1920, — L'Avenir de la Propharmacie, — qui motive ce petit travail : « A mon avis, les pro-« fessions libérales, et particulièrement la pro-« fession médicale, seront de plus en plus dé-« laissées en faveur du commerce et de l'indus-« trie, à moins que ... on ne fasse de nous des « fonctionnaires. Cette solution, que rejettent « aujourd'hui la presque unanimité de nos « confrères, est peut-être la seule compatible, « non seulement avec notre dignité, notre sécu-« rité, nos intérêts immédiats, mais avec le « rôle de plus en plus grand, de plus en plus « important, qu'est appelé à jouer le médecin « dans la société de demain. »

Le Dr Pauvert, signataire de ces lignes, ne peut m'apparaître autrement que sous les traits d'un aimable ironiste. Si je devais croire en effet qu'il parlât sérieusement, je me permettrais de lui demander très courtoisement s'il s'est bien mis, par la pensée, en face du tableau enchanteur (?) que représenterait la vie professionnelle du praticien fonctionnarisé.

J'entends en effet préciser ici, avant d'aller plus loin, que je ne combats que la fonctionnarisation du médecin donneur de soins, et non de tel médecin administratif, existant ou à créer, qui doit se cantonner exclusivement dans sa besogne et rester à l'écart de l'exercice de la médecine.

Le voyez-vous, ce praticien donneur de soins, à l'instar de l'instituteur, du facteur ou du cantonnier, esclave de sa circonscription, soumis aveuglément aux exigences des malades, en butte aux mécontentements, aux réclamations, exposé à des plaintes pour prétendue négligence ou ignorance présumée, à toutes sortes de dénonciations, aux blâmes officiels, aux déplacements, aux révocations ?.... Brrr !!!!

Allez donc trouver, au milieu de ces charmantes perspectives, la dignité, la sécurité, l'intérêt immédiat du praticien ?

Et puis, c'est loin d'être tout. Supposons réalisée la fonctionnarisation du praticien. Cela n'empêcherait pas, à côté des médecins officiels, l'existence de médecins indépendants, de *médecins libres*, tout comme des *écoles libres* se trouvent auprès des écoles du gouvernement.

C'est alors qu'on verrait toute la clientèle payante recourir à ces indépendants, tandis que le médecin fonctionnaire serait réduit aux ingrates besognes de la médecine à vil prix.

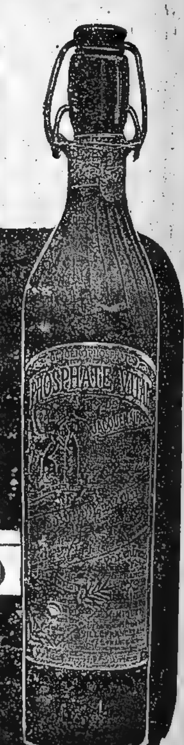
Ce n'est d'ailleurs pas de ma part simple vue de l'esprit. Je puis illustrer ce que j'avance d'exemples vécus, puisés dans un pays voisin.

En Espagne, m'a-t-on récemment affirmé, il existe un prolétariat médical composé de *medicos titulares*, véritables fonctionnaires choisis et payés par les communes.

Dans les petites localités aussi bien que dans les campagnes, ces *medicos titulares* font toute la médecine, parce qu'ils y sont seuls. Mais, dès que la ville prend un peu d'importance et *a fortiori*, dans les grands centres, ces malheureux parias de la profession sont voués à ce qui correspond à notre Assistance médicale gratuite, tandis que les malades aisés et riches les délaissent pour s'adresser aux médecins indépendants.

Au risque donc de contredire le Dr Pauvert et de le mécontenter, je n'hésite pas à prétendre que la fonctionnarisation de la médecine de soins, ce serait la dépendance, la médiocrité, l'instabilité du praticien. Et ce serait aussi, sans aucun doute, une diminution très certaine des garanties que réclame la santé publique.

Toutes ces raisons, et telles autres que je



n'aperçois pas, mais que d'autres pourraient mettre en lumière, sont plus que suffisantes pour justifier la presque unanimité du corps médical d'être et de demeurer farouchement opposée à la fonctionnarisation.

G. DUCHESNE.

II

La grève de l'A. M. G. dans la Sarthe.

Le Préfet de la Sarthe ou plutôt son plus mauvais conseiller, qu'il a tort d'écouter comme le firent Martigny et Bordes, s'évertue à agiter une cloche à deux sons. Dans le *Petit Parisien*, elle rend un sanglot de pot fêlé.

« Les malheureux assistés vont périr faute de secours médicaux ! »

Ces larmes de crocodile attendriront précisément les plus durs d'entre les citoyens, ceux qui ne donneraient pas une obole à un misérable et qui exigent d'un médecin la charité absolue, que dis-je ? le dépouillement complet, non pas au profit des pauvres, mais de ceux qui extorquent leur vote électoral par le canal de l'A. M. G.

Et qui paye en fin de compte ces munificences? Ce docteur, cette poire incommensurable, soumise à la taxe de luxe pour automobiles, véhicules professionnels introuvables à des prix déjà prohibitifs.

Mais, écoutez l'autre son de la même cloche, qui rappelle vaguement l'angélus.

« Mes braves enfants, vos revendications ne tiennent pas debout ! Voyons, vous avez, vous, les cent médecins sarthois, réunis, engouffré à vous tous 800 francs d'accouchements ! Donc, la question des honoraires chirurgicaux ne doit avoir qu'une importance secondaire. Hein ! vous avez compris 800 francs ! Voyez-vous cette montagne médicale accouchant d'une souris pécuniaire : chaque médecin a touché 8 francs par an pour soulager les bassins plutôt rétrécis de la Sarthe ! Rien n'est plus savoureusement ahurissant que cette incomparable candeur.

Mais il me vient à moi, brave homme, un scrupule ! Ces huit francs par an sont-ils bien secondaires comme le dit le Préfet, ou plutôt son « Tailleur de croupières » ? Non ! je trouve que c'est beaucoup trop ; vous aussi, confrères, et je propose à l'unanimité huit centimes par an ! Il faut encourager la repopulation, que diable !!! Une blague de ce tonneau-là juge la question. Comme il était commode d'inscrire sur la liste d'A. M. G. tous les copains, c'est-à-dire les neuf dixièmes des citoyens, et de les faire, ce moyennant, voter en bloc !..

Au jour d'aujourd'hui, on ratichonne sur les listes, mais les rayés ne sont pas contents, ils ne voteront plus ! Quelle maudite impasse ! Ah ! ces médecins, qui ne veulent plus servir de coupures électorales ! Dame ! la taxe de luxe paraît les avoir outrageurement cinglés ! Ce dernier coup a rendu les médecins conscients et organisés, c'est-à-dire intraitables. Bon nombre d'entre nous vont lâcher l'auto. A 22.000 la Renault + 2.200 de taxe de luxe !...Quand regagnerons-nous un pareil amortissement ? Mieux vaut charrier dans un camion n'importe quelle marchandise. En deux ans, le camion sera payé, mais jamais la voiturette pour visites médicales.

Dans mes plus mauvais moments de pessimisme, devant l'affligeante indifférence de confrères, je me reproche d'avoir souhaité le pire pour les faire sortir de cette terrible torpeur. J'écrivais textuellement : « Nous n'aurons d'effet corporatif que le jour où les confrères hâves et décharnés viendront tonner contre l'impossibilité de porter plus loin le boulet. » ... Nous y voici, hélas ! Nous sommes au dernier échelon social. Nous voyons défiler devant nous toutes ces professions sans exception, plus rémunératrices, et nous sommes condamnés à traîner le carcan sans repos pour notre vieillesse, si nous en avons une. Au moins, ai-je assez crié casse-cou dans ce journal ? Je n'aurai pas le remords de la complicité.

Aussi, lorsque j'évoque le sourire sceptique des optimistes en face de mes diatribes nullement exagérées, ainsi que le démontrent les faits, il me vient une rancœur immense, car j'accuse ceux-là d'avoir involontairement perpétué notre assassinat. Inexcusables, s'ils sont nantis et pourvus ; indignes de pitié s'ils geignent aujourd'hui, désillusionnés et ruinés. Ils ont creusé nos tombeaux. Il me vient, dis-je, une rancœur immense, et une envie de rompre avec ces frères ennemis, mais je veux tout de même vider la coupe, et savoir si nos chefs, en qui seuls j'ai foi encore, vont être suivis et victorieux, ou si nous allons assister à la déliquescence honteuse et irrémédiable de la corporation...

Dr C.

III

Syndicat médical de Mortagne.

(Séance du 9 décembre 1919.)

Question des réformés de guerre — Cette question reste à l'ordre du jour. Il est précisé que le corps médical réclame :

1° Un contrat et non un tarif imposé ;

2° Un tarif général.

Protection du premier âge. — En raison de la circulaire impérative adressée aux médecins

inspecteurs de la protection du premier âge par M. le Préfet de l'Orne, en raison surtout des tarifs tout à fait insuffisants accordés pour ce service, une note dont la rédaction est confiée au Dr Gireaux sera adressée à l'Administration préfectorale.

Le syndicat décide qu'il sera indispensable de rédiger pour toutes les autres questions administratives (A.M.G., Vaccination, etc.), dérisoirement rémunérées, des notes qui seront envoyées à M. le Préfet. Il est impossible que les médecins de l'Orne continuent à être de leur poche dans l'accomplissement de ces divers services.

(Séance du 14 avril 1920.)

Fournitures de carburant aux médecins. — Le Président donne lecture d'une lettre du Dr Godde, secrétaire de la Fédération Médicale de l'Orne, demandant l'envoi d'une liste nominative précisant la quantité d'essence nécessaire mensuellement aux médecins ; l'Administration se charge d'assurer la livraison de la quantité réclamée. Le Secrétaire prend note des chiffres donnés par les confrères présents et fournira, avant le 25 avril 1920, au Dr Godde, tous renseignements indispensables.

Médecins assermentés. — Le Président donne lecture d'une lettre à lui adressée par M. le Sous-Préfet de Mortagne et émanant de M. le Conseiller d'Etat, Directeur général de la caisse des Dépôts et Consignations, adressée à M. le Préfet au sujet du relèvement du tarif des honoraires des médecins assermentés chargés de visiter les souscripteurs à la Caisse Nationale d'assurance en cas de décès.

L'occasion lui étant ainsi offerte d'étudier le principe et la question des médecins assermentés, le Syndicat décide qu'elle sera mise à l'ordre du jour de la prochaine réunion, le Dr Mortagne proposant que : « à moins de peine infamante ou de condamnation, tout médecin ait le droit de rédiger les certificats réclamés par l'Administration de l'Etat. »

Dorénavant, aucun confrère syndiqué ne devra accepter la nomination de médecin assermenté sans en référer au Syndicat.

Protection du premier âge. — Le Président du Syndicat, consulté par l'Administration, a donné un avis favorable à une demande du Dr Andrieux, de Regmalard, tendant à l'attribution d'une circonscription de nourissons devenue libre à la suite du départ du titulaire.

Le Syndicat approuve cette décision, car il ne s'agit pas, en l'espèce, d'un partage de situation acquise.

Le Syndicat espère que le Dr Andrieux, qui a pris des renseignements sur les conditions d'admission au Syndicat de Mortagne, présentera au Président une demande de candidature écrite et régulière.

Le Président met le Syndicat au courant de divers pourparlers engagés entre lui et l'Administration au sujet de communes de la Protection du Premier âge réclamées par les Drs Delon, du Theil, et Clerc, de Ceton, et des réponses qu'il a faites.

Tous les confrères regrettent que les deux intéressés, l'un et l'autre syndiqués, soient absents et ne puissent, après entente, être départagés dans leurs réclamations communes.

Circonscriptions vaccinales. — Obligé de répondre avant le 20 février 1920 à une demande du Préfet, le Président expose qu'il a réparti au mieux les communes pour le service de la vaccination gratuite et obligatoire. Il prie les confrères de lui soumettre toute objetction ou réclamation.

Le Syndicat approuve les décisions prises par le Président.

S.S. Mutuels. — Le Dr Levassort est désigné à l'unanimité comme délégué chargé de procéder à la nomination d'un délégué définitif le 9 mai 1920.

A.M. Gratuite. — Après discussion copieuse et examen du prix de revient kilométrique auto, le Syndicat considérant que :

1° Il appartient à la collectivité, et non aux médecins, d'assurer les frais des soins médicaux ;

2° Les médecins sont des contribuables comme les autres et interviennent au même titre onéreux dans les dépenses d'A. M. G.,

3° Les médecins doivent être traités comme les autres fournisseurs de l'Etat, des départements ou des communes ;

4° Le tarif général médical établi est le minimum de gain ;

Décide de soutenir auprès de la Fédération médicale de l'Orne, chargée de réclamer au Conseil général (session du 3 mai 1920) une juste augmentation des tarifs de l'A. M. G., le vœu suivant :

Les indigents seront traités au prix du tarif minimum actuel (5 francs la consultation, 6 francs la visite), avec réduction de 10 %.

Le prix de la distance kilométrique ne sera pas inférieur à 1 fr. 25 par kilomètre parcouru.

Le Syndicat rejette le forfait et demande un tarif revisable au moins chaque année.

Il décide de réclamer, au minimum pour les interventions d'A. M. G. un tarif double de celui actuellement en vigueur.

Il juge impossible de faire la grève des malades d'A. M. G., par devoir d'humanité, mais propose la grève de tous les autres services administratifs (protection du premier âge, vaccine, etc.), et d'ordonner le transport à l'hos-

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs:

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, Duvernay, Forestier, Goddard, Kent-Gazet, Lel..ng.
Allevard-les-Bains. Boël.
Ax-les-Thermes (Ariège). Bousquet, Dresch, Gomma.
Bagnoles-de-l'Orne. Joly, Pennel.
Barèges. Robine.
Besançon La Mouillère. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Lacour.
Bourbon-Lancy, Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains, Colbert. — Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets, Armengaud, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, Bayrac, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé. Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Baillivet.
Eaux-Bonnes. Bajac.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Evaux-les-Bains. Lepage.
Evian, Martinaud.
Forges-les-Eaux. Bernardicou
Gréoux (Basses-Alpes). C. Mathieu.
La Bourboule. Christin, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy.
La Roche-Posay-les-Bains. Canoy.
Luchon, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Pelon.
Luxeuil-les-Bains. Bornèque, Cugnier, Picot, Rimey.
Martigny. Dedet. Payen.
Mont-Dore. Débidour, Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard. Gillot. Hagen, de Langenhagen, Truelle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Mougeot.
Salins-les-Bains Bourny.
Salies-de-Salat. Barbé.
Saint-Didier, (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Baradat. Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte. Odin. Ségard.
St-Nectaire. Serane, Siguret, Yersepuy.
St-Sauveur. Sabail.
Sélies-de-Béarn. Callais, Coustère. David. Reynaud
Sermaize-les-Bains. Rousselot.
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains, Chabannes, David.
Vichy. Cahen, Casteran, Chevreux, Cotar, Gannat, Guiuard, Gandelin, Reynes, Ed. Vidal.
Vittel, Constant, Mousseaux.

pice de tous les malades d'A. M. G., rejetant ainsi la responsabilité du manque de soins sur l'Administration.

Tarif. — Le prix de 5 francs pour la consultation est le prix minimum. Les visites seront comptées à 6, 8 et 10 fr.

PUÉRICULTURE

Conférence nationale de la Ligue contre la mortalité infantile.

Malgré deux belles journées, qui, le dimanche et le lundi de la Pentecôte, incitaient à la promenade et au repos à la campagne, une centaine de philanthropes s'étaient réunis, matin et soir, à la Faculté de médecine, à l'appel du sénateur Paul Strauss, président de la Ligue contre la Mortalité Infantile.

Il s'agissait de discuter les deux questions mises à l'ordre du jour : encouragement à l'allaitement maternel, placement des nourrissons que les mères ne peuvent garder.

Le problème du relèvement de la natalité se pose moins par l'augmentation du nombre des naissances que par la diminution des décès infantiles. Tous les médecins praticiens, qui, dans la petite ville comme à la campagne, sont appelés à faire l'inspection des nourrissons, savent aussi bien que moi les difficultés d'application pratique qui font que la loi Roussel est complètement inopérante. Si la mortalité infantile a diminué depuis la loi de 1874, ce n'est pas parce que le nourrisson est supposé protégé et surveillé, mais c'est parce que le médecin a, par son altruisme, par sa connaissance des aitres et des individualités qui composent sa clientèle, suppléé à l'insuffisance du législateur. S'il est impossible de sévir contre la nourrice malpropre et peu consciencieuse, la patience et la persuasion du docteur inculqueront progressivement des notions d'hygiène et de puériculture dans les campagnes, à celles qui, mercenaires, élèvent les enfants des autres.

Mais que d'améliorations à faire dans cette voie, si les pouvoirs publics se rendaient compte de l'appui qu'ils pourraient retirer de la collaboration avec les groupes professionnels médicaux. C'est ce que nous n'avons pas pu nous empêcher de dire, en fin de congrès, lorsque certains se félicitaient des chiffres trompeurs des statistiques officielles, alors que ceux qui commentent ces statistiques sont des professeurs de Paris, n'ayant jamais, à la campagne, été médecins inspecteurs de la protection du premier âge.

Le Docteur Bosc, médecin chef de l'hôpital de Tours, exposa son rapport sur *l'allaitement maternel dans les Maternités*. Il démontra que la mortalité qui frappe le premier âge pourrait être considérablement enrayée s'il était possible de ne pas jeter à la rue, après dix jours d'hôpital, une nouvelle accouchée et son nourrisson. Avec preuves à l'appui, avec exemples, il démontra qu'il faut instituer un asile, entretenu par l'hôpital, où toute mère, qui allaite son enfant, trouve le couvert et le gîte. Que de mères conserveraient leur enfant, combien de petites existences seraient ainsi sauvées, si les pouvoirs publics allaient se documenter, non pas dans des commissions stériles et souvent incompétentes, mais auprès de ceux qui vivent à côté des faits et pourraient faire bénéficier la nation de leur expérience personnelle.

M. Turquan, directeur honoraire au Ministère de l'Intérieur, ancien chef des services de l'enfance, exposa la question des *primes d'allaitement*, instituées par la loi du 24 octobre 1919.

Cette loi dispose que toute française, admise au bénéfice de la législation sur le repos des femmes en couches (loi Paul Strauss, du 7 juin 1913) et allaitant son enfant au sein, reçoit, pendant les douze mois qui suivent l'accouchement, une allocation supplémentaire de 15 frs, entièrement à la charge de l'Etat. Le bénéfice de cette loi est limité à la durée des lois attributives d'indemnités de cherté de vie. Il faudrait donc faire supprimer cette condition temporaire et obtenir une allocation supérieure aux 15 francs mensuels.

Le *rôle des consultations de nourrissons* fut exposé par M. Marois, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques de Seine-et-Oise, ancien directeur de l'assistance dans l'Yonne, M. Marois nous narre les étapes progressives qu'il a suivies pour l'utilisation maxima des consultations de nourrissons, grâce à sa collaboration avec les médecins.

Son programme : multiplier les consultations de nourrissons, augmenter leurs moyens d'action, pour leur permettre d'exercer une influence sur les masses, de répandre, dans l'ensemble de la population, les règles d'hygiène maternelle et infantile et *l'allaitement au sein*.

Pour mener cette œuvre à bien, il est utile, voire même indispensable :

1° D'obtenir des moyens pour obliger les personnes, bénéficiant de mesures d'assistance, de présenter leurs jeunes enfants aux consultations de nourrissons.

2° De rétribuer les médecins, sages-femmes et secrétaires, qui dirigent les consultations.

3° D'attirer aux consultations les mères libres, soit en distribuant des récompenses, soit en utilisant à cette fin les œuvres privées.

Après avoir cité des chiffres pour étayer sa thèse, M. Marois émet un double vœu :

1° Que le Parlement vote une loi, portant

obligation, pour les nourrices et les bénéficiaires d'assistance, de présenter leurs enfants aux consultations de nourrissons.

2° Que les pouvoirs publics mettent à la disposition des départements les crédits pour rétribuer le personnel de ces consultations et assurer des récompenses aux mères et aux nourrices.

Le Dr Chatin, agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon, demanda le *groupement des consultations de nourrissons autour d'un centre*, qui coordonnerait, dans une action commune, les efforts disséminés. De la sorte seraient évités certains abus, inhérents à la multiplicité des consultations de nourrissons, dans une ville. Par la fréquentation simultanée de plusieurs consultations avec des directions divergentes ou contradictoires, la mère gaspille son temps pour obtenir divers secours en nature ou primes, sans aucun profit pour l'enfant, qui risque de contracter une maladie contagieuse ou *a frigore*, dans des salles de consultations encombrées.

Le *placement chez une nourrice isolée* d'un nourrisson que la mère ne peut garder, fut rapporté avec beaucoup de détails par le Dr Jules Renault, conseiller technique au ministère de l'Hygiène. Ce qui ressortit de plus brutal de son exposé, c'est la crise de la nourrice mercenaire. Avec l'élévation actuelle des salaires d'usine, il est plus lucratif de travailler à l'atelier que d'élever l'enfant d'une autre. Et certains départements, comme la Nièvre, qui comptaient de nombreuses nourrices avant 1914, ne peuvent plus en fournir une seule, malgré l'augmentation qu'on offre aux nourriciers.

Centres d'élevage ou *pouponnières* ? Ce fut une question qui fut discutée par MM. Méry, agrégé, médecin des hôpitaux, Wallich, agrégé, et le Prof. Marfan.

Chaque mode à ses bons et mauvais côtés : mais tous sont à employer, du moment où il faut venir en aide à la mère et à l'enfant.

Inutile de dire que toutes ces questions furent longuement discutées par de nombreuses personnes, désireuses d'apporter leur collaboration à la protection du nourrisson.

Néanmoins, nous n'avons pas pu nous empêcher de prendre la parole, pour déplorer le très petit nombre (4 ou 5) de médecins praticiens, alors que les membres de la Faculté étaient en bien plus grand nombre. Nous nous sommes une fois de plus déclaré le chaud partisan de la collaboration avec les associations professionnelles médicales, pour faire de bonne besogne pratique, lorsqu'il s'agit d'assistance et d'hygiène publiques. Aussi avons-nous fait voter à l'unanimité le vœu suivant :

« La Conférence nationale de la Ligue contre
« la Mortalité Infantile,

« Prenant acte de la nécessité d'une collabo-
« ration étroite avec le corps médical tout en-
« tier.

« Invite les organisations professionnelles mé-
« dicales, représentées par l'Union des Syndicats
« Médicaux de France (28, rue Serpente), à
« travailler officiellement avec elle, pour la lutte
« contre la mortalité infantile et pour la propa-
« gation des notions de puériculture.

« Invite en outre les associations profession-
« nelles médicales locales, représentées par les
« syndicats médicaux locaux, à travailler offi-
« ciellement avec les administrations locales,
« pour l'organisation locale de la lutte contre la
« mortalité infantile, pour l'application prati-
« que et absolue de la loi Roussel sur la pro-
« tection du premier âge, pour l'éducation des
« populations en puériculture et pour la création
« de toutes œuvres locales utiles pour l'élevage
« des nourrissons. »

Nous sommes donc certain qu'au Congrès de 1921, institué par la Ligue contre la Mortalité infantile, nous entendrons des rapports et études, non seulement des individualités dévouées et pleines de bonne volonté, mais aussi de groupes professionnels médicaux qui feront connaître les enseignements autorisés tirés de la pratique journalière de tous les médecins de France qui, à la ville comme à la campagne, sont les mieux placés pour discuter puériculture et suggérer les améliorations à apporter à nos lois.

Dr Paul Boudin.

DÉONTOLOGIE

Les conditions de cession d'une clientèle médicale.

Etant sur le point de conclure un achat de poste médical, je vous serais reconnaissant de m'envoyer des projets de contrats pour ce genre d'opération. On m'a dit que le *Concours* en avait fait étudier plusieurs modèles où toutes les clauses désirées étaient prévues.

Comment faut-il établir ces sortes d'affaires ?

Pardevant notaire, ou sous seing privé ? avec témoins ou sans témoins ? enfin quelles en sont les formalités, et quelle valeur ont ces genres de contrats.

Dr S.

Une clientèle médicale n'est pas un objet commercial susceptible de donner lieu à vente ou à achat.

Tout acte qui serait basé exclusivement sur la cession, par un médecin, de sa clientèle à un autre médecin, est nul et non avenu.

Produit devant un Tribunal, il serait purement et simplement annulé et le fond même du litige ne serait pas abordé par le Juge.

Mais ce qui peut donner lieu à de valables conventions, ce sont les avantages concédés, les meubles et immeubles, le matériel vendus, les indemnités, rémunérations et récompenses arrêtées d'un commun accord.

De tels actes peuvent être indifféremment passés pardevant notaire ou sous seing privé.

Ils seront toujours établis sur papier timbré de dimension, en triple exemplaire.

L'enregistrement en est obligatoire dans les trois mois qui suivent la date de la signature. Faute d'y procéder, les deux parties seraient condamnées au paiement au fisc de doubles droits et d'amendes.

Les témoins ne sont pas nécessaires.

Voici deux modèles de contrats de ce genre. Le premier est extrait de l'*Agenda-Memento du Praticien*, édition 1920, page 311, l'autre est donné à titre d'exemple de conventions particulières relatives aux conditions mêmes de la passation de la clientèle.

Projet d'acte de cession de clientèle.

I

Entre les soussignés :
1) X... demeurant à ....., d'une part ;
2) Y... demeurant à ....., d'autre part ;
Il a été convenu ce qui suit :
M. X. cède à M. Y. qui accepte :

1° Tels objets mobiliers (en faire la description et la désignation).

2° Les instruments de chirurgie qui se trouvent actuellement dans telle place, et dont la liste a été fournie à M. Y. par M. X.

3° X. cède en outre à Y. le droit de se dire et présenter comme son seul et unique successeur.

4° X. s'engage à remettre à Y. la liste de tous les malades visités par lui pendant les trois dernières années.

5° X. s'engage à ne plus exercer la médecine dans un rayon de 20 kilomètres (ou dans le département, ou dans tel quartier, ou dans telle ville).

6° X. s'engage à adresser à tous ses clients actuels, sous enveloppe et à frais communs, deux cartes, l'une portant le nom du Dr X, suivi des lettres P. P. C., et l'autre du Dr Y, suivi de la mention : « successeur du Dr X. »

7° X. promet au Dr Y. de se tenir à sa disposition pour le présenter dans les principales familles de sa clientèle en se conformant à une liste dressée d'un commuu accord.

De son côté, Y. s'engage à verser à X. la somme de ..... (préciser les conditions du versement).

8° Au cas où des difficultés se produiraient sur ce qui concerne l'exécution des obligations prises par l'une et l'autre des parties, elles s'engagent dès à présent à soumettre le litige à un tribunal arbitral composé de deux médecins, choisis l'un par X. l'autre par Y. Au cas où ces deux médecins ne s'accorderaient pas pour arriver à l'arbitrage requis, ils désigneraient un troisième médecin chargé de les départager. S'ils ne pouvaient s'entendre pour la désignation du tiers arbitre, celle-ci serait effectuée par le Président du Tribunal Civil de.....

9° L'enregistrement des présentes est à la charge de .....

Fait en triple exemplaire, le ....

II

Entre les soussignés :
1) X... demeurant à ....., d'une part ;
2) Y... demeurant à ....., d'autre part ;
Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

Art. 1. — A dater du ....., le Dr X. s'interdit d'exercer désormais la médecine à (désigner la localité, ou le quartier, s'il s'agit d'une grande ville), et dans un rayon de (20 kil. à la campagne, 2 kil. dans une grande ville), au bénéfice du Dr Y, qui accepte.

Art. 2. — Le Dr X autorise en conséquence le Dr Y à se désigner comme son successeur. Il s'engage à lui remettre la liste de ses clients telle qu'elle résulte de ses livres des trois dernières années, à prévenir ceux-ci par une lettre circulaire qui leur sera adressée dans un délai de ..., et à l'accompagner dans toutes ses visites médicales, pendant un délai d ..... à dater du .....

Art. 3. — Le Dr X. cède au Dr Y. le bail (sous seing privé, ou passé par devant Me ..., notaire, en date du, enregistré) aux termes du quel il occupe l'immeuble situé à .....

Art. 4. — Le Dr X. cède au Dr Y. le mobilier et le matériel dont inventaire descriptif est annexé aux présentes.

Art. 5. — En compensation de ce qui précède, le Dr Y. s'engage à verser au Dr X. la somme de ... (préciser les conditions).

Art. 6. — Pendant le temps que le Dr X. restera avec le Dr Y. pour l'accompagner dans ses visites, le Dr Y. sera logé chez le Dr X. (ou toutes autres conventions qui pourraient être adoptées). Le produit des honoraires médicaux réalisés pendant cette période d'exercice en commun sera acquis au Dr Y, (ou sera partagé entre les Dr X. et Y, ou toute autre convention qui pourrait être adoptée).

Art. 7. — En cas de contestations dans l'exécution des couventions qui précèdent, les parties conviennent de s'en remettre à un tribunal d'arbitrage composé d'un médecin désigné par chacune d'elles. Au cas où ces deux arbitres ne se mettraient pas d'accord, ils désigneraient un tiers arbitre chargé de les départager. A défaut

par eux de procéder à cette désignation, elle serait faite par le Président du Tribunal Civil de .....

Art. 8. — L'enregistrement des présentes est à la charge du Dr ...

Fait en triple exemplaire,

A ...... le ....

CHRONIQUE DE L'ASSISTANCE

L'A. M. G. en Seine-et-Marne.

Je suis heureux de pouvoir emprunter les colonnes du *Concours* pour faire connaître à mes confrères de Seine-et-Marne, par cette voix puissante qui sonne comme une trompette dans le monde médical, que la Fédération des Syndicats Médicaux de notre département est parvenue enfin à obtenir la grande réforme qu'elle réclamait, du remplacement de l'abonnement, dans l'A. M. G., par le *Tarif à la visite.* De même, les diverses interventions ont été augmentées, suivant nos demandes, dans une proportion générale de 100 %.

Voici la lettre que j'ai reçue de M. le Secrétaire Général de la Préfecture, en attendant la notification officielle et les détails (que je connais bien, et pour cause) du Nouveau Tarif :

A M. le Dr Fernand Decourt,
Président de la Fédération
des Syndicats médicaux de Seine-et-Marne.

PREFECTURE
de
Seine-et-Marne
—
Cabinet du
Secrétaire Général,

Melun, le 20 mai 1920.

Mon cher Docteur,

En réponse à votre lettre du 18mai courant, j'ai l'honneur de vous faire connaître que le Conseil Général a donné entière satisfaction au Corps Medical

Pour l'Assistance médicale gratuite, le tarif est adopté avec la rémunération arrêtée par la Commission, ainsi que le taux des opérations.

Pour l'inspection des enfants du premier âge, la vaccination, les épidémies, vous avez obtenu ce que vous demandiez.

Les nouveaux taux seront appliqués à partir du 1er juillet prochain.

Dès que les délibérations seront imprimées, je vous les ferai parvenir.

Veuillez agréer, etc....

Ce nouveau Tarif avait été établi dans un projet dressé par une Commission officieuse composée des conseillers généraux membres de la commission d'assistance et des membres du bureau de la Fédération des syndicats médicaux du département. C'est ce projet même qui vient d'être adopté, *tel quel*, par le Conseil général dans sa dernière session.

Et maintenant que, grâce à la force du *groupement corporatif*, nous sommes arrivés à ce résultat, il faut que, dans chaque syndicat local, les confrères syndiqués se retournent vers ceux de leurs voisins qui restent encore confits dans un individualisme suranné, et ne se sont pas encore décidés à se faire inscrire dans leur syndicat. Il en reste un nombre qui, sans doute, s'amoindrit chaque jour et ne forme plus, dès maintenant, qu'une minorité infime ; l'exception qui justifie la règle... Mais, vraiment, devrait-il en rester *un seul*, alors que ces non-syndiqués, dédaigneux de tout geste de solidarité, avares de toute cotisation, n'en sauront pas moins, au moment d'envoyer leurs notes à la Préfecture, mettre à profit les avantages pécuniaires que leur a acquis l'union fédérative de leurs confrères groupés ?

Oseront-ils tenir longtemps encore le rôle, peu enviable, des frelons dans la ruche ?..

Dr Fernand Decourt.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

Blessés du travail

Conférence des maires de Seine-et-Oise (5 mai 1920)

Hospitalisation des blessés du travail.

M. le maire de Corbeil donne lecture de la délibération suivante prise par la Commission administrative de l'Hôpital-Hospice de Corbeil.

Vu la loi du 5 mars 1917 fixant à 5 fr. le prix de journée d'hospitalisation maximum, pour les blessés du travail,

Vu le renchérissement considérable de toutes les denrées et de tous les objets nécessaires dans un hôpital, notamment en ce qui concerne les services de chirurgie qui reçoivent les blessés du travail.

Considérant que l'hospitalisation des blessés du travail, telle qu'elle est régie actuellement, est préjudiciable pour le patrimoine des pauvres alors qu'elle est profitable aux chefs d'entreprise et tout particulièrement aux Compagnies d'assurances contre les accidents.

Qu'il est très économique pour ces dernières de profiter d'un forfait arbitraire, bien que légal, pour faire soigner à bon compte, à l'hôpital, des blessures dont le traitement coûterait plus cher

à domicile, surtout lorsqu'il s'agit de cas graves et dangereux, et par conséquent très onéreux,

Considérant que les Sociétés d'assurances contre les accidents ne sont que des entreprises financières, devant et entendant faire des bénéfices en s'interposant entre le chef d'entreprise, la victime du travail et des tiers, et que de ce fait la loi les a particulièrement avantagées au détriment des autres parties contractantes,

Considérant que les malades pauvres pour qui on a institué l'hôpital peuvent se trouver lésés du fait que le nombre de lits mis à leur disposition se trouve diminué et que le personnel hospitalier peut se trouver surchargé de besogne par suite de la nature des soins à donner aux blessés du travail.

Considérant que le prix de journée payé par les assurances pour soins donnés aux blessés du travail hospitalisés est nettement inférieur au prix de revient.

Qu'aux frais généraux d'entretien et de réparation des bâtiments ainsi qu'aux frais de séjour, s'ajoutent les charges et débours provenant des traitements chirurgicaux,

Qu'en conséquence les dons, dotations et subventions faites aux hôpitaux pour secourir les malheureux sont mises à contribution pour le seul profit des Sociétés financières dont l'unique but est de faire des bénéfices,

Que parfois aussi les blessés du travail ainsi soignés peuvent ne pas appartenir à la commune où est situé l'hôpital, imposant à cette commune des charges qu'elle ne devrait pas légalement supporter,

Que l'ensemble de ces conditions a une répercussion immédiate sur les finances communales appelées à combler les déficits à intervalles périodiques ou oblige les établissements hospitaliers à contracter des emprunts qui grèvent leurs budgets,

Considérant enfin que par suite de sa situation financière, l'Hôpital-Hospice de Corbeil ne peut assurer que les petites opérations urgentes, et que depuis plusieurs années il lui a été impossible de faire exécuter les gros travaux d'entretien absolument indispensables pour assurer la conservation des bâtiments.

S'appuyant sur la jurisprudence déjà établie Oyonnax (1907), Chateaurenault (1913), Châlonnes-sur-Loire (1912), Bernay (1913), Périgueux (1919).

Délibère :

A partir du jour de l'approbation de la présente délibération par M. le Préfet, les blesssés, victimes d'accidents du travail admis à l'Hôpital seront de plein droit responsables avec leurs patrons et les Compagnies d'assurances, s'il y a lieu, et tenus de payer à part tous les frais médicaux et pharmaceutiques, en sus de *leurs frais d'hospitalisation comptés au taux du tarif en vigueur au moment de leur entrée.*

La conférence des maires appuie cette délibération qui intéresse toutes les autres Commissions administratives du département.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations.

— Sous la conduite de M. le professeur Carnot, de M. le professeur agrégé Rathery et de M. le docteur Harvier, médecin des hôpitaux, un groupe d'étudiants de la Faculté de médecine de Paris a visité les 23 et 24 mai la Station thermale de Vichy.

Reçus par les représentants de la Compagnie fermière et de la Société des sciences médicales de Vichy, les visiteurs ont pu examiner en détail et apprécier la perfection des installations balnéaires de l'établissement thermal et des divers services annexes (mécanothérapie, électrothérapie et radiologie). Ils ont ensuite visité les sources universellement réputées : Grande-Grille, Chomel, Hôpital, Célestins.

Un banquet leur fut offert à l'Hôtel du Parc par la Compagnie fermière à l'issue duquel des paroles de bienvenue furent prononcées par les représentants de la compagnie et par M. le docteur Durand-Fardel, président de la Société des Sciences médicales, qui leur avait fait la veille une conférence des plus instructives sur les sources de Vichy et leurs indications thérapeutiques.

De leur côté, Monsieur le professeur Carnot et Monsieur le professeur agrégé Rathery remercièrent, dans des toasts très applaudis, les représentants de la Compagnie fermière et mirent en lumière l'importance croissante de l'enseignement de l'hydrologie, qui a reçu enfin, à la Faculté de médecine de Paris, grâce au concours du Dr Linossier, la place qui lui était due, ainsi que les ressources thérapeutiques précieuses des eaux minérales des Sources de l'Etat à Vichy qui, par leur variété et leur efficacité, constituent pour la France une ressource économique de la plus haute valeur.

— **Ecole française de stomatologie.** — L'Ecole française de stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

L'enseignement donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend :

1° La clinique générale des maladies de la bouche et des dents.

2° Des cours spéciaux sur les différentes branches de la stomatologie.

3° Des travaux pratiques de technique opératoire, de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements s'adresser au Dr Bozo, directeur de l'Ecole, 29 Passage Dauphine, Paris.

— Le Conseil d'administration du Syndicat des Médecins de la Seine a voté, à l'unanimité, l'ordre du jour suivant, dans sa séance du 11 mai 1920 :

« Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, constatant les grandes difficultés que les grèves des moyens de transport apportent à l'exercice de la médecine, en empêchant le médecin de se rendre rapidement à l'appel des malades et des blessés, signale aux pouvoirs publics et aux syndicats professionnels intéressés la nécessité qu'il y a, dans l'intérêt de la santé publique, d'assurer d'urgence et en toutes circonstances, le transport rapide et facile du médecin près de ses malades. »

— Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires, parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de *directeur au bureau municipal d'hygiène de Montauban* (Tarn-et-Garonne), est déclarée ouverte.

Le traitement alloué est fixé à 10,000 fr. par an

Les candidats ont un délai de vingt jours, expirant le 1er juillet 1920, pour adresser au ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, leurs demandes, accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leuurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

— Un concours sur titres pour l'emploi d'*inspecteur départemental des services d'hygiène de la Meuse* aura lieu à Paris.

Les candidats devront être Français, âgés de trente ans au moins, de cinquante-cinq au plus et pourvus du diplôme de docteur en médecine.

Les demandes tendant à prendre part à ce concours, établies sur papier timbré, devront être adressées au préfet de la Meuse et accompagnées :

1° De l'acte de naissance du candidat ;

2° D'un certificat médical d'aptitude physique ;

3° D'une copie certifiée conforme de son diplôme de docteur en médecine ;

4° D'un exposé des titres du candidat, comprenant ses états de services et le résumé de ses travaux ;

5° D'un exemplaire de chacune de ses principales publications ;

6° De l'engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à ses fonctions ; de ne prétendre, en conséquence, à aucune autre fonction ou mandat public.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 4 juillet 1920.

Le traitement annuel attaché à cette fonction est fixé à 20,000 fr.

Le programme du concours pourra être demandé à la préfecture de la Meuse (1re division).

— **Les cas.** — Une poignée de bons conseils dont tout médecin habile pourra faire son profit, nous en sommes persuadés :

La première chose à faire lorsqu'un médecin est appelé près d'un malade est, pour lui, de découvrir où le *cas niche*, puis de s'informer si c'est un *cas récent*, car il est désagréable de traiter un *cas tard*.

Le mal de tête est un *cas haut* ; celui des pieds est un *cas bas*.

S'il s'agit d'un noyé, c'est un *cas d'eau*. Pour un homme frappé d'un coup de soleil, c'est un *cas d'astre*. Pour une brûlure, c'est un *cas chaud*. Il faut, autant que possible, ne traiter que des *cas sûrs*.

C'est le seul moyen de guérir les *cas nets*, à moins de tuer son malade et de l'envoyer sous le marbre de la tombe, ce qui malheureusement n'est pas un *cas rare*.

Pour le cas où nos lecteurs ne trouveraient pas nos *cas fails* ainsi qu'ils devraient l'être, nous leur ferons remarquer que ce sont des *cas libres* et que, par conséquent, ils peuvent les considérer comme des *cas nuls*. — Oh ! oui, n'est-ce pas ?

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON,
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques

votre vue constructive du syndicalisme... Mais je me permets une critique sur les moyens que vous préconisez et je vais vous l'exprimer en toute franchise. Pourquoi nous associer entre intellectuels. C'est faire la même erreur, la même confusion de principe que la C.G.T. Il n'y a pas de classe, en économie les classes sont une création sociale (à barrières très lâches d'ailleurs). En économie il n'y a que des *producteurs ayant des fonctions différentes.*

Quel intérêt avons-nous à nous associer avec des peintres, des sculpteurs, des acteurs. En quoi sommes-nous liés à un prince des lettres ou de la scène qui gagne 100.000 fr. par an. Ce prince est autrement plus tributaire des machinistes et des décorateurs, par exemple, que de nous. Et nous-mêmes nous avons bien plus d'intérêt à nous réunir à certaines catégories de travailleurs qu'à des intellectuels Vouloir arriver et mener une action entre intellectuels nous amènera à un fiasco identique à celui de la C.G.T..

Ne vaut-il pas mieux nous réunir par professions, englobant avec nous les pharmaciens, infirmiers, sages-femmes, fabricants d'instruments de chirurgie, de produits chimiques, les éditeurs et auteurs de livres et revues scientifiques, etc. etc. Sans compter que nous pourrions nous rencontrer dans des unions locales, puis régionales, avec les délégués des autres professions pour organiser utilement la production d'une manière réaliste.

C'est le programme, mon cher confrère, de la confédération de l'intelligence et de la production : c'est lui qui nous permettra notre plein développement. Les cadres de la C.T.I. sont ou inutiles ou trop étroits. C'est à la C.I.P.F. que nous devons aller : nous y allons d'ailleurs assez vite.

Telles sont, mon cher confrère, les quelques réflexions que je vous soumets.

Dr Phélip, (de Lyon).

Réponse.

A première vue, vous avez parfaitement raison et moi-même réclame depuis longtemps que le syndicat ne soit pas considéré uniquement comme le défenseur des seuls intérêts corporatifs, mais comme le représentant technique des forces intellectuelles de chaque corporation. C'est cette thèse que j'ai défendue à la Faculté de Droit et que j'essaye d'inculquer patiemment et méthodiquement dans les milieux extramédicaux, qui nous ignorent complètement.

Réduits à nos propres forces, nous ne pouvons pas grand'chose, car il n'y a que 20.000 médecins en France et les confrères antisyndicalistes, ne sachant pas dégager l'intérêt supérieur et collectif de la corporation, n'hésitent pas à faire de la polémique, ou de l'individualisme outrancier, ce qui paralyse souvent nos efforts locaux.

Aussi devons-nous nous agréger à d'autres pro-

fessions intellectuelles, c'est-à-dire composées comme nous d'indépendants, d'individualistes, de frondeurs, qui ne veulent pas obéir au doigt et à l'œil, comme les ouvriers le font dans leurs syndicats. Nous, les intellectuels de toutes catégories, nous devrons nous aider mutuellement pour acquérir, chacun dans nos professions, l'esprit de discipline collective et syndicale. Puis, l'union faisant la force, nous nous aiderons les uns les autres pour démontrer, d'une part, au gouvernement, que ceux qui produisent avec les forces de leur cerveau constituent une puissance dans la nation et, d'autre part, nous ferons la preuve que, dans la production nationale, il n'y a pas que le capital, d'une part, et les bras des ouvriers. Nous aussi nous demanderons notre part dans le partage des bénéfices de l'industrie, lorsque ces bénéfices sont dus à notre science, de même que nous nous imposerons par nos avis et nos conseils, en attendant de prendre une part officielle dans la conduite de la chose publique.

Vous avez raison : nous devrions rester entre médecins. Mais notre isolement ne nous conduit pas à grand'chose. Au contraire, en fréquentant des hommes, dont les besoins sont les mêmes que les nôtres, en nous appuyant sur les ingénieurs, dont la lutte pour la vie ressemble à la nôtre, avec les gens de lettres, qui ont à lutter contre l'éditeur et le public, avec les artistes qui nous comprennent (car nous aussi, nous sommes des artistes, en exerçant l'art de guérir), nous disséminerons nos idées professionnelles, dans un milieu intellectuel pareil au nôtre et fait pour nous comprendre.

Nous aurons donc possibilité de diff user nos conceptions. Avec les enseignants, nous montrerons que notre enseignement médical est mal compris, comme le sont l'hygiène des écoles , les sports, etc. dans l'enseignement secondaire.

Dans la section «presse», nous pourrons faire une union entre notre presse professionnelle et la grande presse politique, pour conquérir peu à peu le droit à la tribune, dépassant nos cadres uniquement médicaux.

Dans la section « professions libérales », nous nous retrouverons avec les avocats, dont les intérêts sont bien proches des nôtres.

D'où la conclusion : ce n'est pas parce que la C.G.T. vient de subir un échec, dû à une crise de croissance ; ce n'est pas parce que les moyens de violence et d'agitation stérile ne réussissent jamais en France, qu'il faut croire que tout autre groupe est voué à un échec. Espérons en l'avenir.

Dr P. B.

Responsabilité d'un accident agricole, Certificats.

Une domestique de ferme, à la suite d'un effort qu'elle a fait pour charger sur son dos un sac de son, a été prise, il y a près de 3 mois, d'un torticolis spasmodique qui n'a cédé jusqu'ici à aucun traitement.

Dans quelle mesure le patron peut-il être rendu responsable d'une affection où, d'après l'avis de plusieurs confrères, qui ont examiné la malade, l'élément psychique joue vraisemblablement le plus grand rôle ?

Suis-je autorisé à révéler au patron ou à l'assurance ce que je pense exactement de la victime, car j'ai délivré un certificat constatant l'accident et il faut bien que le patron (ou l'assurance) sache à quoi s'en tenir ?

Dr B.

Réponse.

En principe, le patron ne doit rien, puisqu'il s'agit d'un accident agricole, non soumis à la loi du 9 avril 1898. A moins que le patron ait assuré ses ouvriers agricoles : dans ce cas, il n'est engagé que dans les limites de son assurance.

On vous demande un certificat : soyez prudent. Vous êtes le médecin de la victime, par suite lié à elle par le secret professionnel, et c'est à elle que vous devez donner toute pièce constatant son état.

Si le chef d'entreprise ou son assurance veut être renseigné sur la situation pathologique de la blessée, qu'il commette un autre médecin que vous, qui fera les constatations nécessaires, sans violer le secret professionnel qui vous fait taire. Médecin du patron et non de la victime, votre confrère sera le mandataire technique du chef d'entreprise et devra lui dire tout ce qu'il aura constaté.

Dr P. B.

Prescription des honoraires accidents.

Je désire savoir, s'il y a prescription, c'est-à-dire s'il n'est pas trop tard pour toucher actuellement des honoraires pour des accidents de travail survenus les uns en 1913, les autres en 1914.

J'ai envoyé toutes ces notes en janvier 1915, c'est-à-dire pendant la guerre, et depuis je n'ai rien reçu, bien qu'ayant réclamé verbalement mes honoraires à plusieurs reprises.

En résumé, veuillez me dire : 1° s'il y a prescription pour honoraires médicaux d'accidents survenus

en 1913 et en 1914, 2° puis-je attaquer les patrons de ces accidentés avec quelques chances de toucher mes honoraires ?

Réponse

1° Par arrêt du 4 février 1919 (*Concours médical* 1919, p. 361), la Chambre civile de la Cour de Cassation a décidé que la prescription en matière d'honoraires médicaux pour soins donnés à des blessés du travail était d'un an. Mais, comme les prescriptions en matière civile ont été suspendues pendant la durée des hostilités, il y a lieu de défalquer, pour le calcul de la prescription, la période de temps qui s'est écoulée entre le 2 août 1914, date de la mobilisation, et le 24 octobre 1919, date de la cessation des hostilités.

Il en résulte que, si les notes d'honoraires accidents de 1913 sont actuellement prescrites, il n'en est pas de même pour toutes celles de 1914, car il est possible que la période courue du point de départ de la prescription à la mobilisation ajoutée à celle courue de la fin des hostilités à ce jour ne donne pas encore une année entière. Mais il y a lieu certainement de se presser.

Le point de départ de la prescription en cette matière est, aux termes de l'article 18 de la loi de 1878 : le jour de l'accident, la clôture de l'enquête du juge de paix, ou la cessation du paiement de l'indemnité temporaire. Toutes ces dates, qui n'ont d'ailleurs aucune raison d'être en ce qui concerne les honoraires médicaux, et peuvent, surtout les deux dernières, être inconnues du médecin, sont généralement antérieures à la remise de la note d'honoraires.

2° Il est probable que, si vous demandez le paiement de notes périmées aux termes de la loi, interprétée par la jurisprudence que nous venons de vous citer, la Cie d'assurances, plaidant au nom du patron, ne manquera pas de le relever. Or, vu sa nature spéciale, la prescription d'un an ne peut être interrompue que par une citation en justice ou par une reconnaissance de la dette de la part du patron ou de l'assureur. La preuve du non paiement des honoraires, soit par serment, soit par tout autre moyen, n'est pas admise.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

L'exercice de la médecine.

3389. — M. Gaudin de Villaine, sénateur, demande à M. le Ministre de l'hygiène, de

L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES quelles sont les conditions requises pour qu'un médecin étranger puisse exercer sa profession en France. (*Question du* 20 *mai* 1920.)

Réponse. — L'exercice de la médecine en France est subordonné à la possession d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le Gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat (loi du 30 novembre 1892).

— Cette réponse est incomplète et insuffisante : Le Gouvernement français délivre deux diplômes de Doctorat en médecine, l'un dit *diplôme d'Etat, qui confère seul le droit d'exercer la médecine en France* ; l'autre, dit *diplôme d'Université,* purement honorifique et qui ne permet pas d'exercer.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Tercets.

Dans un jardin...

Sur une rose, condensée
En une goutte de rosée,
Un peu d'eau du ciel s'est posée...

Larme étincelante, cristal
Que le soleil matutinal
Fait briller comme un pur métal...

Ce soir la fleur sera fanée,
La gouttelette évaporée
Sur la corolle desséchée...

Mais, dans le grand jardin qui dort,
Très doux, le parfum flotte encor
De la fleur que faucha la mort !...

Docteur JEAN MONTPLAISIR.

1

Soirée d'avril.

Par delà les monts bleus auréolés de sang
Le soleil s'est couché dans une apothéose
De mauve, d'orangé, de lilas et de rose,
Féérique décor pour le jour finissant !

L'ombre auguste s'épand sur le flot qui murmure
D'un rythme languissant ;
Un silence apaisé sur toute la nature,
Du haut des cieux descend...

Le lourd parfum des fleurs m'enveloppe et m'enivre.
Une torpeur me gagne... au rêve je me livre...
Tout s'est tu... Mais voici, dans ce recueillement,
Mon âme, telle un luth, qui vibre éperdument...

II

En pays gris et morne.

(*Évocation d'une récente matinée à Cannes*).

Sous ce ciel embrumé, lourd d'une âpre tristesse,
Je rêve de la mer, du soleil, du ciel bleu,
Des fleurs et des parfums. J'en savourais l'ivresse
A longs traits hier encor ; leur absence m'oppresse
Et met mon front en feu.

Logis au nom charmeur qui tintes en caresse,
Frais, doux et gracieux comme un premier aveu,
A ton seul énoncé, j'éprouve une allégresse
Qui, déjà, me ranime un peu.
Yeux clos, j'évoque un home hospitalier
Enguirlandé de fleurs, riant, ensoleillé,
Gai nid d'amour ou d'amitié !
Et là, chaque matin, quel tableau grandiose
A mon réveil l'Orient étalait :
Tout le ciel flamboyait d'aurore aux doigts de rose,
De mille feux la mer étincelait.
Les pins géants balançaient, tache sombre,
Leurs fronts touffus au dessin tourmenté,
Projetant seuls, sur ce fond de clarté
Eblouissante,
Une piquante
Note d'ombre.
Tandis qu'à mes côtés, et combien moins hautain
Que le ciel, le soleil, la mer ou la forêt,
Un chœur d'oiseaux mêlait un chant d'amour discret
Aux fleurs, aux fruits dorés, aux senteurs du matin,
Parure aimable du jardin.
Oh ! Fixer à jamais dans mes yeux et mon âme
Le charme infini du moment
Et ce décor d'Eden où tout mon cœur se pâme
D'extatique ravissement !..

Dr PLANTIER (d'Annonay)

Le VIN GIRARD



IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD**, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

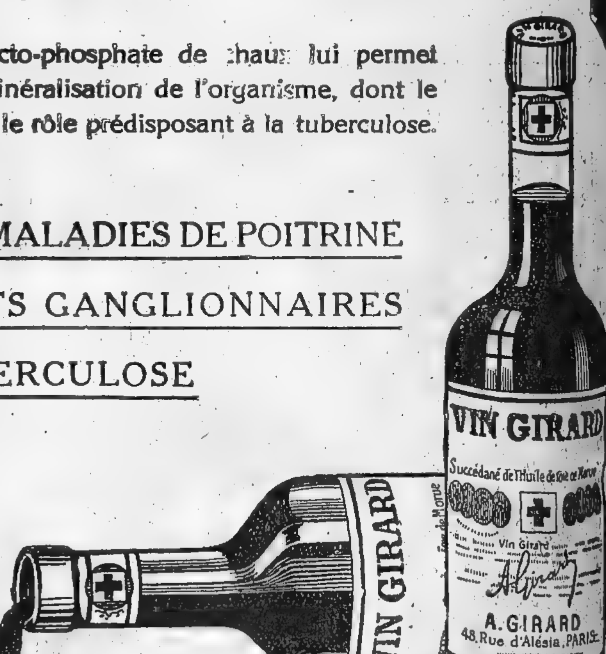
Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE

UN VERRE A MADÈRE
AVANT LE REPAS



VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia PARIS

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE N° 26 DIMANCHE 27 JUIN 1920

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1917)

CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR,
RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. N° 26 27 Juin 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur Ricateau, de Crest (Drôme), la somme de onze francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du **Concours Médical** *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 298. — Docteur en médecine, faculté de Paris, chef de clinique stomatologique officielle, serait reconnaissant à confrère qui lui indiquerait situation à créer ou à reprendre dans grande ville.

N° 299. — Pour raison de santé, à céder pour 2.500 fr., clientèle à Paris. S'adresser Dr, 41, rue Bagnolet, Paris, 20e. Très pressé.

N° 300. — Le Dr Blanc, à Pézenas (Hérault), demande à acheter le Dictionnaire de l'Ameublement et de la Décoration par Henry Havard, ou un ouvrage analogue.

N° 301. — A vendre, par suite décès, dans chef-lieu de canton du Sud-Ouest, pharmacie ancienne et bien achalandée. Facilités de paiement. S'adresser : Dr Vidal, Mas-d'Azil (Ariège).

N° 302. — A vendre fauteuil dentaire de Ash. à pompe, réversible, parfait état, avec tablette et crachoir : 1800 fr. S'adresser Dr Cluzan, à Poudaurat, Gironde.

N° 303. — A vendre aéro-thermo Rupalley, état neuf, 100 francs. S'ad. Dr Baudrand, Montceau-les-Mines (Saône-et-Loire).

N° 304. — Docteur en médecine, pharmacien de 1re classe, 40 ans, références très sérieuses, sans situation suite guerre, utiliserait diplômes place stable.

N° 305. — Docteur en médecine, longue expérience professionnelle, cherche occupation auprès confrère spécialiste (yeux, nez, gorge, oreilles, stomatologie, urologie), avec perspective de succession prochaine.

N° 306. — A céder clientèle de demi-repos dans pays agréable, à 50 minutes de Paris. Faible indemnité.

N° 307. — A céder : 1° bonnes conditions deux installations de radiographie et radioscopie complètes, pour ampoule Coolidge à radiateur ; 2° table d'opération articulée en tous sens par 2 crémaillères, état de neuf ; 3° trousse complète d'oto-rhino-laryngologie neuve et stérilisateur électrique marchant sur continu.

N° 308. — A céder clientèle de demi-repos dans pays agréable, à 50 minutes de Paris. Faible indemnité. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 309. — Beau château à vendre à 17 minutes de Paris. Grand parc, disposition permettant l'installation de maison de santé, de repos ou de régime. 25 chambres. Prix, 200.000 frs. Facilités de paiement. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 310. — Seul médecin pro-pharmacien, commune 5.000 habitants, céderait poste si indemnité suffisante. Dr Thomas, Plumélian, Morhiban.

N° 311. — Le Dr Martinaud, médecin consultant, à Evian, informe ses confrères du *Concours* et ses correspondants qu'il vient de rouvrir à la « Villa des Alpes », son cabinet fermé depuis 1914 pour cause de mobilisation d'abord, et de maladie contractée aux armées ensuite.

CORRESPONDANCE

M. Lebureau dans la lutte antituberculeuse.

I

Une circulaire préfectorale du 4 décembre 1919 adressée aux médecins des dispensaires antituberculeux disait :

« M. le Ministre de l'Intérieur signale qu'une récente statistique montre que le nombre de lits vacants dans les stations sanitaires atteint un chiffre relativement important.

« ..... Rechercher les militaires réformés pour tuberculose et provoquer leur hospitalisation dans ces établissements spéciaux qui leur sont réservés. »

Ainsi fut fait par le dispensaire pour un tuberculeux de la guerre, à la date du 7 mai 1920.

De la Préfecture, la demande fut transmise au Ministre le 8 mai. Un mois après, le médecin proteste auprès de la Préfecture, et la Préfecture répond : « Aucune réponse n'est encore parvenue à ce jour, 8 juin ».

Dr J. A.

II

Je vous transmets l'épilogue de ma dernière lettre sur M. Lebureau :

Le tuberculeux qui attendait une réponse du *Ministre depuis plus d'un mois l'a enfin reçue.*

Lettre du Ministre au Préfet, 6 juin.

Lettre du Préfet au Sous-Préfet, 10 juin.

Lettre du Sous-Préfet au Maire de la commune, 14 juin.

Lettre du Maire au tuberculeux arrivée...... le 16 juin.

En somme, la lettre partie de Paris le 6 juin, un mois après la demande, a mis 10 jours pour arriver à destination. *Envoyée directement* — sans passer par le Sous-Préfet et le Maire que cela ne regarde en rien, — *elle aurait mis 24 heures.*

Dr J. A.

Accident agricole par moteur inanimé.

Je désirerais savoir quelle conduite je dois tenir pour le fait suivant :

Le 14 août 1919, je suis appelé à 7 kilomètres de chez moi pour un blessé qui venait de se faire couper l'index et le majeur droit à une machine à battre les grains. J'ai fait le nécessaire, ablation d'esquilles, régularisation, etc., et, le 18 octobre, je remettais à mon client un certificat descriptif final et mes notes d'honoraires sur imprimés du *Concours Médical*, s'élevant à 182 fr. 40 plus 28 fr. 70 de fournitures pharmaceutiques (Majoration de 100 % comprise).

Mon blessé, après arrangement, a obtenu une *somme fixe qui fut versée, je crois, par la Cie qui as-*

serait le propriétaire de la machine à battre. A la suite de cet arrangement, il m'a remis le nom d'un agent d'assurances en me priant de m'adresser à lui pour faire régler mes notes.

Le certificat initial portait par erreur le nom de D., quand le nom du blessé est H., et l'agent d'assurance indiqué plus haut prétend par suite de cette erreur (qui fut rectifiée sur les certificats suivants) ne pas connaître de cet accident (Lettre du 1er avril).

Je lui adressai alors une deuxième lettre lui disant que sa Cie connaissait bien de l'accident puisqu'elle venait de verser une somme fixe à mon client. Ignorant si mes notes avaient bien été remises par l'avocat de mon client à la Cie, j'envoyais à cet agent un duplicata.

Depuis, aucun signe de vie.

Dois-je m'adresser directement à mon blessé et l'assigner seul si c'est nécessaire, ignorant patron et Compagnie ? Dr P.

Réponse

Puisque la Compagnie d'assurances ne vous donne pas signe de vie, vous n'avez qu'à citer devant le juge de paix du lieu de l'accident l'exploitant du moteur, car il est responsable aux termes de la loi du 30 juin 1899, s'il s'agit d'une machine mue par un moteur inanimé. Par exploitant, il faut comprendre, d'après la loi, l'individu ou la collectivité qui dirige le moteur ou le fait diriger par ses préposés.

Pour plus de sûreté, puisque vous connaissez le blessé, et si celui-ci est solvable, vous pourrez le citer solidairement avec l'exploitant. Mais vous n'avez pas à vous inquiéter de la Compagnie d'assurances, avec laquelle vous n'avez pas de lien de droit.

Remise de contributions.

Je serais heureux d'avoir l'avis du *Concours* pour savoir quelle conduite je dois tenir vis-à-vis du percepteur qui m'adresse aujourd'hui une sommation sans frais pour mes impositions de 1915, 1916, 1917, 1918. Je n'ai évidemment pas payé d'impositions après 1914. J'ai été mobilisé depuis le 2 août 1914, jusqu'au 11 février 1919. Les impositions qu'on me demande aujourd'hui sont la cote personnelle et la cote mobilière. Dr X.

Réponse

Aux termes de l'article 15 de la loi du 31 mars 1919, remise intégrale et d'office de leur contribution personnelle-mobilière due pour les années 1914 à 1919 inclus est accordée, si leur revenu net total annuel, déduction faite pour situation et charges de famille, au titre de l'impôt général sur le revenu, ne dépasse pas 5.000 francs, aux mobilisés, pour chaque

année au cours de laquelle ils auront été présents sous les drapeaux.

Le droit à remise est réglé, pour les années 1914 et 1915, d'après le revenu de l'année 1915 ; pour chacune des années 1916 à 1919, d'après le revenu de l'année précédente.

Si vous vous trouvez dans ces conditions, vous pouvez demander la remise des impôts qui vous sont réclamés, sans doute par erreur.

Prorogation de bail.

J'ai un bail (3-6-9) expirant au 31 décembre 1920. J'ai averti par voie extra-judiciaire de ministère d'huissier, fin janvier 1920, mon propriétaire de mon intention de profiter de la loi de prorogation des loyers. Il excipe, sur le conseil de son avocat, pour s'opposer à ma prétention, de ce que le bail a été renouvelé, comme dix fois depuis 30 ans, en 1917 et par voie de tacite reconduction. Doit-on considérer le renouvellement comme un contrat ordinaire et fait pour la 1re fois, m'enlevant en effet le droit à la prorogation, et n'y a-t-il pas en outre une disposition spéciale de la loi en faveur des loyers d'immeubles médicaux ?

Je vous serais bien obligé, mon cher Confrère, de vouloir bien me préciser ce point spécial, si intéressant pour plusieurs d'entre nous, et que je n'ai vu jusqu'ici traité dans aucun des articles de votre intéressant journal.

Dr T.

Réponse

La prétention de votre propriétaire est insoutenable en présence de la loi du 23 octobre 1919, qui a ajouté à l'article 56 de celle du 9 mars 1918 une disposition aux termes de laquelle « sont assimilés aux baux et locations verbales en cours au 1er août 1914, les baux et locations verbales renouvelés entre les mêmes parties contractantes ou leurs ayants droit et pour les mêmes locaux, à la condition que le prix du nouveau bail ne soit pas inférieur à celui du bail primitif. »

Votre bail, renouvelé par tacite reconduction, expirant le 31 décembre 1920, vous avez droit, comme exerçant dans les lieux loués votre profession de médecin, à la prorogation de la durée des hostilités, et ce à compter de ladite date du 31 décembre 1920. Ayant fait la notification légale par ministère d'huissier en temps utile, vous ne courez donc aucun risque d'être expulsé le 31 décembre prochain.

Nous avons analysé en son temps la loi du 23 octobre 1919 dans le *Concours médical* du 16 novembre 1919, page 1921.

La confection des listes de l'A. M. G.

Dernièrement, s'est tenue dans ma localité une séance de la Commission de l'A. M. G., à laquelle

je n'ai pas été convoqué, ainsi que mon confrère. J'ai envoyé une lettre au maire, lui en demandant la raison ; il m'a répondu qu'il s'était conformé au texte de la loi qui dit : « le médecin de l'assistance ou un délégué des médecins *peut* assister à la réunion avec voix consultative. » Je désirerais savoir si ce texte est exact, et si ce n'est pas une obligation de convoquer *les* médecins et non *un*, à cette réunion de commission ; je vivais avec la croyance que les médecins de l'assistance étaient obligatoirement convoqués chaque fois que la commission se réunissait.

Dr D.

Réponse

Il est bien exact que l'article 12 *in fine* de la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite contient la disposition suivante : « Le médecin de l'assistance ou un délégué des médecins de l'assistance..... peuvent assister à la séance avec voix consultative. »

Si donc vous êtes plusieurs médecins de l'assistance dans la commune et n'en êtes pas le délégué, vous ne pouvez vous plaindre de n'avoir pas été convoqué.

La loi est muette sur le mode de désignation des délégués des médecins de l'assistance. Il leur appartient de désigner leur délégué comme bon leur semble. Mais, pour que celui-ci doive être convoqué à la séance par le maire, il semble nécessaire qu'ils fassent connaître à ce dernier le résultat de leur choix.

Extraction de corps étranger de la cornée.

Membre du « Sou Médical » et abonné au *Concours*, je viens vous prier de bien vouloir me donner le renseignement suivant :

Il m'arrive très fréquemment d'avoir la visite d'ouvriers d'usine envoyés par leur patron atteints d'un grain d'émeri ou d'un petit éclat de fer dans l'œil ; naturellement, le blessé a toujours été tripoté par un camarade expert en l'art d'enlever « les pailles », ou par le pharmacien ; c'est en dernier lieu qu'on vient trouver le médecin. Après quelques gouttes de cocaïne, j'enlève le corps étranger et je renvoie le blessé avec un certificat constatant la blessure, mais ne donnant pas l'incapacité.

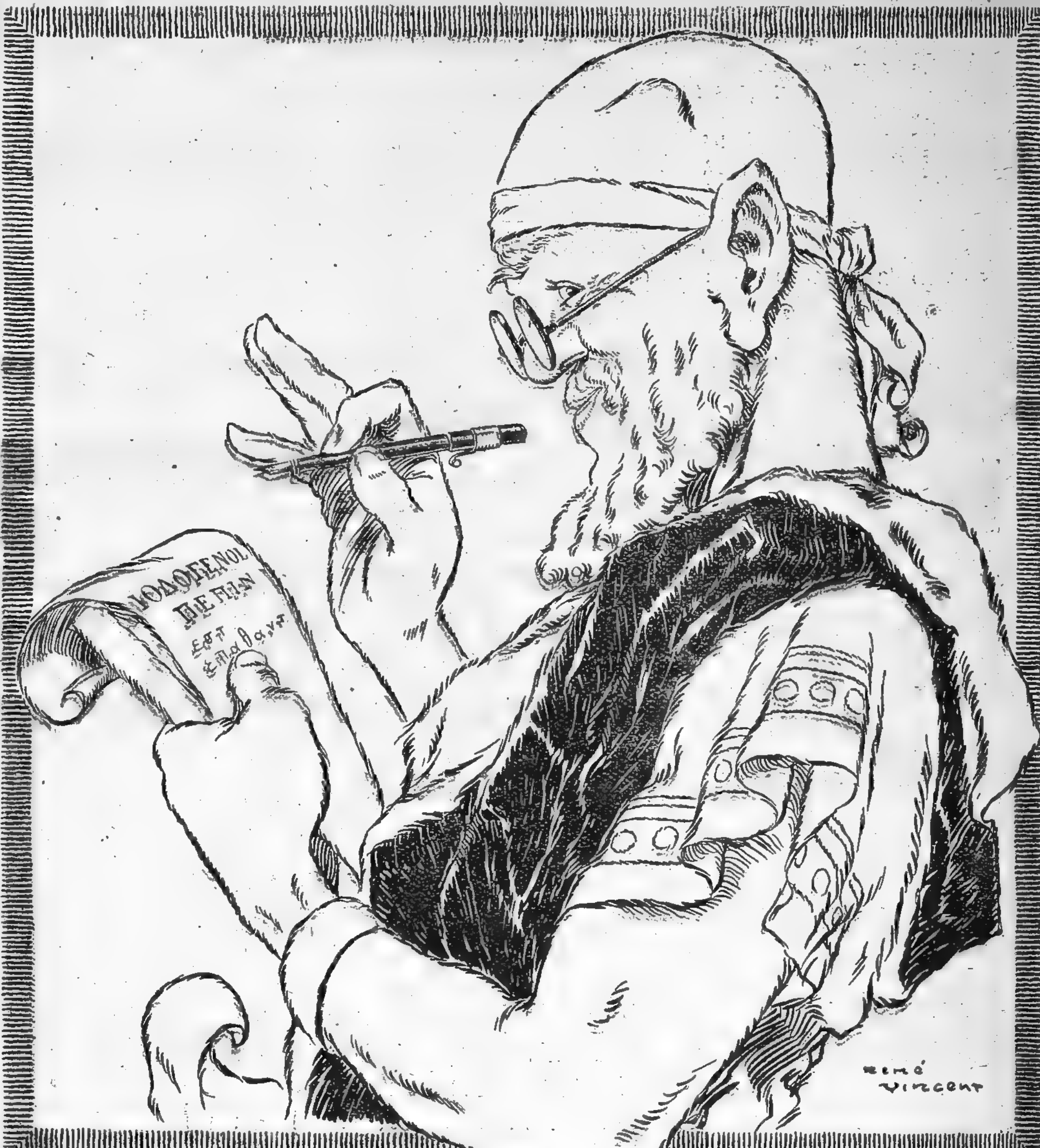
Que faut-il compter pour un accident de ce genre, certificat compris ?

Dr P.

Réponse.

L'extraction de corps étranger de la cornée est prévue au tarif Dubief dans son article 14, qui s'applique aux spécialistes.

(*Voir la suite page XXXI-1665*)



PROPOS DU JOUR

La « crise » du syndicalisme médical

Dans un discours qui a produit une grande impression sur la Chambre tout entière, M. Paul-Boncour, député socialiste, mais aussi ancien ministre et ancien collaborateur de Waldeck-Rousseau, s'élevant au-dessus des passions politiques, a parlé avec amertume de « ce rythme tragique qui fait que si souvent dans l'histoire, à l'heure même où les institutions ouvrières ont pris leur développement, l'extrémisme est venu tout compromettre, comme un germe de dissolution et de mort, et précipiter la réaction ».

On ne saurait plus exactement apprécier les évènements récents. La tentative de grève générale, provoquée par des extrémistes d'origine suspecte ou inconscients, menaçant la vie de la nation et sa reconstitution économique, a déterminé dans l'opinion un tel mouvement de défense qu'il en est résulté une crise du syndicalisme. Ce qui est curieux, c'est que, par plus d'un signe, nous voyons cette crise se répercuter jusque dans le syndicalisme médical.

Il est dans nos syndicats, et même à la tête de certains de nos syndicats, des antisyndicalistes qui s'ignorent ; ils bornent si singulièrement leur horizon qu'en les suivant l'on ne voit pas bien dans quel but les médecins se syndiquent, si tout leur idéal consiste à faire servir le syndicat à la défense de quelques mesquins avantages individuels, souvent en contradiction avec l'intérêt collectif de la profession. Ces pseudo-syndicalistes, influencés par le mouvement fatal de réaction antisyndicaliste déclanché par la crainte des conséquences de la néfaste grève générale, ont, pour la première fois sans doute, réfléchi à la doctrine du syndicalisme médical ; ils l'avaient jusqu'ici approuvée sans la connaître. Ils s'aperçoivent avec horreur qu'une doctrine syndicaliste, qu'elle soit ouvrière, patronale, ou médicale doit, pour être syndicaliste, reposer sur les mêmes principes qui sont un peu les antipodes des principes bureaucratiques que nous subissons.

Il ne nous semble donc pas inutile de mettre aujourd'hui les points sur les i ; car, si le syndicalisme ouvrier, mené par de mauvais bergers, a fait, en mai 1920, fausse route, cela ne veut nullement dire que le syndicalisme est mort et qu'il n'arrivera pas, un peu plus tôt ou un peu plus tard, à faire triompher sa conception d'une organisation nouvelle de la société, conception mieux adaptée à la vie économique actuelle. Cette dernière ne diffère-t-elle pas autant des conditions d'existence d'il y a un siècle, que celles-ci ne différaient de l'état social du monde antique où les castes hermétiquement fermées, agrémentées de l'esclavage, maintenaient un régime constant d'oppression ?

Un humoriste avait défini le tsarisme russe : une monarchie absolue, tempérée par l'assassinat. Nous pourrions définir notre régime actuel : une bureaucratie absolue, tempérée par l'ingérence illégale des parlementaires dans l'exécutif. Les administrations immuables sont toutes puissantes en pratique. Les ministres ont une durée éphémère, les bureaux ont une pérennité inébranlable et ils détiennent le pouvoir absolu. De temps à autre, des abus, des excès de pouvoir se produisent dont sont victimes les citoyens. Neuf fois sur dix, ces derniers les subissent sans révolte, ou, s'ils se révoltent, se trouvent réduits, du fait des difficultés amoncelées des procédures, à l'impuissance d'obtenir justice. Mais il arrive une fois par hasard qu'un parlementaire intervient ; il interpelle et ramène de ce fait le pouvoir bureaucratique à la raison. Ce système, conservateur par excellence, a pu pendant longtemps rendre des services au pays. Il a fait que la France, depuis plus d'un siècle, a pu changer maintes fois de régime, s'offrir quelques révolutions, donner au monde l'impression d'une politique en constante effervescence, quand, en réalité, pendant cette longue période elle n'a modifié en rien ses institutions fondamentales. Mais, si la bureaucratie, tempérée par l'ingérence parlementaire dans les faits et gestes des administrations, a suffi jusqu'alors au bonheur de notre pays, il commence à ne plus en être de même. Le progrès industriel et économique a modifié à un tel point les conditions d'existence que l'individu ne se sent plus en sécurité s'il reste isolé. La liberté individuelle est un vain mot, si, respectée en principe, elle est, du fait du milieu où nous nous trouvons, dans l'impossibilité d'assurer l'existence de chacun.

Prenons le médecin comme exemple. Pendant tout le XIXe siècle, lui comme tous les gens exerçant des professions libérales, se montrait avant tout jaloux de sa liberté. Il paraissait l'avoir conquise et il s'endormait dans une douce quiétude, quand l'évolution économique s'effectua petit à petit. La grande industrie, la mutualité, l'organisation de l'assistance publique, les exigences de l'hygiène sociale, vinrent tour à tour dresser des puissances collectives en face de l'individualisme médical. Le praticien, qui avait coutume de traiter sur le pied d'égalité avec ses clients isolés, se trouva dans l'impossibilité de tenir tête à des collectivités que le nombre rendait très fortes. Il devait donc : ou s'insurger contre elles et succomber ; ou les subir et s'asservir ; ou s'organiser pour la lutte et se syndiquer. Il s'est décidé à prendre ce dernier parti qui, en somme, était le seul raisonnable pour un homme intelligent, capable de réfléchir et de juger.

Les syndicats médicaux se créèrent et s'organisèrent peu à peu.

D'abord, peu nombreux et trop faibles, ils ne purent parler bien haut ; ils firent de la diplomatie et cherchèrent à plaider le mieux possible leur cause. Ils durent adopter l'action indirecte, s'adresser aux chefs des Mutualités, aux directeurs des Administrations publiques et privées et ils n'obtinrent pas grand'chose ; car ceux auxquels ils s'adressaient, pour se faire rendre justice, se trouvaient juges et parties.

Ils se retournèrent alors vers les ministres et vers le Parlement. Ils trouvèrent là des appuis et quelques lois et règlements reconnurent et consacrèrent certains de leurs principes, le libre choix du médecin par le malade par exemple.

Mais, maintes fois, en appliquant cette méthode indirecte, les Syndicats médicaux s'aperçurent qu'elle était précaire et inconstante. Plus d'une fois ceux qui les défendirent, avec le plus complet désintéressement et le plus parfait dévouement d'ailleurs, leur laissèrent entrevoir que tant au Gouvernement qu'au Parlement, ils n'étaient pas les mandataires des médecins et que si le hasard voulait qu'il y eût un jour conflit entre leurs électeurs et le corps médical, ce dernier, eût-il cent fois raison, devait être impitoyablement sacrifié.

Ce fut alors que les Syndicats médicaux (ou plutôt les quelques syndicalistes qui s'efforcent de coordonner l'action du syndicalisme médical) comprirent que tout en continuant d'user de l'action indirecte qui peut à l'occasion donner un résultat isolé, il fallait songer à organiser l'action directe et dresser comme une puissance le syndicalisme médical en face de l'autorité trop irréductible des bureaucraties publiques et privées.

A cela se résume au fond toute la doctrine syndicaliste.

Un jour viendra, et sans doute plus prochainement qu'on se le figure, où tous les gens de bonne volonté et de bonne foi (ils sont de beaucoup le plus grand nombre) se rendront compte qu'il est dangereux et onéreux de vivre en continuel conflit. Ils s'apercevront, s'ils ne s'en sont pas déjà aperçus, que le système bureaucratique actuel, tracassier, malfaisant, parasitaire et impuissant, a fait son temps. Ouvriers, patrons, agriculteurs, paysans, techniciens, intellectuels, se réuniront pour s'entendre au lieu de chercher mutuellement à s'opprimer.

Ils donneront au syndicalisme la part légitime qui doit lui revenir dans l'Etat, aux dépens de la buraucratie qui, réduite au minimum, sera ramenée au rôle de servante de la Nation.

Ce sera là la vraie, la saine, la bonne Révolution, qui mettra chacun à sa place et ne sacrifiera personne. L'harmonie (autant qu'elle est possible dans des institutions humaines) triomphera par le syndicalisme.

Mais tout ceci n'arrivera pas sans lutte ni sans à-coup.

Les médecins ne sont pas numériquement assez forts pour compter dans le conflit, s'ils ne sont étroitement unis. C'est pour cela que nous leur répétons sans cesse : « Syndiquez-vous. Organisez le mieux possible vos syndicats. Sans négliger vos intérêts immédiats, songez à ce qui peut advenir demain. Réfléchissez à la nécessité d'une doctrine syndicaliste qui, comme le fil d'Ariane, doit vous guider dans le labyrinthe des conflts sociaux où vous êtes actuellement engagés et où l'on vous engagera de plus en plus, que vous le vouliez ou non ».

Pour tous les médecins praticiens qui sont capables de réfléchir, qui ont le souci de l'avenir, qui ne bornent pas leur ambition à vivre au jour le jour, il ne doit pas y avoir de crise du syndicalisme médical.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Toulouse : M. J. P. TOURNEUX, Chirurgien des hôpitaux.

Les complications irritatives et mécaniques des kystes de l'ovaire.

Profitant du récent séjour dans notre service d'une malade entrée à l'hôpital pour un kyste de l'ovaire, kyste présentant des phénomènes de torsion au niveau de son pédicule, je vous ai montré en quoi consistaient ces lésions et quels étaient les symptômes qu'elles déterminaient.

Mais cette complication, qui frappe si souvent le kyste ovarique, n'est pas la seule que l'on puisse observer ; il y en a bien d'autres, que vous avez dû certainement noter au cours de vos études, et dont nous avons eu récemment dans nos salles quelques exemples des plus démonstratifs.

Ces complications, relativement fréquentes, sont nombreuses, et tiennent à de multiples causes : il est d'abord bien évident que, par suite de la présence dans l'abdomen d'une tumeur kystique, le péritoine ne tardera pas à réagir contre ce véritable corps étranger, ce qui nous donnera différentes variétés de *complications irritatives*. En second lieu, la tumeur ovarique, par sa situation même, ou par les troubles de compression qu'elle détermine, nous fournira toute une série de *complications mécaniques*. Ce kyste peut en outre s'infecter, ses parois peuvent présenter différents phénomènes de dégénérescence : ce seront les *complications infectieuses et dégénératives* ; il pourra encore causer au niveau de certains organes, comme le cœur et le rein, de véritables *complications toxiques*, et enfin, dans certains cas, son évolution normale sera modifiée, soit du fait d'un état physiologique, je veux parler de la grossesse, soit du fait d'un état pathologique déjà existant.

Vous voyez combien sont nombreuses et variées les complications que peut présenter un kyste de l'ovaire au cours de son évolution ; je veux aujourd'hui passer en revue avec vous les deux premiers groupes de ces complications, renvoyant à un autre jour l'étude des accidents d'évolution ainsi que celle des lésions infectieuses, néoplasiques et toxiques.

Messieurs, l'irritation péritonéale que je viens de vous signaler se manifeste de deux façons différentes : soit par la production d'*ascite*, soit par la formation d'*adhérences*.

Les *adhérences* sont relativement fréquentes, et vous les rencontrerez dans 30 à 40 pour cent des cas ; assurément, vous les noterez rarement dans les kystes ovariques jeunes, qui n'évoluent encore que depuis peu de temps ; c'est surtout dans les vieux kystes qu'on les observe, et c'est ce qui nous explique bien que les adhérences constituent une complication que l'on rencontre beaucoup moins souvent aujourd'hui, depuis que les malades se font opérer de bonne heure et n'attendent plus des années avant d'avoir recours au chirurgien.

La formation de ces adhérences, souvent très complexes, et qui peuvent être pariétales, épiploïques, intestinales, utérines ou vésicales, provient de l'irritation de l'endothélium péritonéal. Le frottement permanent entraîne de la desquamation cellulaire entre les deux surfaces en contact, et il en résulte la production de tractus conjonctifs, lâches au début, mais plus tard bien organisés, ce qui peut, dans certains cas, compliquer singulièrement l'extirpation du kyste. Et à ce sujet, il est à noter que certains phénomènes particuliers tendent à favoriser la production de ces adhérences : ce sont des traumatismes abdominaux ; ce sont également les ponctions évacuatrices, bannies de notre thérapeutique moderne, mais dont on usait largement autrefois, et qui, par la petite solution de continuité et par l'inflammation subaiguë qu'elles entraînaient, déterminaient la formation d'adhérences entre le kyste et les viscères abdominaux.

Le diagnostic de cette complication est en général assez facile à poser, et avant d'intervenir, nous sommes à même de pouvoir affirmer l'existence d'adhérences, par suite de différents symptômes qu'aura présentés notre malade : ce sont des poussées abdominales douloureuses, des douleurs spontanées et provoquées par les mouvements et les pressions que l'on effectue au niveau de la tumeur, ce sont enfin des phénomènes gastriques et intestinaux qui ne font que traduire les connexions intimes qui existent entre le kyste et les organes qui l'environnent.

L'*ascite* constitue la deuxième complication irritative et se rencontre presqu'aussi souvent que les adhérences. Elle se voit surtout dans certains cas, dans les vieux kystes, dans les kystes atteints de dégénérescence néoplasique, ou encore dans certaines variétés particulières des kystes de l'ovaire, je veux parler des kystes racémeux et des kystes végétants. Cette ascite est plus ou moins abondante, plus ou moins importante : dans quelques cas, il ne s'agit que

d'un épanchement très discret, tout à fait impossible à diagnostiquer cliniquement, mais dans d'autres, il est beaucoup plus considérable, arrive à distendre tout l'abdomen et peut même parfois masquer complètement la lésion causale. Il ne s'agit pas là de liquide traduisant un trouble circulatoire, mais bien d'un liquide réactionnel, extrêmement toxique comme l'ont montré de nombreuses expériences, liquide ne faisant que traduire l'irritabilité péritonéale.

A côté de ce premier groupe de complications, se place un second groupe comprenant tous les accidents mécaniques entraînés par la présence d'une tumeur kystique intra-abdominale, et ces accidents peuvent se produire soit au niveau du kyste lui-même, il s'agit alors de *torsion du pédicule* ou de *rupture du kyste*, soit au niveau des organes voisins, et ce sont des *phénomènes de compression*.

Je ne reviendrai pas sur ce que je vous ai dit il y a quelques jours sur la torsion pédiculaire, complication assez importante et assez intéressante pour mériter à elle seule une leçon : je vous en ai assez parlé ; je vous ai décrit tout au long les accidents qu'elle entraîne ; aussi, je passe, pour en arriver tout de suite à la rupture du kyste.

Il s'agit là d'un phénomène relativement rare, et dont la cause peut être soit spontanée, soit traumatique. On observe cette rupture à la suite d'un traumatisme externe assez intense, choc ou chute, d'un effort brusque et violent ; elle survient parfois après une violence moins considérable, après une ponction par exemple, une exploration chirurgicale un peu brutale, une toilette préopératoire où le ventre a été trop fortement brossé, ou même au cours de l'anesthésie, par contracture des membres abdominaux. Mais il est bien évident que, dans ces derniers cas, la paroi kystique ne devait pas présenter sa résistance normale, qu'elle devait au contraire présenter une certaine friabilité comme on le voit dans les cas de ruptures spontanées, où ce sont des altérations de la paroi, dégénérescences néoplasiques ou nécroses, causées par la torsion du pédicule, qui entraînent la déchirure. Dans un certain nombre d'autres cas, c'est l'augmentation brusque de la tension du liquide intra-kystique qui a pu être incriminée.

Cette rupture se rencontre un peu plus fréquemment dans les kystes dermoïdes que dans les kystes mucoïdes ; elle peut être intra ou extra péritonéale.

Si le kyste s'est ouvert dans la cavité péritonéale, vous pouvez déjà vous rendre compte que les suites seront éminemment variables, car elles sont sous la dépendance du liquide épanché.

Le contenu est-il *septique et purulent* ? Vous aurez d'emblée une péritonite généralisée avec tous ses symptômes classiques, que vous connaissez bien et sur lesquels je ne crois pas devoir insister aujourd'hui.

Le contenu est-il *fluide* ? Votre malade présentera alors des douleurs extrêmement vives, s'accompagnant d'étourdissements, de défaillances et de tendances syncopales. Mais, tous ces divers phénomènes ne tarderont pas à se dissiper, car il s'agit dans ce cas d'un liquide non toxique, qui sera très bien toléré par le péritoine, liquide qui se résorbera et sera éliminé par le rein. Contrairement à l'opinion soutenue par Nepveu, le pronostic est entièrement favorable et cette rupture peut, dans certains cas même, entraîner la guérison du néoplasme. Enfin, s'il s'agit d'un kyste à contenu gélatineux, l'ouverture de la paroi se fera insidieusement, sans symptômes notables : la masse s'épanchera dans le péritoine, pouvant parfois remplir tout l'abdomen en agglutinant les anses intestinales. Ultérieurement, il se produira une série de réactions adhérentielles avec pénétration conjonctivo-vasculaire, déterminant ainsi la lésion que Péan décrivait en 1871 sous le nom de pseudo-myome du péritoine. Enfin, il ne faut pas oublier que la rupture peut produire des métastases bénignes, des tumeurs mucoïdes et dermoïdes. Il s'agit là d'un ensemencement péritonéal, d'un ensemencement cellulaire, de véritables greffes donnant des nodules adénomateux qui peuvent parfois régresser spontanément ou après l'ablation du kyste. Ces nodules secondaires offrent la même constitution, la même structure que la tumeur principale, ou bien se présentent sous l'aspect de productions kystiques contenant de la graisse et de la cholestérine.

La rupture extrapéritonéale s'effectue en différents points : elle se fait exceptionnellement à la peau ; elle se produit généralement au niveau d'un viscère, l'intestin, le rectum, la vessie, plus rarement dans le vagin ou dans l'utérus. L'ouverture dans l'intestin se traduira par une douleur brusque, extrêmement violente, déchirante avec, ultérieurement, évacuation plus ou moins abondante de liquide. Il s'est naturellement produit une fistule faisant communiquer l'intérieur du kyste avec la lumière intestinale ; dans les cas heureux, elle se fermera spontanément, mais dans d'autres, elle persistera et pourra être la cause de grosses complications, car alors, les matières fécales pourront pénétrer librement dans la cavité kystique et déterminer des phénomènes de suppuration.

Si l'ouverture s'est faite au niveau de la vessie, le malade présentera des phénomènes dysuriques intenses, ainsi que du ténesme vésical ; puis, le contenu kystique sera évacué mélangé à l'urine.

La rupture d'un kyste dermoïde dans la vessie peut entraîner diverses conséquences ; c'est

d'abord l'apparition dans l'urine de matières que, normalement, on ne doit pas y rencontrer, telles que de la substance sébacée ou encore des cheveux, produisant alors le phénomène connu sous le nom de pilimiction. Mais il peut arriver de plus, s'il s'agit de matières solides, qu'elles ne soient pas expulsées à l'extérieur, qu'elles séjournent au contraire dans la cavité vésicale où elles sont alors le point de départ d'un calcul dont elles constituent le noyau.

Le diagnostic de cette complication est assez facile dans certains cas ; il l'est un peu moins dans d'autres ; parfois même, il est impossible. La rupture intrapéritonéale d'un kyste de l'ovaire peut passer complètement inaperçue, soit qu'il s'agisse d'un tout petit kyste dont la présence ne s'est encore révélée par aucun symptôme, soit qu'il s'agisse d'un de ces kystes gélatineux dont la déhiscence ne s'accompagne d'aucun phénomène notable. Mais ce sont là en somme des exceptions dont on ne doit pour ainsi dire pas tenir compte en clinique, et que je ne fais que vous signaler.

Dans l'immense majorité des cas, l'affaissement subit du ventre, s'accompagnant de douleurs abdominales extrêmement vives, ainsi que les phénomènes réactionnels qui marquent bien la rupture kystique, permettront de la soupçonner, de l'affirmer même si la présence d'une tumeur abdominale ou pelvienne avait été reconnue auparavant. Quant à la rupture extra péritonéale, elle est beaucoup plus facile à reconnaître, car l'apparition du contenu du kyste par l'anus, l'urètre, ou encore par le vagin, entraîne le diagnostic.

Je serai un peu plus bref sur les différents accidents de compression qu'entraîne l'évolution d'un kyste de l'ovaire : la plupart d'entre eux font, par leur fréquence, presque partie intégrante de la symptomatologie habituelle de ces kystes, et on ne peut en somme les considérer comme de véritables complications que lorsqu'ils sont très accusés. C'est ainsi que la présence d'un kyste au niveau du petit bassin produit nécessairement la compression des organes qui s'y trouvent situés, de la vessie par exemple, ce qui se traduit par de la dysurie, du ténesme vésical, et parfois, par de la rétention d'urine. La compression du rectum amènera une constipation opiniâtre, et celle des vaisseaux iliaques déterminera de l'œdème des membres inférieurs ainsi que l'apparition de varices. Parfois, dans le cas de grosses tumeurs enclavées, il pourra y avoir de la compression des deux uretères au niveau du détroit supérieur, accident dont le pronostic présente une gravité toute particulière, car il entraîne des altérations progressives des deux reins aboutissant ultérieurement à l'anurie complète, fait sur lequel a bien insisté Patel en 1911.

Un grand kyste abdominal, s'étendant dans toute la cavité abdominale, pourra amener d'abord un élargissement de la base du thorax, et un refoulement du diaphragme, d'où gêne du côté du cœur et du poumon, gêne de la circulation et de l'hématose ; mais il pourra de plus, en comprimant l'intestin, déterminer de l'occlusion intestinale, phénomène qui peut encore résulter de la compression par un kyste tordu, ou d'un étranglement sur une bride d'adhérences. De semblables complications sont toujours faciles à reconnaître, leur diagnostic ne présente pas de difficulté ; dans la plupart des cas, il suffit d'y songer.

Telles sont, Messieurs, les complications irritatives et mécaniques des kystes de l'ovaire dont j'ai voulu vous entretenir aujourd'hui ; il me resterait encore, pour terminer cette question, à étudier les autres accidents qui peuvent survenir au cours de l'évolution de ces tumeurs, ainsi que les indications opératoires qu'elles comportent : c'est ce que je me propose de faire dans ma prochaine leçon.

A TRAVERS LA PRESSE

Traitement des formes graves de l'insuffisance cardiaque.

Excellent résumé de M. Leconte (*La Médecine*, mars 1920), dans lequel l'auteur envisage d'abord l'insuffisance cardiaque aiguë, telle qu'on l'observe chez les hypertendus, avec crise angineuse ou œdème pulmonaire, ou dilatation aiguë du cœur droit. Le traitement consiste à effectuer une large saignée générale de 400 à 500 gr., et à injecter par la voie intraveineuse un demi-milligramme d'ouabaïne, en recommençant une ou deux fois à 24 heures d'intervalle. Huit ou quinze jours après la crise, traitement toni-cardiaque supplémentaire avec la digitale ou l'ouabaïne.

L'insuffisance cardiaque subaiguë réclame la médication digitalique : XL à XC gouttes de digitaline en 3 jours, par la voie gastrique, ou par la voie intra-musculaire (digalène) ou endo-veineuse (XV à XXV gouttes par jour de solution de digitaline à 1 °/o, diluée ou en nature) pendant deux ou quatre jours, sans préjudice des cures d'entretien intermédiaires.

Quand le myocarde est en cause, l'ouabaïne pourra trouver son indication en injections d'un quart de milligramme, six à sept jours de suite.

Dans l'insuffisance cardiaque chronique, on aura recours aux ventouses scarifiées, aux bases pulmonaires, au niveau des reins, du foie ; au calomel à petites doses, aux mouchetures contre

◆◆

les œdèmes, aux lavements purgatifs. En outre la digitale à petites doses, la digifoline, trouveront là leur emploi. La quinine a été recommandée par certains auteurs. D'ailleurs, la médication agit peu, dans ces cas ; l'hygiène et le repos en sont les grands adjuvants.

Enfin, l'intervention chirurgicale sera à envisager pour dégager le cœur d'une symphyse péricardique, et le libérer du volet thoracique qui l'enserre, pour le rendre apte à réagir aux médications cardiaques ordinaires.

Furonculose du conduit auditif.

De cet excellent travail de M. L. Beco (*Liège Méd.*, 10 avril 1920), nous extrairons et résumerons ce qui a trait au traitement de la furonculose du conduit auditif.

Le diagnostic ayant été posé, on s'efforcera de calmer les douleurs et de prévenir les récidives. Repos, calme, alimentation légère, opiacés pour la nuit, répondent à l'indication générale.

Localement, le traitement abortif consistera à faire des badigeonnages à la teinture d'iode répétés plusieurs fois dans les premières 24 heures, sur le point soulevé et rouge, badigeonnages suivis de bains d'alcool fort.

Si le pus est collecté, on incisera ou on exprimera le contenu du furoncle et on emploiera ensuite les moyens suivants. Bien que la glycérine phéniquée soit recommandable, il est préférable de recourir aux badigeonnages iodés comme précédemment, et aux bains d'alcool pur (94°) boriqué à saturation, légèrement chauffé. Ces bains d'alcool dureront de 5 à 10 minutes et se renouvelleront plusieurs fois par jour selon les nécessités. Si l'alcool ne pouvait baigner spontanément le conduit en raison de l'effacement de sa lumière, on introduirait une mèche conique d'ouate imbibée de la même mixture et poussée à fond. Il peut être indiqué d'alterner l'alcool boriqué avec le liquide de Lermoyez (liq. de Van Swieten et glycérine pure à parties égales).

Dans les formes anciennes, compliquées de lymphangite, d'œdème de voisinage, on aura recours avantageusement aux pansements humides chauds ainsi effectués : une fine languette de gaze fine imbibée du liquide de Lermoyez est poussée doucement et aussi profondément que possible dans le conduit. On en recouvre l'extrémité externe d'un tampon d'ouate bien imprégné du même liquide et moulé dans la conque. Par dessus le tout, on applique des compresses d'eau bouillie chaude qui recouvrent toute la région. Ce pansement est renouvelé par l'entourage plusieurs fois par jour, sauf la mèche qui ne doit être changée que par le médecin.

Le sulfo-benzol dans la coqueluche.

Il convient de signaler les expérimentations très concluantes qui ont été faites à l'Hôpital des Enfants-Malades avec une nouvelle médication anticoquelucheuse, le sulfo-benzol, dérivé stable de l'éther éthyl-sulfo-benzoïque.

Maintes observations viennent affirmer, non seulement sa très remarquable efficacité (même dans les coqueluches les plus rebelles), mais aussi sa grande promptitude d'action : dès l'ingestion des premières doses, les vomissements cessent, les quintes diminuent d'intensité et de fréquence, puis, en un temps souvent très court, disparaissent totalement.

Agent à la fois modificateur et microbicide, le sulfo-benzol a l'avantage d'être totalement inoffensif. On l'administre par gouttes : 30 gouttes toutes les deux heures chez les adultes, 10 à 20 gouttes chez les enfants.

Physiologie pathologique et pathogénie de l'urticaire.

« L'urticaire, dit M. Louste (*Paris Méd.*, « 6 mars 1920) doit être considérée comme un « symptôme cutané de l'anaphylaxie ». Elle est la manifestation externe d'un syndrome clinique avec fièvre, troubles digestifs, troubles nerveux. Elle est provoquée par des causes externes, — pénétration dans le derme du liquide âcre et irritant que sécrètent les orties, les actines, les méduses, certains insectes, les chenilles, etc. ; injections sous-cutanées de sérums organiques, — par des causes internes : aliments, médicaments, — par des maladies infectieuses, telles que le paludisme, — par des causes toxiques, telles que le liquide hydatique.

Toutes ces causes se résument essentiellement dans l'introduction dans l'organisme d'albumines hétérogènes, toxiques ou non, susceptibles de déterminer un choc du système nerveux, avec crise hémoclasique et phénomènes périphériques.

Trois théories se proposent d'expliquer ces faits. La théorie clinique admet que l'injection d'un antigène produit la formation d'une substance non toxique par elle-même, la toxogénine, mais qui, combinée avec une nouvelle dose d'antigène, forme une apotoxine toxique. La théorie biologique est basée sur ce fait que le mélange sérum et antigène fournirait un précipité toxique. Enfin, la théorie physique met en cause les actions de précipitation et d'absorption qui régissent les rapports des colloïdes entre eux.

Ainsi que le fait remarquer l'auteur, il reste encore bien des points obscurs dans ces conceptions.

Ce qu'il faut en retenir, pratiquement, c'est que la thérapeutique doit être prophylactique, symptomatique et surtout pathogénique.

Ce dernier point de vue est dominé par l'acquisition de l'immunité envers une substance hétérogène anaphylactisante, au moyen de toutes petites doses de cette substance, préalablement à son usage aux doses habituelles.

Les accidents sériques sont évités si l'on injecte des doses minimes du sérum, préalablement à l'injection thérapeutique proprement dite.

Nous avons rapporté les résultats obtenus par Pagniez et Pasteur Vallery-Radot en prévenant l'intolérance envers toutes les albumines alimentaires par la prise d'un cachet de 0,50 de peptone une heure avant le repas.

Un paludéen intolérant pour la quinine peut la supporter sans accidents si l'on prend soin de lui en administrer une petite dose de cinq milligr. additionnée de 0,50 de bicarbonate de soude, préalablement à l'ingestion de la dose habituelle.

Ces faits sont intéressants, d'autant plus que la méthode à laquelle ils aboutissent est parfaitement inoffensive, et qu'on ne court, à y recourir, que le risque de n'obtenir aucun résultat, tandis que l'effet peut au contraire être positif, et qu'ainsi les malades y trouvent leur compte, en même temps que leur médecin est mieux armé contre les troubles récidivants qu'ils présentent.

Sur le traitement de la fièvre typhoïde.

Si la balnéation ne peut être employée — et c'est trop souvent le cas aujourd'hui, avec la pénurie de charbon, — nous ne sommes pas désarmés pour cela, et nous avons à notre disposition les lotions vinaigrées fraîches toutes les trois heures, l'enveloppement dans le drap mouillé, la vessie de glace en permanence sur le ventre. La diététique comprendra un litre de lait, complété par du bouillon de légumes, de la citronnade légère, des tisanes, etc. Quelques petites doses de quinine et une potion à l'extrait de quinquina répondent aux indications médicamenteuses.

Mais, par-dessus tout, la vaccinothérapie précoce par la voie sous-cutanée semble aider l'évolution favorable. On n'hésitera pas à y recourir.

Tels sont les excellents conseils que nous lisons dans le *Journal des Prat.* (20 mars 1920), et qu'il n'est pas inutile de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Les hautes doses de sérum antistreptococcique dans la fièvre puerpérale.

Dans le même numéro, M. Daniel relate une observation de fièvre puerpérale qui, rebelle à la médication ordinaire, guérit à la suite d'une série de six injections de 40 cmc. de sérum antistreptococcique frais de Roux chacune, à raison d'une par jour.

« Cette guérison prouve que la sérothérapie « est un agent thérapeutique efficace à la condition de l'accorder généreusement aux malades et non timidement comme autrefois. De « plus, cette accouchée avait le droit d'être anaphylactisée par la seconde injection. Avec les « précautions d'usage, les accidents ont été des « plus bénins. Les réinjections de sérum sont « donc peu graves. Et, troisième conclusion, les « hautes doses d'un sérum quelconque ont la « propriété d'être superbement toniques pour « les malades, indication fort peu négligeable ».

Les maladies oculaires des enfants.

Il s'agit de notes thérapeutiques rédigées par M. Garipuy (*Toulouse méd.*, 15 mars 1920).

La conjonctivite blennorrhagique sera prévenue par la méthode de Crédé, déjà exposée ici. Contre les conjonctivites légères, sans œdème ni altérations cornéennes, on dirigera de simples lavages de propreté à l'eau bouillie tiède, et au besoin, un collyre tiède au sulfate de zinc à 1 %.

La forme confirmée réclame chez le nouveau-né l'ablation fréquente du pus au moyen de tampons d'ouate imbibés d'eau bouillie tiède ; l'instillation de collyres aux sels d'argent : argyrol à 10 %, nitrate d'argent à 1 %, deux fois par jour ; la surveillance des cornées; l'intervention du spécialiste dans les cas graves.

La conjonctivite simple cède au sulfate de zinc à 1 %, deux fois par jour dans les cas légers ; à l'argyrol ou au collargol à 5 % deux ou trois fois par jour, dans les cas plus intenses ; au nitrate d'argent à 1 % une ou deux fois par jour, dans les formes avec sécrétion abondante.

Le sulfate de zinc à 1 % additionné d'adrénaline à 1 %, à deux ou trois reprises, triomphe des conjonctivites folliculaires, fréquentes dans les écoles.

La kérato-conjonctivite phlycténulaire exige la pommade jaune avec le pansement occlusif.

On formulera :

Oxyde jaune de mercure....		20 cgr.
Vaseline..................	ââ	5 gr.
Lanoline..................		

à introduire entre les paupières au moyen d'une spatulette en verre.

La blépharite demande souvent l'épilation répétée. Les pommades à l'oxyde jaune de mercure, à l'icthyol, au collargol, n'agissent que si les croûtes qui se trouvent à la base du cil ont été préalablement bien détergées.

Les compresses chaudes, les pansements humides sont indiqués contre l'orgelet. Le chalazion s'incise par la conjonctive, et se curette.

D'une façon générale, on réservera les colly-

res pour les sécrétions, les pommades pour les ulcérations. On préférera l'eau tiède à l'eau très chaude, laquelle ne sera employée qu'après avoir été précédée d'une onction des paupières avec un corps gras.

On pensera toujours aux vices possibles de la réfraction.

Ajoutons que le nitrate d'argent, surtout chez les tout petits, ne doit être manié que par le médecin.

L'hydrothérapie chez les dyspeptiques.

Au dire de M. Pron (*L'Hôpital*, mars 1920 B) les gastropathes sont justiciables de l'hydrothérapie, générale ou locale.

Aux déprimés, on prescrira la douche écossaise de préférence à la douche froide, celle-ci étant réservée aux formes nettement torpides : dilatation avec hyposthénie, hypersécrétion continue avec prédominance de dilatation et d'épuisement musculaire. A la douche en pluie, on préférera la douche en jet brisé, suivie, selon les cas, d'une marche d'un quart d'heure ou du séjour au lit.

Le drap mouillé est à rejeter. Les bains froids ne se comprennent que comme bains de rivière ou de mer, en raison de l'exercice qui les accompagne.

L'affusion générale froide a peu d'indications.

Aux excités, de beaucoup les plus nombreux, on réservera l'hydrothérapie tiède ou chaude : douche générale en jet brisé de 36° à 38°, donnée le matin à jeun ou dans la matinée ; l'affusion générale à 35°. Si le malade est un insomnique, douche ou affusion seront administrées immédiatement avant le dîner, lequel sera suivi du coucher précoce.

Les bains généraux tièdes donnent trop souvent un état d'asthénie marquée pour être recommandés.

Egalement, on aura recours aux compresses très chaudes au creux épigastrique ; la compresse échauffante, moins employée, mais souveraine dans l'atonie gastrique et abdominale : « On trempe dans de l'eau franchement froide « une compresse épaisse qu'on essore et qu'on « applique au creux épigastrique ; on la recou- « vre de taffetas, puis d'ouate, et on maintient « le tout en place par un bandage quelconque. « Cette compresse est gardée toute la nuit. »

On renoncera à la douche froide localisée à l'épigastre, et on lui préférera plutôt la friction à l'eau froide, immédiatement après le repas, pendant une demi à une minute, sur la région dorsale médiane.

G. D.

FAITS CLINIQUES

Un cas mortel d'encéphalite léthargique (Observation clinique)

Par le docteur Mège,

Médecin des hôpitaux de Toulon.

Observation.

Le jeune F... (Camille-Antonio), âgé de 4 ans, habitant à Toulon, tombe malade le 19 février 1920.

Antécédents héréditaires : Père et mère bien portants, 9 enfants, dont 4 sont morts : deux de maladies contagieuses, un de scarlatine, l'autre de varicelle, ou variole (?), les deux autres de maladies indéterminées.

Milieu populaire : aucune notion d'hygiène.

Antécédents personnels : Rien à signaler. Bonne santé antérieure de l'enfant, au dire des parents et des voisins.

Les parents racontent que la maladie actuelle a débuté brusquement. L'enfant qui jouait dans la rue a été pris de frissons, de fièvre ; a vomi et s'est plaint de céphalée frontale.

Puis, les vomissements et les frissons ont disparu. Seule a persisté une céphalée intense et une fièvre modérée.

Je ne puis donner de renseignements personnels précis sur le début de l'affection, n'ayant vu le malade pour première la fois que le 25.

D'après ce que disent les parents, durant cette période du 19 au 25, l'enfant n'aurait présenté aucun symptôme bien net. Il se plaignait seulement de céphalée. Il existait une fièvre modérée. Le médecin qui voyait le malade n'aurait pu poser aucun diagnostic ferme ; il aurait parlé de fièvre muqueuse, sans cependant être affirmatif, ce qui s'explique devant l'imprécision des symptômes.

Le 25, à 8 heures du soir, je suis appelé à voir le malade. En entrant dans la chambre et avant tout examen, ma première impression est mauvaise. Il me semble que l'enfant est dans le coma, tant sa torpeur est profonde.

Pourtant, à mesure que l'examen se poursuit, il apparaît clairement que cette torpeur n'est pas du coma, mais du sommeil.

L'enfant ne répond pas aux questions, aux appels qu'on lui fait, il est vrai. Mais on arrive, en le secouant un peu, à lui faire prendre un peu conscience. A ce moment l'alimentation liquide est possible. La déglutition se fait facilement.

Du reste, les parents disent qu'à certains moments, l'enfant paraît se réveiller un peu, et ils peuvent le faire boire et lui donner ses potions.

La respiration est calme, peu profonde, à peine un peu accélérée. Elle n'est pas stertoreuse.

Le pouls est régulier, bien frappé à 100 environ, en rapport avec une température de 38°5.

Les signes oculaires attirent l'attention. Les yeux sont mi-clos. Pas de paralysie de la paupière supérieure. Dans les moments de demi-réveil, l'enfant remue les paupières, en même temps que la tête du côté de la personne qui lui parle.

Par contre, les globes oculaires sont immobiles toujours dans la même situation, tournés vers la droite et en haut. Ophtalmoplégie externe.

On constate aussi de l'ophtalmoplégie interne, ou plutôt, de l'ophtalmoparésie interne avec mydriase. Toutefois, il persiste une légère réaction à la lumière qui se fait avec retard.

Ces signes existent des deux côtés.

Pas de photophobie. Un peu de larmoiement qui augmentera les jours suivants.

La sensibilité à la piqûre est diminuée et retardée.

Le réflexe cornéen et les réflexes cutanés sont abolis. Il en est de même du réflexe rotulien.

Le réflexe plantaire se fait en extension avec orteils en éventail. Signe de Babinski très net, traduisant la lésion ou tout au moins l'irritation du faisceau pyramidal.

Cependant, pas de trépidation épileptoïde.

Aucune paralysie des membres, que l'enfant remue lorsqu'on le pique.

Pas de signes de méningite. Pas de constipation (en tous cas pas de constipation opiniâtre : 0 gr. 10 cgr. de calomel suffisent à provoquer plusieurs selles).

Pas de vomissements, sauf ceux du début. Le malade urine spontanément.

Pas de convulsions, pas de contractures.

Pas de raideur de la nuque. Pas de Kernig.

Pas de photophobie. Pas de raie méningitique.

Du côté de l'appareil digestif, à peine un peu de rougeur du voile du palais. Sialorrhée. Alimentation possible, presque jusqu'à la fin.

Pas de gargouillements. Aucune hypertrophie du foie et de la rate. Rien de particulier du côté des selles.

Aux poumons, quelques gros râles de bronchite, sibilances sans plus.

Rien par ailleurs.

Le 26, même état. Il semble même que la torpeur est un peu moins marquée. T. aux environs de 38°5. P. à 100-110.

Le 27. Toujours même situation.

Le 28. Toujours même situation. La température s'élève un peu, 39°.

Le 1er, l'état s'aggrave sensiblement.

La température augmente et atteint 40°. Le soir, l'état est encore plus mauvais. On entrevoit une issue fatale à assez brève échéance.

La température continue à s'élever. Le pouls est embryocardique, extrêmement rapide. Les conjonctives sont injectées, recouvertes d'un enduit purulent. La langue est sèche, fuligineuse.

Je renonce à pratiquer une ponction lombaire, opération que j'avais enfin décidé, non sans peine, les parents à accepter.

Le 2 mars, le petit malade meurt à 4 heures du matin en hyperesthésie.

Voilà donc un enfant qui, en pleine santé, est pris brusquement de signes rappelant l'invasion de la grippe (frissons, céphalée, vomissement, fièvre), qui reste quelques jours dans un état mal défini, sans symptômes accusés, puis présente de la torpeur avec sommeil profond, des signes oculaires importants et nets, ophtalmoplégie interne et externe, fièvre de plus en plus intense jusqu'au moment de la mort. Etat infectieux.

Le diagnostic d'encéphalite léthargique se présentait à l'esprit et s'imposait.

Quelle autre affection eût pu donner un tableau clinique semblable ?

J'ai dit que ma première impression, lorsque je vis le malade, fut qu'il était dans le coma. J'ai dit aussi que cette impression ne persista pas longtemps, et j'ai indiqué pour quelles raisons.

Cette respiration calme, superficielle, ce pouls régulier, ces divers réveils pendant lesquels l'alimentation liquide était possible, ne ressemblaient pas au coma.

D'ailleurs, coma de quelle origine ? urémique ? Rien n'attirait l'attention de ce côté-là. L'enfant jusqu'au bout a toujours bien uriné.

Coma survenu à la phase paralytique d'une méningite, aiguë, ou bacillaire ? D'abord, à part l'ophtalmoplégie, il n'existait aucune autre paralysie.

Et puis méningite aiguë, cérébro-spinale ? Comment y songer ? J'ai dit que l'enfant n'avait jamais présenté de signes cliniques de méningite.

Méningite bacillaire ? Bien que cette affection puisse apparaître de manière bien différente, il n'y fallait guère songer. Je le répète encore, pas de signes de méningite. Puis, la bonne santé antérieure de l'enfant et l'évolution plutôt rapide n'inclinaient guère vers ce diagnostic.

La ponction lombaire aurait peut-être pu nous fournir quelques renseignements utiles. Je n'ai pu décider les parents à l'accepter que très tard, trop tard.

Du reste au point de vue diagnostic, qu'aurait-elle indiqué, puisque certains auteurs ont signalé dans l'encéphalite léthargique de l'albuminose et de la lymphocytose, comme dans la tuberculose des méninges, et d'autres n'ont trouvé aucune réaction ?

N'empêche, nous regrettons de n'avoir pu la pratiquer. Elle eût éliminé catégoriquement les méningites aiguës. Elle aurait contribué à l'étude du liquide céphalo-rachidien dans l'encéphalite

léthargique, puisque cliniquement, nous considérons ce cas comme typique.

Nous avons aussi pensé à une tumeur cérébrale. Mais vraiment, bien que l'examen du fond d'œil n'ait pas été pratiqué (toujours pour les mêmes raisons de milieu) on ne pouvait pas s'arrêter à ce diagnostic. L'allure aiguë infectieuse de la maladie permettait, à mon avis, de l'éliminer.

J'éliminai aussi l'abcès cérébral. Un moment je pensai à de la grippe à forme ataxo-adynamique pour écarter aussitôt ce diagnostic.

Nous n'aurions pas eu cette torpeur sans coma, et on ne pouvait penser à du coma, je le redis encore.

Du reste, l'affection, qui revêtait bien l'allure d'une maladie infectieuse, il est vrai, ne donnait pas tout de même, tout au moins au début, l'impression d'une infection très profonde. Température modérée. Pouls régulier en rapport. Cœur normal. Langue saburrale mais humide, sans fuliginosités (sauf à la fin).

Et, puis les signes oculaires étaient là, caractéristiques, le signe de Babinski trahissant l'irritation du faisceau pyramidal aussi.

Alors, à moins d'admettre une localisation de l'infection grippale sur le cerveau et sur le mésocéphale, il fallait bien écarter cette dernière hypothèse.

Cela nous amenait à penser qu'il n'était, après tout, pas impossible qu'il y ait quelque lien entre ces deux affections, grippe et encéphalite léthargique, ainsi qu'on se l'est déjà demandé.

Le début brusque, pour ainsi dire grippal, de l'affection chez notre malade, nous permettait d'y penser.

Evidemment, ce ne peut être qu'une impression pour nous, basée jusqu'à présent sur peu de chose : l'allure de la maladie à son début ressemblant à de la grippe.

Au point de vue pronostic, l'état profond de torpeur s'accompagnant d'augmentation régulière et progressive de la température et l'aggravation des symptômes infectieux nous ont paru être de mauvais augure, et nous ont fait, avec raison, réserver le pronostic.

Comme traitement, nous avons donné de l'urotropine, pratiqué des injections d'huile camphrée.

Nous avons fait appliquer une vessie de glace sur la tête pour combattre la céphalée.

Nous avons fait pratiquer la désinfection de la bouche et de la gorge avec de l'eau oxygénée, des fosses nasales avec de l'huile goménolée.

Nous avons donné enfin une potion excitante à la caféine et à l'acétate d'ammoniaque.

Ayant eu connaisssance d'un cas qui avait été guéri dans notre ville par des injections de néo-salvarsan, nous étions décidés à essayer ce traitement lorsqu'est survenu le dénouement.

Les mesures prophylactiques qui pouvaient être prises dans un pareil milieu l'ont été.

Nous aurions même désiré faire admettre notre malade à l'hôpital pour l'isoler complètement. Nous nous sommes heurtés à la volonté des parents.

Cependant, il y avait trois autres enfants, et nous craignions la contagion qui, fort heureusement, ne s'est pas produite, malgré les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles nous nous trouvions.

Pouvons-nous en conclure que la maladie est peu contagieuse ? Il serait difficile de le dire.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Accidents convulsifs guéris par des interventions chirurgicales.

(M. P. Bazy. — *Académie de médecine.*)

M. Bazy a constasté, à différentes reprises, la disparition d'accidents convulsifs généralisés rappelant plus ou moins l'épilepsie, à la suite d'interventions chirurgicales. C'est surtout après des opérations pour testicules ectopiés que ces constatations ont été faites. Il semble que certains phénomènes convulsifs puissent être liés à l'ectopie testiculaire et que l'orchidopexie parvienne à les faire disparaître. Il s'agit non d'épilepsie vraie, mais d'attaques épileptiformes.

Traitement de l'épilepsie par le tartrate borico-potassique.

(MM. Pierre Marie, Crouzon et Bouttier. — *Académie de médecine.*)

La médication classique de l'épilepsie par les bromures offre un certain nombre d'inconvénients. Elle provoque souvent des troubles gastro-intestinaux, des éruptions acnéiques et surtout une dépression pyschique et physique assez redoutée des patients et de leurs familles.

M. Pierre Marie, recherchant des succédanés de cette médication, s'est adressé aux préparations de bore, en général, et au tartrate borico-potassique en particulier. C'est un sel cristallisé en paillettess transparentes, incolores, de saveur acide, très lo-luble dans l'eau. M. Marie s'est arrêté à la formule suivante (dont on pourrait, sans inconvénient, supprimer la glycérine) :

Tartrate borico-potassique	20 gr.
Glycérine pure	10 gr.
Eau dist. q. s. pour	300 cmc.

On donne 3 cuillerées à soupe par jour de cette

préparation, ce qui représente 3 grammes de tartrate borico-potassique par 24 heures.

Sous l'influence du traitement en question, les crises convulsives et les vertiges épileptiques diminuent dans la proportion de 3 à 1 si l'on tient compte de l'ensemble des accidents, et dans la proportion de 5 à 1 si l'on tient compte seulement du trouble principal : l'accès convulsif.

M. Pierre Marie a contrôlé ces résultats sur un groupe de 10 épileptiques de la Salpêtrière, choisis parmi ceux dont les accès étaient les plus fréquents et les mieux caractérisés.

La médication par le tartrate borico-potassique, en définitive, égalerait comme activité et puissance la cure bromurée. Ses avantages sont de n'offrir aucun des inconvénients du bromure : pas de troubles gastro-intestinaux, par d'acné, et surtout pas de dépression psychique et physique.

Sur le décret concernant la vente des toxiques.

(M. Jeanselme. — *Académie de médecine.*)

Le décret de 14 septembre 1916 concernant la vente des substances vénéneuses interdit au pharmacien de délivrer de l'extrait d'opium pour un usage de plus de 7 jours et lui enjoint de demander le nom et l'adresse du malade, en pareil cas. M. Jeanselme montre les inconvénients de cette règlementation pour ce qui concerne les pilules opiacées de mercure (Pilules de Ricord ou de Dupuytren). Il demande que le renouvellement de ces pilules puisse être fait sur simple mention indiquée sur l'ordonnance ; que, d'autre part, le nom de l'auteur de la prescription soit seul enregistré ; qu'enfin le mot « mercure », qui doit être obligatoirement indiqué sur l'étiquette, soit remplacé par une autre indication ou un numéro.

La méthode de Milne dans les fièvres éruptives.

(MM. Lemoine et Favre. — *Académie de médecine.*)

La méthode recommandée par le médecin anglais Milne pour réduire la période de contagiosité des fièvres éruptives, consiste, on le sait, en une désinfection précoce de la gorge et de la surface du corps. On badigeonne la gorge plusieurs fois par jour avec un tampon imbibé d'huile phéniquée à 1/10 (ou, ce qui paraît avoir moins d'inconvénients, de glycérine iodée à 1/60) et l'on frictionne la surface du corps à l'essence d'eucalyptus.

MM. Lemoine et Favre ont obtenu, par cette méthode, d'excellents résultats prophylactiques.

Corps étranger du cerveau (lame de couteau).

(M. Favreul, de Nantes. — *Société de chirurgie.*)

M. Lenormant lit un rapport sur un travail de M. Favreul intitulé : corps étranger du cerveau (lame de couteau) avec abcès cérébral. Opération, guérison.

Les plaies pénétrantes du crâne par coup de couteau sont rares, mais, en pareille éventualité, il est assez commun de voir la lame se rompre et une partie rester incluse dans le cerveau. Comme tous les corps étrangers encéphaliques, il peut arriver que celui-ci soit toléré et ne détermine pendant fort longtemps aucune espèce d'accident. Schloss a rencontré, à l'autopsie d'un homme mort d'une affection intercurrente, un fragment de lame logé dans le cerveau depuis 18 ans. Il va sans dire que les accidents immédiats sont plus fréquents que la tolérance.

M. de Martel cite le cas d'un individu porteur d'une balle dans le cerveau depuis onze ans, qui mourut d'abcès cérébral développé autour du projectile, après un traumatisme.

M. Savariaud pose la question du rôle de ce second traumatisme, ce qui n'est pas sans intérêt en matière d'accident du travail, par exemple. Il est possible, sauf le cas de traumastisme violent, que ce second traumatisme soit non créateur, mais simplement révélateur de l'abcès cérébral.

Radiographies des articulations après injection gazeuse.

(M. Prat, de Nice. — *Société de chirurgie.*)

P. Emile-Weil a préconisé, pour faciliter certaines radiographies, l'injection préalable de gaz oxygène dans les séreuses. S'inspirant de cette méthode, M. Prat a coutume, lorsqu'il veut examiner une articulation par la radiographie, d'y provoquer une pneumarthrose artificielle, en y injectant sous pression un gaz, habituellement de l'oxygène.

La technique est facile lorsqu'il s'agit d'une articulation pleine de liquide. A l'aiguille qui a évacué le liquide, on adapte le tube du ballon à oxygène. Cette technique est plus délicate lorsque l'articulation est sèche. On réussit la manœuvre cependant en enfonçant le trocart fin jusqu'à l'os.

L'insufflation se traduit sur les radiographies par les aires claires des zones injectées qui font un vif contraste avec les zones d'ombre. Les radiographies, du genou par exemple, deviennent ainsi beaucoup plus caractéristiques. Elles révèlent alors la liberté ou le cloisonnement des culs de-sac, leur communication avec un hygroma, l'état des contours osseux, les fongosités, etc...

Interventions pour perforations d'ulcus gastrique.

(M. Basset. — *Société de chirurgie.*)

M. Pierre Duval présente un rapport sur un travail de M. A. Basset, relatif à deux cas d'intervention d'urgence pour perforation d'ulcères gastrique et gastro-duodénal.

Dans ces deux cas, l'auteur s'en est tenu à la suture simple et les deux malades ont guéri. Mais, la question se pose de l'opportunité, une fois la suture faite, de pratiquer une gastro-entérostomie complé-

mentaire immédiate. C'est une question discutée depuis bien longtemps et non solutionnée jusqu'à ce jour, certains auteurs jugeant la gastro-entérostomie absolument indispensable alors, et d'autres la considérant comme inutile.

M. Pierre Duval, M. Souligoux, M. Robineau, M. Lapointe remarquent qu'en pratique, les malades de ce genre confiés au chirurgien sont habituellement dans un état général trop grave pour que l'on puisse tenter de prolonger l'intervention par une gastro-entérostomie.

Les courants de haute fréquence en chirurgie.

(M. Heitz-Boyer. — *Société de chirurgie.*)

La haute fréquence peut être un agent destructeur ou modificateur. Elle peut ainsi remplacer le bistouri, les ciseaux, la curette, le thermocautère, le galvanocautère, et aussi de simples caustiques chimiques, comme le chlorure de zinc et le nitrate d'argent. Ses avantages sont la souplesse de son maniement (portée au bout d'un fil, elle permet une action locale dans la profondeur), sa sécurité, son indolence et aussi sa puissance de pénétration. En chirurgie, des voies urinaires principalement, ces avantages sont particulièrement appréciables. M. Heitz-Boyer présente un appareil transportable qui permet l'utilisation pratique des courants de haute fréquence.

M. de Martel a eu quelques ennuis (brûlures à distance) avec l'électro-coagulation. Il a eu l'idée de contrôler la répartition de la chaleur dans les tissus à l'aide d'aiguilles thermo-électriques et il a vu que cette répartition était inégale, le point sur lequel est appliqué l'électrode étant parfois à une plus faible température que des points éloignés.

Corps étrangers du rectum.

(MM. Lapointe et Pénot. — *Société de chirurgie.*)

M. Lapointe présente un double corps étranger enlevé du rectum d'un malade par M. Pénot. Il s'agit d'un tournevis à manche de bois engainé par un verre de lampe, que le patient, homme de 40 ans, avait l'habitude de s'introduire dans le rectum, et qui, un jour, trop enfoncé, disparut au-dessus du sphincter. L'ablation fut assez laborieuse, sous rachianesthésie, et la présence du tournevis comme point de traction permit seule d'éviter la résection du coccyx.

P. L.

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année 1920 au trésorier Dr Gassot à Chevilly (Loiret).

PHTISIOTHÉRAPIE

De la valeur de l'inhalation dans la thérapeutique des maladies du poumon.

Etant donné qu'il est pour tout le monde avéré que, ni la morbidité, ni la mortalité des maladies du poumon, et particulièrement de la tuberculose pulmonaire, n'ont changé leur cours meurtrier, le champ des investigations thérapeutiques reste ouvert. Qu'il me soit donc permis d'exposer ma façon de voir, basée sur de nombreuses années de recherches et d'observations.

Les lésions du poumon ne présentent, à mon sens, un intérêt que tout autant qu'elles se trouvent à leur point de départ, sans avoir eu le temps d'entraîner à leur suite tous les phénomènes de destruction et d'intoxication qui ne permettent plus qu'une thérapeutique symptomatique, nullement intéressante et vouée d'avance à l'échec. Il ne s'agit pas, pour le moment du moins, de faire une étude critique ou comparative des différents modes de traitement, mais de savoir ce que vaut l'inhalation, dans le cycle innombrable des médications employées.

Rappelons-nous la formation de la granulation tuberculeuse, sa constitution anatomo-pathologique, son évolution vers le tubercule et retenons que nous nous trouvons, au point de départ, en présence d'une entité morbide (tubercule) isolée, séparée de la circulation générale, et totalement exsangue. Il ne *s'agit d'autre chose que d'un petit abcès froid*, multiplié à foison par la suite. Essayer d'atteindre cet abcès, de l'ouvrir, et de le désinfecter, tel est le problème que je me suis posé et pour la solution duquel j'ai eu recours à l'inhalation.

Mais d'abord, qu'est-ce qu'une inhalation ? C'est la pénétration de corps gazeux ou vaporisés dans le système bronchique, par la mise en jeu de tout l'appareil musculaire et nerveux de la respiration.

Cette pénétration se fait habituellement sans l'intervention d'aucun autre facteur mécanique que celui de la différence de pression qui existe normalement entre la pression extérieure et celle de notre poumon. C'est la respiration normale. Elle suffit à la pénétration de l'air ou des vapeurs, voire même de poussières ténues (anthracose), tant que la surface d'absorption du poumon n'est pas altérée dans ses fonctions.

C'est de son altération que naît le symptôme *dyspnée*. L'altération qui nous intéresse est provoquée par la tuberculose et il s'agit de savoir, au point de vue thérapeutique, si cette altération grave peut être combattue ou guérie par l'inhalation normale, autrement dit la res-

piration normale. Dans ce but, divers essais ont été tentés, mais je dois avouer que l'historique de cette question est extrêmement pauvre ; si pauvre que c'en est une misère que l'on a peine à comprendre.

Nos aînés envoyaient les malades des bronches au grand air et en cela, ils n'avaient rien à envier à la simplicité de conception de notre art moderne.

Quelques-uns, avec l'intention de faire l'absorption d'un antiseptique, chargaient dans ce but l'air ambiant d'un médicament quelconque. D'autres allaient jusqu'à badigeonner les chambres à coucher avec des balsamiques variés ; d'autres encore se servaient de la vapeur dégagée par l'ébullition d'eau mélangée avec un antiseptique ou un balsamique.

A part ces tentatives isolées, l'histoire de l'inhalation nous parle d'un médecin russe, dont je ne me rappelle pas le nom, tellement la Russie s'est éloignée de nous, et qui publia dans les Sociétés Savantes Russes, ses résultats et ses guérisons. En France, le regretté HUCHARD a publié quelques observations intéressantes. Mais le premier qui éleva l'inhalation à la hauteur d'une méthode fut, sans conteste, Germain SÉE. Ses communications à ce sujet sont encourageantes. Cette idée est tombée dans l'oubli pour faire place à une autre, celle de la sérothérapie.)

Personne n'avait jamais plus pensé à l'inhalation lorsque je repris cette idée en 1901. Après m'être rendu compte que les badigeonnages médicamenteux et les vapeurs d'ébullition chargées de médicaments ne pouvaient conduire à une méthode, malgré des améliorations intéressantes, je n'eus qu'une pensée, celle de créer une technique d'inhalation dans le but de faciliter avant tout la pénétration des médicaments dans l'arbre bronchique. Il existait alors deux appareils . Le premier est celui encore en usage surtout en Allemagne. Il consiste en une cloche fermée à pression intérieure inférieure à la pression extérieure, et contenant de l'oxygène, par exemple. Ce procédé ne répondait pas à mes exigences, pour de multiples raisons ; la principale est l'absence de vapeur, indispensable comme je vous le dirai ultérieurement. Le deuxième est l'appareil de Luras CHAMPIONNIÈRE. C'est lui qui me servit au début et, j'avoue que je n'eus pas à m'en plaindre, mais il est notoirement insuffisant. Je me rendis compte qu'il y avait avantage à perfectionner la technique de l'inhalation, et c'est ainsi que je suis arrivé progressivement à me servir de chaudières à haute pression qui me donnèrent les facteurs essentiels et indispensables pour l'inhalation véritable : vapeur, pression, abondance et ontinuité. Sans ces facteurs, on n'obtient rien. Avec eux, au contraire on institue une technique qui conduit l'inhalation dans tout le système bronchique pour y provoquer des effets dont on ignore les conséquences, et qui prouvent que l'inhalation ainsi pratiquée agit bel et bien sur les lésions qui nous intéressent. Ce sera le sujet de mon prochain article.

Dr ARNOLD,
Directeur de l'Inhalatorium d'Auteuil.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Le néo-rhomnol

Le néo-rhomnol, plus spécialement réservé à l'emploi hypodermique, se présente sous la forme d'une boîte de 12 ampoules, dosées chacune à un milligr. de nucléinate de strychnine et cinq centigr. de cacodylate sodique.

C'est un type, aussi original que consciencieusement étudié, d'une synergie symbiotique nouvelle, inaltérable, rigoureusement stérilisée, dénuée de toute toxicité et douée de la plus pleine efficacité, comme agent de remontement total.

Le nucléinate de strychnine est une combinaison nouvelle (Leprince) participant à la fois aux propriétés de l'acide nucléinique et de la strychnine. Non irritant et parfaitement indolore en injections, c'est un puissant tonique du système nerveux et musculaire et de la nutrition générale. Ce sel agit surtout en augmentant, d'une manière valable, l'activité cérébro spinale, en équilibrant les défenses organiques et renforçant les résistances aux incursions morbides. Toutes les fois que le médecin constate de l'atonie cellulaire, de la dyscrasie sanguine, de la défaillance nerveuse, il peut, sans hésiter, recourir à ce toni-reconstituant des débiles, des asthéniques et des déchus, et il constatera son pouvoir électif et cumulatif de restauration sur le système nerveux ainsi que sur les nerfs trophiques de la vie végétative et sur la tonicité de la fibre musculaire. Sa forme presque exclusive en injection, convient à toutes les personnes fatiguées des médicaments et ayant besoin de laisser reposer leur tube digestif.

On sait que l'acide nucléinique fait partie intégrante de notre économie constitutionnelle : c'est, en quelque sorte, le protoplasma organique à l'état naissant, le seul assimilable par nos cellules. Grâce à son état vivant, il jouit du maximum d'activité pour le renouvellement tissulaire, dans la lutte contre les adynamies et la misère physiologique, journellement entreprise par le médecin. C'est aussi le sel strychnique le plus à conseiller pour la cure de l'alcoolisme, des paralysies, cardioplégies, etc..., où il se conduit comme un tonique névrosthénique incomparable et, parfois, comme un véritable sauveur, lorsqu'il s'agit d'agir vite et bien, par la *méthode sous-cutanée*.

L'utilité thérapeutique du cacodylate de soude a été démontrée d'une façon incontestable, depuis

les découvertes d'A. Gautier, démontrant que l'arsenic est l'un des éléments constitutifs de la cellule normale et joue le rôle d'un principe de vie. Le cacodylate sodique représente l'arsenic organique le mieux toléré à fortes doses : il est beaucoup plus actif que le méthylarsinate (préféré, pourtant, *per os*, parce qu'il fatigue moins l'estomac). Les piqûres cacodyliques réveillent l'orexie, accroissent le poids et les forces, en accentuant le relèvement assimilateur et la prolifération des hématies. C'est par une abondante production de lymphoïdes polynucléaires et de globules hématoblastes, que l'on assiste à la reproduction et au rajeunissement cellulaires, au perfectionnement des oxydations, à la rénovation du sang et des tissus : médication active, surtout sous la forme de néo-rhomnol qui la renforce et procure le prompt retour de la santé, la *restitutio ad integrum* des anciens. Augment de l'appétence, stimulation vitale, tension artérielle normale, réveil de l'assimilation, disparition des troubles fonctionnels et de certaines lésions des tissus : tels sont les effets physiologiques du néo-rhomnol, le tonique des anémiés et des cachectiques, le bactéricide des tuberculeux et des syphilitiques ; le guérisseur des eczémateux, des impaludés et des grippés.

Il ne s'agit pas ici du fameux « coup de fouet » ni de thérapeutique « en feu de paille » : le pouvoir curatif du néo-rhomnol est durable, parce qu'il tend essentiellement à régulariser les fonctions vitales, à restaurer la docilité des muscles et des nerfs, à revivifier les tissus, à rétablir le métabolisme normal des globules sanguins, aussi bien que celui des neurones.

Les piqûres de néo-rhomnol sont indiquées dans toutes les variétés d'anémies, posthémorragiques, ou plasmatiques, de chloroses torpides, avec ou sans dysménorrhée, la leucémie, les engorgements ganglionnaires, le syndrome initial de la phtisie. Son emploi dans la neurasthénie, les névroses, et même certaines affections somatiques du cerveau et de la moelle, est bien fondé, parce que toujours admirablement toléré.

Cette excellente médication convient à tous les surmenés parce qu'elle relève toujours le potentiel énergétique. Elle est indiquée enfin dans tous les états dyscrasiques pour corser la résistance physique à la cachexie et relever les forces morales du patient : dans le diabète ancien (baisse du sucre et de l'azoturie, relèvement de la nutrition) ; dans le paludisme (action antipyrétique et reglobulisante, avec élimination des hématozoaires) ; dans les dyspepsies anciennes, la maigreur constitutionnelle, la scrofule, le cancer (principalement le lymphosarcome) ; les cachexies rhumatismale, goutteuse, albuminurique, phosphaturique, etc... ; les états consomptifs, l'ostéomyélite, la sénilité (la vieillesse, est une véritable maladie), l'arthrite déformante, certaines chorées, la grippe infectieuse, les migraines et névralgies rebelles, etc...

Tous les jours, une ampoule, deux dans les cas graves. Dans le cas d'impossibilité de l'administrer par la voie hypodermique, on peut verser le contenu de chaque ampoule dans un peu de liquide quelconque : l'effet sera peut-être moins prompt mais tout aussi efficace.

REVUE DES CONGRÈS

XIVe Congrès Français de Médecine.

(Bruxelles, 19-22 mai 1920).

M. A. MARÉCHAL,

Médecin honoraire de l'hôpital St-Josse de Bruxelles

Traitement méthodique de la tuberculose.

L'auteur préconise, comme méthode de traitement de la tuberculose pulmonaire, l'emploi simultané d'une tuberculine (injectée à doses minimes dans le but de réveiller les tendances défensives de l'organisme) et du phosphate de créosote ou phosote (en injections intra-musculaires).

L'action favorable des composés créosotés est due à la fois à une modification des sécrétions bronchiques et à une action antiseptique directe. Très démonstratives à cet égard sont les expériences d'Arloing et Courmont sur le sérum de chèvre ; en ajoutant ce sérum à une culture de bacilles tuberculeux, rien ne se produit ; mais si la chèvre a reçu des injections créosotées un certain temps, les bacilles sont agglutinés et précipités, preuve de l'atténuation de l'activité bacillaire.

L'auteur a fait choix du phosphate de créosote ou phosote en raison de sa facilité d'administration (les injections en sont des plus simples et totalement indolores) et de son innocuité (on s'abstiendra seulement d'administrer simultanément l'arsenic).

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

Législation française en vigueur sur l'Assistance et la Bienfaisance.

La Société internationale pour l'étude des questions d'assistance (49, rue Miromesnil) vient de faire paraître le tome II du recueil de textes, (lois, décrets, règlements) ayant rapport aux questions d'assistance et de bienfaisance.

Grâce à l'activité de M. Rondel, inspecteur général au Ministère de l'Hygiène publique, nous pouvons avoir sous la main et consulter rapidement ces deux volumes, lorsqu'il est nécessaire de se reporter au texte précis d'une loi ou d'un règlement.

Les grands chapitres sont : l'assistance en général (établissements publics de bienfaisance, œuvres charitables, etc.), les services de l'enfance (enfants assistés, protection des mineurs et des enfants moralement abandonnés, femmes en couches, familles nombreuses) ; les hôpitaux, les hospices, l'assistance à domicile, les aliénés, aveugles, monts de piété.

Disons enfin que les médecins qui auraient l'intention de concourir pour les postes d'inspecteurs des services administratifs y trouveront les textes des décrets des 16 et 17 janvier 1920.

Les deux volumes : 8 francs ; le tome II seul : 5 fr.

Librairie LE FRANÇOIS,
9 et 10, rue Casimir-Delavigne, Paris.

RENÉ CLOGNE. — **Guide pratique d'analyses de chimie biologique.**

Dans ce guide pratique d'analyses de chimie biologique, M. René Clogne réunit les procédés nouveaux épars dans les récents travaux. Parmi les nombreuses techniques, il a choisi les plus précises et les plus faciles. Chacune d'elles a été l'objet d'une vérification minutieuse, et il s'est efforcé de les mettre à la portée de tous en un langage clair indiquant le principe de la méthode, le matériel et les réactifs nécessaires pour effectuer le dosage suivant la technique exposée aussi simplement que possible.

Ce petit livre s'adresse particulièrement aux pharmaciens, qui sont, dans la pratique courante, les auxiliaires indispensables du médecin.

Grâce à lui, les chimistes renseigneront d'une façon plus exacte les médecins qui, ainsi, pourront en toute sécurité tirer de ces analyses les conclusions qui en découlent au point de vue clinique, et tout cela, pour le plus grand profit des malades qui sont confiés à leurs soins.

A. MALOINE ET FILS, EDITEURS
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr G. J. WITKOWSKI. — **La génération humaine 9e édition 1920.**

Cet ouvrage, qui fait partie de l'importante série des œuvres de vulgarisation para-médicale de l'auteur, est écrit autant pour les médecins que pour les gens du monde. L'auteur s'est appliqué à atténuer l'aridité des descriptions scientifiques, à l'aide d'anecdotes instructives et plaisantes, et a fait un livre agréable et utile.

Trois planches en couleurs découpées et superposées montrent l'anatomie des organes de la génération chez l'homme et chez la femme.

Dr Jean MOUTTET. — **De l'émétine.**

Pour l'auteur, le chlorhydrate d'émétine est un médicament toxique d'une innocuité absolue aux doses thérapeutiques.

La posologie est la suivante :

a) Adulte : 0,02 à 0,12 cgr.

b) Enfant : de 1/4 de cgr. à 0,02 cgr. (suivant l'âge).

Ne continuer que pendant cinq jours, avec un repos de six jours ; s'arrêter quand la somme des doses successives prises dans le mois égale un gramme.

Les deux voies d'administration de choix sont :

a) La voie hypodermique.

b) La voie rectale (pansement gélose-émétine : de M. le professeur Carnot).

Son action spécifique sur la dysenterie ne connaît que des succès.

Son pouvoir hémostatique est surtout remarquable dans la petite circulation (hémoptysies) et dans les hémorragies de la fièvre typhoïde.

Son action est également efficace dans les broncho-pneumonies infantiles.

Librairie GARNIER frères,
6, rue des Saints-Pères, Paris.

Dr P. PIRONNEAU. — **Comment élever nos bébés.**

« Un imprécieux devoir, dit l'auteur, nous impose de réparer l'horrible brèche créée par la guerre. Augmentons notre natalité et faisons tous nos efforts pour réduire la mortalité infantile. Tel est le but que se propose ce modeste précis. » Après lecture de l'ouvrage, nous pouvons affirmer sans crainte d'être contredit que l'auteur a atteint son but.

Le livre de Pironneau est indispensable à toutes les personnes qui veulent s'occuper de puériculture.

Revue des Thèses.

(*Thèse de Lyon.*)

M. H. Bousson. — **Du bicarbonate de soude dans le traitement des douleurs tardives de l'estomac.**

Pour A. Bousson, le bicarbonate de soude a, sur les douleurs tardives de l'estomac, une action analgésique qu'aucun autre médicament ne possède à un aussi haut point.

Les doses moyennes sont variables et difficiles à fixer, mais avec un régime approprié, elles sont peu élevées et leur action satisfaisante ; les doses fortes et prolongées, rarement nécessaires, ne produisent qu'exceptionnellement des troubles légers (diarrhée, accidents vésicaux, œdèmes, etc.) que la cessation du médicament fait disparaître.

Son emploi prolongé n'entraîne pas plus l'épuisement de la sécrétion gastrique qu'il ne développe l'hyperchlorhydrie.

Il est contre-indiqué chez les diabétiques atteints de lésions hépatiques ou ayant des tendances à l'œdème ou chez les brigthiques non en équilibre.

Dr Denis Ginoux. — **Un cas d'éclampsie mortelle de la grossesse à évolution rapide.**

Encore une affection rare. Sous cette forme à évolution rapide, l'indication d'un traitement chirurgical se pose ; l'auteur préconise la décapsulation des reins dans les cas d'anurie et la césarienne abdominale dans les cas de survie du fœtus.

(*Thèses de Montpellier.*)

Dr D. Buix. — **A propos d'un cas d'hématocèle anté-utérine.**

A propos de ce cas, Buix conclut qu'il peut exister un nouveau mode de localisation en avant de l'hématocèle, par suite d'adhérences épiploïques au fond de l'utérus et aux annexes, le Douglas étant resté perméable et libre d'adhérences et de caillots.

Dr Joseph Salvetti. — **Bactériothérapie anti-pneumococcique et anti-streptococcique. — Action prophylactique et curative.**

La bactériothérapie, dit Salvetti, doit être employée de façon précoce.

a) En injections sous-cutanées pour la vaccination préventive.

b) En injections intra-veineuses pour la vaccination curative.

Les streptococcémies s'accompagnent toujours d'un pronostic fatal. La vaccination doit donc être soit préventive, soit curative des infections localisées.

La bactériothérapie antipneumococcique sera surtout employée, prophylactiquement, à prémunir contre les complications éventuelles de certaines maladies infectieuses (rougeole, scarlatine, grippe, coqueluche).

A titre curatif, elle pourra donner d'excellents résultats dans le traitement des pneumococcies localisées. Elle pourra aussi et surtout être d'un précieux concours dans les septicémies à pneumocoques.

Dr Edouard Badier. — **Contribution à l'étude des lésions traumatiques des ménisques articulaires du genou.**

Travail intéressant : Badier montre que ces lésions sont fréquentes, qu'on ne doit pas les abandonner à elles-mêmes, car elles créent de pénibles infirmités.

L'indication opératoire est fonction du degré d'impotence. Elle est absolue dans les cas de lésions méniscales typiques et de formes chroniques récidivantes.

Dans tous les cas où l'indication s'impose, l'intervention de choix est la ménisectomie totale totale (technique réglée par Arrou).

Dr Marcel Guesné. — **Contribution à l'étude de la maladie de Volkmann.**

« La maladie de Volkmann, qu'on pourrait aussi bien appeler maladie de Guérin et Bouvier, est une affection facilement curable à la seule condition d'une thérapeutique précoce. Il n'est pas inutile d'y insister, malgré que nous ayons enregistré de fort beaux succès opératoires.

Le traitement ne diffère que peu du traitement des griffes. Mais le pronostic de l'affection au stade nécessitant une intervention sanglante doit être réservé. Le pronostic est bien plus favorable quand le traitement est institué dès l'apparition de la griffe ; on doit compter sur une guérison complète ».

G. S.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MUTUALITÉ FAMILIALE
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Lettres sur la Mutualité Familiale.

La Combinaison nouvelle donne 20 francs d'indemnité.

Les lettres continuent à m'arriver.

Le Dr V... écrit :

Vous avez, à plusieurs reprises, déclaré qu'il était impossible d'ouvrir la combinaison nouvelle sans avoir 300 adhésions. — Jamais vous n'obtiendrez ce chiffre : 1° parce qu'actuellement vous ne pouvez avoir que les adhésions de vos sociétaires anciens, 2° parce que vous dites vous-même que ces adhésions ne sont que provisoires et devront être renouvelées pour être fermes.

Rappelez-vous ce qui est arrivé lors de la création de l'*Amicale* : vous avez débuté à 56 et, à la fin de la première année, vous n'étiez que 167, et j'avoue que c'est ce qui m'a fait retarder un peu mon entrée.

Vous feriez mieux de déclarer que la combinaison nouvelle sera ouverte au 1er janvier 1922 et d'accepter dès maintenant les inscriptions. Vous fixeriez les cotisations d'une manière approximative et il serait entendu qu'au moment de l'ouverture les sociétaires devraient régulariser en conformité des chiffres fixés par l'Actuaire.

Le Dr V. est certainement dans le vrai et je me propose de soumettre sa lettre au Conseil d'Administration.

Si nous ne devons partir qu'à 300, nous ne partirons jamais : il faut que nous prouvions la possibilité du mouvement en marchant.

L'idée de fixer approximativement la cotisation, quitte à la rectifier au 1er janvier 1922, est également ingénieuse. On pourrait majorer de 25 % par exemple le barême de MA : un Sociétaire à 30 ans paierait ainsi $59 \times 2 + \left(\frac{59 \times 2}{4}\right) = 135$ francs. Au 1er janvier 1922, si le chiffre de l'actuaire était de 130 frs. on rendrait 5 francs au sociétaire ; s'il était de 140 frs, il verserait le complément de 5 francs.

Et, pour que la chose soit sérieuse, si le sociétaire renonçait à la combinaison nouvelle, son versement antérieur demeurerait acquis à la caisse.

Cela permettrait de faire partir les six mois de stage du 1er juillet 1921 et de donner le droit à l'indemnité dès le 1er janvier 1922.

C'est à voir.

Le Dr D... se préoccupe de la trop grande facilité avec laquelle sont délivrés certains certificats d'admission. Il prend texte de la mort du Dr F. et nous écrit que jamais ce confrère n'aurait dû être accepté.

Pourquoi les admissions ne seraient-elles pas conditionnelles pendant les six mois de stage ? Vous publieriez les noms des admis dans le *Concours Médical* et chacun aurait le droit de protester s'il le jugeait convenable. En cas de protestation, vous feriez une enquête et, s'il y avait lieu, vous annuleriez l'admission.

En somme, ce serait quelque chose comme ce qui se fait pour le *Sou Médical*.

L'idée est encore à retenir.

Si les six mois de stage paraissaient trop longs, on pourrait tout au moins prononcer l'admission provisoire à une séance du Conseil, publier les noms au *Concours Médical* — comme nous le faisons d'ailleurs — et à la séance suivante du Conseil, c'est-à-dire au bout de 3 mois, statuer d'une manière définitive.

Ce serait certes une garantie, à la condition toutefois que nos sociétaires veuillent bien lire les procès-verbaux de la société... et Mignon pourrait vous dire que nombre d'entre eux ne les lisent pas.

Un autre aspect de la question :

Le Dr G., approuve des deux mains la création d'une Combinaison IM, mais regrette qu'elle soit limitée à 65 ans :

Songez au malheureux chronique, qui aura pu se tirer d'affaire avec les 200 francs mensuels que lui aura alloués la nouvelle combinaison IM et qui, arrivé à 65 ans, se trouvera du jour au lendemain privé de cette ressource qui lui était indispensable ?

Et notre confrère invoque les sentiments de confraternité, d'humanité même.

Il aurait raison si ces sentiments étaient capables de se matérialiser en billets de banque, mais il ne sait que trop qu'il n'en est rien. Ce qu'il dit de la combinaison IM il pourrait le dire — et en fait il le dit — de la Combinaison MA dont les membres à 65 ans sont privés du jour au lendemain des 1.200 francs des chroniques.

Qu'il veuille bien se rappeler que, si nous avons fermé la Combinaison B, c'est qu'elle nous avait paru dangereuse.

A partir de 65 ans, il est fort difficile de séparer ce qui revient à la maladie de ce qui est inhérent à l'âge, de sorte que prolonger l'indemnité maladie durant la vie tout entière équivalait à donner à tous ou à peu près une pension viagère de 1.200 francs.

Et c'est pour cette raison que, fermant la Combinaison B, nous ouvrions du même coup la Combinaison C — actuellement MA + R — donnant l'indemnité maladie jusqu'à 65 ans et remplaçant celle-ci par la pension viagère le lendemain même du jour où cette indemnité se trouvait supprimée.

Qu'on me permette de le redire : c'est là la combinaison de choix, c'est celle que l'immense majorité des sociétaires devrait réclamer, c'est celle qui leur offre le plus de sécurité — et elle compte 200 membres !

Si, comme elle le devrait, elle en compait mille, nous pourrions envisager la pension de 2.400 francs.

Qu'attendent donc nos confrères ? Se figurent-ils que, par ces temps aussi difficiles qu'imprévus, les alouettes leur tomberont toutes rôties ?

A. Gassot.

L'AGENDA-MEMENTO DU PRATICIEN formera un volume de 850 pages environ, in-8° raisin, soigneusement relié.



La 6e Édition de ***L'Agenda-Memento du Praticien*** paraîtra vers le 1er DÉCEMBRE 1920 et sera envoyée à tous les souscripteurs (15 fr. pour les abonnés) qui se seront fait inscrire avant le 1er AOUT 1920 (dernier délai).

L'Agenda-Memento du Praticien

Volume relié de plus de 850 pages, format in-8° raisin se composant de deux parties :

1° Le ***Memento***, recueil de tous les documents professionnels indispensables au praticien dont ci-dessous le sommaire résumé ;

2° L'***Agenda***, comprenant une page entière pour chaque jour sur papier spécial à registre, réglé en 2 couleurs permettant au médecin d'y mentionner tous ses actes journaliers. Un répertoire alphabétique termine cette partie.

SOMMAIRE

NOTA. — Nous publions ci-dessous le sommaire des questions traitées dans les éditions antérieures et dont une grande partie trouvera place ou sera résumée dans notre édition de 1921.

BULLETIN DE SOUSCRIPTION
à l'AGENDA-MEMENTO DU PRATICIEN
(ÉDITION 1921)
qui sera envoyé vers le 15 décembre 1920.

NOTA. — LA SOUSCRIPTION SERA CLOSE IRRÉVOCABLEMENT LE 1er AOUT 1920.

Le soussigné (noms et prénoms)..

....*Abonné au* **Concours Médical** (1)

médecin à...*dép. de*..............

*désire recevoir l'***Agenda-Memento du Praticien** *édition* 1921 *et*

(2) 1° *Envoie ci-inclus le montant de sa souscription en un mandat de* **Quinze francs.**
2° *Verse le montant au compte de chèques Postaux n°* 167.95 *Paris.*
3° *Demande que le montant de sa souscription soit recouvré par la poste* (16 *fr. frais compris*).

A..., *le*.......................... 1920.

SIGNATURE :

(1) *Pour les non abonnés, le prix de l'***Agenda Memento** *est de* 20 *fr.*
(2) *Biffer la mention qui ne convient pas.*

Adresser les lettres et mandats avant le 1er août 1920, à M. C. **Boulanger**, administrateur du *Concours Médical*, 132, rue du faubourg Saint-Denis, Paris, 10e arr.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

L'encombrement.

Le confrère Goyon a remarquablement étalé la gêne médicale due à l'encombrement. (Je me refuse à employer le terme « pléthore » qui est un barbarisme médical, car nous sommes effroyablement cachectiques.)

Notre sympathique camarade propose à cette maladie plusieurs cataplasmes auxquels nous souscrivons tous : « union corporative, lutte de longue haleine, mise en demeure de se démasquer ; pas de neutralité ; avec ou pour nous !.! deux camps nettement aux prises ! »

Ceci me plaît et j'applaudis Goyon qui a du biceps. Mais nous sommes toujours dans les limbes inefficaces du traitement symptomatique. Bien entendu, il n'est pas question un seul instant de la saignée : le fisc s'en charge !

Mais je réclame un traitement préventif, seul capable de sauver la profession médicale en pleine asphyxie. Je suis d'autant plus à l'aise que je ne parle pas pour moi, mais pour un avenir que notre génération ne verra nullement. Nous exerçons au pire moment et nous sommes tous sûrs de crever en pleine pléthore (la pléthore des maigres, hein !)

Le tassement ne se fera que lorsque nous serons depuis longtemps disparus.

Ce n'est pas une raison pour se désintéresser de l'amélioration du métier. Nos arrière-neveux nous devront une petite fleur de reconnaissance.

Or, ce qui nous perd, c'est le consentement scandaleux où nous sommes tous de passer pour riches aux yeux des populations. Si nous émettons la moindre plainte, l'interlocuteur plein d'incompétence nous interrompt, toujours de la même façon, goguenarde à giffler.

« Allons ! docteur, vous avez bien les moyens ! »

Et nous avons la faiblesse criminelle de ne pas dire «non» avec véhémence, de ne pas sauter sur l'imposteur stupide, par respect humain, par peur de perdre je ne sais quel prestige.

Et bien non ! Il faut que nous proclamions ailleurs que dans les journaux médicaux, c'est-à-dire dans le public, dans la presse, dans les institutions et lycées, la gêne médicale et notre avenir misérable lorsque les Facultés vont avoir déversé la fourmilière d'étudiants en médecine à travers le pays !! (1).

Il ne faut pas que des farceurs puissent impudemment semer le sophisme menteur de l'opulence médicale, pour grossir l'étouffante cohorte des aspirants. Parbleu ! tout le monde a envie de goûter ce plat fameux vanté par tous et jamais décrié !!

Au lieu des petits gestes d'acquiescement complices (où pointe quelque fatuité) accordés aux flatteurs ou envieux, aux tapeurs surtout, qui feignent de s'ébahir devant notre veine et notre fortune inexistantes, nous devons protester avec énergie, doucher l'enthousiasme effarant de tous les jeunes bacheliers en mal de médecine.

Toutes autres considérations que l'état de misère en perspective seront insuffisantes pour arrêter la vocation impérative du jeune collégien vis-à-vis de la médecine.

Parlez-lui du service de nuit, de la garde perpétuelle, des séances d'accouchement, des mésaventures réservées par la locomotion : il est sourd d'une oreille et de l'autre, ne veut rien entendre.

N'a-t-il pas vu ses parents et la rumeur publique accabler de tous les bienfaits paradisiaques le médecin du pays qui ne disait pas non ?

Mais, si vous lui prouvez mathématiquement qu'il va végéter, là seulement vous aurez fait œuvre utile.

Or, il faudrait pour trouver les accents pathétiques impressionnants, le véritable cri de détresse, la plume d'un qui souffre avec intensité cette gêne dont parle Goyon ! Il n'est pas toujours facile d'exécuter les gestes du naufragé avec le réalisme palpitant qui conviendrait pour convaincre.

Car il s'agit, autrement que par comédie, de substituer à l'envie qui active l'émulation, la pitié qui préserve des becs de gaz.

Quel est donc le maigre crucifié qui viendra plaider la cause douloureuse qui serait sienne ?

Tous sont absorbés par d'autres besognes et considèrent comme vaines toutes les tentatives extra professionnelles. C'est là l'erreur et le précipice !

Il est urgent que l'ancien projet Duchesne, à qui il fait honneur, soit remis sur le tapis, c'est-à-dire par tous les moyens à notre disposition, bourrage implacable et bienfaisant des crânes des lycéens, collégiens, nourrissons, s'il le faut.

Prouver carrément aux quatre coins du monde que la médecine est archi-bondée, pour un siècle, démonétisée, vidée.

Publier (sans les noms des victimes bien entendu) le livre d'or des faillites médicales, la longue théorie des veuves sans le sou, etc.

Et s'il n'y a qu'un type pour gémir assez haut pour être entendu et compris, je veux bien être celui-là.

« Voyons, docteur, vous avez tout de même bien les moyens ! ».

COLLIGNON.

(1) 380 externes au dernier concours !!

II

Groupe médical parlementaire.

Le groupe médical parlementaire s'est réuni le 21 mai, au Sénat, sous la présidence du Dr Chauveau.

M. le sénateur Goy lit et commente le rapport très étudié qu'il a fait sur la proposition de loi votée par le Sénat, tendant à combattre la dépopulation, notamment par la répression de l'avortement criminel.

L'honorable sénateur expose que la répression de l'avortement criminel ne pourra à elle seule relever le taux de notre natalité. D'autres moyens sont à entrevoir, notamment l'extension du machinisme, la naturalisation des étrangers, la lutte contre les diverses causes de mortalité. Il faudra également songer à venir en aide aux familles nombreuses, et faire pour elles plus qu'il n'a été fait jusqu'à ce jour.

Cependant il ne faut pas méconnaître la nécessité majeure et urgente de voter la loi tendant à réprimer l'avortement criminel.

L'honorable sénateur passe en revue et compare le texte voté par le Sénat et celui du rapporteur de cette loi à la Chambre.

A propos de l'art. 2, le Dr Merlin demande la suppression du mot *sage-femme*. Il ne faut accorder qu'aux seuls docteurs en médecine le droit de diriger effectivement les maisons d'accouchement (*Adopté*).

Relativement aux articles 5, 6, 7, 8, votés par le Sénat, M. Goy propose de maintenir ce texte, celui proposé à la Chambre n'ajoutant rien à celui du Sénat.

A l'unanimité, le Groupe est d'avis qu'il n'y a pas lieu de toucher au secret médical et de reprendre l'article écarté par le Sénat. Le secret médical doit rester strictement, absolument hors d'atteinte.

A propos de l'article 15 (Art. 14 du rapport Lafarge) le Groupe, sur la proposition du Dr Goy, décide de demander la modification du texte, afin de donner aux médecins et sages-femmes toutes garanties contre les dénonciations calomnieuses, le chantage, dont ils pourraient être l'objet, si l'excuse absolutoire, admise par le Sénat, était également votée par la Chambre.

Quelques membres du Groupe demandent la suppression pure et simple de cet article. Après une discussion assez longue, cette suppression est votée à la majorité.

Le Groupe charge le Dr Gilbert Laurent de défendre à la Chambre les décisions prises par le groupe médical.

Le Groupe entend ensuite une délégation de l'Union des Syndicats médicaux à propos de l'art. 64 de la loi des pensions.

M. le Dr Lafontaine fait l'historique du conflit survenu entre l'Administration et les Syndicats médicaux à propos de l'interprétation à donner aux mots « après entente » inscrits dans la loi.

Le Président remercie MM. Lafontaine et Quivy d'avoir mis au courant des pourparlers entamés le Groupe médical, qui pourra au besoin intervenir ultérieurement.

Le Secrétaire Général donne ensuite lecture de diverses lettres, vœux et communications émanant de confrères ou de syndicats médicaux.

III

Syndicat médical de l'arrondissement de Caen.

(22 *mai* 1920.)

Rapport du président sur la question de l'A. M. G. : démarches du bureau du Syndicat, bienveillance préfectorale, avis de la Commission des finances départementales favorable à nos réclamations, vote par le Conseil général des crédits nécessaires pour que la visite soit payée 3 francs, la consultation 2 francs, l'indemnité kilométrique 1 franc par kilomètre parcouru.

Le Syndicat émet le vœu qu'au point de vue impôts et taxe de luxe, l'automobile médicale soit considérée comme un instrument de travail.

Une Commission composée des membres du bureau et des Drs Osmont, chirurgien, Quermonne, médecin, Gosselin, radiologue, Leroux, oculiste, est chargée d'élaborer le tarif à appliquer aux bénéficiaires de la loi des pensions dans le département.

AUTOMOBILISME PRATIQUE

Le véhicule médical en 1920, 1921...

Nous voudrions vous présenter une belle conduite intérieure, avec dimensions généreuses, avec des petits boutons pour l'éclairage et le démarrage, 4 vitesses, silencieuse, rapide, coffres spéciaux, etc.... hélas !

Nous avons cherché partout, plaidé chaleureusement notre cause, discuté chiffres en mains au nom de beaucoup de confrères lecteurs du *Concours*, qui nous avaient donné mission de trouver l'objet rare à un prix abordable ; il nous a fallu nous incliner devant les événements, la crise des matières premières, la cherté de la main-d'œuvre et une foule de contingences que nous ne pouvions modifier. Le modèle idéal existe certes, à de nombreux exemplaires, mais

il n'est pas pour nous ; indépendamment du prix d'achat, qui est fantastique, l'entretien est actuellement prohibitif pour le praticien moyen, comme on nous le confirme de tous côtés. Cependant, si vous gagnez trois fois et demi plus qu'avant-guerre, commandez la conduite intérieure 10-12 HP, vous vous en tirerez juste.... Sinon, rabaissez proportionnellement vos prétentions.

Il est triste de le dire, mais le médecin est un très mauvais gérant de son affaire ; il ne sait pas la valeur de l'argent et de sa science ; il sème à tous les vents, pour presque rien relativement, des trésors inestimables amassés peu à peu au prix de beaucoup de fatigues et de privations, et de cette prodigalité personne ne lui en sait gré, personne ne s'en rend compte, même ; le médecin va, admirable d'idéalisme, respecté par une élite, certes, mais critiqué par la majorité, jusqu'au jour où la maladie, la vieillesse, l'arrêtent dans sa tâche sublime, écœuré toujours par la méchanceté universelle, résigné parfois, et traînant trop souvent la misère en famille, ce qui est plus grave, car notre premier devoir, avant de combler de bienfaits les étrangers, est de penser aux nôtres, femme, enfants, parents, à notre charge....

Nous les oublions et en cela nous sommes fautifs, car ce triste tableau c'est nous qui l'avons brossé par notre timidité inconcevable, nos sottes rivalités et notre jobardise.

Frappons-nous bien fort la poitrine, chers confrères, si nous trouvons les temps durs actuellement, c'est notre faute, notre très grande faute : la place très importante que nous devrions occuper dans la Société, nous l'avons laissé usurper trop facilement par de moins dignes que nous, beaux parleurs sans fond, qui nous écrasent de leur mépris en nous voyant, humbles et gênés, nous traîner le long des routes à bicyclette, à pied, ou en « tacot », gelés en hiver, ruisselants de sueur en été, bref l'allure d'un parent pauvre quand nous pénétrons dans une famille simplement aisée. Non, encore une fois, nous ne sommes pas à la hauteur de notre profession et il est grand temps de réagir ; estimons-nous à notre valeur réelle et groupons-nous, le *Concours* nous montre le chemin....

Aux contacts réciproques, les timorés prendront de l'énergie, les violents un peu de modération et nous ne désespérons pas que vers 1925... la conduite intérieure idéale soit enfin possible pour la majorité.

En attendant, il faut nous contenter d'un modèle réduit pour plusieurs raisons : l'idéal a une limite inférieure d'achat d'environ 25 à 30 mille francs, qui est encore trop élevée pour nous ; ensuite, le prix de revient kilométrique, comme nous le disions plus haut : un franc cinquante, à condition de n'avoir aucune panne sérieuse ni incidents, et des matières premières qualité 1914 ce qui est assez rare...

Donc, nous avons reçu des centaines de lettres confraternelles d'heureux possesseurs d'une belle voiture qui viennent nous dire qu'ils ne peuvent plus continuer : pénurie et cherté de l'essence, pneumatiques de même, etc., etc... vous voyez comme c'est drôle, alors que des milliers d'épiciers ou brocanteurs retirés des affaires en trouvent, eux, de l'essence et des pneus pour leur quarante chevaux. Remarquez que nous ne conseillons pas d'agir avec le « sans-gène » de ces Messieurs, la médecine ne doit pas s'abaisser au rang d'un vulgaire commerce, mais, entre la bicyclette et la quarante chevaux, il nous semble qu'il y a une lacune et que nous pourrions la combler tout en restant en paix avec notre conscience. Nous n'osons pas exiger le prix de notre travail réel ? soit, alors tombons dans le genre modeste en harmonie avec nos prétentions...

L'année dernière, dans cette rubrique, nous parlions de la combinaison suivante : avoir une bicyclette pour les petites courses, une bonne moto moderne pour le beau temps — se reporter à nos articles précédents pour la question moto — et une voiturette de 7 à 8.000. A cette époque, pour ce prix, on avait presque une vraie voiturette classique, 4 cylindres, radiateur, carrosserie très confortable ; depuis, on nous tient la dragée plus haute... Cependant nos ressources sont sensiblement les mêmes. Nous voilà donc obligés de rechercher ce que nous pourrons avoir à ce degré de l'échelle et un peu au-dessous. Le manque de charbon ne fera pas baisser avant 2 ans, si tout va.

Nous constatons avec plaisir que certains constructeurs français ne trouvent plus ridicule de se consacrer aux « toutes-petites » dont on trouve déjà au moins cinquante modèles intéressants en Angleterre. Chez nous, nous avons actuellement, ou sous peu, le choix entre une vingtaine.

Naturellement presque toutes les solutions ont été réalisées et nous allons passer en revue les différents systèmes dont les défauts et qualités seront exposés au grand jour. Nous avons recueilli suffisamment de documents et d'expérience pour avoir une opinion ferme.

Donc, pour qui veut arriver au plus bas prix d'achat et d'entretien, les trois roues peuvent convenir ; nous avons assez longuement étudié cette question pour ne plus en parler en détail ; nous signalerons seulement, à titre exceptionnel, sous toutes réserves, qu'une petite conduite intérieure vient d'être conçue avec une roue avant, deux roues arrière ; vous voyez qu'on ne doute plus de rien ; n'en ayant vu que des gravures nous n'irons pas plus avant dans notre appréciation ; nos confrères parisiens n'ont qu'à se former une

opinion plus complète en attendant que nous puissions goûter et comparer.

Jusqu'à plus ample informé nous préférons des quatre roues.

Pour les châssis proprement dits, il n'y a pas eu grand'chose à supprimer ou à changer par rapport aux modèles classiques ; on a cependant parfois fait un tout de la carrosserie et du bâti, ce qui est évidemment une simplification, très louable si l'on a eu soin de respecter l'accessibilité de la substructure. Mais ces modèles, vus au salon 1919, ne font plus parler d'eux... ou pas encore ; attendons donc pour juger.

Quant aux dimensions du châssis, nous avons constaté que pour ne pas avoir une allure trop mesquine 2 m. 40 ou 2 m. 50 d'empattement étaient nécessaires. Beaucoup de constructeurs l'ont compris et nous avons plusieurs types dans ces dimensions. Du reste, on a intérêt à allonger l'empattement au point de vue d'une qualité que nous apprécions particulièrement : celle de la bonne suspension ; plus un châssis est court, plus il est difficile de donner aux ressorts la longueur suffisante pour une élasticité convenable ; de plus, en étant assis assez loin de l'aplomb des roues arrière, on ressent moins les réactions presque inévitables avec les routes actuelles.

Nous reparlerons plus en détail de la question suspension — de grande importanee — esquissons d'abord l'ensemble.

(*A suivre.*)

Dr VAUBERCEY.
Miribel (Ain).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations.

— **Office public d'hygiène sociale.** — Un concours pour la nomination de médecins attachés à l'Office public d'Hygiène sociale du département de la Seine-Inférieure (section tuberculose) aura lieu à Paris, au début du mois d'août 1920.

Ce concours se terminera par l'établissement d'une liste de présentation de cinq candidats dont le premier entrera en fonctions le 1er octobre 1920 ; les autres pourront être appelés au fur et à mesure des besoins et le seront d'après l'ordre de classement. L'Office s'interdit l'organisation de tout nouveau concours avant épuisement de la liste ainsi établie.

Les médecins nommés seront, entre autres, chargés de la direction des Centres d'examen médical créés ou agréés par l'Office. Ils devront prendre l'engagement de renoncer à toute clientèle.

Après un stage maximum d'un an, ils pourront être titularisés. Pendant la durée du stage, ils recevront une indemnité calculée sur le taux de 12.000 francs par an, ainsi qu'une indemnité de logement de 100 francs par mois.

Après titularisation, leur traitement est ainsi fixé :

3e classe..... 14.000 frs
2e classe..... 16.000 frs (après 2 ans de 3e cl.).
1re classe..... 18.000 frs (après 3 ans de 2e cl.).

L'Office envisage dès maintenant la création ultérieure d'une classe exceptionnelle et d'une hors classe.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Préfecture (Inspection des Services d'Hygiène), à ROUEN.

Le registre d'inscription sera clos le 14 juillet 1920.

— **Visites en France des médecins espagnols.** Sous la direction du Dr J. NUNEZ GRIMALDOS, de Madrid, directeur et rédacteur en chef de *Los Progresos de la Clinica* et de *Plus ultra*, deux des plus importantes revues médicales d'Espagne, un premier groupe de médecins espagnols vient de se rendre en France et de visiter la Faculté de médecine de Paris, l'Institut Pasteur, la nouvelle Pitié et les champs de bataille de la Champagne et de l'Aisne.

Ils ont été reçus à la Faculté de médecine, par le Doyen, le prof. Roger, entouré des professeurs Delbet, Broca, Bernard, Brindeau et Desprez, à l'Institut Pasteur par MM. Veillon et Pettit, à la Pitié par M. Arrou et à Lariboisière par M. Pierre Duval.

Le programme de propagande pro-française du Dr Nunez Grimaldos ne doit pas se limiter à ce premier effort. D'autres voyages de médecins espagnols succéderont à celui-ci. D'ores et déjà, nous pouvons en annoncer un second pour septembre prochain et cette fois, son désir est d'organiser simultanément des cours de perfectionnement, à Paris, pour un certain nombre de spécialités médicales, à l'usage des médecins et étudiants espagnols. A cet effet, il a pressenti quelques-uns de nos maîtres qui se sont empressés de répondre à son appel.

Nous espérons qu'un succès mérité couronnera l'œuvre de notre confrère madrilène, dont l'initiative sera très sympathiquement accueillie en France.

— **Hospices civils de Reims.** — *Concours* pour la nomination d'internes en médecine à l'Hôpital civil de Reims. — Un concours pour procéder à la nomination de *trois* internes en médecine s'ouvrira à l'Hôpital Civil de Reims le lundi 19 juillet 1920, à 8 heures du matin.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MEDICAL »

ANNEE 1920

1er Semestre

Cette table contient quatre parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Auteurs des articles scientifiques et professionnels. — IV. Jurisprudence médicale.

I

Partie Scientifique

A

H

I

J

K

L

M

N

T

U

V

Z

II
Partie Professionnelle

III

NOMS DES AUTEURS

IV

Jurisprudence médicale

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON (THIRON et FRANJOU, Successeurs).

Il y a lieu d'appliquer ce tarif spécial, suivant les indications données par le syndicat des oculistes français (*Bulletin Officiel* d'octobre 1919) ainsi qu'il suit :

Examen du blessé (Art. 14 A 1)	3 fr.
Certificat initial (Art. 9)	2 fr.
Anesthésie locale (Art. 10 B 2).	6 fr.
Extraction de corps étranger (Art. 14 A 2)...............	5 fr.
	16 fr.
Majoration de 100 %	16 fr.
Total...	32 fr.

Chirurgie esthétique.

La correction des rides du visage.

Mon cher Confrère,

Dans l'article signé G. S., paru le 30 mai dans le *Concours Médical*, page 1402, sur : « La correction des rides du visage », vous semblez à la fois vous intéresser aux recherches faites par les chirurgiens pour poursuivre l'esthétique, et regretter que les efforts chirurgicaux ne soient pas plus actifs pour y parvenir.

L'avant-guerre est déjà bien loin, et c'est pourquoi vous avez oublié, je pense, les efforts multiples que j'ai faits pour faire connaître les avantages de la laparotomie transversale sus-pubienne pour toutes les opérations abdominales sous-ombilicales. Permettez-moi donc de vous rappeler mes articles publiés, soit seul, soit en collaboration avec mon ami Robert Engel sur cette question qui, depuis 1912, me passionne : *Gazette médicale de Paris*, 13 mars 1912 et 21 mai 1913 ; *Tablettes médicales Mobiles*, 16 septembre - 1er oct. 1912 ; *Gazette des Hôpitaux*, 7 juin 1913.

Depuis la guerre, j'ai repris la question et le dernier CONGRÈS DE CHIRURGIE d'octobre 1919 a accueilli avec faveur ma communication sur ce sujet. Depuis, j'ai eu la joie d'apprendre que nombre de chirurgiens, et parmi eux Pauchet, ont adopté définitivement cette méthode de cœliotomie.

Le même Congrès de Chirurgie a enregistré la présentation de ma tige souple pour l'extraction des varices par 2 boutonnières cutanées pratiquées l'une au-dessus de la malléole, l'autre au niveau du triangle de Scarpa et qui suffisent pour pratiquer l'ablation d'une saphène variqueuse sur toute sa longueur.

Je n'ai pas encore eu le loisir de publier les techniques que je suis pour la restauration des seins, soit à la suite d'extraction d'adénomes, soit simplement dans un but esthétique de redressement, non plus que celle que j'ai employée pour la réduction des abdomens en tablier, toutes publications que je ferai sitôt que j'en pourrai produire un nombre suffisamment important de cas.

Je suis certain que vous vous empresserez de faire connaître à nos confrères, par la même voie que celle dans laquelle vous avez exprimé vos regrets, les efforts d'un de ceux que vous souhaitez voir apparaître.

Dr Marcel Sénéchal,
de Paris.

Les soins médicaux aux pensionnés de guerre.

Pour les soins à donner aux victimes de la guerre, le libre choix existe ; mais le médecin appelé sera-t-il, comme dans les règlements d'assistance, rémunéré au Tarif du médecin le plus rapproché du malade ?

Je ne le pense pas, parce que ce serait, en somme, annihiler le libre choix.

Dans l'hypothèse contraire, où s'arrête le libre choix ? Il n'est point rare, dans nos clientèles de campagne, d'avoir de fidèles clients à 12 ou 15 kilomètres, qui ont un confrère à leur porte.

Combien de kilomètres l'administration sera-t-elle disposée à nous payer ?

Jusqu'ici, nous nous rendons au coup de téléphone de nos clients éloignés ; mais nous ferons peut-être la gaffe.

Nous serions reconnaissant au *Concours Médical* de bien vouloir nous documenter à ce sujet.

Dr C.

Réponse.

Le libre choix exercé par un malade qui honore lui-même son médecin n'a d'autres limites que des considérations d'ordre matériel.

On conçoit très bien, en théorie, qu'un habitant d'une ville de province choisisse son médecin à Paris, à Lyon, à Marseille, à Bordeaux... Si celui-ci répond à l'appel qui lui est adressé, ce n'est plus qu'une question d'honoraires.

Mais il n'en est plus de même si le malade appartient à une collectivité ou à une catégorie de bénéficiaires pour lesquels tout ou partie des honoraires médicaux sont payés par un tiers responsable.

Dans ce cas, le tiers responsable, celui qui paie, a, à notre avis, le droit de limiter le libre choix de ses ressortissants aux seuls médecins de la localité qu'ils habitent, ou la plus rapprochée d'eux.

Si ces malades n'entendent pas se borner à ce choix limité, et prétendent appeler un médecin éloigné, c'est à eux qu'il appartient de payer à ce médecin la différence entre les honoraires qu'il réclame et ceux qui seraient dus et payés au médecin le plus rapproché.

Prix de journée des indigents admis dans un hôpital privé.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner quelques renseignements concernant l'assistance médicale gratuite au sujet des faits ci-dessous :

Chirurgien-chef d'un hôpital particulier appartenant à une Société, j'ai le droit d'y admettre des malades payants.

Notre hôpital n'a aucune attache ni avec la commune, ni avec le bureau de bienfaisance.

On nous amène de temps à autre des blessés par explosifs, vous savez que cet accident est assez fréquent dans nos pays dévastés ; d'autre part, on nous amène aussi des cas urgents, hernie étranglée, ostéomyélite, adéno-phlegmon, grossesse extra-utérine rompue, etc... qu'il m'est impossible de renvoyer sans les opérer sous peine de commettre un crime contre l'humanité.

Le prix de l'hospitalisation de notre hôpital en salle commune est de 8 francs par jour, plus 30 fr. de droit d'entrée.

La Préfecture nous offre 7 francs par jour, tout compris, après décision du Conseil Général, qui fournit la même rémunération aux hospitalisés de la Croix-Rouge dans des baraquements où il est impossible de faire la grande chirurgie.

Quels sont nos droits vis-à-vis de la Préfecture au point de vue des frais d'hospitalisation et auss des honoraires du chirurgien et de ses aides ?

Le cas suivant, par exemple, se présente : hernie étranglée datant de 5 jours, sphacèle de l'intestin, sphacèle de l'épiploon et du tissu cellulaire souscutané.

J'ai dû faire :

1° Une kélotomie ;
2° Une résection de 20 cm. d'intestin grêle ;
3° Une résection assez étendue d'épiploon.

J'ai déjà envoyé à la Préfecture des notes d'hospitalisation concernant 6 blessés : 4 blessés par explosif, un adéno-phlegmon suppuré et un érysipèle.

La Préfecture me répond par la note dont copie ci-jointe.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir m'indiquer quels sont mes droits et quelle est la direction à suivre pour les faire valoir. Dr C.

PRÉFECTURE DU P...

NOTE.

Le 10 avril 1920.

Les états de frais ci-joints sont transmis à M. le Sous-Préfet de B., en le priant de bien vouloir faire connaître à M. le Directeur de l'Hôpital D. à H., que les frais d'hospitalisation des indigents repris sur lesdits états ayant été engagés irrégulièrement, il

nous est impossible de les faire supporter par le service de l'assistance médicale gratuite conformément à la délibération du Conseil Général en date du 25 septembre 1913.

Réponse.

Pour sa réponse, le préfet doit s'appuyer sur les termes de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite.

En effet, l'article 3 de cette loi spécifie que « toute commune est rattachée, pour le traitement de ses malades, à un ou plusieurs hôpitaux les plus voisins. »

Il faudrait donc savoir si votre hôpital a accepté d'hospitaliser les indigents de la commune et des communes voisines. Si oui, le prix d'hospitalisation est prévu par l'article 24 de la même loi modifié par la loi de finances du 28 juin 1918: « le prix de journée des malades, placés dans les hôpitaux, aux frais de la commune, des départements ou de l'État, est réglé par arrêté du préfet, sur la proposition des commissions administratives de ces établissements et après avis du conseil général du département, sans qu'on puisse imposer un prix de journée inférieur à la moyenne du prix de revient constaté pendant la dernière année. »

Tout le problème revient à savoir s'il existe des conventions quelconques de votre hôpital avec la préfecture, au sujet de l'hospitalisation des malades indigents urgents.

Si non, il me semble difficile de forcer le préfet à ordonnancer des dépenses non prévues au budget départemental. Vous invoquez le cas d'extrême urgence, disant que ces malades sont hospitalisés dans votre établissement par raison d'humanité. Il est craindre que, si l'administration de votre hôpital est louée pour sa charité et son esprit de solidarité, elle ne puisse pécuniairement toucher plus que ne le comporte le règlement départemental.

Bien entendu, la réponse ci-dessus s'applique au cas d'hospitalisation d'indigents. Mais vous parlez de blessures. Sont-ce des accidents du travail ? Si oui, comme il s'agit d'un hôpital privé, faisant fonction de clinique, de maison de santé, la jurisprudence admet que ces blessés de l'industrie doivent payer les prix fixés par la clinique et non le « tout compris » de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905. Veuillez nous préciser ce point.

Dr P. B.

Les fournitures pharmaceutiques aux pensionnés de la guerre.

J'ai l'honneur de vous donner communication de la lettre ci-jointe, que M. le Préfet du Finistère a bien voulu m'adresser en réponse à une demande de renseignements que j'avais formulée à la date du 5 juin.

Les détails de cette lettre pourront peut-être intéresser les médecins en général, et les pro-pharmaciens en particulier.

Dr H. MAGNE.

PRÉFECTURE DU FINISTÈRE — CONTROLE DES SERVICES D'ASSISTANCE —

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE —

Quimper, le 8 juin 1920

Monsieur le Docteur,

En réponse à votre lettre en date du 5 juin courant, j'ai l'honneur de vous faire connaître que les médecins pro-pharmaciens sont autorisés à délivrer des médicaments aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919. Le tarif relatif aux honoraires médicaux et pharmaceutiques n'est pas encore établi, toutefois le tarif pharmaceutique adopté provisoirement est celui du syndicat des pharmaciens de la Seine avec ses bulletins de variations. C'est d'après ce tarif que vous pouvez, dès à présent, établir vos mémoires. Un tarif départemental pour les soins médicaux doit être établi dans quelques jours d'accord avec les délégués des syndicats de médecins du Finistère. Dès que ce tarif aura reçu l'approbation ministérielle, je m'empresserai de le porter à votre connaissance afin de vous permettre d'établir vos mémoires dans le plus bref délai. A ces mémoires devront être joints les bons extraits du carnet à souches et les billets d'assistance médicale gratuite provisoirement employés à cette fin.

D'autre part, il a été décidé que les spécialités, autres que : jus de viande, produits opothérapiques, sérums et vaccins, ne devaient plus être délivrées ; toutefois, les spécialités qui ont été prescrites antérieurement à cette décision seront payées par le service des soins gratuits aux victimes de la guerre.

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, etc.

Le Préfet,

Pour le Préfet :

Le conseiller de préfecture délégué.

Monsieur le docteur Magne à Locronan.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement du rhumatisme aigü.

Si l'urine ne contient ni sucre ni albumine :

1° Chaque jour, injection d'*un* centimètre cube de la solution suivante, pendant une semaine :

Colchicine cristallisée......	0,06 centig.
Alcool à 90°...............	5 grammes.
Eau distil. bouillie stérilisée,	30 cmc.

2° Friction, suivie d'un enveloppement au taffetas chiffon et ouate, à l'aide du liniment ci-après :

Acide salicylique...........	5 gr.
Essence de térébenthine.....	2 gr. 50
Essence de lavande.........	2 gr. 50
Menthol.................	0 gr. 50
Lanoline..................	10 gr.
Axonge benzoïnée	30 gr.

4 cuillerées à bouche par jour, prises une heure avant ou 3 heures après les repas, de la potion filtrée ci-dessous :

Teinture de semences de colchique..................	5 gr.
Teinture de racine d'aconit...	2 gr.
Aspirine..................	5 gr.
Rhum.....................	30 gr.
Sirop d'anis..............	ãã 75 cmc.
Hydrolat de menthe	

Boisson unique : 2 litres de lait par jour coupés pour 1/5 d'eau de Vichy ou de Vals, 3 litres de liquide *pro die*. Ni bière, ni vin, ni café, ni liqueurs. Alimentation exclusivement végétarienne avec tolérance de 2 œufs très frais. Riz, nouilles, macaroni, purées de pommes de terre, carottes, salsifis, légumes verts. Ni pois, ni haricots, ni lentilles.

Chaque soir, soit avant le souper, soit 4 heures 1/2 après : grand bain chaud à 45°, de 15 à 20 minutes. Enveloppement dans une couverture de laine pendant une demi-heure ; ensuite, friction au baume de Fioraventi.

Chaque matin, une cuillerée à dessert de sedlitz granulé.

Dr Galand (de Cambrai)

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 27 — DIMANCHE 4 JUILLET 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs:

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, Dardel, Duvernay, Forestier, Goddard, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains, Boël.
Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Dresch, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. H Bene.
Bagnoles-de-l'Orne. J. Arnaud, Joly, Pesnel.
Barèges. Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Lacour.
Bourbon-Lancy, Bellœuf, Compin.
Bourbon - L'Archambault. Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains, Colbert. — Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, Bayrac, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérollcs, Saint-René-Bonnet.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Baillivet.
Eaux-Bonnes. Bajac.
Enghien-les-Bains Bevrand.
Evaux-les-Bains. J. Gruzu, Lepage.
Evian, L. Dalard, Martinaud.
Forges-les-Eaux. Bernardicou
Gréoux (Basses-Alpes). C. Mathieu.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule. Christin, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot.
Luchon, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Pelon.
Luxeuil-les-Bains. Bornèque, Cugnier, Gauthier, Picot, Rimey.
Martigny. Dedet. Payen.
Mont-Dore. Débidour, Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard. Gillot. Hagen, de Langenhagen, Troelle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Mougeot.
Salins-les-Bains Bourny.
Salles-de-Salat. Barbé.
Saint-Didier, (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Baradat. Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte. Odin. Ségard.
St-Nectaire Serane, Siguret, Yersepuy.
St-Sauveur. Sabail.
Salies-de-Béarn Callais, Coustère. David Reynaud
Sermaize-les-Bains. Rousselot.
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains, Chabannes, David.
Vichy. Cahen, Casteran, Chevreux, Cotar, Gannat, Guiuard, Gandelin, Reyne, Ed. Vidal.
Vittel, Constant, Mousseau.

AVIS

Automobilisme

Le Dr de Vaubercey, Miribel (Ain), informe les adhérents du groupement qu'il a constitué, qu'ils auront sous peu des renseignements nouveaux : des arrangements définitifs sont attendus pour :

1° 8 HP., 2 cyl. à air ventilé, 3 vitesses, m. arr. engrenages ; 2 m. 50 empattement ; 1 m. 015 voie, 2 places 1/2, bonne suspension ; robuste, rapide, 350 kgr. ; roues à rayons 650 × 65 voiturette ; 6 litres aux cent k., Zénith, 9.000 fr. environ à livraison.

2° 4 cyl. à eau 8 HP., même châssis ; 5 roues amovibles Michelin 710 × 90, 400 kgr., Zénith, 11.500 à 12.000 à livraison. Eclairage élect. 1.000 fr. suppl. Des adhésions nouvelles seront précieuses pour prix intéressant.

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur GASTON, de Lyon, la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite, de quatre lignes au plus, aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du* Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.

***Toute demande de renseignements doit être accompagnée* d'un timbre pour la réponse.**

N° 312. — A vendre : enveloppe neuve cannelée Dunlop 760 × 90, 200 fr. ; chambre neuve Michelin 760 × 90, 30 fr. ; chambre réparée Michelin 760 × 90, 20 fr. ; générateur et 2 face cuivre Rushmov 200 mm., bon état, 300 fr. Dr Ramond. à Ponthierry (S.-et-M.), contre remboursement.

N° 313. — Le Dr Martinaud, médecin consultant, à Evian, informe ses confrères du *Concours* et ses correspondants qu'il vient de rouvrir à la « Villa des Alpes », son cabinet fermé depuis 1914 pour cause de mobilisation d'abord, et de maladie contractée aux armées ensuite.

N° 314. — Docteur en médecine, longue expérience professionnelle, cherche occupation auprès confrère spécialiste (yeux, nez, gorge, oreilles, stomatologie, urologie), avec perspective de succession prochaine.

N° 315. — Citroën conduite intérieure 3 pl. à vendre d'occasion.

N° 316. — Poste à reprendre dans petite ville de l'Ouest pour le mois de septembre. Rapport 15 à 20.000 fr. Loyer 1.300 fr. Grande maison. Indem. 6.000 dont 4000 fr. comptant. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris Ve.

N° 317. — Bon poste à céder dans département région Nord. Rapport actuel 100 fr. par jour minim. Bons tarifs. Grande villa. Ind. 6.000 fr. On est seul médecin. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris Ve.

N° 318. — Docteur désire acheter clientèle médicale dans le midi, de préférence côte d'Azur, d'un rapport de 20.000 environ. Pourrait laisser en échange appartement Paris.

N° 319. — Le Dr Paul Ledru, médecin-directeur du sanatorium de Mont-Duplan à Nîmes, informe ses confrères que son établissement est ouvert. Traitement des maladies de poitrine, cure d'air et de repos. Situation agréable sur colline dominant la ville, vaste jardin entouré d'un bois de pins. Prix modérés.

N° 320. — Pharmacien de 1re classe, chevalier de la Légion d'honneur, ayant beaucoup voyagé à l'étranger, très au courant de la branche spécialité pharmaceutique, ayant relation dans les Universités étrangères, cherche direction, co-association dans une industrie de ce genre.

CORRESPONDANCE

A propos du nombre des médecins par rapport à la densité de la population.

En réponse à votre correspondant qui a rédigé une note sur « Densité de la population et nombre des médecins », j'ai trouvé dans le recueil des actes administratifs n° 2, année 1919, les chiffres suivants :

Nombre de médecins par arrondissement :

Arr. de Gray......	24	à quelques unités près en plus ou en moins.
Lure......	39	
Vesoul....	27	
	90	pour le département de la Haute-Saône.

A remarquer que, pour Ronchamp, il y a un médecin pour la Société des Mines qui soigne à lui seul 3.000 personnes qui ressortissent de la Société de Secours ; de plus tous les accidentés du travail sont conduits par une voiture qui prend le blessé sur le carreau de la mine et l'emmène en son hôpital. Donc pas de libre choix ni pour le malade ni pour le blessé, malgré la loi sur les accidents du travail.

Dr MATHEY.

Un médecin décédé ne peut être remplacé par un étudiant.

Le confrère qui exerçait ici étant décédé fin mai, sa veuve a l'intention de prendre comme remplaçant un étudiant en médecine ; mais, dit-on, elle compte pouvoir faire durer indéfiniment cette situation, c'est-à-dire encaisser les honoraires, payer le remplaçant tant par jour, comme si le Docteur existait encore.

Comme ce confrère décédé était un « jaune », pratiquant — pour me couler ! — des tarifs au rabais à 3 fr. la visite, je désirerais être renseigné sur les droits de la veuve.

Il me semble illégal qu'un étudiant puisse remplacer au-delà d'un certain délai un médecin inexistant ; et que la veuve ne peut prendre un gérant pour son cabinet comme une commerçante quelconque.

Veuillez donc me dire, mon cher Confrère, quels sont les droits de la veuve et s'il y a des délais fixés par les lois au-delà desquels il faudrait, non plus un remplaçant, mais un successeur pourvu du diplôme de docteur.

Dr X.

Réponse

Les internes des hôpitaux et hospices français nommés au concours et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée peuvent être autorisés, en vertu de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892, à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

Mais il est bien évident que, non seulement cette autorisation ne peut être donnée pour remplacer un médecin décédé, mais encore que, même si, au moment du décès, le médecin était remplacé par un étudiant ayant qualité à cet effet et régulièrement autorisé, cet étudiant cesserait, par suite du décès du médecin qu'il

remplaçait, de pouvoir légalement exercer la médecine.

Tel est l'avis de M. Perreau, professeur à la Faculté de droit de Montpellier, qui, dans son ouvrage : « Eléments de Jurisprudence Médicale » édition 1908, page 123, s'exprime ainsi qu'il suit :

« Enfin le remplacement, ayant pour but de conserver sa clientèle au remplacé, suppose nécessairement que celui-ci demeure pendant toute sa durée capable de la reprendre, et perd toute force immédiatement s'il devient certain que celui-ci ne la reprendra jamais. Ainsi, au au cours du remplacement, le remplacé décède-t-il, ou est-il judiciairement frappé d'une incapacité définitive d'exercer la médecine, le remplaçant n'est plus tenu de le suppléer, perd à l'avenir tout droit aux avantages nés pour lui de la convention, et *cesse même, s'il n'est qu'étudiant, de pouvoir exercer la médecine* »

La veuve de votre confrère a le droit de faire tenir la clientèle de son mari par un docteur en médecine ou un officier de santé, en attendant qu'elle puisse la céder, mais non par un étudiant en médecine. L'autorisation préfectorale ne pourrait valablement être donnée à celui-ci. Pour éviter une surprise toujours possible, vous pourriez faire une démarche auprès des bureaux de la Préfecture. Mais même au cas, où, par impossible, l'autorisation préfectorale aurait été donnée, elle pourrait être attaquée devant le Conseil d'Etat pour excès de pouvoir et l'étudiant pourrait être poursuivi pour exercice illégal de la médecine. A *fortiori*, bien entendu, s'il exerçait sans autorisation.

Recouvrement des honoraires accidents.

Abonné depuis plusieurs années au *Concours Médical*, pourriez-vous me donner les renseignements suivants :

Y a-t-il un temps légal au terme duquel les notes d'honoraires pour accidents du travail doivent être réglées ? J'ai adressé plusieurs notes à des Compagnies d'Assurances et je n'en ai aucune nouvelle.

Quels sont les moyens à employer, en suivant une gradation, pour les faire rentrer, qu'elles soient contestées ou non ? D^r M.

Réponse

1° La Cour de Cassation a décidé que la prescription applicable en matière d'honoraires médicaux pour soins donnés aux blessés du travail était celle d'un an établie par l'article 18 de la loi de 1898. Le point de départ, aux termes de la loi, est soit le jour de l'accident, soit celui de la clôture de l'enquête du juge de paix, soit celui de la cessation du payement de l'indemnité temporaire.



Il y a donc lieu de ne pas attendre pour l'envoi des notes, vu la brièveté de la prescription, qui, en outre, ne peut être interrompue dans les mêmes circonstances que celle de deux ans, qui est le droit commun en matière d'honoraires.

Le médecin, n'ayant aucun lien de droit avec les Compagnies d'assurances, doit demander le paiement de ses honoraires, non pas à celles-ci, mais directement au patron.

Vous pourriez, puisque vous n'avez pas envoyé vos notes aux patrons, les leur envoyer, en les mettant en demeure de vous payer dans un délai de quinze jours, par exemple.

Ce délai passé sans résultat, vous n'aurez qu'à citer le patron devant le juge de paix du lieu de l'accident, seul compétent en cette matière, sauf appel *dans la quinzaine de sa décision*, dans le cas où la demande est supérieure à 300 francs.

Accident survenu à un patron.

J'ai été appelé à soigner un patron entrepreneur qui s'est blessé dans son travail. Cet homme, qui est patron, mais petit patron travaillant lui-même, est assuré contre les accidents du travail *pour lui* et ses ouvriers.

Dois-je établir mes honoraires d'après le Tarif Dubief ou d'après le tarif ordinaire ? Dois-je réclamer mes honoraires à mon client ou bien à l'assurance ?

Cet homme doit-il faire sa déclaration d'accident à la Mairie comme pour un accident du travail ordinaire ou bien doit-il simplement prévenir la Compagnie d'Assurances ?

En un mot, lorsqu'un patron se blesse dans son travail, est-ce un accident du travail ou bien est-ce un accident ordinaire chez un client (qui peut être assuré et avoir ensuite recours à son assurance sans que nous ayons en tant que médecins à entrer dans ces considérations) ?

Dr R.

Réponse.

Un patron qui est blessé en travaillant pour son propre compte n'est pas garanti par la loi sur les accidents du travail. Par suite, il n'est aucunement obligé de déclarer l'accident. Cette déclaration, s'il la faisait, n'aurait d'ailleurs absolument aucune utilité.

Mais il est possible que ce patron soit assuré en même temps et aux mêmes conditions que ses ouvriers et que la Compagnie d'assurances se soit engagée à lui payer, en cas d'accident, les mêmes indemnités qu'à ses ouvriers et les frais médicaux au tarif Dubief.

Dans ce cas, il appartient, bien entendu, au patron de faire à son assureur la déclaration de l'accident. Mais le médecin qui le soigne, s'il n'est pas lui-même le médecin de l'assurance et

(*Voir la suite page XXIII*-1713)

PROPOS DU JOUR

L'organisation des relations médicales internationales.

Pendant les dernières années de la guerre, le service de la Propagande avait organisé un bureau médical qui, sous la direction habile de deux officiers de complément, M. le Dr Combault et M. de Chavannes, activement secondés par notre excellent collaborateur et ami, le Dr Molinéry, fit de l'excellente besogne. Plusieurs missions médicales étrangères purent, pendant la période la plus critique des hostilités, visiter la France et apprécier l'effort de notre pays dans le domaine médical et sanitaire.

Se rendant bien compte de l'appui que pouvait leur prêter le corps médical dans l'accomplissement de leur mission, les directeurs du Bureau médical de la propagande demandèrent le concours de quelques sociétés médicales, certaines internationales. La mieux organisée de ces dernières, l'Union médicale France-Amérique latine, qui avait à sa tête les Drs Dartigues et Gaullieur-L'Hardy, collabora largement à l'œuvre patriotique de la Propagande.

D'autres sociétés parisiennes, averties, se firent aussi un plaisir et un devoir de faire bon accueil aux confrères étrangers.

La Société de médecine de Paris, fière de son passé, fit royalement les choses. Et ce fut dans ces conditions que le *Concours médical* reçut la mission des médecins uruguayens.

Au cours d'une réception intime toute fraternelle et d'un déjeuner sans apparat, les confrères de cette république sud-américaine furent initiés à l'organisation professionnelle du Corps médical français. Ils parurent vivement intéressés par l'exposé du fonctionnement de nos Syndicats, de nos Associations, de nos Mutualités, du «Sou Médical» et des autres œuvres du *Concours médical* et ils ne nous cachèrent pas qu'ils avaient été quelque peu étonnés de n'avoir jusqu'alors rencontré en France que la science médicale, sans soupçonner l'existance d'un corps médical français.

Depuis, la guerre est terminée ; il eût paru logique de conserver le service de propagande. Utile pendant le terrible conflit, il eût été tout à fait nécessaire au début de la paix ; plus que jamais les relations avec l'étranger et surtout avec les pays amis et alliés deviennent indispensables au relèvement et au rayonnement de notre pays. Mais la politique a des raisons que la raison ne connaît pas. Il fallait faire des économies, on supprima la propagande et on laissa gaspiller nos finances par la gabegie bureaucratique qui a donné toute sa mesure dans l'écœurante liquidation des stocks.

Aujourd'hui, les Drs Combault et Molinéry projettent de reprendre leur tâche interrompue, ils veulent créer pour cela un Bureau médical international, ils peuvent compter sur notre concours ; l'œuvre est délicate et assez difficile à mettre sur pied et c'est pour exposer comment nous la concevons que nous écrivons ces lignes.

***

Il s'est fondé sans bruit, pendant ce temps et depuis plusieurs mois, à la Faculté de médecine de Paris, une « *Association pour le développement des relations médicales entre la France et les pays alliés et amis* », que préside le très distingué Professeur Hartmann.

Cette Association compte près de 150 membres et est formée presque exclusivement de professeurs de la Faculté, et de médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux. Son but, défini par sa dénomination, reste assez imprécis et jusqu'alors elle n'a fait ni grand bruit, ni beaucoup de besogne ; sa naissance même aurait été assez laborieuse. Pareille association ne peut être jugée que par ses actes et, pour l'apprécier, nous attendrons qu'elle en ait accompli.

Cependant, par l'imprécision de ses statuts et le peu que nous savons d'elle, nous pouvons affirmer qu'elle ne répond nullement aux buts multiples que nous voudrions voir poursuivre.

***

Trois préoccupations différentes doivent, à notre sens, remplir l'activité d'un bureau médical international. Elles sont :

1° D'ordre scientifique ;

2° D'ordre médico-social et professionnel ;

3° D'ordre commercial.

Dans l'*ordre scientifique*, le Bureau médical international aurait le souci de faire connaître aux étrangers nos institutions scientifiques médicales, tant en province qu'à Paris, les clini-

ques de nos hôpitaux, nos chirurgiens, nos spécialistes, indépendants ou officiels, les tentatives privées et officielles qui marquent un progrès dans l'art de guérir, tels que l'Institut Pasteur et les laboratoires de recherches, hélas ! trop peu nombreux dans notre pays.

Réciproquement le bureau s'ingénierait à avoir des correspondants à l'étranger ou des œuvres similaires à la sienne qui pourraient rendre les mêmes services aux médecins français voyageant à l'étranger.

***

Dans l'*ordre médico-social et professionnel*, celui qui, personnellement, nous intéresse le plus, le Bureau médical international tâcherait de mettre au courant de ce qui se passe en France, au point de vue de la médecine et de l'hygiène sociales et au point de vue de notre organisation professionnelle, les médecins étrangers qui lui en feraient la demande et d'obtenir réciproquement la même documentation de correspondants étrangers.

Ce bureau de renseignements, qu'en pratique nous avons réalisé au *Concours médical* pour les médecins français, a été de tout temps désiré par ceux d'entre nous qui s'occupent de l'évolution et de l'amélioration de la profession médicale.

Il y a plus de 20 ans, nous étions entrés en relations suivies avec les Syndicats médicaux belges, dont la Fédération était dirigée par les Drs Vandamme et Cuylits et plus particulièrement avec la Fédération médicale du Hainaut ; nous espérions arriver à régler avec ses délégués, les Drs Vanhassel et Tonneau, les difficultés que créaient aux médecins français les conventions diplomatiques sur l'exercice de la médecine dans les régions frontières.

Nos relations ne se limitèrent pas là. Plus d'une fois nous eûmes des échanges de vues avec nos confrères belges, avec le distingué Dr Dujace, rédacteur en chef du *Scalpel*, et l'éminent professeur Malvoz, de Liège, le père des dispensaires antituberculeux qui, plus que tout autre, se rendit compte de la nécessité absolue d'intéresser les praticiens à la lutte prophylactique.

Rappelons-nous les travaux si documentés publiés dans ce journal par le Dr Rutten, de Liége, sur le nystagmus des mineurs. Ce savant confrère voulut bien, peu avant la guerre, nous documenter sur certains points intéressants, alors que l'on se préoccupait en France de légiférer sur les maladies professionnelles.

Nous recevions aussi, depuis bien des années, les visites régulières de notre vieil ami, Adolphe Smith, l'envoyé spécial de « *The Lancet* », de Londres. Il ne manquait jamais de venir deux fois par an se renseigner auprès de nous sur le mouvement médical et professionnel, sur l'Assistance médicale, l'hygiène sociale, en somme tout ce qui intéresse le médecin praticien.

Ce fut lui qui, en revanche, nous renseigna sur le trouble jeté dans le Corps médical britannique par la loi sur les assurances sociales, ce fut grâce à lui et au très regretté Dr Thomas D. Savill que nous pûmes, lors de notre voyage à Londres, nous documenter sur les écoles d'infirmières, sur l'hygiène scolaire et visiter des écoles d'enfants anormaux et d'enfants atteints de maladies chroniques.

Diverneresse, lors des congrès de Dusseldorf et de Rome sur les accidents du travail, était entré en relations avec des médecins étrangers, ayant des préoccupations analogues aux nôtres, et nous avions projeté, au *Concours médical*, la création d'une sorte d'organisme de renseignements internationaux, quand la mort de notre directeur Jeanne, d'abord, et la guerre ensuite, vinrent ajourner *sine die* nos projets. Cela ne veut nullement dire que nous les avons abandonnés. Nous ne voulons rien accaparer. Notre désir n'est pas de faire là une œuvre personnelle en marge du corps médical, bien au contraire. Mais nous sommes bien décidés, si nous ne trouvons pas des collaborations réellement actives *et non virtuelles*, à faire aboutir nos anciens projets par nos propres moyens. Le *Concours médical* a plusieurs fois prouvé qu'il savait réaliser seul ce qu'il projetait.

***

Dans l'*ordre commercial*, la question a, au point de vue national encore, un très puissant intérêt et se lie très intimement aux relations d'ordre scientifique et professionnel.

Sans parler de la propagande à faire à l'étranger pour y répandre notre presse médicale, nos publications scientifiques, nous avons à faire connaître à nos confrères étrangers nos spécialités pharmaceutiques, nos instruments de chirurgie et nos appareils de diagnostic. Nous avons à faire savoir quelles sont les ressources climatériques si variées et si mal connues de notre pays.

La valeur et la diversité de nos stations hydrominérales sans rivales demandent à être l'objet d'une propagande réellement médicale auprès des praticiens de tous les pays. Sans sortir de notre rôle de médecin, sans tomber dans la basse réclame mercantile qui consiste à dénigrer le voisin et à se doter impudemment de toutes les vertus, notre devoir est de renseigner exactement les médecins étrangers sur nos richesses sanitaires, de leur faciliter les visites et les enquêtes qu'ils désireraient faire eux-mêmes à leur sujet.

Et, d'autre part, notre devoir est encore de nous instruire sur ce qui se fait à l'étranger, d'aller, sans un amour-propre ridicule, y prendre des leçons, s'il y a lieu, y chercher le progrès, de bénéficier de leurs stations quand des raisons spéciales nous y conduisent et, par suite, d'établir des relations au sujet de toutes ces questions évidemment commerciales, mais où le rôle du médecin reste prépondérant.

***

Par cet exposé sommaire, l'on peut se rendre compte de toute l'importance du bureau médical international tel que nous le comprenons. Ce bureau médical aurait son siège central à Paris, mais ne serait pas parisien. Son action, par des sections bien organisées dans tous les centres importants, s'étendrait à toute la France.

Certains des centres pourraient même prendre le pas sur Paris dans une spécialité. Il n'y a pas de raison pour que Paris se considère comme un centre d'hydrologie, de médecine coloniale, ni de médecine sanitaire maritime, ce qui nous paraît un accaparement assez ridicule.

Organe de propagande, le bureau médical recevrait les médecins étrangers et les renseignerait sur tout ce qui concerne de près ou de loin la science médicale, les arts médicaux et paramédicaux, la profession médicale et l'hygiène et la médecine sociales dans notre pays.

Organe de documentation et d'instruction pour les médecins français, le bureau médical répondrait à leurs questions sur tout ce qui pourrait les intéresser à l'étranger, leur faciliterait les voyages d'études, leur indiquerait ou leur fournirait des guides et des correspondants.

Par cette très rapide énumération, dont il serait utile de préciser tous les détails, l'on peut se rendre compte de l'importance considérable d'une pareille création.

Il ne s'agit plus seulement ici de recevoir un groupe de médecins étrangers pour leur faire écouter l'éloquente leçon du professeur X., ou voir opérer un de nos « as » chirurgicaux. Evidemment, ce numéro du programme ne doit pas être négligé, mais ce n'est qu'une petite partie de notre vaste projet. Sans doute, en restreignant ainsi les relations des médecins français avec les médecins étrangers, l'Association nouvelle de la Faculté de médecine pourrait suffire, mais nous doutons que les étrangers venus en France, comme la plupart de nos confrères français, se contentent de si peu. Si notre but consiste à faire un effort pour augmenter notre expansion nationale et faire œuvre d'utilité publique, si nous ne voulons pas nous borner à flatter l'amour-propre ni à servir les intérêts de quelques-uns, il faut donner aux relations médicales internationales toute l'ampleur qu'elles doivent comporter. Une Association de quelques centaines de membres, même avec une cotisation importante, ne peut suffire à remplir cette tâche, il faut pour cela un Comité de personnes actives, émanant et dépendant de toutes les associations et groupements médicaux officiels ou indépendants de France, aidé et subventionné par toutes les sociétés industrielles ou commerciales dont les produits ou les exploitations peuvent intéresser les médecins étrangers.

Une fois ce Comité bien organisé, il n'est pas douteux que le gouvernement, le parlement, les départements et les communes intéressés, qui se rendent déjà compte de la nécessité de rétablir à l'étranger la propagande sottement abandonnée, apprécieraient tous les avantages qu'ils pourraient en retirer et chercheraient à augmenter ses moyens d'action par des subventions et des privilèges.

Nous indiquerons prochainement comment peuvent être conçus la formation et le fonctionnement de ce Comité. Nous verrions avec plaisir créer cette œuvre nouvelle et, nous saluerions sa naissance de la façon la plus cordiale et la plus désintéressée car, tout en lui prêtant notre concours, nous n'aurions pas l'intention de la diriger, encore moins de l'accaparer nous-mêmes.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital des enfants-Malades :
M. le professeur MARFAN.

Les règles générales de l'allaitement maternel.

Dans une précédente leçon, je vous ai parlé de l'allaitement maternel dans les premiers jours qui suivent la naissance. Je vous en ai fait connaître les difficultés, pour ce qui concerne en particulier les gerçures du mamelon, lésions qui sont à l'origine des infections, lymphangite et abcès du sein. Je vous ai indiqué les règles de l'allaitement maternel avant et pendant la montée de lait. Je vous ai dit que celle-ci se produit généralement au 3e jour chez les multipares et au 4e jour chez les primipares. Laissant de côté les cas où cette montée de lait est irrégulière, lente, incomplète, je ne considérerai pour le moment que les cas où elle est normale, et je me propose de vous exposer les règles de l'allaitement quand cette poussée s'est établie.

Lorsque la montée de lait est effectuée, il faut commencer à rapprocher les tétées, donner le sein toutes les 3 heures le jour et une fois la nuit, pendant 5 minutes le sein gauche et 5 minutes le sein droit. On arrive ainsi au 7e jour.

Quelles sont les règles de l'allaitement à partir de ce septième jour et pendant les mois suivants ? Une question préalable se pose. Quelques médecins pensent qu'il est inutile de soumettre l'allaitement au sein à une règle quelconque. Selon eux, il suffit de mettre l'enfant au sein lorsqu'il crie et de l'y laisser tant qu'il veut. Je crois cette opinion erronée. Il est possible que dans les espèces animales et certaines peuplades sauvages, une telle pratique réussisse. Mais, chez les peuples civilisés, les fonctions qui ont trait à l'espèce ne s'accomplissent pas avec la même simplicité que chez l'animal. Ces fonctions confinent assez souvent — c'est un fait — à l'état morbide. Je me résumerai en disant que j'ai vu beaucoup de nourrissons être malades parce qu'ils n'étaient pas réglés et que je n'en connais pas qui soient tombés malades parce qu'ils étaient réglés.

Une fois le nouveau-né arrivé au 7e ou 8e jour, combien doit-il faire de repas par jour et à combien d'intervalle. La règle générale est de mettre l'enfant au sein toutes les 2 heures 1/2 dans la journée et une fois la nuit, ce qui fait 7 à 8 repas en 24 heures. On peut donner la première tétée à 5 h. du matin et les suivantes à 7 h. 1/2, 10 h. midi 1/2, 3 h., 5 h. 1/2, 8 h. du soir et, enfin, une fois la nuit, si l'enfant se réveille.

Je voudrais, avant d'aller plus loin, justifier ces règles. Dans les Maternités, on indique souvent l'intervalle de 2 heures entre les tétées sans spécifier. C'est un chiffre facile à retenir. En réalité c'est un intervalle trop faible. L'évacuation de l'estomac d'un nourrisson demande 1 heure 3/4, comme on a pu s'en assurer par le tubage et surtout la radioscopie. L'intervalle de 2 heures est donc juste suffisant pour l'évacuation gastrique. Mais, il faut laisser reposer l'estomac. Je vous rappellerai aussi une notion de physiologie. Après un repas de lait, tant qu'il y a du lait dans l'estomac, on n'y trouve pas d'Hcl libre, le lait ayant un pouvoir de fixation vis-à-vis de l'acide chlorhydrique. Or, il est bon qu'il se trouve à un moment donné de l'acide chlorhydrique libre dans l'estomac : c'est à lui, en effet, que l'on attribue le pouvoir antiseptique du suc gastrique. Il est utile qu'après son évacuation l'estomac reste un certain temps en état de vacuité pour permettre l'apparition d'Hcl libre.

L'intervalle de 2 h. 1/2 est donc justifié. Cette règle, comme toutes les règles n'a rien d'absolu, et il est des cas où l'on peut mettre un intervalle moins long. Quand la mère n'a pas beaucoup de lait, par exemple, il peut être utile, dans le but d'exciter la sécrétion lactée, de faire téter l'enfant toutes les 2 heures à chaque sein. D'un autre côté, il n'est pas bon d'allonger cet espace de 2 h. 1/2, comme l'ont conseillé certains médecins à l'étranger.

Ces médecins ont recommandé l'intervalle de 3 heures et même de 4 heures. Ils se fondent sur quelques cas, en réalité exceptionnels. Il n'est pas douteux qu'il y a des enfants vigoureux, de bonne capacité digestive, que l'on peut régler à 4 ou 5 repas par jour. Mais, si j'en juge par mes observations personnelles, ce sont là cas exceptionnels. Si vous éloignez les tétées, l'enfant fera des repas trop copieux. Voici un enfant de 3 mois. Ses 8 repas à 90 gr. de lait chacun, lui procurent sa ration de 720 gr. par 24 heures. Si vous lui donnez cette ration en 4 fois seulement, il devra prendre 180 gr. par tétée, ce qui dépasse sa capacité digestive. Une autre raison physiologique s'oppose au trop grand éloignement des repas. Les éleveurs ont remarqué que le séjour du lait dans la ma-

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Mᵉ Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Agenda Memento du Praticien

(Edition 1921)

Nous prions nos lecteurs qui désirent recevoir l'édition 1921 de **l'Agenda Memento du Praticien**, de vouloir bien nous envoyer leur souscription sans retard, autant que possible, au moyen du bulletin qu'ils trouveront page 1638 du numéro précédent.

La souscription *sera irrévocablement* arrêtée le 1er août prochain.

Son envoi aura lieu dans le courant de décembre prochain.

TARIF

général minimum raisonné des honoraires médicaux.

(*Ancien tarif Jeanne*).

Etabli par une Commission spéciale nommée par le *Concours médical* et comprenant des chirurgiens et des spécialistes. *Volume de 208 pages relié.*

PRIX franco : 3 francs 50

Adresser les commandes, accompagnées du montant en un mandat, à M. C. BOULANGER administrateur du Concours médical, 132, faubourg Saint-Denis, Paris.

melle appauvrit le lait. La fréquence des traites augmente la richesse du lait.

Cet intervalle de 2 h. 1/2 paraît donc bien, en définitive, être celui qui convient à un enfant de plus de 7 ou 8 jours. Cependant, je dois dire que, vers le 5e mois, il y a lieu d'augmenter cet intervalle. Alors l'enfant est plus vigoureux, la mère a plus de lait. On peut espacer les tétées toutes les 2 h. 3/4 et, à 6 mois, toutes les 3 heures. D'ailleurs vers le 6e mois, l'enfant au sein bien portant peut commencer à prendre de petites bouillies de farine.

Une question est celle des tétées de nuit. Au début de l'allaitement, la plupart des médecins prescrivent une ou deux tétées la nuit, pour répondre aux besoins de l'enfant qui n'a pas une grande capacité digestive et pour entretenir la sécrétion lactée. Cependant il est des enfants qui ne se réveillent pas la nuit et l'expérience montre qu'ils prospèrent néanmoins très bien. Quand on voit ces faits, on est conduit à essayer la suppression de la tétée nocturne. Cela ne réussit pas toujours. Il faut s'en tenir aux cas particuliers. La suppression du repas de nuit donne à la mère et à l'enfant un repos plus long. Le seul inconvénient est que l'enfant se mouille et n'est pas changé, ce qui favorise l'érythème fessier. On peut il est vrai le changer sans lui donner le sein.

Ces règles n'ont, il va sans dire, rien d'inflexible. Ce sont des repères, des moyennes, des directives, qu'il faudra modifier selon les circonstances. Vous verrez des enfants se régler d'eux-mêmes, demander le sein toutes les 3 heures. Laissez-les. Si ces règles ne sont pas inflexibles elles sont néanmoins bonnes à suivre d'assez près. Vous éviterez ainsi à la fois la sur-alimentation et la sous-alimentation. Je considère comme une habitude fâcheuse de mettre l'enfant au sein, pour calmer ses cris, au gré de la nourrice.

Il est intéressant d'étudier le cri de l'enfant, pour que vous puissiez répondre aux objections des nourrices. Le jeune enfant ne parle pas. Sa seule expression vocale est le cri, bruit inarticulé, qui n'a pas de signification précise, et peut être une manifestation aussi bien de la joie que de la douleur. Pour arriver à se rendre compte de ce qu'il exprime, il faut procéder par élimination. Le cri de l'enfant reconnaît 3 grandes causes : la faim, un malaise accidentel, une maladie. Je vous parlerai du cri de la faim quand nous étudierons la sous-alimentation. Vous en jugerez en observant la façon de téter, en examinant les seins de la nourrice et en vous servant de la balance. Ce contre quoi je veux vous mettre en garde, c'est l'interprétation de certains phénomènes. Vous verrez des enfants qui sucent leurs doigts ou réclament une sucette, et vous entendrez alors les parents — et même des médecins — dire qu'ils ne sont pas assez nourris. C'est une grosse erreur. Il est possible qu'il en soit ainsi parfois, mais j'affirme que vous verrez fréquemment des nourrissons sur-alimentés qui sucent leur pouce avec rage.

Puisque je suis sur cette question de la sucette, je voudrais m'expliquer. Beaucoup de praticiens déclarent que la sucette est une très fâcheuse habitude et ils s'élèvent avec énergie contre elle. L'habitude de sucer le doigt arriverait, selon eux, à déformer le pouce et à favoriser l'aérophagie. Ces critiques ne me paraissent pas justifiées par la pratique. Je ne suis pas sûr que quelques enfants ne retirent pas des avantages de cette succion. Pawlow a montré que tous les actes de la digestion se commandent. La succion, comme la mastication, excite la sécrétion de la salive et du suc gastrique. Pour ma part, je n'ose pas, comme certains accoucheurs le font, m'opposer par la violence à la sucette. La sucette propre ne me semble pas avoir d'inconvénient.

Le deuxième groupe de causes du cri de l'enfant réside dans les malaises accidentels. L'enfant crie quand il a froid ou trop chaud. Il est très sensible au froid et au chaud, et il faut s'assurer qu'il est assez couvert l'hiver et pas trop l'été. Il crie parce qu'il est mouillé, qu'une épingle mal placée le gêne. Il crie quelquefois parce qu'il se trouve dans une attitude désagréable. Il est probable que le jeu des organes a besoin d'attitudes variées. Il crie encore parfois, poussé par le désir d'être pris entre les bras et bercé. Là, comme pour la sucette, il s'est fait des exagérations. On a dit : l'enfant qui veut être bercé témoigne d'une tendance fâcheuse de caractère et on est arrivé à faire supprimer le berceau. Les enfants aujourd'hui sont couchés dans des lits rigides. Et bien, je n'ai jamais entendu donner une explication plausible de cette proscription. Quand l'enfant demande à être bercé, je ne suis pas certain qu'il n'a pas raison et que l'accoucheur qui s'y oppose n'a pas tort. Qui nous dit que certains actes de la nutrition n'exigent pas le mouvement ? Or, le jeune enfant ne peut pas se mouvoir, il faut le faire pour lui. Peut-être y a-t-il parfois des caprices d'enfant dans ses demandes pour être bercé. En tout cas, il n'est pas opportun de s'y opposer d'une façon systématique. Quelques enfants, enfin, ont des malaises dentaires, une dentition difficile qui provoque de l'inflammation et du prurit gingival, entraînant des cris.

Il faut chercher, d'autre part, si le nourrisson qui crie n'est pas malade. Un médecin argentin a introduit une notion de pédiatrie qui est la suivante : lorqu'un enfant crie sans raison, jour et nuit, c'est souvent un enfant hérédo-syphilitique, qui souffre de ses os.

◆◆

C'est seulement quand vous serez en présence de cris que n'expliquent ni la faim, ni un malaise, ni une maladie, que vous serez en droit de conclure au caprice. En pareil cas, réglez le nourrisson, laissez-le crier et il arrivera de lui-même, au bout de 2 ou 3 jours, à se calmer.

Revenons aux règles de l'allaitement. Un dernier point est la durée des repas. Il est de règle de donner les deux seins à chaque tétée, cinq minutes de chaque côté. En général, cela suffit, si la nourrice a du lait. Mais rien n'est absolu. Quelquefois, il est nécessaire de prolonger la tétée, à 6, 7 minutes. Il n'est pas bon néanmoins de la faire durer plus de 15 minutes. Si la mère a du lait, l'enfant se suralimente. Si elle n'en a pas assez, il ne se renouvellera pas en dix minutes. De même, pour la question des seins. En règle générale, il est bon de donner les deux seins à chaque tétée, surtout au début. Il y a cependant des multipares ayant beaucoup de lait, qui donnent un seul sein à la fois sans inconvénient.

Lorsque l'enfant a fini son repas, on lavera les bouts de sein. Au commencement de l'allaitement, je conseille d'employer pour ce nettoyage la solution d'alcool 1/3, dans le but de prévenir les gercures. Plus tard, l'eau bouillie est suffisante. La tétée finie, on mettra l'enfant le tronc vertical, pendant une minute. L'enfant en effet, qui est normalement aérophage, a une éructation après le repas. Il expulse, au bout d'une minute en général, l'air avalé. Si vous le tenez couché, l'éructation entraîne souvent du lait. Si vous placez le tronc vertical, l'air est au-dessus du lait dans l'estomac et se trouve rejeté seul. Une fois couché, l'enfant bien portant s'endort.

Quels sont les signes qui permettent de dire que l'allaitement au sein, chez un enfant donné, réussit ? Pour s'assurer du succès de l'allaitement, il convient de considérer trois choses : l'aspect extérieur du nourrisson, la courbe de poids, et l'état des fonctions digestives, qui se juge par les matières fécales.

Habituez-vous à juger l'aspect d'un nourrisson. L'enfant nourri au biberon, même dans les meilleures conditions, ne ressemble pas à l'enfant nourri au sein. Le nourrisson allaité au sein et qui prospère a une figure pleine, ronde, le teint rose, la physionomie éveillée, le regard vif, la peau douce et ferme, la grande fontanelle souple. Il prend le sein avec une certaine avidité, et il s'endort ensuite, d'un sommeil calme, avec une respiration régulière presque silencieuse. A son réveil, il a un cri clair, vigoureux ; ses langes sont mouillés. Quand ces caractères ne sont pas nets, on jugera surtout d'après la balance et les selles.

Dans un bon allaitement, la croissance en poids est régulière. Vous savez l'usage important et répandu de la balance, du pèse-bébé. L'enfant est pesé nu sur la corbeille-berceau (recouverte d'un linge chaud) de la balance. Il n'est pas nécessaire de faire la pesée tous les jours. Au début de la vie, on pèsera tous les jours. Puis, passé la première semaine, deux fois la semaine ; au troisième mois, une fois par semaine, et enfin une fois par mois. Si la croissance est anormale, on pèsera plus souvent.

Pour bien apprécier la croissance il faut connaître la normale. En étudiant un grand nombre d'enfants on est arrivé à établir une moyenne. Le poids moyen à la naissance est de 3 k. 250. Dans les 3 ou 4 premiers jours, il diminue de 200 à 300 gr., l'enfant prenant très peu et expulsant son méconium. Au 4e jour, quand la montée de lait est faite, la perte de poids s'arrête. En règle générale, le nourrisson a récupéré le poids de la naissance au 8e ou 10e jour. A partir de ce moment, il augmente de 25 gr. par jour jusqu'au 5e mois environ ; ensuite de 10 à 15 gr. par 24 heures jusqu'à la fin de la première année. A un an, il atteint près de 9 k., le triple de la naissance.

On peut représenter ce poids par une courbe. Il existe dans le commerce des tableaux de courbes, avec la courbe normale marquée. Beaucoup de mères ont de ces livrets et y inscrivent les poids de leur enfant. S'il y a une divergence avec la courbe normale, elles s'effraient volontiers. Il faut savoir que la courbe dite normale n'est qu'une moyenne, et qu'il n'est pas nécessaire que la courbe d'un enfant s'y superpose absolument. Certains enfants ont des stases de poids de 8, 15 jours ; d'autres progressent par bonds. Il faut étudier avec soin ces courbes, sans s'inquiéter de quelques écarts.

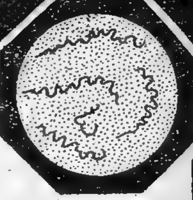
Habituellement, on ne tient compte que du poids et l'on néglige la taille. La taille en effet, s'accroît moins que le poids et, d'autre part, elle augmente régulièrement même s'il y a une insuffisance de nutrition. Il faut des troubles de nutrition graves pour qu'elle s'arrête. Aussi ne permet-elle guère d'apprécier l'état de santé de l'enfant. Toutefois, il est bon de la vérifier de temps en temps.

Le troisième mode de surveillance de la santé du nourrisson au sein est l'examen des selles. Les selles ont des caractères variables avec le mode d'alimentation. Passé les premiers jours, l'enfant a 3 ou 4 évacuations par jour le premier mois, 2 ou 3 jusqu'à 5 mois et 1 ou 2 jusqu'à 12 mois. Les selles sont molles, demi-liquides, jaune d'or, assez homogènes, avec ou sans quelques grumeaux blancs peu nombreux. Elles sont acides, d'odeur de lait aigri, odeur aigrelette, non fétide. La principale altération des selles est la diarrhée.

Tels sont les éléments sur lesquels vous vous *baserez pour juger le succès de l'allaitement.*



SYPHILIS



A TOUTES SES PÉRIODES

Traitement iodo-hydrargyrique intensif

Lipogyre Ciba

LIPOIODINE-Hg

Combinaison iodo-mercurielle réalisant l'association et la synergie médicamenteuse de l'iode et du mercure, avec exaltation de l'activité thérapeutique propre à ces deux composants.

Une seule forme { Comprimés à 0 gr. 32 1 à 8 par jour. — ***Tolérance parfaite.***

Echantillons : Laboratoires CIBA — O. ROLLAND, Phcien, 1, place Morand, LYON

SAVONS ANTISEPTIQUES VIGIER

HYGIÉNIQUES & MÉDICAMENTEUX

SAVON doux ou pur, **S.** hygiénique **S.** surgras au Beurre de cacao, **S.** à la glycérine (*pour le visage, la poitrine, le cou* etc.), **S.** Panama, **S.** Panama et Goudron, **S.** Naphtol soufré **S.** Goudron et Naphtol *pour les soins de la chevelure, de la barbe, pellicules, séborrhée, alopécie maladies cutanées.* **S.** Sublimé, **S.** Phéniqué, **S.** Boriqué, **S.** Créoline, **S.** Eucalyptus, **S.** Eucalyptol, **S.** Résorcine, **S.** Salicyle, **S.** Salol, **S.** au Solvéol, **S.** Sulfate de cuivre, **S.** Thymol (*accouchements, anthrax, rougeole, scarlatine, variole*, etc.). **S.** au Pétrole contre *la gale, parasites.*

SAVON à l'Ichthyol, **S.** Panama et Ichthyol, **S.** Sulfureux, **S.** à l'huile de Cade, **S.** Goudron, **S.** Boraté. Goudron boriqué, **S.** Iodé à 5 o/o d'iode, **S.** Mercuriel à 33 o/o de mercure, **S.** au Tannoforme contre *les sueurs,* **S.** à l'huile de Chaulmoogra, contre *la lèpre, le psoriasis*, **S. B.** du Pérou et pétrole, *gale, parasites.*

Pharmacie VIGIER 12, boulevard Bonne-Nouvelle, Paris.

Le LACTOBYL *est composé de*

FERMENTS LACTIQUES qui enrayent la putréfaction Intestinale

AGAR-AGAR qui hydrate le contenu intestinal

EXTRAIT BILIAIRE qui régularise la fonction du foie

EXTRAIT TOTAL DES GLANDES DE L'INTESTIN qui reactive le fonctionnement de cet Organe

LACTOBYL

Traitement Biologique de la CONSTIPATION

DOSE :

1 À 6 COMPRIMÉS AU REPAS DU SOIR. AVALER SANS CROQUER

Echantillons et Littérature: LABORATOIRE DE THÉRAPIE BIO-CHIMIQUE, 159, Av. Wagram, PARIS

Quand ces éléments ne vous donnent pas satisfaction, ne vous hâtez pas de conclure à une faute dans la direction de l'allaitement. Faites une enquête. Dans l'allaitement au sein exclusif, il est rare que les troubles de la santé de l'enfant relèvent d'un vice d'allaitement. Ils sont bien plus souvent la conséquence d'une maladie indépendante (c'est presque l'inverse dans l'allaitement artificiel). Il faut s'assurer qu'il n'y a pas sur-alimentation, repas trop copieux et trop fréquents. Il faut se préoccuper de la sous-alimentation par la balance ; s'assurer de la bonne santé de la nourrice, rechercher s'il n'y a pas une cause autre que le lait, parfois analyser ce lait, faire en un mot une enquête méthodique.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

A TRAVERS LA PRESSE

Les états veineux de la ménopause.

M. Poulain étudie les états de la ménopause, et les troubles locaux ou généraux qui les accompagnent et conseille de les traiter de la façon suivante (*Gaz. des Hôpitaux*, 1920, n° 38) :

On surveillera le régime ; on défendra les épices, la pâtisserie, le vin pur, les liqueurs, le café, le thé ; on limitera l'usage de la viande, des graisses et des farineux. On recommandera les légumes et les fruits.

On conseillera l'exercice et la marche à pied, les massages légers des membres inférieurs avec mouvements appropriés des articulations ; les frictions sèches ou alcoolisées ; le massage général ; la faradisation au pinceau ; le bain tiède suivi d'un repos d'une heure ; les douches chaudes ou écossaises en jet brisé, de courte durée.

On prescrira l'ovarine à dose susceptible de représenter par jour le tiers environ d'un ovaire frais.

Les cures thermales recommandées se pratiquent à Néris, Plombières, Bagnoles-de-l'Orne, Evaux, Luxeuil, Ussat, Bagnères de Bigorre, choisies selon l'indication dominante.

Ces cures ont l'avantage d'exercer une action stimulante sur les glandes endocrines « dont les fonctions sont accrues par la suractivité de la circulation générale et des circulations locales. »

La médication hypophysaire en obstétrique.

Nous avons déjà analysé des travaux relatifs à cette méthode. M. Pouliot y revient (*La Médecine*, avril 1920) pour montrer à quoi il faut attribuer les mécomptes qu'elle peut donner.

Ces mécomptes sont un résultat négatif, des accidents maternels et des accidents foetaux.

On les évitera généralement en suivant certaines règles minutieuses indispensables.

On procédera par injections intra-musculaires ou sous-cutanées pratiquées une fois, avec de l'extrait de préparation récente, conservé à l'abri de l'air, de la lumière et de la chaleur. La dose utile ne doit pas dépasser 0,10 de glande fraîche, correspondant à une ampoule de 1 cmc.

On évitera de passer la peau à l'alcool qui détruit le principe actif de l'hypophyse. On s'assurera que la seringue n'a pas pénétré dans une veinule.

La dystocie est une contre-indication formelle, quelle qu'en soit la cause.

La récidive de l'injection ne sera permise que si la *première a déterminé une accélération* du travail, qui cesse. Deux heures sont nécessaires pour séparer les deux injections l'une de l'autre.

L'hémorragie du *post partum* n'est pas à redouter si l'on a pris soin de n'effectuer l'injection que tardivement, au cours de la période d'expulsion, quand le col est dilaté. Si l'on a été cependant amené à faire une injection *précoce*, on évitera l'hémorragie en injectant presque aussitôt après la naissance de l'enfant la moitié de la dose normale.

L'étonnement, la mort apparente de l'enfant, sont souvent à tort imputés à l'hypophyse. L'état de souffrance de celui-ci, imminent ou constaté, suffisant pour justifier la recherche de l'accélération du travail, est une explication plus légitime.

La présentation du siège et la rupture prématurée des membranes qui favorisent la compression du cordon sont aussi des contre-indications.

« En ne s'écartant jamais de ces préceptes, « ni de toutes les autres règles concernant la « posologie, les indications, les contre-indica- « tions, et la technique de la médication hypo- « physaire, on en restreindra peut-être l'emploi, « mais on ne risquera point de la compromettre « par des mécomptes qui ne lui seraient pas « entièrement imputables. »

Sur une forme de diarrhée post-prandiale.

Cette diarrhée post-prandiale est provoquée par le café, ainsi qu'il résulte des observations de M. Matignon, dont une faite sur lui-même (*Paris Méd.*, 424 avril 1920).

Elle apparaît surtout chez les sujets dont le gros intestin n'est pas absolument indemne, chez des colitiques, émotifs, nerveux.

Elle est due à un afflux de bile en grande quantité dans l'intestin, et se manifeste une demi-heure à trois quarts d'heure après le repas,

sous la forme habituelle d'une selle impérieuse, liquide, partant en fusée, vert jaunâtre, assez odorante. A côté de cette forme typique, on rencontre des formes plus ou plus atténuées, même avortées, où ne se note qu'un certain degré de malaise intestinal, avec sensation de tension, météorisme léger, sensibilité colique, etc.

La diarrhée post-prandiale est sans influence sur l'état général de ceux qui en sont atteints. Elle disparaît dès qu'ils cessent de faire usage de café. Des expériences répétées de suppression et de reprise du café ont convaincu l'auteur que cette infusion est seule coupable en la circonstance.

Il ajoute que les sujets qui en sont atteints sont tous des entérocolitiques, justiciables de la cure chatelguyonnaise, et qu'il est possible que les modifications intestinales provoquées par cette cure fassent disparaître cette intolérance particulière pour le café.

Traitement chirurgical de la néphrite suppurée.

M. Giulani rapporte l'histoire d'un malade atteint de néphrite suppurée bilatérale, consécutive à une pneumonie (*Lyon Méd.*, 25 avril 1920), qui guérit complètement à la suite d'une décapsulation bilatérale des reins.

Les deux reins, préalablement explorés à la faveur d'une incision lombaire, présentaient des abcès miliaires de volume variable sous la capsule.

Le résultat satisfaisant obtenu mérite d'être retenu comme justifiant l'intervention pratiquée et la rendant recommandable dans les cas analogues.

Hygiène du rhino-pharynx.

M. Lehmann, convaincu que le nez et la gorge sont la porte d'entrée de presque toutes les maladies infectieuses, propose d'ériger en règle d'hygiène habituelle la toilette du rhino-pharynx (*Journal des Prat.*, 17 avril 1920).

Il la réalise au moyen d'une pipette nasale d'une contenance de 60 cmc., avec laquelle il fait le lavage du nez une fois par jour, en utilisant simplement de l'eau bouillie additionnée d'une faible quantité de savon liquide. Cette solution peut servir en même temps de gargarisme et de dentifrice.

Cette pratique est sans inconvénient. Elle n'offre pas les risques du siphon de Weber, ou de la douche nasale sous forte pression : on n'a à craindre ni irritation locale, ni anosmie consécutive, ni otite, etc.

Les résultats seraient remarquables, surtout chez les enfants porteurs de végétations ou de grosses amygdales, avec infection de l'oreille moyenne, chez tous les sujets rentrant dans la grande catégorie des lymphatiques ou des scrofuleux, exposés aux angines et aux rhumes à répétition.

Traitement de la syphilis nerveuse.

La syphilis nerveuse (tabès, paralysie générale), échappa à l'action du traitement spécifique tant que celui-ci ne comporta pas l'usage des arsenicaux. Depuis l'entrée des arsénobenzols dans la thérapeutique, des tentatives ont été faites qui sont des plus encourageantes.

M. Sicard, qui s'est plus particulièrement consacré à cette question, a adopté une méthode qui lui permet d'arriver à des doses considérables de novarsénobenzol, sans courir le risque des accidents graves et parfois mortels qui ont été à différentes reprises signalées (*Presse Méd.*, 8 mai 1920).

Cette méthode consiste à pratiquer les injections novarsenicales à petites doses répétées et prolongées, soit par la voie intra-veineuse, soit par la voie sous-cutanée. La dose hypodermique ne doit pas dépasser 0,15 dissous dans un cmc. d'eau distillée ; elle est injectée au tiers supérieur de la cuisse, à la face profonde du pannicule adipeux, au-dessus du tissu aponévrotique. On arrive ainsi à des doses totales qui peuvent aller de 8 à 10 gr. à 28 et 30 gr., répartis par quadrimestre.

Jamais l'auteur n'a observé de crises nitritoïdes ni d'apoplexie séreuse, Il a toutefois noté quelques incidents qu'il expose d'une façon détaillée, avec les commentaires que chacun d'eux comporte.

L'un de ces incidents est l'érythème, qui peut se montrer soit au début, soit à la fin du traitement. L'érythème du début est sans inconvénient. La suspension du traitement le fait disparaître, et à la reprise, il ne se manifeste plus. L'érythème terminal est plus sérieux ; il dénote une forte intoxication arsenicale : il implique l'arrêt du traitement, sous peine d'accidents sévères.

Un autre incident est l'aréflexie achilléenne, qui dénote la prédilection de l'arsenic pour l'appareil neuro-musculo-tendineux de la loge postérieure de la jambe.

Ce phénomène doit être recherché et surveillé. Il a une valeur thérapeutique réelle, puisqu'il correspond parfois à une atténuation des spasmes et des contractures, chez certains paraplégiques spasmodiques.

L'ictère novarsénical, rare, est en général bénin et disparaît en trois ou quatre semaines par la seule diététique.

La petite azotémie est transitoire ; on la note aux environs du 7e ou 8e gramme de novarsénobenzol : elle s'abaisse ensuite et redescend à la normale par la seule suspension du médicament.

La courbe de poids marque une augmentation de 1 à 4 kil. jusqu'au 4e ou 5e gr. de médicament, puis un plateau, qui peut être suivi d'une diminution du poids traduisant un début d'intolérance.

La courbe thermique est normale généralement. Des élévations de quelques dixièmes de degré ont été parfois constatées au moment de l'apparition des érythèmes, ou quand l'injection est faite peu de temps après le repas.

En résumé « pour un même taux global de « novarsenic injecté dans une égale période de « temps, les injections quotidiennes ou prati« quées tous les deux jours à petites doses don« nent une sécurité et une innocuité que ne « saurait revendiquer l'injection hebdoma« daire. »

G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Etude sur la réaction à la toxine diphtérique (réaction de Schick).

(MM. Armand-Delille et P. L. Marie. — *Académie de Médecine.*)

On sait, depuis les investigations de Parck et Zingher, faites à l'aide de la méthode de Schick, que nombre de sujets possèdent l'immunité vis-à-vis de la diphtérie. Ceci présente un intérêt non seulement biologique mais aussi prophylactique. Il semble inutile de soumettre ces enfants à la sérothérapie préventive, au cas d'épidémie.

La statistique américaine de Park et Zingher signale cette immunité dans les 2/3 des cas. MM. Armand-Delille et P.-L. Marie ont fait une recherche analogue sur 200 enfants appartenant à plusieurs orphelinats et ils ont trouvé 75 résultats positifs, soit une proportion de 37 %, à peu près identique à celle donnée par Park.

Il en résulte que, d'une façon générale, l'injection préventive de sérum (injection prophylactique) n'est nécessaire que chez un enfant sur trois. Il serait intéressant, en pratique, de ne pas attendre le début d'une épidémie pour faire la recherche de la réaction, mais de l'établir d'avance. M. Armand-Delille conseille, dès lors, de faire systématiquement cette recherche :

1° Dans les milieux scolaires, dès la rentrée des classes, avec mention du résultat sur la fiche scolaire ;

2° Dans les casernes, dès l'incorporation des jeunes recrues.

La langue noire spileuse.

(M. A. Sartory, de Strasbourg. — *Acad. de Méd.*)

On rencontre parfois sur la langue, en avant du V lingual, une tache noire plus ou moins grande constituée par des papilles hypertrophiées, recouvertes d'un enduit brunâtre et ressemblant un peu à une touffe de gazon. Certains auteurs pensent que cette maladie est un simple trouble trophique. D'autres, à la suite des travaux de Lucet, ont admis que la langue noire pileuse était une affection parasitaire mycosique. On y a signalé une levure (*cryptococcus linguæ pilosæ*) et des parasites filamenteux (*oospora lingualis*).

M. Sartory a pu faire l'étude de 14 cas de langue noire. Huit fois, il a isolé l'oospora lingualis associé au cryptococcus de Lucet ; deux fois, il a trouvé, à côté du cryptococcus, des oospora pulmonalis.

Traitement des tuberculoses chroniques par les sels de terres cériques.

(MM. Grenet et Drouin. — *Société médicale des Hôpitaux.*)

MM. Grenet et Drouin emploient depuis plus d'un an les sels de terres cériques dans le traitement des infections tuberculeuses chroniques. Leur technique est ainsi réglée : pendant 20 jours consécutifs, une injection intraveineuse d'une solution à 2 % de sulfate de néodyme, la dose étant portée progressivement de 2 à 5 cmc. ; repos de 15 à 20 jours ; puis, deuxième et troisième séries d'injections. L'injection doit être rigoureusement intraveineuse, sous peine de douleur vive et d'induration. La tolérance est, en général, parfaite, à part un peu de fatigue au début. Il est quelquefois utile de ne faire, pour commencer, qu'une injection tous les deux jours.

MM. Grenet et Drouin ont appliqué ce traitement à des cas assez divers : adénites tuberculeuses, lupus, tuberculose verruqueuse, tuberculose pumlonaire (23 cas). Ils ont obtenu des guérisons dans les tuberculoses externes et des améliorations considérables, sinon des guérisons, dans la tuberculose pulmonaire chronique, apyrétique. Les injections provoquent une énorme leucocytose mononucléaire. Un autre fait particulier, noté à la suite de leur emploi, est la modification constatée à l'examen des bacilles de l'expectoration : les bacilles sont en effet devenus grêles, ou granuleux, et toujours mal colorables.

M. Pissavy a soumis 12 malades tuberculeux de son service au traitement préconisé par M. Grenet. Les résultats lui ont paru satisfaisants dans les tuberculoses externes (adénites, rhumatisme tuberculeux), mais les tuberculoses pulmonaires du second degré ne semblent pas avoir bénéficié d'une façon appréciable de la médication. Il est exact que, sous l'influence des injections de sulfate de néodyme la morphologie des bacilles se modifie (ils deviennent granuleux), mais cette modification ne paraît pas être en rapport avec une atténuation de virulence.

M. Rénon voit avec satisfaction la thérapeutique de la tuberculose s'engager dans une voie nouvelle : la chimiothérapie. Les sels de terres rares (sulfates de lanthane, de néodyme, de praséodyme, etc.) agissent sur le bacille, dont ils modifient la constitution (raréfaction des graisses) et sur l'organisme, en provoquant de la leucocytose.

MM. Esnault et Brou ont expérimenté le traitement de MM. Grenet et Drouin à la Station sanitaire de Clavières. Ils apportent vingt observations avec 12 améliorations manifestes, 3 améliorations moins nettes, 2 cas à éliminer, et 5 aggravations. Les résultats obtenus leur semblent permettre les plus belles espérances.

Corps étranger de la trachée.

(MM. Garel et Gignoux. — *Société médicale des hôpitaux de Lyon.*)

MM. Garel et Gignoux ont fait l'ablation par bronchoscopie inférieure (bronchoscopie par trachéotomie suivie de l'introduction du tube bronchoscopique) d'une pièce de cinquante centimes arrêtée à la bifurcation des bronches. La pénétration du corps étranger remontait à 3 mois et s'etait produite par un mécanisme banal : le malade, comptant de la monnaie, avait mis la pièce entre ses dents. Pris de rire, il fit une brusque inspiration qui attira la pièce dans les voies aériennes. Un médecin appelé pensa que le corps étranger avait été dégluti et ce n'est qu'ultérieurement, au cours d'une radioscopie faite par M. Barjon, que l'on découvrit le corps du délit.

A ce propos, M. Garel s'élève contre la tendance que l'on a à mettre en doute l'existence des corps étrangers, en pareil cas. Il rappelle plusieurs observations personnelles : entre autres, le cas d'un malade qui avait dans les voies aériennes un bouton de faux-col, et qui fut considéré et traité comme tuberculeux ; le cas d'une fillette atteinte de toux, chez laquelle la radiographie révéla dans le poumon gauche la présence d'un protège-pointe métallique.

M. Lannois montre que la tolérance de l'arbre trachéo-bronchique pour les corps étrangers est assez grande. Chez un homme, qu'il vit avec M. Sargnon, la présence d'une pièce de cinquante centimes dans les voies aériennes détermina simplement de la toux pendant une demi-heure et n'empêcha pas le patient de continuer son métier de chauffeur.

Sur les accidents des arsénobenzols.

(M. Paul Gastou. — *Société de Médecine de Paris.*)

M. Gastou présente un rapport sur les accidents des arsénobenzols, question mise à l'ordre du jour par le Bureau de la Société.

Dans ce rapport, très important, l'auteur étudie successivement :

Les principaux arsénobenzols ;

Les accidents des arsénobenzols ;

La fréquence et la gravité de ces accidents ;

Leurs causes et leur pathogénie ;

Les moyens de les éviter et de les combattre ;

La responsabilité médicale ;

La technique d'emploi des arsénobenzols.

M. Gastou montre combien doit être prudent l'emploi de ces médicaments, dont l'usage est indispensable cependant, et il termine par les conclusions suivantes :

Quelles que soient les doses d'arsénobenzènes employées et quelles que soient les théories émises pour expliquer les accidents consécutifs à leur utilisation :

1° Les arsénobenzols sont toxiques par eux-mêmes ;

3° Il y a lieu d'en continuer l'emploi en tenant compte des contre-indications, en suivant l'évolution de la maladie, en notant avec soin les moindres phénomènes réactionnels dont la fièvre est un signe important, en ayant toujours sous la main une solution titrée d'adrénaline ;

4° Le médecin devra d'autant plus se tenir sur ses gardes que la syphilis est en pleine activité, accompagnée de réactions nerveuses ou d'accidents viscéraux ;

5° La règle absolue est de commencer toujours par de petites doses et de n'augmenter celles-ci progressivement que selon la tolérance, en examinant, avant chaque injection, les urines, et se tenant sur la réserve si elles contiennent des pigments biliaires ou de l'albumine ;

6° Le médecin devra toujours avoir présent à l'esprit et les accidents possibles et les dangers qu'ils entraînent pour son client, pour sa responsabilité morale et quelquefois civile et pénale, en ayant soin de tenir rigoureusement à jour les fiches de ses malades ;

7° Les arsénobenzols, malgré leurs dangers, constituant un progrès considérable dans la prophylaxie sociale et la thérapeutique de la syphilis, doivent être employés en tenant compte de toutes les règles actuellement fixées pour leur usage ;

8° Le traitement ambulatoire sera toujours appliqué avec une extrême rigueur et contrôlé par le laboratoire. En aucun cas, les injections ne doivent être faites en dehors de la surveillance du médecin.

La rééducation motrice des hémiplégiques.

(M. P. Kouindjy. — *Société de Médecine de Paris.*)

Il ne faut pas abandonner un hémiplégique à son sort, mais le faire bénéficier, sans tarder, de la mobilisation, du massage et de la rééducation. L'expérience a montré à M. Kouindjy qu'il n'y avait pas d'inconvénients et qu'il y avait avantage à

VALS SOURCE REINE



Souveraine dans la

Gastro - Entérite

des Enfants du 1er âge.

La **Reine de Vals** *est également indiquée dans toutes les maladies des* **organes digestifs** *et elle constitue la*

Meilleure Eau de Table

des ARTHRITIQUES et DYSPEPTIQUES.

N.-B.--Pour éviter *les substitutions,* **AVOIR SOIN de BIEN SPÉCIFIER :**

Vals SOURCE LA REINE.

L'Eau de la Reine se trouve dans toutes les pharmacies, chez tous les marchands d'Eaux et dans les dépôts de la Cie fermière de Vichy. On peut également s'adresser à M. **CHAMPETIER** *à* **VALS LA REINE** *(Ardèche).*

VALS SOURCE REINE

commencer le traitement kinésique et rééducatif de bonne heure, parfois dans les 4 ou 5 premiers jours. Une fois l'ictus passé et l'hémiplégie constituée, on pourra recourir à la mobilisation passive, puis au massage, et à la rééducation dès que la force musculaire commence à se manifester.

On apprend au malade à décomposer les mouvements et cela dans les trois positions principales : couchée, assise, et debout. On lui montre comment s'asseoir sur le lit, se lever, marcher avec un aide, une canne, en décomposant les pas. On régularise les pas, et si le patient marche en fauchant, comme c'est la règle, on lui apprend à exagérer la flexion des jambes, c'est-à-dire à stepper. La rééducation du membre supérieur est plus longue : on commande de porter le bras en arrière, de mettre la main malade sur le bras opposé, sur la tête, etc.

La rééducation demande quelquefois beaucoup de temps et il faut savoir l'appliquer avec patience. Le seul fait qu'elle arrive à fournir au malade le moyen de quitter son lit et de vaquer plus ou moins bien à ses affaires justifie amplement son emploi.

P. L.

PHTISIOTHÉRAPIE

Le traitement de la tuberculose au dispensaire anti-tuberculeux du groupe industriel de La Courneuve (Seine),

Par le docteur Beauprez, de Paris.

Dans les milieux médicaux, on accueille avec la plus grande méfiance toute médication nouvelle anti-tuberculeuse. Si, parmi les nombreux moyens thérapeutiques préconisés contre la bacillose, beaucoup n'ont pas résisté à l'épreuve du temps, il n'en est pas moins vrai que quelques-uns, tels que le repos et le grand air, ont fait leurs preuves. Mais il faut convenir que le trépied thérapeutique « grand air, repos, suralimentation » ne constitue qu'une médication purement passive de la tuberculose. Ce n'est que récemment que l'on a trouvé dans la chimiothérapie un traitement vraiment actif.

Dans le présent article, écrit pour des praticiens par un praticien qui a vu ce que peut donner la chimiothérapie anti-tuberculeuse, je me propose d'exposer brièvement ce que j'ai observé au dispensaire du groupe industriel de La Courneuve, où j'applique depuis trois mois, à l'exclusion de toute autre méthode, le traitement du docteur Mélamet, de Paris, par le manganate calcico-potassique ou bactioxyne.

Point n'est besoin de dire ici longuement ce qu'est ce produit. Il me suffira de rappeler que c'est une solution dont les éléments principaux sont le manganèse et le calcium. Le premier est un oxydant puissant, dont l'action bactéricide est connue depuis longtemps ; il agit sur le bacille de Koch et sur les saprophytes. Le second a une action très nette sur la reminéralisation. Le manganate calcico-potassique empêche la pullulation et le développement du bacille de Koch dans l'organisme en même temps qu'il modifie le terrain tuberculisé.

Ceci dit, j'ajouterai que les malades traités au dispensaire de La Courneuve sont des ouvriers d'usines ou les membres de leur famille. Ce sont des adultes pour la plupart ; ils appartiennent tous à la classe ouvrière, et aucun d'entre eux ne cesse de travailler pour suivre le traitement, qui est absolument gratuit.

***

Dès sa première visite au dispensaire, chaque malade est ausculté et radioscopé ; ses crachats sont examinés bactériologiquement et diverses recherches sont pratiquées au laboratoire, si besoin est. L'observation du malade est prise soigneusement, le dossier complet est constitué et le malade est mis au traitement s'il est reconnu atteint de tuberculose. Les malades *traités au dispensaire de La Courneuve sont* parfois des prédisposés, plus souvent des ma*lades réellement tuberculeux à la première* ou à la deuxième période ; quelques-uns sont des cavitaires. Il m'a été donné d'observer quelques adénopathies, une *spina ventosa,* une ostéite tuberculeuse du gros orteil avec fistule, chez une fillette.

En principe, le traitement consiste en l'administration du manganate calcico-potassique par la voie veineuse : c'est le traitement de choix. Cette injection intra-veineuse est inoffensive ; toujours très bien supportée, elle ne provoque jamais d'accidents. Elle n'est en général pas douloureuse. On observe parfois une légère inflammation des tissus périveineux, qui cède rapidement aux compresses humides chaudes. Ces injections sont faites par séries de 15 (une tous les deux jours) ; chaque série est séparée de la suivante par un repos de quinze jours. Deux séries sont souvent nécessaires ; il est fait parfois trois séries, rarement davantage. Chez les personnes dont les veines sont peu apparentes ou chez les malades par trop pusillanimes, l'injection intra-veineuse est remplacée par une injection intra-trachéale. Chez les enfants, le manganate calcino-potassique est donné en instillations intra-rectales.

Les résultats du traitement appliqué au dispensaire de La Courneuve sont extrêmement satisfaisants. Chaque malade étant radioscopé avant et, pendant le traitement, après chaque série d'injections, les crachats étant examinés

à différentes reprises et l'auscultation étant souvent pratiquée, il est aisé de se rendre compte des modifications apportées par la bactioxyne aux lésions tuberculeuses. Les adénopathies régressent rapidement et disparaissent presque complètement ; la *spina ventosa* observée a été très améliorée après 15 injections intra-trachéales, et la fistule de l'ostéite tuberculeuse était fermée avant la fin de la première série d'injections.

Mais les résultats les plus frappants sont observés dans la tuberculose pulmonaire :

Les tuberculeux reprennent rapidement du poids, des couleurs et des forces. Chez eux, une série de 15 injections suffit le plus souvent.

Les tuberculeux à la première et à la deuxième période sont très rapidement améliorés. Les symptômes généraux s'amendent, les sueurs nocturnes disparaissent, la toux diminue et cesse parfois très vite, l'appétit s'améliore et la dyspnée fait place à une respiration plus libre. La température diminue généralement dès la première série d'injections et revient rapidement à la normale. Parallèlement à l'amélioration ou à la disparition des symptômes généraux, on observe des changements intéressants dans les lésions des poumons. Celles-ci s'assèchent, les râles disparaissent, et après une, deux ou trois séries d'injections, on n'entend plus qu'une respiration un peu soufflante dûe à la disparition des lésions et à leur remplacement par du tissu fibreux de cicatrisation.

L'examen des crachats au cours du traitement permet de voir que la bactioxyne agit sur le bacille de Koch, le désagrège par lyse ou le fait disparaître. Les saprophytes sont également atteints et la flore saprophytique devient presque nulle. Par suite, l'aspect du crachat se modifie rapidement, il est de moins en moins purulent et finit par ne plus être co nstitué que par de la salive.

J'ai pu voir au dispensaire de La Courneuve deux cavitaires. L'un est un homme de 25 ans environ. Prisonnier civil au début de la guerre et emmené en Allemagne, il y a été atteint de tuberculose. Il ne put rentrer en France qu'à l'armistice, après avoir été hospitalisé pendant 17 mois en Suisse. Ce malade était très gravement atteint : cavernes multiples des sommets, état général déplorable. Il a reçu actuellement deux séries de 15 injections chacune, tant intraveineuses, qu'intra-trachéales. Son état général s'est considérablement amélioré ; ce malade a repris des forces et des couleurs ; il a grossi de plusieurs kilogrammes. Ses cavernes existent toujours ; elles ne sont pas cicatrisées ; mais, fait intéressant, on n'entend plus dans ses sommets aucun râle, aucun gargouillement. L'examen des crachats pratiqué ces temps derniers, a montré des bacilles de Koch en état de lyse presque complète. J'ajouterai que ce malade n'a pas interrompu son travail pénible de manœuvre, et qu'il continue à se soigner. Y a-t-il lieu, pour ce cas heureux, d'espérer une guérison complète ?

Le second cavitaire que j'ai vu au dispensaire, est un réformé de guerre pour tuberculose pulmonaire. Il est en traitement depuis trop peu de temps pour qu'on puisse en parler actuellement.

Pour conclure, on soigne au dispensaire du Groupe Industriel de La Courneuve uniquement des tuberculeux.

Le traitement appliqué est celui du Dr Mélamet (manganate calcico-potassique).

Le nombre des malades traités à ce jour est de vingt-neuf. Tous les malades *sans exception* ont bénéficié de ce traitement ; plusieurs peuvent être actuellement considérés comme guéris. Un cavitaire dont l'état était très grave a été amélioré dans une très large mesure continue le traitement.

Aucun des malades traités n'a cessé de travailler ; ce qui, au point de vue social, est très important. L'exemple des industriels de La Courneuve qui ont fondé un dispensaire ouvrier anti-tuberculeux mérite, pour toutes ces raisons, d'être médité et .... suivi.

BIBLIOGRAPHIE ANALYTIQUE

La saignée à travers les âges.

(D'après le Dr CABANÈS : *Usages et coutumes disparus*).

La saignée revient à la mode ; on saigne de plus en plus, et lors de la dernière épidémie de grippe, dans les cas les plus graves, la saignée était préconisée.

Cette intervention, si utile lorsqu'elle est bien indiquée, avait, au début du siècle dernier, donné lieu à de tels abus, qu'une formidable réaction s'opéra contre elle, et, pendant plus d'un demi-siècle, on oublia de saigner et cela, à tel point que le Dr CABANÈS, l'inépuisable et merveilleux historien de tout ce qui se rattache à la médecine, a cru pouvoir inscrire l'histoire de la saignée à la tête de son récent volume intitulé : *Usages et coutumes disparus*, la sixième série de ses si attrayantes *Mœurs intimes du Passé* (1).

(1) Dr CABANÈS. — Mœurs intimes du passé 6e série) Albin Michel, édit., 22, rue Huyghens, Paris. Prix : 5 fr. 75.

Sans admettre, avec le bon et crédule Ambroise Paré, que l'hippopotame a enseigné à l'homme la saignée, car cet animal glouton (toujours d'après A. Paré) s'ouvrirait lui-même, en cas d'indigestion, une veine de la cuisse en se vautrant contre les roseaux pointus qu'il aurait préalablement brisés, sans remonter à Podalire, un des héros de la guerre de Troie, qui est considéré comme l'inventeur de la saignée, il n'est pas douteux que les Grecs connurent la saignée, mais n'en firent que fort peu usage. Elle fut employée chez les Hébreux, bien que non mentionnée dans la Bible. A Rome, la pratique de la saignée était, chose bizarre, une punition militaire.

Au Moyen-âge, à partir du XIII[e] Siècle, on saigne largement et à tout propos. On saigne surtout dans les couvents : chez les Chartreux, cinq fois par an, chez les Prémontrés, quatre fois. Guy de Chauliac (XIV[e] s.) est le premier dans les ouvrages de qui l'on trouve la règlementation de la saignée. C'est le premier aussi qui parle des lancettes qui, cependant, existaient chez les Romains, puisqu'il en a été retrouvé dans les fouilles d'Herculanum. Toutes les superstitions entraient dans la pratique de la saignée : le choix de la veine variant avec les maladies, de même l'époque de l'année, les fêtes des saints, les phases de la lune, les signes du zodiaque, l'heure de la journée.

La saignée en France, comme les opérations de petite chirurgie, était du domaine de la Corporation des Barbiers placée sous la direction du premier barbier, valet de chambre du roi. Les barbiers prirent de ce fait une importance très grande, car les Chirurgiens de Saint-Côme considéraient comme une déchéance de s'occuper de petite chirurgie. La Faculté de Médecine se servit des barbiers, les instruisit. Ils obtinrent, 5 ans avant les chirurgiens de Saint-Côme, la dispense du guet. Mais l'on exigeait d'eux quelque moralité. Ainsi, ils ne pouvaient tenir « hostel de bordelerie et de maqueralerie ». On exigeait d'eux certaines préçautions : ils ne devaient pas saigner les lépreux et devaient enterrer le sang provenant des saignées.

L'italien Botolli, de la suite de Catherine de Médicis, érige la phlebotomie en méthode thérapeutique universelle.

On saigna depuis pour tout, même pour la syncope. Botal affirme qu'on peut retirer 6 à 9 livres de sang en un jour à un malade, et le saigner de nouveau un mois après. Le Moyne, qui fut doyen de la Faculté de Paris, avoue qu'il a retiré en 15 mois 1.200 palettes de sang à une jeune fille, soit 225 livres. Bouvard fit saigner Louis XIII 47 fois en un an.

Gui Patin faisait saigner les enfants à la mamelle. Il faisait du reste saigner sa famille et fut lui-même saigné sept fois pour un méchant rhume.

Georges Mareschal, premier chirurgien, fut, à partir du 5 mai 1704, chargé de saigner le Grand Roi. L'opération était d'un bon rapport, elle était payée 600 livres, soit 2.500 francs et les draps qui servaient devenaient la propriété du chirurgien. Et dire que certains confrères trouvent excessif de porter à 50 francs le prix de la saignée dans nos tarifs ! Les voyageurs étrangers, au XVIII[e] siècle, attribuent à la fréquence de la saignée la fraîcheur du teint des Françaises et des Parisiennes.

On saignait la pédieuse durant les accouchements difficiles ; ce qui n'empêcha pas de mourir une des filles du Régent, Diane d'Orléans, princesse de Conti. Mirabeau, La Mettrie paraissent avoir été victimes de saignées peu indiquées.

Les pauvres aussi étaient saignés. On délivrait dans les bureaux de Charité des paroisses de Paris des jetons bons pour une saignée du bras.

La saignée était désastreuse dans la petite vérole. Mais les médecins s'acharnaient : « Petite vérole, disait Chirac, médecin du Régent, tu as beau faire, je t'habituerai à la saignée ».

Et la saignée continua à être en vogue au XIX[e] siècle, multipliant ses victimes, parmi lesquelles on cite Cavour et Grétry. On était devenu plus prudent dans les saignées à la fin du XVIII[e] siècle, quand survint Broussais, le grand saigneur, qui, obsédé par l'idée de l'irritation cause de toutes les maladies, saigne et saigne sans cesse. Bouillaud, Dubois (d'Amiens), Sancerotta ont été les derniers champions de la saignée.

Beau et Trousseau furent à la tête du mouvement de réaction.

Tel est, très sommairement résumé, le passé de la saignée, que Cabanès a agrémenté d'anecdotes, de détails pittoresques, et illustré de maintes gravures intéressantes.

A la saignée, font suite dans le même volume de très intéressants chapitres, aussi admirablement illustrés, sur les accouchements, l'élevage des enfants et les nourrices, au point de vue historique ; il se termine par l'historique du fouet, instrument d'éducation au couvent et à l'école et instrument de répression.

Faire l'éloge des livres de Cabanès est bien superflu : ils ont une réputation universelle et méritée ; tout ce que nous pouvons dire à propos de son nouveau livre, c'est qu'il ne le cède en rien à ses devanciers et que leur auteur reste toujours au moins égal à lui-même.

J. Noir.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Le médecin et les grèves.

Je m'excuse de revenir encore sur cette question. Il me faut pourtant bien répondre quelques mots à cette « lettre ouverte » envoyée au *Concours.* :

Le 7 juin 1920.

Au Docteur Decourt,

Eh bien ! non, honoré Confrère, la question n'est pas jugée !

Le 5 mai, j'avais la malchance de casser une pièce de mon automobile.

Le 6, je me présente à la gare avec la pièce pour l'envoyer réparer à la maison.

Là on me répond que, *vu la grève,* je ne puis faire cette expédition.

Et, de retards en retards, je ne suis pas encore en possession de ma pièce de rechange.

Pendant ce temps, il y a eu des femmes en couches, des accidentés auxquels je n'ai pu porter mes soins.

Ils sont pourtant autrement intéressants que la bande de fainéants, dévaliseurs de colis, que j'ai vue errer de bistros en bistros, en déclamant pour la grève.

D'avance, voyant venir les choses, j'ai déclaré aux employés de ma gare que, s'ils se mettaient en grève, ils ne devraient plus compter sur moi. Et j'ai tenu parole.

Notez que, depuis 32 ans, bien que n'étant pas médecin du chemin de fer, je donne gratuitement mes soins aux cheminots et à leurs familles, vu l'éloignements du médecin officiel. J'estimais que cela valait mieux, pour eux surtout, que de leur mettre une pièce dans la main quand ils m'aidaient à porter un colis.

Si le public entier suivait cet exemple, si le boulanger, le boucher, le mastroquet, etc., privés souvent de marchandises par la grève, déclaraient aux grévistes que eux non plus ne marchent pas, c'est pour le coup que la question serait réglée sans que le Gouvernement ait besoin de poursuivre la C. G. T.

Nous sommes assaillis de demandes implorant notre appui auprès des hommes politiques pour faire avoir des places de cheminots, et, quand ils ont cette place, ils se mettent en grève au risque de tuer un pays déjà bien malade ; et ce, sans savoir pourquoi.

Pendant ce temps, nous ne trouvons personne pour serrer les foins ou planter les pommes de terre ...

Ce n'est point aux innocents à payer pour les coupables.

Grève générale vis-à-vis des grévistes généraux, tel doit être le mot d'ordre de tous, les médecins compris. Si cela leur coûte davantage au point de vue conscience professionnnelle, ils n'en seront que plus méritants.

Une fois de plus, le corps médical aura donné l'exemple.

Dr P. G.

1° Je suis navré, mon cher Confrère, de ces retards de pièces de rechange pour votre auto, retards de livraison que nous ne connaissons tous que trop, hélas ! depuis la guerre, même en dehors des temps de grève. Mais, avec tout cela, vous n'avez pas répondu à ma question, bien nette pourtant : « En cas de parturiente dystocique, d'enfant diphtérique, d'ouvrier gravement sinistré ou hurlant de coliques néphrétiques ou anhélant d'urémie, *oui ou non,* sans phrases, marcherez-vous ? »

2° Entre refuser tous soins aux grévistes cheminots et à leur famille, quelles qu'en soient les conséquences tragiques possibles et les soigner *gratuitement pendant* 32 *ans* (pourquoi pas également *tous* les autres ouvriers, alors ?), ne pourriez-vous songer, mon cher Confrère, qu'il y aurait place à une ligne de conduite générale moins ... outrancière ?

***

Mais puisque ce sujet est revenu sur le tapis, contre mes intentions de reprendre ces débats, permettez-moi quelques mots encore.

Parmi les lettres approbatives reçues, beaucoup ne faisaient que reproduire naturellement les arguments déjà exposés, je n'avais donc pas à en faire état ici. Il en est une toutefois, si *spéciale* en son argumentation, que je me fais un devoir de la communiquer à nos lecteurs (bien que personnelle).

Combien je suis de cœur avec vous ! Non, nous ne pouvons pas faire grève, quels que soient les dommages que nous apportent les convulsions sociales. Et puis, depuis ces annnés de massacre, si la douceur et la pitié ne trouvaient un refuge près du corps médical où en trouveraient-elles ? Est-elle donc si déshonorante cette neutralité qui expose au danger sans l'espoir de la défense ?

Je suis mutilé de guerre, et sans désir, croyez-le bien, de jouer les « Christ »; je bénis chaque jour le hasard qui a voulu que je sois neutre. Nul ne

peut se vanter de détenir la Vérité et si cela doit arriver un jour, mieux vaut avoir le regret d'avoir souffert que le remords d'avoir fait souffrir.

Dr F...

Au milieu des cris de haine, de jalousie et de guerre civile qui grondent dans trop de poitrines et se prélassent dans trop de journaux, à l'heure actuelle, cette lettre, si belle sous la plume d'un mutilé de la guerre, ces paroles simples et touchantes dans leur philosophie souriante, ne valaient-elles pas la peine d'être publiées, pour clore cette discussion, comme une digne et noble épitaphe ?

Dr Fernand Decourt

***

Depuis que Decourt nous a remis le texte précédent, nous avons reçu, à son adresse, les lettres suivantes, que nous nous faisons un devoir de publier.

I

Qu'il me soit permis de dire à mon excellent confrère, le Dr Decourt, que je ne partage pas son avis, quant au rôle du médecin dans les grèves, dans certaines grèves. Bien loin de m'indigner que des médecins puissent refuser leurs soins aux grévistes et à leur famille, je m'étonne que cette pratique ne soit pas plus généralement suivie.

Il est fâcheux, certes, que le Gouvernement n'ait pas encore institué le Code qui doit régler les rapports entre le Capital et le Travail, préciser les droits et obligations respectifs de l'employeur et de l'employé et résoudre les conflits qui pourraient s'elever entre eux. Il est non moins regrettable que beaucoup de patrons, aveuglés par l'égoïsme et l'appât du gain, s'obstinent à considerer l'ouvrier comme un manœuvre, comme une machine à produire, alors que, en toute justice et dans leur intérêt bien compris, ils devraient le traiter en collaborateur, en associé et le faire participer largement à la bonne marche et aux bénéfices de leur entreprise. Dès lors, on comprend que l'ouvrier, qui se heurte à l'indifférence de l'Etat et à la mauvaise volonté de certains patrons, ait recours à la grève pour défendre ses droits et faire aboutir ses revendications.

Et l'on s'expliquera d'autant mieux ces mouvements de révolte qui agitent les masses populaires déjà fortement déséquilibrées par le cataclysme mondial, si l'on considère les fortunes scandaleuses réalisées impunément par le commerce et l'industrie, aux dépens de la collectivité, si l'on envisage le luxe insolent qu'étalent cyniquement les nouveaux riches — qui sont les principaux artisans de la vie chère.

Il ne s'en-suit pas, toutefois, quelle que soit la responsabilité de l'Etat, de certains patrons et des mercantis, quelle que soit la légitimité de la grève, en certains cas, que la Société qui, elle aussi, a des droits et des intérêts à sauvegarder, ne doit pas se défendre. Il en est ainsi notamment lorsqu'il s'agit des grands services publics : chemins de fer, mines, dockers, inscrits maritimes, électricité, gaz, P. T. T., etc... Eh bien, ces grèves, qui mettent en péril l'existence de la nation, ne sauraient être tolérées ; il n'est pas admissible, en effet, qu'une population de 40 millions d'ames subisse la volonté, la dictature de quelques milliers d'individus, ceux-ci eussent-ils cent fois raison ; il n'est pas admissible que cette population tout entière souffre et fasse le sacrifice de sa liberté, de son bien-être, de son désir de travailler et de vivre, au profit de quelques-uns, si intéressants qu'ils puissent être ; on ne saurait tolérer que tout un pays se trouve arrêté dans sa vie économique, frappé de paralysie, désorganisé, réduit à la misère et à la ruine, sur un geste, sur un mot d'ordre d'une infime minorité. Une pareille tolérance, condamnable en tous temps, serait à l'heure actuelle d'autant plus coupable que le pays, épuisé par une lutte dont il a supporté le gros effort et dont il a souffert plus que nul autre, a besoin de toutes ses forces, de toutes ses ressources, du concours de tous et de tous les instants, pour se relever et retrouver son équilibre. Ce laisser-faire, cette indifférence en présence d'un péril aussi pressant, se comprendraient d'autant moins que les grèves que nous venons de subir, par vagues successives, n'ont rien de corporatif, de professionnel ; elles apparaissent nettement, aux yeux les moins clairvoyants, comme des mouvements révolutionnaires, comme des manœuvres insurrectionnelles ; pour s'en convaincre, d'ailleurs, il n'y a qu'à recueillir les aveux des agitateurs qui les préparent et les déclanchent ; assistez à leurs réunions, lisez leurs journaux, leurs tracts, leurs affiches, vous verrez que, répudiant toute compromission avec les classes dirigeantes et possédantes, rejetant de parti-pris tous moyens de conciliation (statuts, arbitrage, etc.), leur but hautement avoué est de renverser les pouvoirs établis, de détruire la société actuelle et d'y substituer le régime communiste, la dictature du prolétariat, le gouvernement des soviets. Pour n'avoir aucune illusion à cet égard, il suffit d'avoir assisté, comme j'en ai eu l'occasion, dans une cité industrielle importante, à l'un de ces cortèges qui se sont déroulés dans la rue le 1er mai, bannières rouges déployées, cortège, je vous assure, qui ne ressemblait en rien à nos monômes d'étudiants, et dont les figurants, vociférant des chants de révolte, de pillage et de mort, le regard chargé de haine et d'envie, illuminé déjà du triomphe prochain, étaient loin de présenter les bonnes figures réjouies et insouciantes que nous dépeint en termes idylliques le Dr Decourt,

Il faut donc que la société se défende contre cette offensive révolutionnaire, si elle veut vivre dans la paix et le travail, si elle veut échapper au bolchevisme et à la ruine. Laisser libre cours à cette offen-

sive, serait pour la société plus qu'un crime de haute trahison envers la Patrie et l'Humanité, ce serait son arrêt de mort. Il appartient, dès maintenant, à tous les éléments sains et raisonnables qui constituent la presque totalité de la nation, de se mettre à l'œuvre, chacun dans sa sphère d'action, pour faire avorter, dès sa première manifestation, toute grève qui présente un caractère politique et qui porte atteinte aux droits et aux intérêts de la collectivité. Et parmi tous ces éléments, il en est un dont l'action pourrait être des plus efficaces, je veux parler du Corps Médical.

Que tous les médecins, par l'organe de leurs Syndicats, déclarent bien haut que, pendant toute la durée de la grève, ils refuseront leurs soins, même en cas d'urgence, aux grévistes et à leur famille, soyez assurés que cet avis, émanant d'une corporation qui jouit d'une grande autorité et de la considération générale, ne manquerait pas d'être pris en sérieuse considération par les intéressés, d'autant plus que cet exemple ne tarderait pas à être suivi par d'autres corporations.

Grève contre grève : telle est la formule à appliquer. Il n'est pas question ici de lutte à main armée, pas même de représailles. Il faut y voir d'abord un acte de légitime défense de la part de toute une classe de la société, la plus importante, qui est menacée dans sa liberté, dans ses biens, dans son existence même. Il faut y voir encore une mesure de prophylaxie, d'hygiène et de salut public, qui rentre exactement dans le rôle social du médecin. Il s'agit de désarmer la bande d'insurgés et de criminels qui, faisant table rase de toutes les lois humaines et sociales et trompant indignement la masse inconsciente des travailleurs, ne craignent pas, pour satisfaire leur ambition et leurs appétits, de ruiner le pays par la grève générale, en attendant qu'ils le déchirent et l'ensanglantent par la révolution. Il s'agit enfin de sauver de la misère, de l'esclavage et de la mort, des milliers et des milliers de victimes, dès maintenant désignées, fût-ce au prix de quelques existences.

Il me sera douloureux, certes, d'abandonner à elles-mêmes ces quelques existences ; et cependant, conscient de servir un intérêt supérieur, il ne me viendra pas à l'idée que je puisse manquer à mes devoirs d'homme et de médecin, pas plus que cette idée ne m'est venue lorsque, en présence de certain accouchement il m'a fallu sacrifier l'enfant pour sauver la mère.

Je suis donc convaincu que le médecin, s'il ne veut encourir une terrible responsabilité, doit concourir, par la parole et par le geste, à cette œuvre de défense sociale, d'abord parce que cette œuvre est juste dans son principe, puisqu'elle repose sur l'instinct de la conservation, sur le droit à la liberté et à la vie ; ensuite, parce qu'elle est louable dans ses fins, puisqu'elle a pour but la sauvegarde des lois fondamentales de la société, enfin parce qu'elle est nécessaire et urgente si l'on veut conjurer un péril que l'indifférence de chacun rend chaque jour plus menaçant.

Dr S.

II

Dois-je arguer du droit de réponse ? Dois-je seulement vous demander de bien vouloir insérer ma lettre en réponse à celle du Dr Hardouin, secrétaire du Syndicat du Sud-Finistère ?

Je serai en tous cas heureux que vous veuillez bien la faire paraître dans votre *Concours.*

Je suis le Docteur P... mis en cause par le Dr Hardouin et lanceur de la proposition de grève médicale envers les grévistes révolutionnaires du 1er mai.

Comme tout médecin français ayant fait la guerre, ayant vécu pendant des heures angoissantes pour lui-même et pour la Patrie, j'ai trouvé que la grève du 1er mai était une grève criminelle, et que, de même qu'on ne doit avoir nulle pitié pour l'assassin, on ne doit nulle pitié à celui ou ceux qui veulent tuer la France, pour qui sont morts tant des nôtres et tant des miens en particulier.

Le gréviste a-t-il pensé aux morts qu'entraînerait la suppression d'un train conduisant près d'un mourant le médecin ? Le gréviste a-t-il pensé qu'une panne d'électricité pouvait faire mourir le patient, au cours d'une intervention ?

A-t-il pensé aux enfants privés de lait ?

La grève des médecins est, je veux bien, une triste nécessité, mais une nécessité, parce que, à cette époque de lutte pour la vie de la France, toute barrière doit être opposée aux crimes que tentent d'irresponsables meneurs contre notre Patrie.

Comme le dit un excellent confrère, dans ce même numéro du 6 juin, la neutralité médicale qui fut pénible à admettre pour beaucoup d'entre nous, médecins de bataillon, qui recevions les balles et les éclats, comme les autres, n'est plus de mise dans la lutte actuelle. Avant d'être médecins, ne sommes-nous pas Français ? et pour être Français, ne devons-nous pas défendre notre France, dussions-nous pour cela quitter le brassard ?

Je sais qu'au Syndicat du Sud-Finistère, ma proposition, qui fut votée, et j'insiste, votée tout comme l'augmentation des tarifs, reçut l'approbation de la grande majorité, et en particulier des camarades qui firent vraiment la guerre, et qui, en ayant plus souffert, comprennent moins qu'on tente de détruire l'œuvre qu'ils ont selon leurs moyens contribué à édifier, la victoire.

Le Syndicat du Sud-Finistère a voté, non dans le brouhaha, mais sciemment, la décision de ne pas soigner les grévistes du 1er mai.

Les membres du Bureau, qui compte des membres à qui l'âge ou les infirmités permirent de vivre la guerre, moins que nous les jeunes, ne veulent pas comprendre le cœur que nous continuons d'apporter à la défense civile de la France, notre insouciance du qu'en dira-t-on, qui les préoccupe fort,

et notre peu de sympathie pour leur politique de ménagement de la chèvre et du chou.

Le Bureau a donc répudié toute responsabilité au sujet du vote émis.

Il nous a tous déclarés irresponsables de nos actes, ce qui est une maladie, ce me semble ? A la prochaine séance du Syndicat, j'avertirai mes confrères de la nécessité de nous soigner, à moins que nous ne jugions plutôt opportun d'estimer que trente médecins ont plus de raison que cinq, fussent-ils du Bureau, et de déclarer tout net à ces cinq confrères qu'ils ont outrepassé leurs droits.

D[r] J. Pilven,
Chirurgien à Quimper.

Mais il est non moins de notre devoir de placer sous les yeux de nos lecteurs toutes les pièces du procès.

Voici donc, tout d'abord, un extrait d'un articulet du Dr G. Lemiere (*Journal des Praticiens*, 5 juin 1920).

Comme nous avons déjà parlé de la grève des médecins, *que nous déclarions inacceptable en tant que refus de soins aux malades*, mais que nous admettions comme logique en tant que refus de connaître l'Administration qui abuse de nous et qui emploie, à sa façon, l'argument boche : la force crée le droit, notre article a suscité un certain nombre de communications insérées dans ce journal qui nous obligent à revenir sur ce sujet.

Et puis, voici un extrait d'un article de notre excellent Confrère L. Dejace, publié dans le *Scalpel*, (5 juin 1920), au sujet des médecins de chemins de fer, et qui montre ce que pense de la grève des médecins un des meilleurs champions de la défense professionnelle en Belgique :

Il n'y a qu'un moyen, non pas de se faire rendre justice, mais de se soustraire à une situation paradoxale et insolite. Quitter une situation qui ne rend plus et qui grève même les modestes budgets des médecins de campagne.

Il n'est pas question d'agiter pour cela le fantôme de la grève, mot sonnant très mal, et en train, depuis les derniers événements, de se vider comme une poupée perdant le son. Nous avons tant de fois répété la phrase : « Le médecin ne se met pas en grève ». Nos associations professionnelles n'ont jamais voulu se servir de cette arme qui cependant figure dans l'arsenal de tous les syndicats. Notre position sociale, et ceci n'est pas un vain mot, n'est pas un de ces truismes qualifiés d'opportunisme par les têtes chaudes, notre position sociale nous impose le bon exemple.

Le syndicat doit, par son but moral, aider avant tout au bien général. Son but est aussi de promouvoir nos intérêts professionnels, de conserver à notre profession le prestige dont elle a besoin et dont elle jouit à bon droit. Toute action syndicale empruntant aux mœurs des confédérations générales du travail les ukases et les violences, doit être répudiée par nos Unions médicales.

Mais s'il nous répugne d'agiter des menaces, de provoquer des mouvements perturbateurs de l'ordre public, il ne nous convient pas davantage de subir volontairement une exploitation ridicule, qu'elle ait pour fauteurs l'Etat, les administrations publiques les sociétés philanthropiques ou les puissances financières. Nous n'avons qu'un avis à donner à nos amis les médecins agréés des chemins de fer : Démissionner ce qui diffère singulièrement de l'acte de grève. La situation ne me convenant plus, je m'en vais.

***

Nous sommes, et je parle ici au nom de tous mes Collègues du *Concours*, nous sommes dis-je, avec Decourt, avec G. Lemière, avec Dejace, et nous soutenons, comme eux, que le médecin ne doit pas, ne peut pas se mettre en grève contre les malades, de quelque côté de la barricade qu'ils se trouvent.

Il ne le doit pas, en thèse générale, parce que c'est une façon paradoxale de combattre les erreurs et les fautes d'une catégorie sociale que de commettre les mêmes erreurs et les mêmes fautes qu'elle : ici, le *similia similibus* déconsidère et ruine moralement celui qui le veut mettre en pratique.

Il ne le peut pas, s'il possède véritablement le tempérament et la conscience médicale. Refuser froidement, de propos délibéré, de secourir et de sauver même celui ou celle qui s'adressent à vous, quels qu'ils soient ?

Confrère G., confrère S., confrère Pilven, nous vous mettons au défi de le faire !

Car, si nous vous suivons, confrère S., dans votre argumentation, nous mettons votre conscience professionnelle en présence de l'hypothèse suivante : Le gréviste est devenu un révolutionnaire actif. Il se bat contre les réguliers, avec lesquels vous êtes. Il est blessé : on vous l'amène dans votre poste de secours. Refuserez-vous de le soigner ? Ou bien l'achèverez-vous ?

Comme citoyens, chacun de nous se réserve le droit de penser des grèves ce qui lui plaît, de les blâmer et même de le combattre quand elles suspendent et paralysent la vie publique.

Mais, comme médecins, nous demeurons fidèles à l'idéal que symbolise le geste rappelé récemment ici même, du grand maître qui, recevant dans son service hospitalier des insurgés, répondait aux réguliers qui en réclamaient la livraison : « Je ne sais ce que vous voulez dire. A ma porte, s'effacent les étiquettes politiques. Ici, je n'ai que des malades ». Ce grand maître n'avait certes pas l'âme révolutionnaire, mais sans renier aucune de ses convictions politiques,

li ne voulait se souvenir que de sa qualité de médecin, quand c'était en lui le médecin qu'on appelait.

Ainsi ferons-nous tous, nous en sommes convaincus, quelque déclaration de principe contraire que nous ayons pu faire les uns et les autres !

Et pour terminer, confrère Pilven, nous vous ferons objecter que nous avons publié le procès-verbal officiel de la séance du Syndicat du Sud-Finistère à laquelle vous faites allusion. Jusqu'à ce qu'un autre procès-verbal également officiel vienne détruire le précédent ou le rectifier, souffrez que nous refusions de nous prononcer entre les deux parties en cause.

Souffrez aussi que nous précisions ici, pour répondre à certains de vos arguments, que DECOURT, (classe 1886, ô jeunesse !) a fait la campagne comme médecin chef d'ambulance divisionnaire et a reçu la Légion d'Honneur aux armées, et que j'ai moi-même (cl. 1885) été mobilisé 55 mois, dont 48 comme médecin chef de deux régiments d'infanterie territoriale.

G. DUCHESNE.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations.

— **Nécrologie.** — Madame ALPHEN-SALVADOR. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de Madame Vve Emile ALPHEN SALVADOR, fondatrice et bienfaitrice de l'Œuvre de l'*Assistance aux malades*, plus connue sous le nom d'*Ecole des Infirmières de la rue Amyot*.

Nous avons déjà à maintes reprises énuméré et vanté ici les services rendus dans le Ve arrondissement avant, pendant et après la guerre, par les Infirmières de la rue Amyot. Parmi les nombreuses œuvres de bienfaisance auxquelles Madame Alphen Salvador consacrait sa vie active et sa généreuse collaboration, ce fut à celle de la rue Amyot, qu'elle jugeait sans doute la meilleure et la plus utile, qu'allait sa prédilection la plus tendre.

Tous ceux qui ont approché cette femme de haute intelligence et de grand cœur se rendront compte de l'irréparable perte que font en elle les pauvres et les nécessiteux et accompagnent sa mort de leurs profonds et respectueux regrets.

J. NOIR.

— **Le Dr Simonin.** — Nous apprenons avec un vif regret la mort du médecin-inspecteur SIMONIN, directeur de l'Ecole de Lyon.

Blessé grièvement et fait prisonnier sur le champ de bataille en août 1914, le Dr Simonin a écrit, sur les évènements de guerre auxquels il a été étroitement mêlé, et sur sa captivité, une brochure des plus intéressantes intitulée : « De Verdun à Mannheim », dont nous avons, en son temps, donné des analyses complètes. (V. C. *M.* 15 octobre et 15 novembre 1917).

Entre autres mérites, il avait eu celui de développer la connaissance et l'enseignement de la Psychiâtrie au Val-de-Grâce.

Notre haine prétendue du médecin de carrière, qui n'a jamais existé d'ailleurs que dans certaines imaginations.....butées, ne nous empêche pas de nous incliner respectueusement sur la tombe, trop tôt ouverte, de l'une des plus belles figures (il y en a), de la médecine militaire contemporaine

— **La saison de Vichy** est ouverte depuis le 1er mai.

Tous les hôtels de tous ordres sont rendus à la clientèle. Le grand Casino et son théâtre seront ouverts cette année.

Nos confrères peuvent adresser leurs malades à la célèbre station thermale avec l'assurance qu'ils y trouveront tous les soins et le confortable désirables.

Nos confrères qui désireraient se rendre à Vichy, seuls ou avec leur famille, y recevront de la direction l'accueil et les faveurs habituels.

— **Congrès français de médecine (XVe session).** — La XVe session des Congrès français de médecine aura lieu, comme nous l'avons annoncé, à Strasbourg en 1921,

Le bureau du Congrès est ainsi constitué : M. le prof. Bard, président ; MM. Schwartz et Thomas, vice-présidents ; M. le prof. Léon Blum, secrétaire général : M. Brion, trésorier général.

Sujets des rapports : 1° De l'adaptation anatomique et fonctionnelle du cœur aux conditions pathologiques de la circulation ; 2° Des glycémies ; 3° De l'antianaphylaxie.

— **Ecole de médecine de Clermont.** — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 26 mai 1920, des concours s'ouvriront le 6 décembre 1920, devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Toulouse :

Pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont ;

Pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à ladite école ;

Pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à ladite école.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant la date d'ouverture de ces concours.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

n'a avec elle aucun contrat, n'a pas à connaître les conventions qui lient son client avec l'assurance. Il a donc le droit de refuser d'accepter l'application du tarif Dubief et de demander le payement de sa note d'honoraires sur les bases du tarif local de droit commun applicable à la catégorie sociale de son client.

En cas de difficultés, c'est le client seul qui peut être cité devant le tribunal de son domicile (juge de paix jusqu'à 600 fr. tribunal civil au-dessus), en vertu du droit commun.

Pension d'un médecin aide-major.

Quelle est la pension d'un sous-lieutenant de réserve (médec. aide-major) 2 enfants, 2 et 5 ans, dont l'invalidité a été évaluée à 30 % ? Quelles sont les allocations supplémentaires pour charges de famille ? un 3e enfant survenant prochainement fera-t-il obtenir une allocation supplémentaire ? Le point de départ de la pension est-il la date où l'intéressé a cessé de toucher sa solde sans obtenir aucune espèce de secours ou gratification (date de la mise hors cadres).

Dr A.

Réponse

La pension d'invalidité d'un sous-lieutenant ou assimilé (aide-major de 2e classe) atteint d'une invalidité de 30 % est de 900 fr. pour le 1er échelon (avant 4 ans de grade) et de 1080 fr. après le second échelon (après 4 ans de grade).

La majoration est de 90 fr. par enfant légitime, *né ou à naître*, jusqu'à l'âge de 18 ans.

Le point de départ de la pension est fixé, d'après la loi, au jour de la décision prise par la commission de réforme. Cette date doit être entendue, dans le cas qui vous intéresse, comme celle de la mise hors cadres, pour raison de santé ayant donné droit à la pension.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Moyens pour diagnostiquer la simulation de cécité monoculaire.

Dans son numéro du 13 juin 1920, le *Concours Médical* a donné un moyen simple pour dépister la simulation de cécité unilatérale.

Voici un procédé encore plus simple : on fait tenir au sujet examiné deux longues aiguilles, horizontalement en face de ses yeux et à la distance de 30 centimètres ; on lui ordonne d'approcher les pointes l'une de l'autre jusqu'à 1 millimètre. Si le sujet ne voit réellement que d'un œil, il ne peut amener les pointes en face

l'une de l'autre à la distance indiquée ; il y a toujours un écart appréciable, facile à constater par l'observateur.

Chacun peut essayer ce procédé sur lui-même en fermant un œil.

Lorsqu'il s'agit de cécité complète, cas plus rare, mais beaucoup plus difficile, on fait boire l'examiné dans une éprouvette longue (hauteur 22 à 25 centimètres ; diamètre de l'ouverture, 3 centimètres), tenue près du pied. Le vrai aveugle se trompe, le simulateur porte à sa bouche sans se tromper.

Celui qui se trompe avec un verre ou un quart simule. Même procédé à employer pour la recherche de la cécité monolatérale ; et alors, fermer l'œil sain avec un bandeau.

Dr BOURGEOIS.

Ophtalmologiste des hôpitaux de Reims,
Membre honoraire de la Société d'Ophtalmologie de Paris.

Traitement de la rougeole simple.

Ce n'est pas une affection grave en elle-même, mais ses complications le sont quelquefois.

Dans ma pratique, déjà ancienne, voici comment je traite cette maladie : je fais vomir et non purger. J'administre ensuite un bain de corps très chaud où je prescris de dissoudre 250 gr. d'acide borique. Je recommande l'ingestion d'une infusion légère, mais bien chaude, de fleurs de sureau pour obtenir une sudation abondante.

Lorsque celle-ci se produit, je fais envelopper le malade dans une couverture de laine bien sèche et bien chaude et je l'y fais rester une heure.

Cette sudation provoque souvent de la soif : on l'apaisera avec du lait tiède coupé au 1/3 d'eau de Vichy lactosée : une cuillerée à café de lactose par verre à boire.

Faire gargariser à l'eau boriquée. Introduire dans chaque narine quelques gouttes d'huile résorcinée faible (0,10 p. 30 cmc). Laver les yeux à l'eau de camomille. Lavement huileux ou d'eau de mer en cas de constipation opiniâtre. Contre la toux : sirop de Dessessartz.

Dr GALANT (de Cambrai).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

La réforme des études médicales.

3581. — M. Boutton, député, demande à M. le Ministre de l'instruction publique si, conformément aux promesses antérieurement faites, il entend saisir prochainement les Chambres d'un projet de loi autorisant les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie à faire passer le troisième examen de doctorat, devenu examen de fin d'année. (*Question du* 10 *juin* 1920.)

Réponse. — Les questions d'organisation des études médicales n'ont jamais été réglées par des lois. Le régime actuel a été établi par décret en 1911. Il a réservé les examens de troisième année aux facultés. Le ministre de l'instruction publique n'a promis que d'examiner et de rechercher une solution. Comme la revision de la réforme de 1911 va être faite, la question posée sera examinée en même temps.

(*J. O.*, 16 juin 1920.)

Les pensions de retraite des officiers démissionnaires.

3399. — M. Laboulbene, sénateur, demande à M. le ministre de la guerre si un ancien officier du cadre du service de santé militaire a droit à une pension d'ancienneté (d'après la loi du 18 avril 1920), ayant démissionné comme médecin-major de 2e classe en 1901 (seize ans de services, trois campagnes), ayant repris du service le 4 août 1914, fait la campagne en qualité de médecin-principal de 2e classe, et ayant été renvoyé dans ses foyers, le 24 janvier 1920. (*Question du* 21 *mai* 1920).

2e *réponse.* — Réponse négative, l'intéressé ne pourrait obtenir une pension de retraite pour ancienneté que s'il avait accompli avant et pendant la guerre un total de trente années de service effectif. (Art. 4 de la loi du 16 avril 1920.)

J. O., 28 juin 1920.

Concours pour l'obtention du titre de médecin des hôpitaux militaires.

Décret du 15 *juin* 1920.

Art. 1er. — Il est institué un concours pour l'obtention du titre de médecin des hôpitaux militaires chirurgien des hôpitaux militaires, spécialiste des hôpitaux militaires.

Ce concours est annuel.

Peuvent y prendre part, les médecins-majors de 2e classe du cadre actif, ayant au moins deux ans de grade au 1er janvier de l'année du concours, et les médecins-majors de 1re classe du cadre actif.

Le nombre des emplois à mettre au concours est fixé chaque année par le ministre.

Les conditions et le programme du concours feront l'objet d'une instruction ministérielle.

Le titre obtenu au concours est définitivement acquis.

Les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux militaires sont tenus d'accomplir deux ans de service médical de corps de troupes dans chacun des grades de médecin-major de 2e classe et de médecin-major de 1re classe. Ils pourront, en outre, être rappelés ou maintenus dans tout autre service que le service hospitalier, lorsque les nécessités militaires l'exigeront.

Art. 2. — Les professeurs agrégés du Val-de-Grâce, libres ou en exercice, et les répétiteurs de l'école du service de santé militaire, libres ou en exercice, sont de droit médecins ou chirurgiens des hôpitaux militaires.

Les médecins ayant passé avec succès l'examen d'aptitude pour l'avancement au choix (A.), ceux qui, admissibles au concours d'agrégation du Val-de-Grâce ou de répétitorat de l'école de service de santé militaire, ont obtenu la mention C ou M. conserveront la situation et tous droits qu'ils ont acquis par leurs services ou leurs travaux.

Art. 3 — Le titre de « spécialiste des hôpitaux militaires » ne pourra être obtenu que par les médecins ayant déjà été reçus au concours de « médecin » ou de « chirurgien » des hôpitaux militaires.

Des épreuves supplémentaires, dont les conditions et le programme seront fixés par une instruction ministérielle suivront immédiatement le concours annuel pour l'obtention du titre de « médecin » ou de « chirurgien » des hôpitaux militaires.

Art. 4 — Donnent lieu aux épreuves supplémentaires fixées par l'article 3, les spécialités suivantes :

A) Epreuves complémentaires du concours pour le titre de médecin des hôpitaux militaires.

1° Médecine légale et neuro-psychiatrie ;
2° Bactériologie et anatomo-pathologie.
3° Dermato-vénéréologie.

B) Epreuves complémentaires du concours pour le titre de chirurgien des hôpitaux militaires.

1° Ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie.
2° Urologie.
3° Orthopédie et appareillage.
4° Stomatologie, odontologie et prothèse dentaire.

C) Epreuves complémentaires du concours pour le titre de médecin et celui de chirurgien des hôpitaux militaires.

Electrologie, radiologie et physiothérapie.

Art. 5. — Pour chaque catégorie, un jury spécial sera nommé par le ministre de la guerre.

Chaque jury sera présidé par un médecin inspecteur général ou un médecin inspecteur appartenant, de par ses titres et travaux, à la section professionnelle pour laquelle le concours est ouvert.

Les autres membres, au nombre de quatre, comprendront un membre civil, médecin ou chirurgien des hôpitaux civils de Paris, un professeur du Val-de-Grâce et deux médecins ou chirurgiens des hôpitaux militaires.

Pour les épreuves supplémentaires de spécialités, le membre civil pourra être, suivant les cas, un professeur ou agrégé des facultés de médecine ou un spécialiste (ophtalmologiste, oto-rhino-laryngologiste, dentiste, radiologue, etc.), des hôpitaux civils de Paris.

Le professeur ou agrégé des facultés de médecine sera désigné par le ministre de l'instruction publique sur la demande du ministre de la guerre.

Le médecin, le chirurgien ou le spécialiste des hôpitaux civils de Paris sera désigné par voie de tirage au sort, tirage effectué par le directeur de l'administration de l'assistance publique à Paris, en présence d'un représentant du service de santé militaire et d'un délégué du corps médical des hôpitaux de Paris.

Chaque jury aura un membre suppléant pris parmi les médecins, chirurgiens ou spécialistes des hôpitaux militaires.

Art. 6. — Il est institué un concours pour l'obtention du titre de « pharmacien chimiste du service de santé militaire ».

Ce concours est annuel.

Peuvent y prendre part les pharmaciens-majors de 2e classe du cadre actif ayant au moins deux ans de grade au 1er janvier de l'année du concours, et les pharmaciens-majors de 1re classe.

Le nombre des emplois à mettre au concours est fixé chaque année par le ministre.

Les conditions et le programme du concours feront l'objet d'une instruction ministérielle.

Le titre obtenu au concours est définitivement acquis.

Les pharmaciens ayant obtenu ce titre, sont spécialement chargés :

En temps de paix :

De l'étude hydrologique et chimique des eaux destinées à l'armée ;

De la vérification des médicaments destinés aux hospitalisés ;

Des essais de denrées pour l'alimentation des troupes ;

Des expertises de toute nature qu'il y aurait lieu de faire dans l'intérêt des malades, de l'hygiène des troupes ou pour les services divers de l'armée.

En temps de guerre :

Des laboratoires de chimie d'armée et des principaux laboratoires toxicologiques.

Les pharmaciens chimistes du service de santé militaire pourront être chargés, en outre de leurs fonctions spéciales et chaque fois que les nécessités l'exigeront, d'un autre service.

Art. 7. — Les professeurs agrégés de chimie du Val-de-Grâce sont, de droit, pharmaciens chimistes du service de santé militaire.

Art. 8 . — Un jury spécial sera nommé par le ministre de la guerre pour chaque concours.

Il sera présidé par le pharmacien-inspecteur ou à défaut par un pharmacien principal de 1re classe et comprendra, en outre :

Le professeur de chimie de l'école d'application du service de santé militaire.

Un professeur de chimie des facultés de pharmacie désigné par le ministre de l'instruction publique, sur la demande du ministre de la guerre.

Un représentant du service technique de la répression des fraudes, désigné par le ministre de l'agriculture, sur la demande du ministre de la guerre.

Un pharmacien chimiste du service de santé militaire.

Ce jury aura un membre suppléant pris parmi les pharmaciens chimistes du service de santé militaire.

Dispositions transitoires.

Art. 9. — Les médecins et pharmaciens principaux de 2e classe pourront se présenter au concours de 1920.

Pour ce concours, les membres du jury siégeant comme médecin ou chirurgien spécialiste des hôpitaux militaires seront pris parmi les professeurs agrégés du Val-de-Grâce ou répétiteurs de l'école du service de santé militaire, libres ou en exercice.

De même, le pharmacien chimiste du service de santé militaire sera remplacé par un pharmacien principal ou un pharmacien-major de 1re classe qualifié de par ses titres et travaux.

Art. 10. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Bulletin des Lois*.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE N° 28 DIMANCHE 11 JUILLET 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :
France.................... 24 fr.
Étranger.................. 28 »
Étudiants (*France*)...... 12 »
Le numéro................. 50 cent.
Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. N° 26

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur Lebrun, de Paris, la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite, de quatre lignes au plus, aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du **Concours Médical** ***qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.***

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 321. — Docteur reprendrait Paris ou banlieue, petite clientèle de 6 à 10.000 frs.

N° 322. — Suis acheteur fauteuil promenade pour perclus, marque Dupont ou autre, bon état. Dr Hily, Landivisiau, Finistère.

N° 323. — A louer de suite, de préférence à confrère, une villa meublée, région estivale, dans l'Isère, climat excellent, libre jusqu'au 10 août.

N° 324. — A vendre ou échanger de confiance contre calibre 20, Hamerless cal. 12. éjecteur automatique marque Gallande, état neuf, excellente portée, prix : 1.200 frs. Ecrire : docteur Colard, Ornans (Doubs).

N° 325. — A vendre état de neuf : un forceps Tarnier et un thermo-cautère militaire en boîte métal avec gaine.

N° 326. — A vendre : 1° forc. Tarnier, tr. b. état ; 2° forc. 2 bran. en 4 part. comp. neuf ; 3° th.-caut. b. état, souf. neuve, 1 pointe et 2 cout. ; 4° ser. de Roux fonct. tr. bien ; 5° aspir. Potain abs. neuf, n'ayant p. servi ; série de dav. (m. Colin) mir. ; 7° tub. de Faucher av. ent. ; 8° bande hémost. av. lien caout. ; 9° deux can. à trach. ; 10° cur. utér. ; 11° sond. urét mét. et caout., pinc., bist, etc., trous. nick. p. instruments.

N° 327. — Dr célib., plus. ann. pratiq. méd. gén., cherc. à Lyon situat. ds. clin. part. ou chez confr.

N° 328. — Docteur 27 ans, région Sud-Est, achèterait clientèle.

MUTUALITÉ FAMILIALE
du Corps Médical Français.

Compte de chèques postaux.

AVIS

Le Trésorier prévient les membres de la Mutualité Familiale du Corps Médical Français qu'il a maintenant un compte de chèques postaux :

MUTUALITÉ FAMILIALE : *Paris* 182-32.

En faisant leurs versements de cotisations à ce compte, ils auront une réduction sensible des frais et le reçu de la poste pourra leur tenir lieu de quittance.

CORRESPONDANCE

La chirurgie esthétique.

Dans le nº du 27 juin 1920. p. 1665, le Dr Marcel SÉNÉCHAL, à propos de la *chirurgie esthétique*, parle de ses efforts louables pour faire progresser cette branche intéressante de notre art, et il cite en particulier ses publications sur la laparotomie transversale sus-pubienne pour les laparotomies sous-ombilicales.

Qu'il me soit permis de rappeler que j'ai été le premier, avec mon regretté maître Segond, en 1899, à la préconiser et la pratiquer en France, et que c'est moi qui ai écrit le premier article (avec dessins à l'appui) à ce sujet dans la presse scientifique française.

« *De l'incision cruciale et de la suture transversale sus-pubienne cachée par les poils dans la laparotomie médiane.* (*Presse médicale*, 4 octobre 1899.)

Dr DARTIGUES.

Pension définitive ou temporaire.

Le *Concours Médical* m'ayant toujours donné des renseignements très exacts et des conseils sans cesse couronnés de succès, je me permets d'avoir encore son avis sur les questions suivantes :

1º Réformé temporairement et officiellement depuis le 19 juillet 1920, mon titre modèle B expire en juillet 1920. Que faut-il faire pour qu'il soit renouvelé ? (incapacité 60 %). Il y a quatre ans que j'ai été mis en congé avec solde (la réforme n'atteignait pas encore les officiers) et j'ai passé devant

de nombreuses commissions (tous les 3 mois). N'ai-je pas droit à une réforme définitive ?

2° Sur ma demande, la sous-intendance m'a demandé 3 fois les renseignements pour la majoration d'enfants et toujours sans solution. Que faire ? Ai-je droit à un rappel ? et de combien par enfant ?

Dr G.

Réponse

1° Le droit à la pension définitive n'est ouvert que lorsque l'infirmité est reconnue incurable. Dans le cas contraire, une pension temporaire est allouée pour deux années, sauf en ce qui concerne les réformés temporaires, qui n'y ont droit que pendant le temps où ils sont en position de réforme.

La pension est renouvelable après nouveaux examens médicaux. La demande doit être adressée au Directeur du Service de Santé de la région de la résidence de l'intéressé.

Pour éviter des retards dans le paiement des arrérages, les demandes doivent être présentées deux mois avant l'expiration du délai pour lequel la première concession a été faite.

2° Vous avez droit à une majoration de 180 francs, pour une invalidité de 60 %, par enfant né ou à naître, payable pour chaque enfant jusqu'à l'âge de 18 ans. Le rappel doit vous en être fait depuis la date à laquelle votre pension a pris cours.

Forclusion du droit à la prorogation du bail.

A titre d'abonné au *Concours Médical* et d'adhérent au « Sou », je viens vous prier de me donner votre avis sur le cas suivant.

J'avais un bail de 9 ans expirant le 30 mars 1920. N'ayant pas été mobilisé, avais-je le droit de demander une prorogation équivalente à la durée de la guerre ?

2° N'ayant pas reçu de résiliation ni de notification d'augmentation d'un nouveau bail avant le 30 mars, et 3 mois s'étant déjà écoulés, dois-je accepter aujourd'hui la proposition du nouveau propriétaire actuel de faire un nouveau bail avec augmentation ? ou bien puis-je considérer l'ancien bail comme prolongé de droit pour une nouvelle période ?

Dr X.

Réponse.

Vous aviez droit, aux termes de la loi du 9 mars 1918, comme exerçant votre profession dans les lieux loués par bail antérieur au 1er août 1914, à une prorogation de bail de la durée des hostilités, et ce à compter du 30 mars 1920, date de l'expiration normale du bail.

Mais pour bénéficier de ce droit, il était nécessaire de notifier votre volonté au propriétaire, par acte extrajudiciaire, c'est-à-dire par ministère d'huissier, au plus tard trois mois avant l'expiration du bail, c'est-à-dire au plus tard le 31 décembre 1919.

Faute de l'avoir fait, vous êtes forclos, c'est à-dire que vous n'avez droit à aucune prorogation et devez, si vous voulez demeurer dans les lieux loués, conclure un nouveau bail avec le propriétaire, qui peut naturellement augmenter le prix du loyer, en se tenant cependant dans des limites qui n'atteignent pas la spéculation illicite punie par la loi.

Cependant, comme vous êtes resté en jouissance, après la fin du bail, vous devez être actuellement considéré comme locataire verbal et le propriétaire a la faculté de vous donner congé suivant l'usage des lieux. Jusqu'à la date à laquelle ce congé prendra effet, vous bénéficiez des conditions de prix et autres du bail ancien.

Nous avons publié à maintes reprises — trop souvent sans doute, au gré de beaucoup de nos lecteurs — des correspondances relatives aux prorogations et notamment aux délais de notification prévus par la loi du 9 mars 1918 et celles qui l'ont complétée. Cependant nos réponses n'ont pas retenu votre attention, et nous le regrettons pour vous.

Application de la majoration du Tarif Dubief.

Je viens (étant abonné au *Concours*) vous demander un renseignement. Ayant soigné pour une assurance un jeune homme, j'envoyai à 3 reprises la note de 55 frs. sans obtenir aucune réponse. Depuis ce temps, j'ai appris que le tarif Dubief était temporairement majoré de 100 %. J'avisai à nouveau l'agent de me payer, non plus 55 fr. mais 110 frs.. Or, il répond cette fois et envoie 55 fr.. Dois-je accepter ou refuser et réclamer 110 fr. ?

Dr M.

Réponse.

La sentence arbitrale de M. Bienvenu-Martin, qui a établi la majoration temporaire du tarif Dubief, portait que le tarif était majoré de 100 % à dater du 1er avril 1919, sauf en ce qui concerne les frais réglés avant le jour de l'arbitrage (29 juillet 1919).

Dans une lettre interprétative, publiée dans le *Concours Médical* du 12 octobre 1919, page 1617, M. Bienvenu-Martin a expliqué que, par *frais réglés*, il fallait entendre ceux dont le chiffre avait été arrêté, d'accord entre les parties, avant le 29 juillet, alors même que le paiement n'en aurait pas encore été effectué à cette date.

En ce qui concerne l'espèce que nous vous

soumettez, il s'agit donc de savoir si votre note envoyée avant le 29 juillet 1919 a été avant cette date acceptée telle quelle par la Cie et si cette acceptation a été portée à votre connaissance également avant cette date.

Dans le cas contraire, vous êtes parfaitement en droit de demander le bénéfice de la majoration, que, par erreur, vous aviez omis de porter sur votre note.

En cas de difficulté, c'est, bien entendu, le patron qu'il y a lieu de citer devant le juge de paix du lieu de l'accident, et non la Cie, avec laquelle vous n'avez pas de lien de droit.

Les médecins peuvent ignorer les Cies d'assurances.

Voulez-vous s. v. p. me renseigner sur la question suivante : un médecin a-t-il le droit de refuser tout rapport avec les Cies d'assurances et d'appliquer à toute victime d'accident du travail le tarif ordinaire de sa clientèle.

J'ajoute que, dans ma localité, nous sommes quatre médecins, et tous décidés à cesser tout rapport avec les compagnies et à considérer les sinistrés du travail comme les clients ordinaires.

Y a-t-il des inconvénients à le faire et est-ce légal ? Sinon pouvez-vous nous suggérer un autre moyen. Je vous adresse ci-joint une lettre que nous voulons adresser à chaque compagnie.

Dr F.

Projet de lettre.

Les médecins de X., soussignés, ont l'honneur d'informer les Compagnies d'Assurances .... qu'en raison des complications de plus en plus grandes qu'ils éprouvent dans l'application du tarif Dubief si variable, et dans le recouvrement de leurs honoraires, des correspondances multiples et onéreuses avec les agents plus ou moins éloignés, ils ont décidé qu'à partir du 1er juillet, ils traiteraient directement avec les sinistrés, et n'auront plus affaire avec les compagnies.

Réponse.

Les médecins ont parfaitement le droit de refuser tous rapports avec les compagnies d'assurances dans l'application de la loi sur les accidents du travail. En droit, d'ailleurs, ils n'ont aucun lien avec elles, à moins, bien entendu, d'avoir passé des conventions spéciales.

La lettre dont vous nous communiquez le projet est donc inutile. Vous n'avez qu'à ignorer systématiquement les Compagnies; à transmettre au patron, et non à elles, vos notes d'honoraires, à ne pas répondre à leurs lettres et

(*Voir la suite page XXXI-1777*)



PROPOS DU JOUR

Un projet à réaliser : La Maison Médicale de Paris.

Le Conseil général de l'Association des médecins de France a mis à son ordre du jour, l'étude de la création d'une Maison Médicale à Paris et a nommé une Commission pour en préparer la réalisation. Nous ne ferons pas l'historique de ce projet qui, depuis la fondation de l'Association avec Amédée Latour, a hanté l'esprit de beaucoup de nos confrères. Nous rappellerons cependant que, sous l'ancien régime, la Faculté de Médecine de Paris, qui était beaucoup plus une corporation qu'un centre d'enseignement, avait dès 1454, décidé la construction d'une Maison Médicale qui, en 1472, fut accrue par le doyen Guillaume Bazin, et réédifiée en 1678 sous le décanat d'Antoine Le Moine, grâce à un don de 30.000 livres tournois, dû à la libéralité de Michel Lemasle, Seigneur des Roches, conseiller du Roi, protonotaire apostolique, chantre et chanoine de Notre-Dame. En 1744, sous le décanat de Col de Vilars, les médecins parisiens, *avec leurs propres deniers*, réparèrent leur maison et élevèrent l'amphithéâtre que Winslow devait inaugurer. Cette maison médicale, complètement restaurée, se trouve au coin de la rue de la Bûcherie et de la rue de l'Hôtel-Colbert.

Sa conservation et son achat par la Ville de Paris ont été dus aux efforts de notre regretté Le Baron, fondateur et président du Syndicat des médecins de la Seine. Rappelons que ce fut le Syndicat des médecins de la Seine qui, continuant les démarches faites par Le Baron et désirant ainsi rendre hommage à sa mémoire, obtint la restauration de la Maison Médicale qui est devenue la Maison des Etudiants. Le Baron avait rêvé d'y voir la corporation des médecins, reconstituée sous la forme Syndicale, en prendre possession. Cette satisfaction ne lui a pas été donnée, mais nous sommes heureux de saisir cette occasion pour rendre un hommage posthume à Le Baron, fondateur du Syndicat des médecins de la Seine, qui, en archéologue passionné, avait su renouer la tradition de la vieille corporation médicale, renaissant par le Syndicat avec un esprit, un avenir et un idéal singulièrement différents.

***

Il est étrange de voir en France toutes les corporations, toutes les professions posséder leur hôtel ; de voir qu'à l'étranger, à Berlin, à Bruxelles, il existe des maisons médicales, parfois somptueuses, et que nulle part en France, même à Paris, les médecins n'aient un local à eux pour se réunir et abriter les archives de leurs sociétés.

Quand nous insistons sur Paris, nous n'avons pas la prétention de discuter aux autres centres médicaux de notre pays le droit et le devoir de bâtir leur maison, mais la centralisation française fait que Paris est le siège de nos grandes fédérations : Union des Syndicats médicaux, Association générale des médecins de France, et que c'est à Paris que se réunissent la plupart des Congrès médicaux. N'est-il pas vraiment humiliant de ne pouvoir réunir *chez nous* nos assemblées générales, d'être obligés de quémander un amphithéâtre à la Faculté de médecine, de louer la salle des Ingénieurs civils ou celle des Sociétés savantes, d'être dans l'impossibilité de recevoir dignement nos confrères de province ou ceux de l'étranger qui, en venant à Paris, ont la conviction qu'il existe une Académie, une Faculté de médecine, quelques Sociétés savantes médicales, mais qu'il n'y a pas de Corps médical parisien ?

Serait-il bien difficile de réaliser la Maison médicale ? Nous ne le croyons pas, si le Conseil général de l'A. G. veut bien à ce sujet s'entendre avec l'Union des Syndicats et la plupart des Groupements médicaux parisiens et même provinciaux, car la Maison Médicale de Paris, quand elle existera, recevra très souvent des médecins de province de passage qui devront pouvoir y trouver un centre confraternel largement ouvert et doté de mille commodités.

La Maison médicale, certaine de voir ses locaux occupés par un nombre imposant de locataires sérieux, a son avenir assuré le jour même de sa fondation.

Le difficile est de trouver les fonds de premier établissement.

L'Association générale des médecins de

France, en tutelle, comme toutes les sociétés mutuelles, n'a pas la libre disposition de ses capitaux. L'Union des Syndicats médicaux, que la législation actuelle autoriserait à faire cette fondation, n'a pas les ressources nécessaires.

Certains de nos confrères pensent qu'il serait facile de trouver un bailleur de fonds qui, sous certaines conditions et avec certaines garanties, nous ferait construire une maison médicale dont nous serions les locataires. Nous préférerions être les maîtres chez nous et posséder, comme les médecins de l'ancien régime, notre maison. Cela nous paraît possible.

Sous le patronage de l'Association et de l'Union des Syndicats médicaux, ne pourrait-on pas créer une société anonyme, dite de la Maison médicale, dont le capital serait à fixer ?

Les actionnaires de cette Société devraient, d'après les statuts, être médecins et membres de l'Association, des Syndicats médicaux, de certaines sociétés de médecins, futures locataires de la maison médicale. Les actions nominatives (de 100 fr. par exemple, pour multiplier le nombre des actionnaires) seraient rémunérées par un intérêt convenable assuré par les loyers. Ce ne serait pas sans doute une spéculation de premier ordre, mais ce serait un placement sérieux dont le capital, garanti par un immeuble, ne pourrait disparaître et qui peut-être pourrait devenir un jour un placement avantageux. La transmission à des médecins ou le rachat de ces actions après décès seraient prévus.

Nous sommes persuadés que quelques centaines de médecins parisiens souscriraient à ces actions, et on ne tarderait pas ainsi à posséder le premier million nécessaire ; le surplus pourrait être fourni par des emprunts au Crédit foncier, l'émission d'obligations, ou des emprunts hypothécaires.

Nous voyons des confrères sceptiques sourire et demander : « Où trouverez-vous les souscripteurs ? Pensez-vous que des médecins prendront vos actions ? Ignorez-vous la défiance qu'inspirent aux médecins toutes les questions financières qui ont des médecins à leur tête ? Ne savent-ils pas que leurs confrères sont de pitoyables hommes d'affaires et de mauvais organisateurs ? »

Voilà beaucoup de préjugés qu'il convient de détruire et de légendes qu'on répète parce qu'on les a entendues ressasser à tort et à travers, mais qui ne sont guère justifiées.

D'abord la création d'une maison médicale ne serait ni une spéculation, ni une affaire, pas plus que le fait de se faire construire ou d'acheter une maison d'habitation ou une maison de campagne n'est pour le médecin une affaire, ni une spéculation ; cela arrive chaque jour sans compromettre la fortune de celui qui s'y livre, ni le faire menacer d'un conseil judiciaire par sa famille. Pour obtenir des souscripteurs à la maison médicale, il suffirait que ceux qui s'en occuperaient fussent sérieux et inspirassent confiance.

Le 1er avril 1899, notre regretté Jeanne adressa dans le *Concours médical* un appel aux médecins pour fonder ou subventionner une compagnie d'assurances, qui honorerait les soins donnés aux accidentés du travail à un taux raisonnable. En moins de huit jours, plus de 200.000 francs arrivaient au *Concours médical*. Les souscripteurs ne voyaient dans cet appel qu'un acte de défense intéressant et étaient loin de songer à une affaire. L'argent affluait parce qu'on avait eu confiance en Jeanne, et la *Financière médicale*, actuellement en liquidation (1), fut ainsi fondée et permit d'entreprendre avec succès la lutte contre les assureurs avant l'établissement du tarif Dubief.

Voilà un fait. Nous pourrions en citer d'autres et nous sommes persuadés que la création d'une société de médecins pour fonder par actions la Maison médicale n'est pas une chimère et mérite d'être prise en considération.

J. Noir.

(1) Cette liquidation, rendue nécessaire par la suppression même de l'objet de la *Financière Médicale*, désormais sans intérêt, s'opère dans des conditions avantageuses pour les souscripteurs qui récupèrent plus que le capital engagé.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAIL ORIGINAL.

CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

Traitement du torticolis. La ténotomie à ciel ouvert esthétique.

Par le Dr J. FIÉVEZ (de Malo-les-Bains).

Je suppose le diagnostic posé d'un torticolis dit « congénital » (Broca) par rétraction chronique du sterno-cléido-mastoïdien.

1° *Quand faut-il intervenir ?* Comme dans toutes les affections qui créent une déformation progressive chez les sujets en croissance : le plus tôt possible.

2° *Comment ?* Par le massage et les manipulations chez les tout petits enfants, les nourrissons. Mais il est fort rare que le diagnostic soit si précoce, et il semble bien d'ailleurs que l'affection n'est pas congénitale, mais acquise. En pratique, le traitement se fait souvent à la fin de la première enfance. Il est alors essentiellement chirurgical et se formule en deux points :

a) La ténotomie;

b) Le redressement par les soins consécutifs.

I. *La ténotomie.*

Elle doit porter sur les deux chefs inférieurs du muscle, car les deux sont rétractés. Et quand la corde du chef sternal est sectionnée, l'inclinaison latérale de la tête du côté sain fait apparaître la corde du chef claviculaire. La section du premier est facile ; il en va autrement pour le second.

Avant l'asepsie, la ténotomie se faisait toujours *sous-cutanée.*

Et plusieurs auteurs recommandent encore cette technique, condamnable à mon sens. La pratique de la ténotomie à ciel ouvert en effet met en évidence les inconvénients de l'autre.

Elle montre combien il est difficile de ne pas laisser intacte une partie du chef claviculaire, voire du chef sternal. Les fibres non coupées, parce qu'elles ont fui le ténotome, sont susceptibles d'un grand allongement qui donne l'illusion d'une section totale complète.

Je sais qu'on croit pouvoir les rompre par un mouvement brusque d'inclinaison de la tête vers le côté sain, ou par des pressions appuyées avec les pouces. Ces méthodes sont brutales et, sûrement, pas toujours efficaces.

Mais surtout, il faut avoir vu, après ténotomie à ciel ouvert, toutes les fibres musculaires incisées, apparaître dans le fond de la plaie, en contact immédiat avec les derniers faisceaux tranchés, l'énorme tronc jugulaire interne, pour être convaincu qu'il y a quelque témérité à marcher à l'aveugle dans des voisinages aussi dangereux (1).

Du fait que la section, à moins d'être imprudente, risque de laisser une partie du muscle non sectionnée, les soins consécutifs prennent une importance capitale : la tonicité des faisceaux restants est susceptible d'amorcer une cicatrisation musculaire avec cal intermédiaire réduit, et qui, une fois serré, rétracté, ramènera le muscle à son ancienne longueur et reproduira la déformation. On conçoit que, pour éviter cette récidive, les tractions doivent être intenses, continues et prolongées.

Je n'hésite donc pas, avec la plupart des chirurgiens d'ailleurs, à recommander la *ténotomie à ciel ouvert.*

A cette ténotomie, pourtant, on fait une grave objection : la cicatrice.

Je me propose de montrer que celle-ci peut être réduite au minimum et n'être pas sensiblement plus visible que celle de la ténotomie sous-cutanée.

L'incision esthétique que je vais décrire est une application particulière d'un principe général qui me guide dans le choix des incisions :

Il faut inciser — sauf contre-indication spéciale — parallèlement à la direction des fibres du muscle le plus superficiel au niveau de la région incisée, à moins que ce muscle ne soit protégé par une aponévrose superficielle épaisse et suturable.

Au cours de la cicatrisation, en effet, il tend à se faire une adhérence entre le muscle et la peau sous-jacente. Si le muscle a été coupé en travers (selon l'incision cutanée transversale), la rétraction de ses fibres amène un entropion de la peau adhérente et la formation d'un double bourrelet disgracieux. Si, au contraire, l'incision cutanée a été faite selon la direction du muscle, les fibres de celui-ci sont incisées en long, dissociées plutôt, et leur tonicité tend à accoler intimement les lèvres de la plaie cutanée.

(1) Le feuillet profond de la gaine du sterno est à ce niveau habituellement théorique. Quant à l'aponévrose moyenne, elle s'est souvent résolue en une mince nappe graisseuse, sans aucune résistance. Enfin, le bord externe du sterno-cléido-hyoïdien ne déborde qu'exceptionnellement le bord postérieur du chef sternal à cette hauteur. S'il était anormalement étalé, on entaillerait son bord externe, susceptible, dans le redressement, de tirailler le larynx.

C'est ainsi, par exemple, que l'incision de la thoracotomie n'est pas menée parallèle à la côte, oblique en dehors et en bas, mais croise l'os, oblique en dehors et en haut, pour suivre la direction des fibres du grand dorsal sous-jacent ; c'est le moyen d'éviter les profondes dépressions cicatricielles, consécutives à la thoracotomie pour empyème.

Nulle part, l'indication n'est aussi nette de couper la peau parallèlement aux fibres musculaires sous-jacentes que lorsqu'il existe un peaucier. Inciser en travers de ce muscle, c'est aller à coup sûr à la cicatrice déprimée. L'incision en long, au contraire, se ferme automatiquement par la tension des fibres musculaires cutanées restées intactes.

Dans l'adénophlegmon de l'angle de la mâchoire, par exemple, au lieu de suivre le bord antérieur du sterno, je mène mon incision presque verticale, oblique en bas et en arrière sur la direction de ce bord.

Pour déterminer la direction des fibres du peaucier, il suffit, le cou découvert, de demander au sujet de « montrer les dents ». On commande : « plus fort ! », si le relief du muscle ne s'est pas d'emblée dessiné. On voit alors, soulevé par l'action du peaucier, un large quadrilatère cutané étendu du maxillaire inférieur aux bords sterno-claviculaires verticalement, limité de chaque côté par une ligne oblique, de relief fort accusé, correspondant aux dernières fibres latérales du muscle.

Dans le torticolis qui nous occupe, l'incision transversale, parallèle au bord claviculaire, préconisée par certains auteurs, est donc évidemment à rejeter puisqu'elle coupe le peaucier en travers. L'incision longitudinale habituellement recommandée passe oblique en bas et en avant entre les deux faisceaux musculaires, parallèlement au bord postérieur du chef sternal. C'est une obliquité de sens inverse qui s'impose, obliquité en bas et en arrière des fibres du peaucier parallèle aux fibres postérieures du chef claviculaire, parallèle aussi sensiblement à la jugulaire externe qu'on évite facilement de la sorte.

La peau avec son peaucier est sectionnée sur 2 à 3 centimètres, entre les deux chefs du sterno, le sommet de l'incision derrière le bord postérieur du chef sternal, le milieu à 1 centimètre 1/2 environ de la clavicule ; sous la lèvre antérieure, tirée en avant, on coupe le chef sternal (en s'aidant, si l'on veut, de la sonde cannelée et du crochet à strabisme) ; sous la lèvre postérieure, tirée en arrière, on coupe le chef claviculaire, à petits coups, sous le contrôle vigilant de l'œil.

Et l'on va ainsi jusqu'à la jugulaire interne, qu'on aperçoit dans la profondeur, mais qu'il est facile de respecter. L'opération est pratiquement blanche.

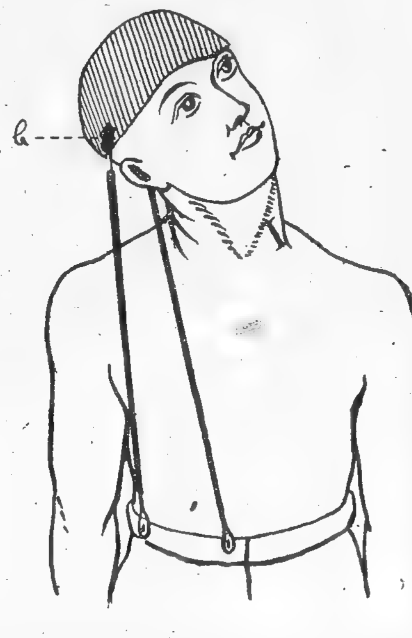
Sans aucune brusquerie, l'aide incline la tête libérée de son attache sur l'épaule saine, et l'y maintient sans effort appréciable.

L'appareillage va l'y fixer aussi facilement.

Suture avec aiguille et fil fin : précaution capitale au point de vue esthétique, car les grosses perforations cutanées laissent des traces fort disgracieuses.

II. *Appareillage et soins consécutifs.*

Pour permettre à la croissance, soustraite à l'action déformante du muscle rétracté, d'amener la rectification définitive de l'attitude, il faut pendant quelque temps maintenir la tête, non pas en position normale, mais en déviation inverse de la déviation primitive, la rétraction de la cicatrice musculaire créant toujours une certaine tendance à la récidive.



Pour la commodité du dessin, on a représenté un grand enfant ; il faut les opérer avant cet âge.

Sur le côté gauche du cou, le gros trait marque la ligne d'incision esthétique, parallèle aux fibres du peaucier.

La calotte plâtrée, sans mentonnière, descend à pic vers l'œil gauche, mais le dessin ne peut la montrer couvrant l'oreille et la mastoïde gauches (côté opéré).

N'est pas figurée non plus la calotte en jersey qui protège les cheveux du plâtre et la peau du frottement des bords de la calotte plâtrée.

b. Boucle en toile où se fixe le chef sus-auriculaire du sterno artificiel.

A cette fin, on renforce l'action du sterno normal par celle d'un sterno artificiel. D'autres auteurs mettent la tête en inclinaison sur le cou et la figent dans cette attitude au moyen d'un collier plâtré. Les méthodes dynamiques me paraissent préférables à cette immobilisation.

Ce muscle artificiel est constitué par deux tu-

bes en caoutchouc de 1 centimètre de diamètre (1); ses points d'insertions sont :

1° En haut, une calotte plâtrée serrée sur une calotte en jersey mince, appliquée elle-même sur les cheveux, coupés ras autant que possible, et descendant très bas. Cette calotte, pour constituer un point d'appui efficace, doit emboîter exactement la tête, en passant au-dessus de l'œil, de l'oreille et de la mastoïde largement dégagés du côté sain, prenant ferme au contraire du côté malade, la saillie malaire, l'oreille rembourrée de coton, la mastoïde entière. Dans cette calotte, du côté sain, sont incorporées deux courtes boucles en toile, l'une à l'aplomb de l'oreille, l'autre très loin derrière la mastoïde, à la ligne médiane postérieure ou même presque à la mastoïde malade. Les chefs supérieurs des tubes élastiques sont fixés à la ficelle dans ces boucles.

2° En bas, une culotte de dessous, assez étroite, dans la ceinture de laquelle passent les ficelles des chefs inférieurs qu'on fixe, celui du tube sus-auriculaire au niveau de la ligne axillaire, celui du tube rétro-mastoïdien, en avant, près de la ligne médiane.

Tirée fortement en haut, la culotte peut devenir irritante au niveau du périnée qu'elle coupe. On diminue beaucoup cet inconvénient en en solidarisant la jambe avec le bas de l'enfant par une épingle ou une couture.

Le chef auriculaire incline latéralement la tête, le chef rétro-mastoïdien est essentiellement rotateur du côté opposé. L'appareil est tendu de manière à obtenir une hypercorrection ; on crée, en somme, un torticolis du côté opposé ; mais si la section musculaire a été complète, cette hypercorrection ne doit pas être poussée aussi loin qu'on le dit.

Il restera en place un mois environ, et sera enlevé progressivement, c'est-à-dire enlevé, puis remis, si l'enfant n'arrive pas spontanément à maintenir constamment sa tête en position rectifiée. Il y a là une période de convalescence qui doit être surveillée par le chirurgien jusqu'à consolidation de l'attitude normale récupérée.

Mais, au total, je le répète, si la section est bien faite, tout cela est fort simple.

En résumé : opération précoce, ténotomie complète, appareillage précis — à ces trois conditions, le traitement opératoire du torticolis dit congénital ne connaîtra pas d'échec.

L'incision cutanée parallèle aux fibres du peaucier supprime les inconvénients esthétiques de la ténotomie à ciel ouvert.

(1) Il vaut mieux un tube mince fort tendu qu'un gros tube peu tendu ; le premier seul reste actif lors même qu'instinctivement l'enfant en rapproche des points d'insertion en pliant le tronc ou la cuisse.

CLINIQUE MÉDICALE

UNIVERSITÉ DE NANCY

Un cas de forme fruste de maladie de Parkinson.

Leçon de M. le Professeur Simon.

La malade que je vous présente m'a été adressée il y a quelque temps déjà par un médecin de mes amis, qui soupçonnait chez elle l'existence d'une myélite chronique, sans pouvoir toutefois l'affirmer, faute de symptômes suffisamment caractérisés.

Cette femme, âgée d'une cinquantaine d'années, est une robuste campagnarde, au teint coloré, d'aspect général florissant ; elle se plaint d'une faiblesse des membres inférieurs qui l'empêche de travailler ; cependant, comme vous l'avez vu, elle marche sans traîner les pieds, sans frapper le sol du talon, sans lancer les jambes en avant ; en un mot, sa démarche n'est ni paralytique, ni spasmodique, ni ataxique. Du reste, la force musculaire est en réalité normale ; si les réflexes patellaires sont légèrement exagérés, les sphincters sont indemnes ; il n'y a pas de trouble de sensibilité, aucun trouble pupillaire ; la malade se tient debout en équilibre les yeux fermés.

Les troubles de la motilité paraissaient donc purement subjectifs ; la malade nous a raconté qu'elle était tombée malade à la suite d'ennuis répétés occasionnés par la guerre, qu'elle avait été prise d'abord de frissons et de tremblements, puis, que la faiblesse du membre était apparue, s'accentuant peu à peu. Tout semblait donc dénoter une psychonévrose d'origine émotive ; un traitement électrique suggestif fut institué avec un certain succès, qui parut confirmer le diagnostic ; la malade demanda sa sortie et rentra chez elle, mais l'amélioration dura peu et la malade dut revenir bientôt à l'hôpital. C'est alors qu'un examen plus approfondi nous révéla certains symptômes qui n'avaient pas retenu tout d'abord notre attention, et qui modifièrent du tout au tout notre première opinion.

En effet, le facies est inexpressif, les traits expriment une tranquille béatitude et le visage ne s'anime jamais ; le masque est impassible, indifférent. La parole est lente, bien articulée ; toutefois, la voix n'est pas monotone.

L'attitude de la malade est frappante : debout et au repos, elle se tient en légère flexion, la tête penchée en avant, les coudes fléchis à la hauteur de la ceinture, les mains en avant ; les doigts sont légèrement fléchis, sauf le pouce, qui est en extension. Cette attitude générale de flexion est habituelle à la malade, si on vient à la modifier, elle est reprise aussitôt. Il n'y a pas

de tremblement et la malade peut écrire et exécuter des mouvements délicats ; cependant, vous avez noté par instants un tremblement fugace de la main gauche, tremblement qui, d'ailleurs, n'a rien du tremblement à forme de mouvement intentionnel de la maladie de Parkinson.

Cette attitude figée est plus manifeste encore dans le mouvement : si on fait marcher la malade, elle s'avance à petits pas, tout d'une pièce ; les mouvements sont lents ; la malade, interpellée, se retourne tout entière ; elle s'arrête au commandement, mais présente une tendance à la propulsion en avant, de même que dans la marche arrière, il existe une légère rétropulsion.

En résumé, on constate chez cette malade un facies sans expression, une voix monotone, une lenteur toute particulière dans les mouvements, une tendance à la propulsion en avant et à la rétropulsion. Il est impossible de ne pas établir immédiatement un rapprochement entre cette femme et cette autre malade de la même salle que vous avez examinée tout dernièrement, et qui présente un cas typique de maladie de Parkinson. Mais celle-ci montre en plus un symptôme absolument caractéristique, qui consiste dans un tremblement continu, sauf au moment où elle veut entreprendre un mouvement, tremblement affectant surtout les extrémités supérieures et figurant l'acte volontaire de filer de la laine ou d'émietter du pain.

Chez notre malade, le tremblement fait défaut, ou plus exactement, il n'apparaît que de temps en temps, passagèrement, et limité à la main gauche. Je pense néanmoins que nous avons affaire réellement à une maladie de Parkinson, mais à une forme fruste, incomplète.

Ces formes sont très rares ; elles le seraient peut-être moins si l'attention des observateurs était plus souvent attirée sur elles. D'ailleurs, Charcot et Raymond en ont signalé des cas et ils observent que le tremblement peut ne pas exister au début et n'apparaître que plus tard, et que même, dans certains cas, il n'existe qu'à l'état d'ébauche, au lieu d'être placé au premier plan comme dans les formes régulières.

C'est ce qui existe chez notre malade, où le tremblement caractéristique fait à peu près défaut ; mais si léger et si intermittent soit-il, les signes de rigidité musculaire sont si nettement accusés que nous avons dû abandonner notre premier diagnostic de psychopathie pour nous ranger à l'idée d'une forme fruste de maladie de Parkinson.

(*Leçon recueillie par* M. VIGNEUL, *interne du service.*)

BIOLOGIE

Les « infiniment petits » chimiques en biologie.

La matière vivante est constituée pour la majeure partie d'un petit nombre de corps simples connus depuis longtemps : mais à côté de ceux-ci, des recherches de plus en plus précises ont successivement décelé la présence d'une foule d'autres éléments qui y figurent en proportion minime, mais néanmoins appréciable, d'une façon tantôt constante, tantôt accidentelle. Dans ce dernier cas, il peut évidemment s'agir d'impuretés, mais on n'en peut dire autant des corps qu'on retrouve universellement dans toute cellule, et la question des infiniment petits chimiques a à juste titre suscité, principalement de la part de l'Ecole française, des recherches du plus haut intérêt.

A la limite des corps de ce groupe, on pourrait en citer quelques-uns, dont la proportion est encore facilement appréciable, et qui pour cette raison sont connus d'assez longue date. Tel est par exemple le cas du Fer, qui ne compte que pour quelques cent-millièmes du poids de notre corps. Le rôle de ceux-là est généralement assez bien connu dans ses grandes lignes pour que je n'y insiste pas, et pourtant il subsiste encore bien des obscurités à leur sujet. Si par exemple pour le fer, nous connaissons parfaitement la part qu'il prend dans la constitution de l'hémoglobine du sang, nous ignorons quel rôle joue l'atome métallique dans la molécule totale, et de plus en dehors de ce rôle, le fer préside assurément às, puisqu fonctions encore assez mal élucidée d'autrese sa présence est générale dans le foie, même chez les Mollusques dont le pigment hématique est constitué par un autre métal, comme l'a montré Dastre au cours de ses études sur la « fonction martiale ».

Mais le fer est en proportion relativement énorme par rapport à certains autres éléments que les recherches récentes auxquelles je faisais allusion plus haut autorisent désormais à considérer comme des éléments constants et normaux de la matière vivante, en dépit de leur quantité infinitésimale dans les tissus : ce sont, parmi les métalloïdes, l'arsenic, le bore, le brome, l'iode et le silicium, parmi les métaux : l'aluminium, le cuivre, le manganèse, le vanadium et le zinc. Du reste, il convient de suite de remarquer que si ces corps n'entrent dans la composition de la plupart des tissus que pour quelques centièmes, parfois même quelques millièmes de milligramme par kilo de substance fraîche, ils peuvent en quelque sorte se concentrer dans certains organes ou chez certains organismes, jusqu'à monter à un taux presque

déconcertant quand il s'agit de corps réputés toxiques. C'est ainsi que la laitue est particulièrement riche en arsenic (0mmg 23 par kilo(1) les pruneaux en bore (10 mmg. 30 par kilo), la moule en iode (presque 2 mmg par kilo), l'escargot et le maïs en manganèse (16 mmg. par kilo), l'huitre en zinc (1 gr. 157 par kilo) et en cuivre (138 mmg. par kilo pour les marennes vertes), et un kilo d'avoine, telle qu'elle est consommée par un cheval, ne renferme pas moins de 17 mmg. 10 de ce dernier corps...

Ces divers éléments sont-ils vraiment indispensables à la cellule vivante ? et dans ce cas, quel est leur rôle ? Tel est le double problème qui se pose à nous.

A la première question, il semble *a priori* difficile de répondre négativement, étant donnée la constance avec laquelle on les a trouvés dans les divers tissus animaux ou végétaux, chaque fois qu'on s'est donné la peine d'analyser ceux-ci à l'aide de méthodes assez sensibles. Mais leur universalité même dans nos aliments usuels, et le fait que leur apport journalier, s'il est nécessaire, ne l'est qu'à l'état de traces, rendent bien difficile de trancher par l'expérience la question de leur indispensabilité pour les animaux. Si la clinique a pu parfois établir une relation plus ou moins directe de cause à effet entre le déficit habituel de certains de ces corps et l'apparition de certains syndromes pathologiques, ce cas est assez exceptionnel, et à l'heure actuelle nous ne possédons touchant ce problème que des documents épars. C'est ainsi que nous savons par exemple la nécessité d'un apport alimentaire de fer ou d'iode pour les vertébrés, que chez la plupart des invertébrés le cuivre est indispensable pour l'élaboration du pigment hématique, ou plutôt hémo-lymphatique, que chez quelques mollusques le cuivre est remplacé par le manganèse, que plus exceptionnellement encore, chez les tuniciers, c'est le vanadium qui participe à la constitution du pigment respiratoire... : tout ceci ne nous mène pas loin.

En revanche, les recherches ont déjà pu être beaucoup plus poussées pour les végétaux que l'on peut cultiver en milieux minéraux synthétiques et dans cet ordre d'idées les expériences de Raulin sur la culture de l'aspergillus niger ont conservé toute leur valeur. Cet auteur montra que la suppression dans le liquide qui porte son nom, du silicium, du fer ou du zinc, dont les quantités n'excèdent pourtant pas 1/5000 de la somme des autres aliments mis à la disposition de la moisissure, diminue le rendement de la culture dans des proportions déconcertantes : il tombe en effet aux 3/5 si la suppression porte sur le silicium, à 1/3 quand manque le fer, à 1/10 seulement de sa valeur quand c'est le zinc qui fait défaut, et en se servant de produits rigoureusement purifiés pour éliminer toute trace de ce dernier métal. MM. G. Bertrand et Javillier ont pu montrer que pour 1 gramme de zinc mis en plus à la disposition de l'aspergillus, la récolte du champignon augmente de 100 kilos ! Si donc le zinc n'est pas rigoureusement indispensable à la plante au sens absolu du terme, du moins il joue dans son métabolisme un rôle d'une efficacité extraordinaire, et doit être considéré comme pratiquement nécessaire. Il en est vraisemblablement de même de tous les autres corps qui font partie à dose infinitésimale, mais constante, de la composition de la substance vivante.

Quel peut-être exactement le rôle de ces « infiniment petits » chimiques, suivant l'expression désormais classique ? Ici nous entrons dans le domaine de l'hypothèse, et les documents expérimentaux sont encore si restreints que nous ne pouvons avoir une opinion qu'en raisonnant par analogies.

Il est d'abord bien évident que les quantités infinitésimales des corps qui entrent en jeu excluent l'hypothèse d'une participation pondérale notable dans la constitution de la molécule albuminoïde vivante, et de suite, se présente à l'esprit l'idée d'un rôle catalytique, d'une action de présence nécessaire aux réactions chimiques entre le protoplasme et le milieu ambiant. Or nous savons que de telles actions s'effectuent en règle générale grâce à l'intermédiaire de diastases ou de substances enzymoïdes plus ou moins analogues à ces dernières : les infiniments petits chimiques joueraient-ils un rôle dans ce genre de réactions, et participeraient-ils à l'activité des diastases, au sens large du terme ? C'est ce qu'a pu être démontré pour quelques-unes d'entre elles, et en particulier a été mis en évidence pour certaines oxydases telles que la laccase, par les si remarquables recherches de M. G. Bertrand.

La laccase est une diastase très répandue dans la nature, et qui jouit de la propriété d'oxyder un grand nombre de substances naturelles ou artificielles en donnant des produits plus ou moins colorés ; c'est elle, par exemple, qui transforme le latex de l'arbre à laque en cette sorte de vernis noir qu'on nomme le laque, qui fait rougir une pomme ou bleuir certains champignons coupés et exposés à l'air, par fixation de l'oxygène atmosphérique. Or, cette oxydase contient toujours des traces de sels de manganèse et son pouvoir oxydant varie en raison directe de sa teneur en ce métal, à tel point que la laccase purifiée de toute trace de manganèse se montre rigoureusement inactive, mais qu'elle recouvre tout son pouvoir par l'adjonction ultérieure d'une trace de métal. De là

(1) Tous ces chiffres sont calculés par kilogramme de matière fraîche.

la conclusion s'impose que dans la laccase, complexe diastasique albuminoïde à molécule considérable, seul le manganèse joue un rôle actif, et que le support albuminoïde n'a d'autre fonction que de maintenir le manganèse dans un état physique ou des conditions chimiques indispensables pour que les réactions qu'il détermine puissent se produire. Si cette interprétation est exacte, on doit pouvoir obtenir des actions diastasiques oxydantes à l'aide de composés manganésifères moins complexes que ces sortes d'albuminates : Trillat a en effet montré que le lactate de manganèse peut se comporter, lui aussi, comme une oxydase, et Villiers a signalé des cas où le manganèse joue encore le rôle de diastase oxydante, même en milieu purement minéral.

Quelle part revient à la nature chimique du métal dans de telles actions, et quelle est celle qui dépend de son état physique ? C'est ce qu'il est délicat de définir. D'une part, un grand nombre de métaux se comportent comme des oxydases au même titre que le manganèse, quoiqu'à un degré moindre : tels sont par exemple, le cuivre et le fer, ou encore le platine colloïdal, et même le mercure métallique, dont le simple contact suffit à déterminer l'oxydation de l'aluminium.

Mais d'autre part, ces métaux ne sont pas interchangeables chez les êtres vivants, et par exemple le manganèse se montre spécifiquement indispensable aux plantes supérieures. Une plantule de maïs, privée de ce corps, s'étiole et cesse de croître. Le dépôt sur les feuilles jaune d'un peu de solution de sel de manganèse n'est suivi d'aucun effet, alors que le contact d'une goutte d'exsudat d'une plante normale, c'est-à-dire à nutrition manganésifère, détermine immédiatement au point de contact une régénération active des tissus en voie de dégénérescence (Mazé). Ici donc, la qualité du produit manganésifère, se présentant sous la forme organique, en complexe assimilé par une plante normale, est encore plus importante que la quantité, car la teneur d'une goutte de suc d'une plante normale en métal défie toute analyse. De plus les recherches de G. Bertrand, Thomassin, Javillier, Aso, etc. ont montré d'une part que le manganèse seul, à dose minime, agit comme un engrais fertilisant exceptionnel, pouvant par exemple améliorer le rendement de la culture du riz de 42 % et, d'autre part, que si la minéralisation totale des plantes est très influencée par la présence dans leurs aliments de manganèse ou de zinc isolés, elle est encore accrue dans une proportion incomparable par leur adjonction simultanée dans le milieu nutritif. Ainsi cette question des infiniment petits chimiques, sortant du domaine spéculatif du laboratoire, prend tout à coup une importance pratique capitale.

A côté du manganèse, le zinc joue également un rôle des plus curieux dans certains phénomènes diastasiques, et M. Delezenne a récemment montré que ce métal doit être considéré comme un des éléments normaux de la cellule. Etudiant quels rapports peuvent exister entre leur teneur plus ou moins grande en zinc et les propriétés des divers tissus ou de leurs produits de sécrétion, M. Delezenne a été amené à conclure que les propriétés diastasiques particulières des venins sont en fonction directe de leur teneur en métal. Toutefois l'albuminoïde qui lui sert de support n'est pas sans action de son côté, et il conditionne dans une large mesure l'activité du métal-ferment, par la détermination de réactions humorales (production d'anticorps, d'hémolysines, etc.) spécifiques. De la sorte, un jour nouveau se trouve jeté sur le principe du mode d'action des toxines en général ; l'analyse de l'action des venins permettant de ramener certaines de leurs propriétés à des actions diastasiques liées elles-mêmes à la présence de traces d'un métal déterminé, pourra peut-être orienter dans une voie nouvelle les recherches concernant les autres toxines, en particulier les toxines microbiennes.

Ces actions de métaux peuvent *a priori* nous étonner sous deux rapports. D'une part, quelle peut bien être leur mécanisme ? Et en second lieu, comment peut-on concevoir une telle action de présence à dose aussi minime ?

Touchant le premier point, on pourrait d'abord envisager la possibilité de combinaisons chimiques instables, perpétuellement réversibles dans les deux sens, s'effectant entre le métal et les composés chimiques qui l'entourent ; c'est dans cet ordre de phénomènes que rentrent les réactions déterminées par la laccase. Celle-ci, qu'on peut considérer comme une combinaison d'un acide organique faible avec le manganèse, est d'abord hydrolysée par l'eau, avec formation de protoxyde de manganèse ; celui-ci passe ensuite à l'état de bioxyde en présence de l'air, avec libération d'un atome d'oxygène qui se fixe sur la matière oxydable, et enfin le bioxyde se redissocie pour repasser à l'état de manganèse libre qui régénère la laccase, un nouvel atome d'oxygène se fixant à nouveau sur la matière oxydable. Schématiquement, ces trois réactions peuvent s'écrire :

$$R{-}Mn + H^2O = MnO + RH^2$$
$$MnO + O^2 = MnO^2 + O$$
$$MnO^2 + RH^2 = R{-}Mn + H^2O + O$$

Telle est du moins la façon de voir de M. G. Bertrand, qui est généralement adoptée.

D'un autre côté, l'état colloïdal sous lequel se trouve le métal en combinaison organique doit certainement aussi entrer en ligne de compte. On a tendance, à l'heure actuelle, à ramener un grand nombre de phénomènes, tels que les

actions diastasiques, à des transports de molécules par mobilisation d'électrons, résultant précisément de l'état colloïdal des substances envisagées. Ainsi pourraient s'expliquer les analogies frappantes qui existent entre la « Vie » des diastases ou enzymoïdes organiques, d'une part, et d'autre part, celle des métaux colloïdaux ou métaux-ferments. L'activité des uns et des autres est également fonction de l'âge de la solution, de toute son histoire antérieure, etc.; dans l'un et l'autre cas, l'action est ralentie par certains poisons et cela dans des proportions analogues. C'est ainsi que 1/100.000° de soude réduit de moitié l'activité de la sucrase, 1/4.000.000° d'acide sulfurique celle de la laccase, mais d'un autre côté 1/10.000.000° de molécule d'hydrosulfite, ou 1/50.000.000° de molécule d'acide cyanhydrique inhibent de même les propriétés de l'or colloïdal ; le platine colloïdal est sensible aux mêmes poisons que le protoplasme, par exemple l'hydrogène sulfuré ou arsénié, l'acide cyanhydrique, etc. et s'il peut « guérir » quand l'action du toxique a été ménagée, il peut également « mourir », et toute son activité est définitivement détruite quand l'intoxication a été plus brutale.

Cette analogie,pour ne pas dire cette identité, de propriétés des métaux colloïdaux et des diastases rend évidemment fort plausible l'hypothèse que les diastases ne tirent leurs propriétés spéciales que des colloïdes métalliques qu'elles renferment et ainsi peuvent, d'autre part, s'expliquer que les produits colloïdaux les plus divers (métaux, peptones, cadavres de microbes, sérums non spécifiques...), injectés dans les humeurs, puisent y déterminer des réactions thérapeutiques identiques . Tout le mécanisme de cette action réside dans les ruptures d'équilibre qui se produisent alors dans les milieux de l'organisme, et dans les modifications des conditions physiques à la surface de contact entre le plasma du sang et les éléments figurés, par exemple les microbes qu'il tient en suspension. Si cet état primitivement stable, devient instable, les éléments en question s'agglutinent alors, comme l'a bien mis en évidence Govaerts, etc.

Or,des actions analogues peuvent assurément être déterminées au sein même de la matière vivante par les infiniment petits chimiques qu'elle renferme, et si cela n'explique pas la spécificité apparente de certains de ces corps, du moins cela permet d'imaginer le rôle commun spécial que peuvent avoir les molécules métalliques en combinaisons organiques infiniment diluées.

Mais comment concevoir une action efficace, étant donnée précisément cette dilution extraordinaire ? Remarquons d'abord que la chose n'est pas sans analogie avec d'autres phénomènes parfaitement admis : 1/5.000.000° du poids du corps d'aconitine, 1/80.000.000° de toxine tétanique suffisent à tuer un cheval, et dans l'un et l'autre cas, l'organisme supérieur se montre aussi sensible aux infiniment petits chimiques que l'aspergillus dans sa croissance. Du reste, comme le fait remarquer à juste titre J. Duclaux, la disproportion entre le poids de la toxine tétanique et celui du corps est plus apparente que réelle. Pour que la mort soit déterminée, point n'est besoin que toutes les cellules soient touchées par le poison ; il suffit que la chose se produise pour celles dont le fonctionnement est essentiel à la coordination des vies cellulaires, par exemple les cellules nerveuses, et l'on sait l'affinité toute spéciale de la toxine tétanique pour ces dernières. D'autre part, si l'on fait le calcul, en substance sèche, du poids de tissu nerveux que l'on peut raisonnablement considérer comme mis hors de cause par la toxine microbienne, on finit par trouver que le poids de matière vivante tué par l'unité de celle-ci n'excède sans doute pas 2000, chiffre très comparable à ceux fournis par l'étude de la neutralisation de la laccase par l'acide sulfurique. Or,dans ce dernier cas, on a pu calculer que l'inhibition du ferment par l'acide correspond en réalité à une simple neutralisation effective d'1/2 atome de manganèse par 1 molécule d'acide sulfurique, avec production d'un sel inactif, ce qui nous ramène à une réaction fort simple et de l'ordre de grandeur de celles habituellement considérées en chimie. L'action des infiniment petits toxiques n'a donc rien de si paradoxal quand on serre la question de près.

Quel peut-être le mécanisme de telles actions à l'intérieur des cellules ? Ou bien ces corps peuvent paralyser momentanément certaines de leurs fonctions en y déterminant la production de composés inertes plus ou moins stables ; les cas extrêmes sont réalisés, par exemple, dans l'inhibition chloroformique du tissu nerveux d'une part, et d'autre part l'intoxication oxycarbonée de l'hémoglobine du sang ; ou bien les corps en question peuvent se borner à suspendre les activités diastasiques indispensables, par un mécanisme analogue à celui dont ils « intoxiquent » les métaux-ferments, et sans doute dans des proportions très comparables. Par un mécanisme inverse, on conçoit que les substances favorisantes puissent agir très simplement par l'exaltation de propriétés diastasiques : nous savons déjà par exemple le rôle considérable que jouent les sels de calcium dans les processus de coagulation du sang ou l'activation du suc pancréatique ; pourquoi le zinc du liquide de Raulin ne jouerait-il pas un rôle analogue vis-à-vis d'une des diastases essentielles du métabolisme de l'aspergillus ? et qui empêche de penser que celle-ci ne doive son activité à ce

métal au même titre que les venins, et de la même façon que la laccase tire la sienne du manganèse ?

Toutes les considérations précédentes nous amènent à concevoir que, pour infiniment petite que soit leur quantité, les « corps rares » de l'organisme, si j'ose m'exprimer ainsi, n'en sont pas moins d'une importance primordiale dans les processus de la vie. Comment ces corps dont les aliments ne nous apportent journellement que des quantités impondérables, arrivent-ils à se concentrer en quelque sorte dans certains organes, comme fait par exemple l'iode dans le corps thyroïde ? Sans doute par un processus de fixation élective analogue à celui qui permet au varech de s'enrichir en iode et en argent aux dépens d'une eau de mer qui n'en renferme que des traces, ou à un écheveau de soie blanche de se teindre en rose vif dans une eau ne renfermant qu'un millionième d'éosine c'est-à-dire à peu près complètement incolore à l'œil. Et, au fond, n'est-ce pas un processus analogue qu'il faut imaginer pour concevoir qu'un dixième de milligramme de digitaline, dilué dans cinq litres de sang, non compris toute la lymphe interstitielle, arrive à modifier considérablement et de façon élective la conductibilité du pneumogastrique et du faisceau de His ? Et quand on songe à l'état d'hydrolyse, de désagrégation atomique où doivent alors se trouver les molécules, on se prend à se demander qu'est-ce qui agit réellement en pareil cas, et quel rapport l'action thérapeutique peut bien avoir avec la composition moléculaire globale du médicament isolé à l'état de pureté...

On voit par ce rapide coup d'œil sur la question des infiniments petits, combien leur étude nous amène à des conceptions nouvelles touchant le problème des équilibres chimiques au sein de la matière vivante. Actuellement, nous ne faisons encore que soupçonner leurs propriétés biologiques, mais nous sommes dès maintenant autorisés à penser que la connaissance exacte du mécanisme de l'action de ces corps est peut-être ce qui nous donnera un jour l'arme thérapeutique la plus efficace, celle qui se sert des moyens mêmes de la nature pour l'asservir à nos fins.

Dr J.-M. PACAUT.

A TRAVERS LA PRESSE

I

Presse française.

Chambres d'allaitement.

« La chambre d'allaitement est une salle « spéciale installée dans une usine ou dans un « magasin pour permettre aux mères qui tra- « vaillent d'allaiter leurs enfants sous la sur- « veillance du médecin de l'établissement. »

Ainsi s'expriment MM. NOBECOURT et SCHREIBER (*Médecine pratique*, 5 mai 1920), qui exposent comment ils conçoivent l'organisation de ces chambres. Utilisant un local inoccupé de l'usine ou un local spécialement édifié à cette intention, la chambre d'allaitement comprendra schématiquement une salle d'allaitement proprement dite ; une salle de change ; un vestiaire ; une cuisine et des boxes d'isolement.

Il y aurait intérêt à ce que la salle d'allaitement fût complétée d'un dortoir pour les nourrissons.

Les règles principales de l'hygiène de l'habitation y seront respectées : murs lavables ; aération continue ; température maintenue aussi constante que possible (chaude l'hiver, fraîche l'été) ; mobilier réduit à sa plus simple expression (berceaux type moïse en osier garnis d'un matelas en balle d'avoine, d'un traversin et d'une toile cirée).

Le personnel doit comprendre un médecin surveillant, des gardiennes ou berceuses et des dames patronesses.

La chambre d'allaitement est exclusivement réservée aux enfants nourris au sein maternel. Toutefois, les nourrissons allaités d'une façon mixte y seront admis si la mère peut donner le sein durant la journée.

Les soins et l'alimentation sont réglés par la loi du 5 août 1917.

Suit une étude intéressante de la question budgétaire pour l'organisation et l'entretien. Les frais varient nécessairement selon la façon dont l'installation est comprise. Une installation de 15 berceaux a coûté 11.000 frs. dans une usine ; ailleurs, 6 berceaux n'ont nécessité qu'une dépense de 2000 francs ; ailleurs encore, 50 berceaux sont revenus à 1200 frs l'un.

Les résultats de la chambre d'allaitement sont remarquables. Ces organisations ont une action moralisatrice ; elles réalisent une économie pour les mères ; elles favorisent l'allaitement maternel et diminuent la mortalité infantile.

En outre des chambres d'allaitement, il serait utile de créer des crèches et des garderies pour les enfants nourris au biberon.

Epidémie d'embarras gastriques éberthiens chez des vaccinés.

MM. Dalous, Laporte et Tapie ont observé dans un dépôt de dragons une épidémie d'infections gastro-intestinales chez des soldats vaccinés avec le T.A.B. L'hémoculture a permis, dans certains cas, d'isoler un bacille d'Eberth.

Ils en concluent que :

1) La vaccination antityphoïdique ne met pas à coup sûr l'organisme à l'abri des infections éberthiennes ;

2) Ces infections, très rares d'ailleurs, sont généralement dénuées de gravité. Elles présentent souvent, comme chez les malades observés, le tableau de l'embarras gastrique fébrile ;

3) L'embarras gastrique fébrile apparaît comme un syndrome que peuvent réaliser plusieurs infections. L'hémoculture permet de reconnaître son origine éberthienne ; il est nécessaire de la pratiquer au moment de l'acmé fébrile, en raison de la brièveté de la phase septicémique. (*Toulouse Méd.*, 15 avril 1920).

L'art de se préserver de la grippe.

Il consiste selon M. Camescasse (*Bull. Méd.*, 12 mai 1920) à faire avaler aux sujets, des enfants dans la circonstance visée par l'auteur, à chaque repas, une des pilules ou un des cachets suivants :

Pilules :

Extr. mou de quinquina	0,10
Sulfate de quinine	ââ 0,05
Salicylate de soude	

pour une pilule.

Cachets :

Poudre de quinquina	0,40
Sulfate de quinine	ââ 0,05
Salicylate de soude	

pour un cachet.

En pleine période épidémique, les orphelins d'une fondation philanthropique soumis à cette médication préventive sont demeurés indemnes, bien qu'une partie du personnel affecté à leurs soins ait été contaminée.

La méthode est d'une simplicité et d'une innocuité telle qu'elle mérite d'être retenue, en raison de ses excellents résultats.

Kinésithérapie de la sciatique.

La sciatique vraie est une affection de longue durée. Elle immobilise celui qui en est atteint, le fait souffrir physiquement et le déprime moralement, en raison de ses particularités. Elle est souvent rebelle au traitement. Aussi est-il nécessaire de pouvoir varier celui-ci de manière à en triompher le plus rapidement possible.

Parmi les méthodes qui s'offrent au praticien, une place importante doit appartenir à la kinésithérapie.

Après avoir rappelé sommairement le diagnostic différentiel de la sciatique vraie avec les para-sciatiques, M. Desfosses conseille d'abord de recourir à l'immobilisation du malade au lit, à l'enveloppement du membre dans de l'ouate après applications de baumes calmants, et de prescrire les analgésiques. Il propose la formule suivante :

Caféine	0,05
Phénacétine	0,03
Antipyrine	0,40

pour un cachet : deux ou trois par jour, suivis d'une infusion chaude.

Ces pratiques permettent d'atteindre le moment où les moyens physiques pourront être employés.

Ces moyens sont : la douche d'air chaud (150°) appliquée sur tout le trajet du nerf, depuis l'ischion jusqu'au pied, sans braquer l'appareil sur aucun point fixe. La peau devient cramoisie ; tout d'abord, il semble se produire une exacerbation passagère des douleurs qui se calment ensuite durablement. La douche dure de 20 à 30 minutes. On peut faire une ou deux séances par jour.

Le massage sera méthodique : il consistera en effleurages, surtout si la peau est hyperesthésiée. Si ceux-ci sont bien tolérés, on les fera suivre de pétrissages, de pressions-vibrations, de tapotements avec le bord cubital des mains.

On imprimera ensuite au membre des mouvements passifs d'extension et de circumduction destinés à faire l'élongation du nerf.

Les exercices sont variables. Ils se complètent par des mouvements actifs exécutés par le sujet lui-même : flexions du tronc sur le bassin, les membres restant allongés ; flexions des membres sur le bassin, etc.

Cette méthode, d'exécution facile, dure environ 15 jours (*Presse méd.*, 5 mai 1920).

J'ai pratiqué sur moi-même ces exercices d'élongation du nerf par l'extension forcée du membre inférieur. Je m'en suis fort bien trouvé.

Epilepsie et diabète.

Les cas que M. Labbé a en vue sont ceux dans lesquels l'épilepsie ne peut être rapportée à aucune autre cause que le diabète, et plus particulièrement l'acidose qui le complique si souvent (*Paris méd.*, 1er mai 1920). C'est dire qu'il élimine de son étude les glysosuries transitoires

qui succèdent parfois aux crises épileptiques, et les crises d'épilepsie qui peuvent survenir chez un diabétique, qui serait par exemple en même temps épileptique, ou sous le coup d'une autre intoxication : alcoolisme, urémie, ou qui présenterait une lésion encéphalique organique : syphilis, tumeur, abcès, ramollissements, etc.

A ce propos, il passe en revue les travaux parus sur la question et fait la critique des observations antérieurement publiées, dont certaines ne laissent aucun doute sur l'origine diabétique des convulsions.

Lui-même en a observé quatre cas, dont trois sont nettement démonstratifs.

Les convulsions se sont montrées dans la phase prémonitoire du coma diabétique, ou au cours de celui-ci. Les différentes réactions caractéristiques de l'acidose diabétique ont été positives.

« Il en ressort que, dans les cas d'acidose où « l'on n'a aucune raison d'invoquer l'urémie ni « une autre intoxication, on voit parfois sur- « venir des crises d'épilepsie qu'il nous paraît « légitime de rapporter à l'intoxication acide, « sans pouvoir affirmer, bien entendu, quel est, « parmi les agents de cette intoxication complexe « celui qui joue le rôle épileptigène.

« Ces crises sont localisées ou généralisées, « suivies de perte de connaissance, passagères ou « prolongées. Souvent elles préludent au coma « diabétique et elles ne s'arrêtent que pour céder « la place au coma. D'autres fois, elles appa- « raissent au cours du coma déjà installé. Enfin, « elles semblent aussi pouvoir se produire bien « avant la terminaison du coma, à l'occasion « d'une poussée d'acidose chez un diabétique. »

G. D.

II

Presse anglaise.

La transfusion sanguine en obstétrique.

Dans le *Medical Record* (14 janv. 1920), le Dr Loosee rapporte 40 cas, avec 3 morts, de transfusion sanguine pour hémorrhagie aiguë obstétricale (grossesse extra-utérine, placenta prævia) et 30 transfusions, toutes suivies de guérison, pour anémie intense due à des hémorrhagies du post-partum. Le sang fut prélevé chez des donneurs spéciaux, choisis d'avance et prêts aux éventualités de cette opération. Lorsqu'il ne trouve pas dans la famille de la malade un donneur utilisable, M. Loosee s'adresse à l'un de ces donneurs professionnels : ceux-ci sont soumis périodiquement à un examen au point de vue du Wassermann et des réactions d'agglutination. L'auteur préfère la transfusion du sang non citraté à celle du sang citraté. Il pense que nombre d'existences peuvent être sauvées par ce moyen et il dit que les cliniques d'accouchement devraient toujours et à tous moment être prêtes à faire cette opération.

Absence congénitale d'un poumon.

L'absence congénitale d'un poumon est une anomalie assez rare. M. S. Levy (*Amer. Journ. of Med. Sciences*, fév. 1920) en rapporte un cas chez un homme âgé de 49 ans. Le poumon gauche, ainsi que la bronche, l'artère et les veines pulmonaires gauches, faisaient défaut. Le poumon droit, volumineux, remplissait l'hémithorax droit et débordait en avant dans l'hémithorax gauche.

L'auteur put réunir, dans la littérature médicale, 22 observations d'absence congénitale d'un poumon. Douze fois, la mort du sujet se produisit dans la première année. Dans les dix autres cas, elle eut lieu seulement entre 8 et 70 ans. Le thorax offre généralement une apparence extérieure presque normale. Dans le cas de Levy, il était toutefois asymétrique et aplati du côté gauche.

Rupture du rectum pendant l'accouchement.

La rupture du rectum est une éventualité heureusement très exceptionnelle au cours de l'accouchement. Dorsett (*Surgery, Gynec. and obstet*, mars 1920) vient d'en signaler un exemple. Il concerne une femme qui fut prise, à la suite d'un accouchement par forceps, d'une vive douleur abdominale suivie d'accidents de péritonite et d'état de shock. La patiente succomba 48 heures après. L'autopsie montra une péritonite aiguë et une rupture du rectum à sa jonction avec l'S iliaque. Il s'agissait d'un rectum déjà malade, atteint de rétrécissement spécifique ancien.

Traitement de l'éclampsie par la tranfusion sanguine.

Dans un travail publié en 1911, Dold a montré que les extraits salins de différents viscères contiennent une toxine, mortelle pour l'animal, qui est neutralisée d'une façon complète par du sérum sanguin normal. Obata, d'autre part, s'appuyant sur les recherches de Dold, a injecté à des souris de l'extrait frais de placenta humain et il a vu apparaître chez ces animaux des phénomènes ressemblant à l'éclampsie. L'injection de sérum sanguin humain produisait le même effet. Mais si l'on mélangeait de l'extrait de placenta et du sérum, le mélange cessait d'être nocif pour la souris, sauf le cas où le sérum provenait d'une femme atteinte d'éclamsie.

De ces expériences, il peut paraître logique de conclure que le sérum d'un sujet sain neutralise la toxine de l'extrait placentaire, et que le

sérum d'une éclamptique a perdu cette propriété.

S'appuyant sur ces considérations, M. W. BLAIR BELL (*British. med. Journ.*, 6 mai 1920) pensa qu'il pourrait être utile d'apporter à l'organisme, dans un cas d'éclampsie, l'élément neutralisant qui semble exister dans le sérum normal. Appelé auprès d'une femme en pleine crise éclamptique, il pratiqua une transfusion sanguine de sang citraté, prélevé chez le mari de la malade. Une amélioration presque immédiate se produisit et la patiente guérit.

L'auteur reconnaît qu'il s'agit d'une observation unique, non concluante, mais il la publie dans l'espoir de voir d'autres accoucheurs suivre son exemple.

La vulvo-vaginite infantile.

M. BROOKE BLAND (*New-York med. Journ.*, 20 mars 1920) emploie la méthode suivante dans le traitement de la vulvo-vaginite des petites filles. Pendant les 2 ou 3 premiers jours, pour que le traitement soit complètement indolore et pour mettre les enfants en confiance, il fait, matin et soir, des lotions et des injections vaginales à l'eau tiède simple. Puis, il emploie l'eau iodée très faible d'abord, plus forte ensu..e. Les lavages sont pratiqués matin et soir pendant les 3 ou 4 premières semaines, et sont complétés, une fois par jour, par l'instillation dans le vagin de 25 gouttes d'une préparation d'argyrol au quart. Un tampon imbibé du même produit est appliqué sur la vulve. Les irrigations, après un mois ou 6 semaines, ne sont plus faites qu'une fois par jour et discontinuées dans la suite. Dans les pensionnats, les hôpitaux d'enfants, les familles nombreuses, il est bon d'isoler les petites malades ou de prendre, au moins, toutes précautions pour éviter la contagion.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Un vœu du Dr Roux.

(M. ROUX. — *Académie de Médecine.*)

M. Roux, comparant les budgets d'assistance (105 millions) et d'hygiène (2 millions 700.000 frs) du Ministère de l'Hygiène publique, montre que jusqu'à ce jour le souci d'assister les malades l'a emporté sur celui de prévenir la maladie. Il pense que si soigner les malades est bien, faire de la prophylaxie est mieux encore. Il émet le vœu que la somme attribuée à l'hygiène dans le budget soit augmentée et que les services d'hygiène soient réorganisés de manière à remplir leur but.

Le syndrome parkinsonien dans l'encéphalite léthargique.

(M. PIERRE MARIE et Mlle LÉVY. — *Acad. de méd.*.)

Le syndrome parkinsonien (raideur d'attitude et aspect parkinsonien de la face) a été observé et remarqué par différents auteurs au cours de l'encéphalite léthargique. M. Pierre Marie a étudié ce syndrome au point de vue de ses caractères et de sa distinction avec la paralysie agitante typique.

La paralysie agitante est une maladie qui débute rarement avant 45 ou 50 ans, alors que l'encéphalite léthargique est surtout fréquente entre 30 et 40 ans et chez des sujets plus jeunes. L'invasion est beaucoup plus brutale dans l'encéphalite que dans la maladie de Parkinson. Le tremblement est généralement absent dans l'encéphalite. Le diagnostic est assez facile, habituellement, mais il importe d'y penser pour éviter des confusions qui ont pu se commettre à une époque où l'encéphalite n'était pas connue.

Les sels cériques dans la tuberculose.

(M. A. FROUIN. — *Académie de Médecine.*)

M. Frouin rappelle ses expériences sur l'action anti-bacillaire des sels de terres du groupe cérique. Si l'on ajoute des sulfates cériques à une culture de bacilles tuberculeux, le rendement de la culture est réduit de moitié. Si l'on poursuit l'expérience par des passages successifs, on voit que loin de s'éteindre, l'action anti-bacillaire des sels de ce groupe s'exagère, au contraire. Les bacilles, d'autre part, sont altérés, renferment moins de graisses et de cires.

L'auteur a appliqué les sels de terres du groupe cérique au traitement de la tuberculose expérimentale chez le cobaye et le lapin. Il a observé à la suite d'injections de ces sels une survie très nette des animaux tuberculeux et une sclérose des organes atteints. On sait qu'en clinique les sulfates de néodyme, praséodyme et samarium ont été employés par MM. Grenet et Drouin, s'appuyant sur les travaux de M. Frouin.

Diagnostic des abcès de la région bucco-dentaire.

(M. J. MENDEL. — *Société de Biologie.*)

En présence d'un abcès de la région bucco-dentaire il est parfois difficile d'établir avec précision la porte d'entrée du germe, de définir en particulier s'il s'agit d'une suppuration d'origine dentaire ou d'une lésion suppurée gingivo-buccale. M. Mendel estime que ce diagnostic peut être établi aisément par l'examen bactériologique de frottis de l'exsudat purulent convenablement coloré. Dans les abcès de source gingivale, on constate la présence de spirilles généralement associés au bacille fusiforme. Ces spirilles sont absents dans les abcès d'origine dentaire. Le diagnostic est important puisqu'il conduit, dans ce dernier cas, à des soins dentaires spéciaux ou à des extractions dentaires.

Le sucre protéidique chez les diabétiques.

(MM. Gruat et Rathery. — *Société de Biologie.*)

Les recherches de Bierry et Randoin-Fandard ont montré qu'à côté du sucre libre, il existait, dans le sang, du sucre engagé en combinaison et entrant dans la constitution moléculaire de certaines substances protéiques : c'est le *sucre protéidique.*

L'étude des variations de ce sucre protéidique est intéressante. M. Rathery en a fait la recherche chez une série de malades. Il pense que le sucre en question doit jouer un rôle qui n'est pas à négliger dans les troubles du métabolisme des hydrates de carbone. Il faut en tenir compte, notamment dans le diabète.

Les injections intra-veineuses d'huile.

(MM. Busquet et Vischniac. — *Société de biologie.*)

Les expériences de Le Moignic, Gautrelet et Sézary, sur l'animal, et les essais de divers cliniciens chez l'homme, ont montré la possibilité d'injecter une certaine quantité d'huile végétale dans les vaisseaux, sans provoquer des embolies mortelles. MM. Busquet et Vischniac ont repris la question expérimentalement et ils ont vu qu'après l'injection intraveineuse d'huile, à la dose de 2 à 3 cmc. par kilo, chez le chien, on ne trouve dans le sang, au bout d'un quart d'heure, ni l'huile, ni l'acide gras résultat de son dédoublement. Cette disparition rapide de l'huile dans le sang explique l'innocuité *relative* de cette substance administrée en injection intraveineuse. L'innocuité, toutefois, n'est que relative, car des accidents sérieux restent encore possibles. M. Naudrot en a signalé un cas chez un malade après administration intraveineuse d'huile camphrée.

Rôle de l'azote non uréique dans l'urémie.

(MM. Chabanier et Castro Galhardo. — *Société de Biologie.*)

Le rôle de l'azote non uréique dans la symptomatologie de l'urémie n'est pas encore nettement défini. Ambard admet que ce sont les substances azotées non uréiques qui sont surtout toxiques, et il pense que ce sont elles qu'il faudrait envisager plus particulièrement dans l'urémie. M. Carnot estime également que l'azote non uréique mérite toute l'attention, mais plus en qualité qu'en quantité.

MM. Chabanier et de Castro Galhardo ont étudié de leur côté le rôle de l'azote non uréique du plasma dans la détermination des symptômes de l'urémie. Dans un certain nombre de cas soumis à leur observation, ils ont noté une coïncidence entre l'augmentation de l'azote non uréique du plasma et l'acuité des phénomènes d'intoxication urémique. Toutefois, il n'y a pas parallélisme constant entre le taux de cet azote non uréique et l'intensité des troubles d'intoxication. Il est donc vraisemblable que la forme chimique sous laquelle cet azote non uréique existe en quantité anormale n'est pas toujours la même et que des travaux plus avancés permettront de préciser la nature des éléments toxiques.

M. Rathery admet aussi la valeur pronostique de la recherche de l'azote non uréique (azote résiduel). Mais, à côté du chiffre quantitatif global, il faut faire intervenir le facteur « qualité » de cet azote résiduel.

Vaccination contre le charbon par voie cutanée.

(M. Besredka. — *Société de Biologie.*)

Un cobaye frictionné avec le « premier » vaccin contre le charbon résiste au « deuxième » vaccin. Frictionné successivement avec les deux vaccins, il résiste à la friction avec le virus, puis à l'inoculation sous-cutanée du virus. On obtient ainsi une vaccination complète.

La buée respiratoire renferme-t-elle de l'urée ?

(MM. Battez et Ch. Dubois. — *Société belge de Biologie.*)

Courtade a signalé, en 1913, que la buée respiratoire était, non de l'eau pure, mais une solution saline, chargée de 0 gr. 10 environ d'urée par litre.

Faisant de nouvelles recherches chez le chien trachéotomisé, et se servant de la méthode du xanthydrol, MM. Battez et Dubois n'ont pas trouvé trace d'urée dans la buée respiratoire. Ils pensent que l'urée constatée par Courtade tient à la technique spéciale utilisée par cet auteur, qui employait un masque bucco-nasal où l'air expiré pouvait arriver chargé de mucosités nasales.

La nutrition et les rations alimentaires de guerre.

(M. de Waele. — *Société belge de Biologie.*)

Médecin d'hospice, pendant la guerre, en Belgique, M. de Waele a constaté chez les vieillards qu'il observait une nutrition et un état sanitaire satisfaisants malgré une ration alimentaire très réduite (1.200 calories) et très inférieure aux chiffres minima (1.700 calories) donnés avant la guerre par Voit et Forster. Les rations indiquées par M. de Waele sont encore au-dessous de celles signalées par Lambling, à Lille, par Benoît et Taylor, dans les camps de prisonniers et les camps de représailles, en Allemagne. Il était distribué, dans l'hospice dont parle M. de Waele, le matin une infusion de malt et du pain, à midi une soupe et des pommes de terre, le soir une soupe, et, tous les 3 jours, un supplément de fèves ou de lard.

L'absorption de l'huile dans le poumon.

(M. Guieysse-Pellissier. — *Soc. belge de biologie.*)

Les injections intra-trachéales d'huiles médicamenteuses ont été à différentes reprises recommandées en thérapeutique. L'huile est-elle absorbée par le poumon ?

Mayer et Morel ont montré que le pouvoir lipo-

sique du poumon était considérable. L'huile est lipolysée par le poumon, mais elle serait aussi absorbée en nature. S'il faut en croire M. Guieysse-Pellissier, les cellules épithéliales pulmonaires auraient même vis-à-vis de l'huile une véritable voracité. Elles l'absorberaient pour la lipolyser.

Le spirochète ictéro-hémorrhagique chez le rat d'égoût, à Paris.

(M. Stéfanopoulo. — *Société de Biologie.*)

Depuis le début de leurs recherches sur la spirochétose ictéro-hémorrhagique (1916), MM. Louis Martin et A. Pettit se sont préoccupés de déceler le *spirochæta ictero-hemorrhagiæ* chez le rat d'égoût parisien. Jusqu'à février 1920, les inoculations sont demeurées négatives. En mars 1920, au laboratoire du Dr A. Pettit, à l'Institut Pasteur, M. Stéfanopoulo a pu faire de nouvelles investigations qui ont été positives, montrant à Paris la présence de rats réservoirs de virus pour la spirochétose.

Sarcome de la verge.

(M. Péraire. — *Société des Chirurgiens de Paris*).

M. Péraire présente une tumeur qu'il considère comme rare au point de vue du siège. Il s'agit d'un sarcome de la verge, opéré une première fois il y a un an et demi et ayant récidivé. La deuxième opération a dû aboutir à l'amputation complète de l'organe.

Reconstitution d'une diaphyse humérale à l'aide d'esquilles.

(M. Dupuy de Frenelle. — *Soc. des Chir. de Paris.*)

En présence d'une diaphyse humérale détruite sur une longue étendue, M. Dupuy de Frénelle a recueilli les petites esquilles incrustées dans les tissus voisins, les a nettoyées, puis en a fait un chapelet qu'il a fixé par repiquage, entre les deux extrémités de la diaphyse détruite. Le blessé, revu au bout de 5 ans, présente un humérus solide, aussi long et un peu plus volumineux que celui du côté sain.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE

Sur le traitement de la syphilis

Par le Dr F. Carcy (de Toulouse).

Toute la question de la syphilis est, depuis quelques années, dominée par le laboratoire ; elle lui doit une telle précision, aussi bien du point de vue diagnostic que thérapeutique, que nous ne pouvons que regretter que toutes les branches de la clinique n'en aient à ce point bénéficié.

En 1905, nous connûmes l'agent causal de la syphilis, le spirochète de Schaudinn, ou *treponema pallidum* ; puis, l'ultra-microscope et la découverte de la déviation du complément, ou réaction de Bordet-Gengou-Wassermann, firent effectuer un nouveau pas en avant au diagnostic, alors que la thérapeutique avait trouvé dans les arsenicaux un puissant moyen de juguler l'affection dès ses débuts, réalisant ainsi la meilleure des prophylaxies. Plus récemment, Levaditi et Marie se sont demandé si le spirochète est un, ou bien s'il n'en existe pas plusieurs variétés, et, concluant à la pluralité des races tréponémiques, leurs recherches jettent un jour nouveau sur la pathogénie des manifestations nerveuses de la syphilis. Une gomme, un syphilome, siègeant sur un muscle ou un os, ne procèderaient pas du même élément microbien qu'un tabès ou une paralysie générale. Il resterait à déterminer, cependant, s'il y a toujours eu, dès l'origine, deux races distinctes, ou bien si le même spirochète, suivant qu'il vit dans le sang d'un nègre bambara ou d'un homme d'affaires de Paris, ne subit pas, sous des influences encore inconnues, une modification, une transformation, qui le rend plus apte à provoquer, chez l'un une destruction locale, chez l'autre une méningo-encéphalite. . ? Ainsi se trouveraient constitués, par une adaptation suivie d'une fixation par générations successives sur des sujets de même constitution humorale, les deux virus : le tréponème dermotrope, agent des syphilis à prédominance cutanée, et le tréponème neurotrope, agent des syphilis nerveuses.

Les inoculations aux singes anthropoïdes et au lapin semblent apporter la justification des vues dualistes de Levaditi et Marie, l'aspect des lésions, suivant qu'elles sont provoquées par un tréponème provenant d'un sujet atteint de syphilis commune ou de syphilis nerveuse, étant tout à fait différent : lésions massives et profondes s'il s'agit du virus dermotrope, lésions discrètes et superficielles, au contraire, avec le virus neurotrope.

Au point de vue thérapeutique, quelle différence entre celle d'hier et celle d'aujourd'hui ! Les frictions, le traitement pilulaire, non plus que les injections de sels solubles et insolubles, qui vinrent ensuite, ne permettaient d'escompter une stérilisation, trop tôt affirmée, quelques années plus tard, par les promoteurs, parfois sincèrement enthousiastes, souvent intéressés, des arsenicaux, lors de leur trop bruyante découverte.

Le temps, comme toujours, mit, là aussi, chaque chose à sa place, et plusieurs années d'expériences et d'essais innombrables, notamment dans les centres de vénéréologie qui, durant la guerre, avaient pour mission d'effacer des Vénus impures les... réparables outrages,

permettent de dire que si les arséno-benzols constituent, surtout au début de l'affection, une médication extrêmement active et rapide, ils échouent parfois vis-à-vis de certains accidents sur lesquels le mercure, au contraire, agit à merveille. Il semble aussi qu'il y ait, au bout d'un certain temps, accoutumance du spirochète à l'arsenic et qu'il devienne *résistant* à ce médicament. D'où la pratique courante, dans le traitement actuel de la syphilis, d'administrer alternativement arséno-benzols et mercure : on évite ainsi que le spirochète ne devienne résistant à l'un ou à l'autre médicament, et on a chance d'obtenir, dans le plus grand nombre des cas, la stérilisation de l'organisme, résultat qui devra toujours être contrôlé par le Bordet-Wassermann du sang, et même, dans certains cas, du liquide céphalo-rachidien.

A quelques exceptions près, c'est donc à cette double thérapeutique, arsenicale et mercurielle, que nous aurons recours chez la plupart de nos malades. Nous ferons un traitement d'attaque de 7 ou 8 injections d'arséno-benzol. Nous débuterons par des doses faibles, dix centigrammes, puis 15, puis 20, puis 30, pour arriver, chez les sujets exempts de toute tare viscérale, aux doses terminales de 50 ou 60, voire même 70-75 centigr. Deux séries comme celle-ci, séparées par un repos de 1 ou 2 mois permettent dans la plupart des cas d'obtenir un Wassermann négatif. Malheureusement, il ne le restera généralement pas, si on laisse les choses en l'état : d'où la nécessité de faire une nouvelle réaction chaque année, à titre de contrôle, et d'instituer un *traitement d'entretien*. Celui-ci sera mercuriel pour les raisons que nous avons exposées plus haut, et on utilisera avec plus ou moins de bonheur la gamme si variée maintenant des composés mercuriels. Parmi ceux-ci, le lipogyre nous paraît un des meilleurs. Composé organo-mercuriel obtenu par liaison d'une molécule de mercure au diiodobrassi-idate d'éthyle, ce médiment contient le mercure et l'iode sous forme d'un éther gras ; absorbé par les chylifères intestinaux, véhiculé ensuite à travers l'organisme par les leucocytes, au même titre que les autres substances grasses alimentaires, il doit à cette particularité d'être très bien assimilé et parfaitement toléré. Ce produit, en fait, nous a donné maints succès, soit que nous l'ayons prescrit, à titre préventif, dans l'intervalle des cures arsenicales, soit que, pour des raisons diverses, nos malades n'ayant pu se rendre régulièrement à notre consultation pour y suivre une série de piqûres, nous le leur ayons prescrit comme traitement de fond.

Chez tous ces malades, si souvent intolérants pour les pilules ou les sirops iodo-mercuriels, nous n'avons jamais observé, avec le lipogyre, de troubles gastro-intestinaux, et nous avons un certain nombre d'observations où, employé seul, ce médicament s'est montré d'une activité tout à fait remarquable. Nous voudrions citer en particulier le cas d'une jeune femme qui se présenta à notre consultation avec de nombreuses plaques muqueuses vaginales. A l'examen, nous constatâmes un œuf hydramniotique de trois mois. Cette jeune primipare, à laquelle il nous fut impossible de faire accepter une série de piqûres, ne tolérait pas les diverses préparations hydrargyriques administrables *per os*. Nous lui prescrivîmes du lipogyre, 1gr. 20 par jour, en 4 comprimés, aux repas. Ce médicament fut bien toléré (le sirop de Gibert qui contient aussi iode et mercure, avait dû être cessé dès le huitième jour, à raison de l'état de la bouche et de l'estomac), et put être absorbé sans inconvénient aucun jusqu'à la fin de la grossesse, que nous eûmes la satisfaction de voir se terminer par un accouchement à terme (présentation du siège, placenta à peu près normal) et mise au monde d'un enafant vivant de 2 kgr. 100, ne présentant pas de stigmates apparents de spécificité.

Un autre cas, également favorable à cette médication, fut le suivant (obs. du Dr Douby) : un ajusteur de 34 ans, vient consulter pour une « tumeur ». L'interrogatoire révèle l'existence d'un chancre il y a 16 ans ; les accidents secondaires ayant été fort discrets, le traitement fut très insuffisant. Actuellement, état général assez mauvais, induration assez étendue des deux sommets, principalement à droite, céphalée fréquente à caractère spécifique. Troubles intestinaux, météorisme. Réflexes exagérés, surtout les rotuliens. L'examen des urines montre un gros disque d'albumine. Au niveau de l'articulation de la 4e côte avec le sternum, gomme typique assez volumineuse. Le malade est soumis au lipogyre, un traitement plus énergique paraissant inopportun en raison de son état pulmonaire et rénal, 1 gr. 20 par jour d'abord, puis 1 gr. 80, en 4 et 6 comprimés, aux repas ; médicament bien toléré. Au bout de 10 jours de traitement, la gomme avait perdu sa consistance scléreuse et formait une masse ramollie ; cinq jours plus tard, cette masse était en voie de régression certaine ; 25 jours après le début du traitement, toute induration a disparu, il ne reste plus qu'une marque cicatricielle. Le malade, à ce moment, présentait une légère stomatite, cependant, l'état de son rein était plutôt amélioré et son état général sensiblement meilleur, malheureusement, nous l'avons perdu de vue depuis lors.

Le lipogyre, en l'état actuel de la thérapie de la syphilis, nous paraît donc avoir sa place toute marquée, d'une part, pour soutenir et parachever l'effet des cures arsenicales par un traitement d'entretien efficace et bien toléré, d'autre

part, pour s'opposer, à lui seul, aux diverses manifestations du virus tréponémique lorsque les traitements d'assaut, pour une raison ou une autre, ne pourront être institués, ou bien encore, lorsque l'on aura affaire à des syphilis très anciennes, lesquelles sont certainement plus justiciables d'un traitement mercuriel de longue haleine que de cures arsenicales énergiques. Celles-ci ne sont pas sans danger chez des sujets plus ou moins âgés, presque toujours porteurs de tares organiques. Notre intervention thérapeutique ayant alors pour but d'atteindre dans la profondeur des organes les spirochètes qui y sont depuis longtemps tapis, nulle médication ne saurait sans doute les y poursuivre avec plus d'efficacité que celle qui a pour base un traitement par le lipogyre, en raison de la facilité avec laquelle se fixe sur les tissus cet éther gras iodé-mercuriel.

BIBLIOGRAPHIE ANALYTIQUE

Revue des livres,

Chez PLATEAU ET Cie, éditeurs, Lille.

E. Ausset. — **Cures thermales chez les enfants.** (T. II. Stations du S. O.)

Il ne suffit pas de proclamer que la France est dotée d'une incomparable richesse d'eaux minérales, aux tons variés dans leur complexus métallique, aux gammes diverses dans chacun de ces tons. Il ne suffit pas de déclarer que ces eaux constituent des ressources thérapeutiques inouïes, d'une puissance d'action insoupçonnée des profanes, et même de certains médecins.

Il ne suffit pas enfin, à la suite de l'effroyable cataclysme que l'Allemagne a déchaîné sur nous, de prétendre, à juste titre, que nos sources l'emportent de beaucoup sur les sources d'outre-Rhin, et que nous possédons, dans ce domaine, sur nos anciens adversaires, une supériorité incontestable.

Il faut répandre à profusion, aussi bien parmi la jeunesse qui fréquente les centres d'enseignement médical que dans le monde des praticiens, toute la documentation relative à chacune d'elles, les situer topographiquement, détailler leur composition, exposer leur différents modes d'utilisation, enseigner leurs indications, montrer, avec le secours de la clinique, comment elles répondent à ces indications et quels résultats elles procurent à leurs usagers.

C'est dans ce but qu'ont été créées et se créent, dans les Universités, les chaires d'hydrologie.

Celle de la Faculté de Lille, une des premières en date, remonte à l'année 1913. La matière y est professée par le Dr E. Ausset, dont on connait par ailleurs la spécialisation en médecine infantile.

Cet enseignement, le distingué professeur ne se contente pas de le donner *ex cathedra*. Il entend le diffuser *urbi et orbi* par le livre. C'est ainsi qu'il vient de faire paraître, au prix de quelles difficultés, quand on sait qu'au cours de l'occupation allemande, son cabinet, sa bibliothèque, ses documents de toute nature ont été pillés et détruits, le tome second, relatif aux stations du S. O., de ses *Cures thermales chez les enfants*.

Dans ce volume, l'auteur étudie Arcachon, Dax et toutes les stations pyrénéennes, en donnant à l'action physiologique et aux indications thérapeutiques l'importance qui leur appartient, dans un ouvrage destiné au monde médical.

C'est là le fruit du labeur personnel du Dr Ausset, qui s'est imposé d'aller sur place étudier chacune des stations qu'il présente au lecteur, et dont il peut, désormais, parler savamment.

Nous ne saurions trop en recommander la facile et instructive lecture à tous ceux qui, élèves ou praticiens, entendent augmenter leur bagage scientifique d'acquisitions qui leur permettront d'être particulièrement utiles à leurs malades.

Ausset se plaint, dans sa préface, de n'avoir pas été suffisamment aidé par certaines de ces Villes d'eaux, qui n'ont pas cru à propos de lui fournir les moyens d'illustrer ses descriptions.

Il est regrettable qu'il ait été amené à formuler une telle plainte.

La diffusion de l'hydrologie thermale, confiée aux professeurs dans les Facultés, est une des faces du problème de la prospérité des Villes d'eaux françaises.

Cela représente un effort méritoire qui, cependant, doit être complété par un effort parallèle des dirigeants de celles-ci.

Elles doivent contribuer, pour leur compte, à cette prospérité en se perfectionnant, et en améliorant leur hygiène, leur outillage, leurs ressources hôtelières. Et quand elles rencontrent une bonne volonté avisée et compétente qui se met au service de la crénothérapie française, elles se doivent de l'aider et de lui faciliter sa tâche.

C'est à cette condition que la France pourra tirer tout le profit auquel elle peut prétendre des trésors que recèle son sous-sol, et que ses sources déversent à profusion au grand jour pour le plus grand bénéfice de ceux qui savent en user.

G. D.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

XII[e] Congrès national de la Mutualité française.

Faisant suite au Congrès de Montpellier de 1913, le XII[e] Congrès de la Mutualité se tiendra à Angers, du 28 juillet au 2 août prochain (1).

Le corps médical des praticiens se fera représenter à ces assises, car des questions très importantes y seront discutées.

1[re] *Question*: *l'assurance contre la maladie et l'invalidité.*

Ce problème est d'actualité : depuis que l'Alsace et la Lorraine sont redevenues françaises, il y a lieu de se demander si le régime des assurances sociales des régions récupérées doit être appliqué à la France, ou si celle-ci doit imposer ses anciennes lois aux territoires reconquis.

Déjà, plusieurs propositions de loi avaient été déposées à la Chambre, comme au Sénat, depuis nombreuses années. Avec cette législature, la question a été reprise d'une façon précise, avec l'intention d'aboutir : nos confrères se souviennent avoir lu, au début de cette année, dans les colonnes du *Concours*, la proposition de loi du D[r] Grinda, député de Nice, sur l'assurance obligatoire maladie et sur la réorganisation des hôpitaux.

La Mutualité voit s'ouvrir devant elle un avenir plein de promesses, grâce à cette protection obligatoire : si elle obtient d'être en grande partie chargée de cette assurance, elle aura un recrutement considérable et des ressources financières appréciables. Aussi, cette première question est-elle étudiée avec fièvre et donnera lieu, à Angers, à de grosses discussions.

Des divers projets, dont nous avons pu avoir connaissance, nous pouvons dégager cette impression que tout le monde est d'accord pour donner à l'ouvrier la sécurité, en cas de maladie, comme il l'a en cas d'accident du travail. L'Etat, le chef d'entreprise et l'assuré participeront chacun pour un tiers, dans le versement de la cotisation. Ces assurances seraient faites par les sociétés mutuelles locales, réunies en Fédérations départementales, ou régionales, pour leur donner de la consistance. Néanmoins, liberté serait laissée, aux patrons, d'organiser des sociétés d'assurances d'usine, pour leurs propres ouvriers.

Personnellement, nous avons dû travailler avec quelques promoteurs de projets et propositions, pour, officieusement, déblayer le terrain, en vue d'un accord sur le point le plus important : le service médical, qui, au Congrès, fera l'objet de la question suivante.

2° *Question* : *Relations financières de la mutualité et du Corps médical et pharmaceutique.*

Sans le corps médical, la mutualité ne peut rien, car il faut des médecins pour soigner les malades.

Or, les visites médicales coûtent fort cher, surtout actuellement, alors que les cotisations mutualistes sont ridiculement trop faibles ; de plus, la légende des médecins marrons est habilement exploitée, pour faire croire à la gangrène complète du corps médical, dont il faut extraire les rares éléments honnêtes, pour en faire des médecins agréés, seuls dignes de soigner les mutualistes.

Donc, pour ne pas enfreindre les principes du libre choix du médecin, dont elle reconnaît la justesse et l'avantage, la mutualité laissera aux mutualistes le libre choix entre deux médecins locaux agréés par elle, et payés par un abonnement annuel, ou par un forfait.

Ci-dessous, nous donnons le questionnaire adressé en vue du Congrès à toutes les mutualités et qui renseignera nos confrères sur les tendances et les préoccupations des dirigeants des sociétés mutuelles.

Questionnaire.

I. — Les Sociétés de secours mutuels, malgré les abus signalés, peuvent-elles maintenir le libre choix du médecin et le paiement à la visite ?

II. — Les Sociétés de secours mutuels ne devraient-elles pas limiter le libre choix du médecin ? Sous quelles formes et dans quelles conditions ?

III. — Ne devraient-elles pas instituer un contrôle permanent des visites médicales, et dans ce cas, comment l'organiser ?

IV. — Ne serait-il pas possible que, dans les villes, les Sociétés de secours mutuels se fédèrent en unions médicales mutualistes pour établir, avec les médecins, un contrat réglant le prix des visites et des consultations ? (L'Union médicale mutualiste, créée dans ces conditions à Angers, a donné de très appréciables résultats).

---

(1) Par suite de la maladie du Président de la République, le Congrès est renvoyé au 28 septembre.

V. — Ne pourrait-on généraliser, dans toutes les villes de quelque importance, l'installation de pharmacies mutualistes ?

VI. — Ne pourrait-on également établir, au siège de l'Union mutualiste départementale, un dispensaire avec cabinet de consultations ?

Sociétés rurales. — I. — Dans votre région, les Sociétés rurales ne sont-elles pas plus spécialement atteintes, en raison de leur isolement, par l'élévation des tarifs ?

II. — Serait-il possible de grouper ces Sociétés en Unions médicales cantonales qui traiteraient avec les médecins et les pharmaciens intéressés?

III. — Ne vaudrait-il pas mieux établir, par l'intermédiaire des Unions ou Fédérations départementales, avec les Syndicats de médecins et de pharmaciens, un tarif applicable à toutes les Sociétés du département ?

IV. — Ne pourrait-on, dans les petites communes, ouvrir à jour fixe, une ou deux fois par semaine, un cabinet de consultation médicale, et profiter de la présence du médecin consultant pour lui remettre la liste des malades qui réclament sa visite à domicile ?

V. — Dans ce cas, y aurait-il possibilité, à l'aide d'une subvention communale, de prévoir la création d'un poste d'infirmière visiteuse ?

Celle-ci expliquerait aux malades les prescriptions des médecins et, au besoin, aiderait à leur exécution.

VI. — Si ces mesures vous paraissent inefficaces ou irréalisables, ne pensez-vous pas que l'Etat pourrait établir un tarif obligatoire, médical et pharmaceutique, applicable à toutes les Sociétés de secours mutuels ?

A titre purement personnel, nous avons travaillé avec les auteurs des projets de réorganisation des mutuelles grâce à l'assurance maladie obligatoire et, nous servant alternativement de nos connaissances juridiques, et de notre pratique médicale, tant à Paris qu'en province, nous avons, je l'espère, réussi à faire entendre raison à quelques irréductibles.

La mutualité veut des médecins agréés. Elle a raison ; mais c'est nous qui les lui fournirons. Nos syndicats comportent tous des conseils de famille et des sanctions : nous pouvons donc nous porter garants de l'honnêteté professionnelle des médecins syndiqués. Quant aux confrères qui ne sont pas adhérents à un syndicat, ils devront, pour donner des soins aux mutualistes, adhérer au contrat collectif de travail, passé entre la mutualité locale et le syndicat médical local.

Nous estimons que la personnalité morale du corps médical d'une ville, ou d'un canton, est représentée par le groupe professionnel institué par la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels et que ces associations de confrères pourront ainsi établir les bases du service médical de la mutualité, organiser un libre choix du médecin, ou des circonscriptions, convenir d'un tarif à la visite, ou autrement : autonomie pleine et entière doit être laissée.

En cas de conflit, une commission d'arbitrage, composée mi-partie de mutualistes et mi-partie de délégués médecins, élus par les syndicats, connaîtra, sous la présidence d'une personne neutre, choisie d'accord, de toutes les difficultés, comme des améliorations à apporter au service.

Voici l'idée que nous cherchons à faire triompher au sein de réunions privées et que l'Union des syndicats médicaux de France établira sur des bases solides, le jour où, officiellement, le corps médical sera invité à travailler.

Disons enfin que nous n'avons pas caché qu'à notre avis, deux seuls modes de rémunération médicale ont nos préférences. Soit donner au mutualiste malade une indemnité journalière, avec laquelle il se fera soigner comme il l'entendra, par le médecin de son choix, au tarif de la clientèle ordinaire. Dans ce cas, le syndicat n'interviendrait que pour le service de contrôle.

Soit adopter le système de bons de visites et de consultations, employé depuis de nombreuses années, avec grand succès et à la satisfaction de tous, à Lyon et dans la région d'Oyonnax.

3e *Question : Du rôle de la mutualité dans l'hygiène sociale.*

Ce sont les problèmes de mutualité maternelle, de protection des femmes en couches, de la surveillance des nourrissons, des logements à bon marché, des dispensaires de ville, des postes sanitaires à la campagne, des colonies de vacances, etc. etc.

Pour retenir sa clientèle, la mutualité veut faire beaucoup et très grand. Nous ne saurions l'en blâmer du moment où son but est louable : la protection de la santé publique.

Mais qu'il nous soit permis de dire que l'intention, si bonne soit-elle, doit comporter un programme de réalisations pratiques et, pour ne pas aboutir à un avortement, à un échec, il est de toute nécessité de travailler avec le corps médical représenté par les praticiens des villes et des campagnes. C'est pour avoir méconnu ce principe, pourtant élémentaire, que nos représentants et gouvernants, très républicains en paroles, mais imbus des errements les plus autocratiques de l'Empire, ne nous dotent que de textes législatifs et règlementaires inapplicables, imprécis, et morts-nés.

Verrons-nous jamais les pouvoirs publics

demander *officiellement* la collaboration, pour des travaux en commun, de représentants choisis par le corps médical, alors que ces soi-disants représentants actuels sont désignés par le ministre et pris parmi des professeurs ou des académiciens, qui représentent la science française, mais nullement les praticiens des villes et des campagnes.

4e *Question : la vie mutualiste. La propagande.* Nous joindrons à cette question celle de la *Mutualité à la campagne,* qui sera également mise en discussion au Congrès d'Angers.

Par un questionnaire adressé à toutes les mutualités, il leur est demandé d'indiquer les raisons qui empêchent certaines mutuelles de se fonder, de se recruter, de se fédérer, etc.

Y a-t-il lieu de grouper les démobilisés, alors que la loi du 31 mars 1919, sur les pensions, ne vise que les réformés de guerre ?

Faut-il grouper les petits fermiers, les métayers, les ouvriers agricoles, etc ?

L'ordre du jour du Congrès est très vaste et comportera beaucoup de discussions. D'avance nous savons fort bien qu'il n'en sortira pas grand'chose, car on fait de bonne besogne, non en séance publique, avec beaucoup d'orateurs diserts, bavards et qui s'imaginent avoir découvert la lune, mais en réunion privée, entre hommes compétents, ayant mûrement réfléchi aux problèmes qui leur sont posés et qui apportent par écrit leurs réflexions et leurs projets.

Ce n'est pas à Angers que se résoudra le problème de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité. Mais les médecins doivent néanmoins se faire représenter à ces assises, ne serait-ce que pour faire entendre leur voix autorisée de techniciens, pour offrir leur collaboration franche et loyale, pour démontrer que les brebis galeuses sont en petit nombre et qu'il ne faut pas jeter la suspicion sur toute une profession. Nous, médecins, sommes autant que les mutualistes, imbus du désir de collaborer à l'amélioration du sort de ceux qui souffrent. Bien avant que soient instituées les sociétés de secours mutuels, les médecins ont donné leur dévouement et leur science aux vaincus de la vie. Il semble enfantin d'avoir à dire que la mutualité n'est qu'un intermédiaire, d'invention récente, créé pour rapprocher le malade de son docteur et non pour l'en séparer.

Pourquoi donc faire la guerre au corps médical ? Pourquoi vouloir créer entre les médecins, des divisions, par l'institution de médecins agréés, véritables salariés des mutuelles ? Pourquoi refuser au pauvre le droit de choisir son médecin et de placer en ce dernier toute sa confiance et tout son espoir, alors que le dirigeant de cette même mutuelle fera appel, parce que riche, au docteur qui lui plaira le mieux ?

Pourquoi enfin lésiner sur les honoraires médicaux et empêcher les praticiens de vivre honnêtement du fruit de leur labeur, alors que tant de mutualistes riches n'ont pas honte de s'inscrire, non comme membres honoraires, mais comme membres participants, uniquement pour avoir droit au médecin gratis.

A Angers, comme à Montpellier, le corps médical des praticiens se fera représenter pour, une fois de plus, offrir sa collaboration franche et loyale pour une œuvre humanitaire au premier chef : le soulagement des malades, des faibles et des vaincus de la vie.

Dr Paul BOUDIN.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Syndicat des médecins de la Seine.

L'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine a eu lieu le 13 juin, sous la présidence du Dr Gascuel. Le secrétaire général, le Dr Le Fur, donna connaissance des travaux accomplis par le syndicat, puis l'Assemblée discuta successivement la question de l'adhésion du syndicat à la Confédération des travailleurs intellectuels (ajournée à 6 mois), celle des soins aux réformés de la guerre, la Loi des pensions (nécessité d'une entente du syndicat avec le Préfet de la Seine pour l'établissement d'un tarif, droit absolu pour le blessé de choisir son médecin, chirurgien ou spécialiste, ainsi que l'établissement où il désire être soigné). L'examen du nouveau tarif Dubief encore en discussion, de la question des Mutualités et de l'Assurance Invalidité, doit faire l'objet d'une prochaine assemblée générale.

II

Groupe médical parlementaire.

18 *juin* 1920.

Le groupe s'est réuni à la Chambre sous la présidence du Dr Chauveau, sénateur.

Le Président donne lecture de deux lettres : une du général Taufflieb, sénateur du Bas-Rhin, et une du Dr Granjux, à propos de la situation intolérable faite à nos confrères alsaciens-lorrains, docteurs de l'Université Allemande de Strasbourg, et du vœu émis par l'association de la *Presse médicale française* tendant à admettre pour nos confrères l'équivalence de leurs diplômes avec les diplômes français.

MM. Burnet et Pfleger donnent quelques explications complémentaires sur la situation faite

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

TARIF DUBIEF

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs le TARIF DUBIEF avec son Répertoire alphabétique.

Prix franco : 1 fr.

AVIS

Agenda Memento du Praticien

(Edition 1921)

Nous prions nos lecteurs qui désirent recevoir l'édition 1921 de **l'Agenda Memento du Praticien**, de vouloir bien nous envoyer leur souscription sans retard, autant que possible, au moyen du bulletin qu'ils trouveront page 1723 du présent numéro.

La souscription *sera irrévocablement* arrêtée le 1er août prochain.

Son envoi aura lieu dans le courant de décembre prochain.

TARIF

général minimum raisonné des honoraires médicaux.

(Ancien tarif Jeanne).

Etabli par une Commission spéciale nommée par le *Concours médical* et comprenant des chirurgiens et des spécialistes. Volume de 208 pages relié.

PRIX franco : 3 francs 50

Adresser les commandes, accompagnées du montant en un mandat, à M. C. BOULANGER administrateur du Concours médical, *132, faubourg Saint-Denis, Paris.*

aux médecins alsaciens-lorrains diplômés de Strasbourg, et à l'unanimité, le Groupe décide de transmettre et d'appuyer le vœu en question.

M. le sénateur Goy, au non de l'Association coopérative des étudiants, proteste contre la trop grande facilité avec laquelle certaines facultés accordent des équivalences de baccalauréat à des étudiants et médecins étrangers, pourvus seulement d'un certificat d'études primaires supérieures.

M. Mourier affirme que ces autorisations sont très rares ; le groupe avisera le Ministre compétent et lui demandera de se montrer plus sévère.

Le Dr Merlin fait un exposé des récentes acquisitions de la science sur les modes de contagion et de propagation de la tuberculose, sur la prévention et le traitement de cette maladie. Il résume et commente les 4 lois principales votées par le Parlement en 1893, 1902, 1906, 1919, en vue de protéger la santé publique, démontre leur insuffisance et l'urgente nécessité de les coordonner et compléter par des lois nouvelles et surtout par une organisation mieux comprise de la prévoyance sociale.

Cet exposé est suivi avec la plus grande attention par le groupe, qui demande à notre distingué confrère de bien vouloir lui faire un résumé écrit de sa conférence et lui soumettre un texte nouveau, complétant sa propre proposition de loi n° 6.136, du 16 mai 1919, texte qui serait étudié par le groupe et soumis au Parlement.

MM. Hermabessière, Legros, Constans, Régnier, Daraignez, etc., appuyent ces conclusions, MM. Hermabessière et Legros insistent spécialement sur le rôle éducatif à attribuer aux médecins, qui reste le pivot de toutes les lois de défense sociale. Il faut mieux armer le médecin, lui fournir les laboratoires et instruments de recherches indispensabses et ne l'obliger à la déclaration obligatoire de la tuberculose que quand cette déclaration aboutira à la désinfection et à la prévention de la maladie.

M. le Dr Goy demande à renvoyer à une prochaine séance l'examen du projet de décret relatif aux sanatoriums. En raison de son importance capitale, ce projet de décret a besoin d'être examiné article par article.

Accepté.

Le groupe décide de se réunir le jeudi 24 juin pour entendre M. le sénateur Goy.

M. Gilbert Laurent demande que l'examen de sa proposition de loi relative à l'inspection médicale des écoles soit ajournée, le Ministre de l'Instruction publique ayant demandé à être entendu par les Commissions d'hygiène et de l'enseignement sur cette proposition.

Le secrétaire donne lecture des lettres du syndicat des médecins du Rhône relatives au tarif Dubief. Le groupe décide de transmettre ces lettres à notre confrère Peyroux, qui fait partie de la Commission de révision du dit tarif Dubief et de le charger de défendre les intérêts corporatifs.

III

Syndicat médical de la région de Bourg.

Consultations et visites du dimanche. — Un confrère demande si le prix de la consultation doit être doublé le dimanche. Après discussion, il est décidé que le prix de la consultation doit être doublé les dimanches et jours fériés ; il en est de même pour l'indemnité kilométrique.

Relèvement des tarifs. — A l'unanimité, il est décidé que le tarif actuel ne corrrespond plus aux nécessités de l'existence du médecin. Il est donc décidé d'appliquer à partir du 1er mai le tarif suivant :

Consultation au cabinet : 8 frs.

Visite à domicile : 10 frs.

Pour Bourg, les visites chez les malades domiciliés hors de l'agglomération seront tarifées à 12 frs.

Indemnité kilométrique comptée du domicile du médecin à celui du malade, le kilomètre de distance : 3 frs. (s'ajoutant au prix de la consultation.)

Certificats aux Compagnies d'assurances-vie : 40 frs.

Certificats pour coups et blessures (sur timbre) : 20 frs, payé comptant :

Assistance médicale gratuite et services départementaux. — Le Dr Boccard présentera à la session prochaine du Conseil général une demande de relèvement des honoraires médicaux pour l'Assistance médicale des enfants assistés, la vaccination et la protection du premier âge. Il insistera notamment pour que l'indemnité kilométrique soit portée à 3 frs.

Le Secrétaire est chargé d'établir un projet de tarif chirurgical à soumettre au Conseil général.

Tarif Dubief. — Le Secrétaire donne lecture des conclusions et du projet de tarif des accidents du travail élaboré par l'Union des Syndicats.

Le Syndicat, à l'unanimité, regrette de ne pouvoir donner son approbation à ce projet de tarif dans lequel l'acte médical le plus simple est tarifé à un prix vraiment par trop inférieur à nos prix actuels. Enfin, le taux de l'indemnité kilométrique est dérisoire.

Il y aurait lieu de demander à la Commission d'appliquer pour cette indemnité le tarif syndical avec faculté de le reviser tous les deux ou trois mois, de manière à ce qu'il reste en rapport avec le coût des moyens de transports.

Soins aux réformés. — Le Président est prié de se renseigner à la préfecture sur le mode de réglement à employer pour les soins aux réformés en attendant l'adoption d'un tarif officiel.

Il est provisoirement conseillé aux confrères de présenter leur note aux réformés qu'ils auront l'occasion de traiter. Cette note sera établie selon le tarif syndical. C'est aux intéressés qu'il appartiendra de se faire rembourser par l'administration.

Ce mode d'action ne paraît pas avoir l'unanimité des assistants. Une autre solution consisterait à attendre la mise en vigueur du tarif officiel pour présenter en bloc les mémoires d'honoraires à la préfecture.

Union des Syndicats. — Le Dr Bouilloud, notre délégué aux dernières assemblées de l'Union, donne lecture de ses impressions personnelles sur les séances auxquelles il a assisté en décembre dernier. Il termine en nous exposant les conclusions du rapport du Dr Lafontaine, secrétaire général de l'Union.

Le rapport du Secrétaire général et les diverses autres communications ont été publiés *in extenso* dans le *Médecin syndicaliste*, que tous nos confrères reçoivent régulièrement.

Le Président remercie le Dr Bouilloud de sa communication et le félicite de son élection comme membre du Conseil d'administration de l'Union des Syndicats. Il espère qu'il voudra bien continuer à représenter notre Groupement lors des Assemblées générales de l'Union des Syndicats.

Union des Syndicats médicaux du sud-est. — Cette fédération nous a fait officieusement demander notre affiliation.

Le Trésorier fait remarquer que pour le moment notre situation financière ne nous permet pas de payer une nouvelle cotisation. Du reste, l'Union du Sud-Est étant elle-même adhérente à l'Union des Syndicats Médicaux de France, on ne voit pas bien l'avantage de cette affiliation pour notre syndicat.

Tramways de l'Ain. — Un certain nombre de confrères qui ont soigné des employés de cette Compagnie se sont vus attribuer pour tous honoraires une carte de circulation gratuite.

Le Syndicat émet le vœu que les médecins du T.-A. soignent les employés malades au tarif ordinaire, et renoncent à tous avantages.

Dr SERVAS.

IV

Syndicat des médecins de la Haute-Savoie.

Ce Syndicat — fondé le 20 janvier 1920 à La Roche-sur-Foron — et comprenant à peu près tous les médecins du département, avait adopté le même jour les tarifs suivants :

Consultation.............. 10 fr.
Visite..................... 10 fr.
Déplacements : 5 fr. par kilom. plaine.
6-10 fr. — montagne.
Certificats militaires et administratifs 10 fr.
Coups et blessures.................. 25 fr.
Vie-assurances..................... 50 fr.

Comme tarif chirurgical, le tarif Jeanne avec l'unité à 10 fr. C'est en somme le tarif publié dans l'agenda du *Concours* de 1920 et je revendique la responsabilité d'avoir poussé à l'adopter, car à une réunion préparatoire où j'étais absent, on avait parlé de 5 fr. et 8 fr. !

Le Syndicat s'est réuni à nouveau le 20 juin 1920, à Annecy, aux fins de Syndicat et ensuite aux fins d'A. G., puisque les mêmes confrères font partie des deux sociétés.

Le Syndicat a décidé, en ce qui concerne les mutilés et le tarif Dubief, d'appliquer le tarif minimum ci-dessus décrit : mais il a réservé l'action de l'Union des Syndicats, seule qualifiée pour faire cette transaction et il a exprimé l'avis qu'il ne devait y avoir qu'un seul tarif *national*, sans différence entre les praticiens de ville et ceux de la campagne.

Enfin le Syndicat a pris acte du nouveau tarif d'A. M. G. voté par le conseil général en mai 1920 :

Consultation............... 3 fr.
Visite..................... 4 fr.
Déplacement : 2 fr. par kilom. plaine
parcouru c'est-à-dire à 4 fr.
3 fr. par kilom. montagne.

(Ce prix de 2 fr. représente les frais de taxi, au tarif des auto-taxis de la place d'Annecy).

Interventions en plus :

Tarif Jeanne (ou à peu près).

Ce tarif a été voté à la suite d'une démarche expresse du Syndicat qui, je vous le répète, comprend à peu près tous les médecins du département.

Bonne journée pour le syndicalisme médical et merci au *Concours* pour ses conseils hebdomadaires !

Dr ROUX.

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année 1920 au trésorier Dr Gassot à Chevilly (Loiret).

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs:

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Goddard, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains, Boël.
Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Dresch, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. H. Bène.
Bagnoles-de-l'Orne. J. Arnaud, Joly, Pesnel.
Barèges. Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Lacour.
Bourbon-Lancy, Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains, Colbert. — Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, Bayrac, Couchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Baillivet.
Eaux-Bonnes. Bajac.
St-Sauveur. Sabail.
Salies-de-Béarn Callais, Coustère. David. Reynaud
Sermaize-les-Bains. Rousselot.
Thonon-les-Bains, Vuillaume.
Ussat (Ariège). Pujol.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Evaux-les-Bains. J. Gruzu, Lepage.
Evian, L. Dalard, Martinaud.
Forges-les-Eaux. Bernardicou
Gréoux (Basses-Alpes). C. Mathieu.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule. Christin, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot.
Luchon, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Pelon.
Luxeuil-les-Bains Bornèque, Cugnier, Gauthier, Picot, Rimey.
Martigny. Dedet. Payen.
Mont-Dore. J. André, Débidour, Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard. Gillot. Hagen, de Langenhagen, Truelle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Mougeot.
Salins-les-Bains Bourny.
Salies-de-Salat. Barbé.
Saint-Didier, (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Baradat. Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte. Odin. Ségard.
St-Nectaire Serane, Siguret, Yersepuy.
Vals-les-Bains, Chabannes, David.
Vichy. Cahen, Casteran, Chevreux, Cotar, Gannat, Guiuard, Gandelin, Reynes, Ed. Vidal.
Vittel, Constant, Mousseaux.

CHRONIQUE DE L'ENSEIGNEMENT

En attendant la réforme de l'enseignement de notre art..

... En attendant ce temps heureux, nous sommes obligés de faire nos travaux pratiques sous le régime présent. Régime absurde. Jugez-en :

Le lundi 14 juin 1920, le pavillon VII du vaste amphithâtre de dissection avait ses gradins bondés d'étudiants, anciens sous-offs du service de santé, redevenus étudiants tout court, et pour qui une série spéciale de travaux était instituée. J'ai l'heur d'en être.

En causant, nous regardions l'unique macchabée, couché devant nous, et qui devait nous servir à tous pour nous exercer à faire ce que vous avez tous fait : ligatures, amputations, désarticulations ; cela, par une « astuce » de la Faculté que l'agrégé X... allait nous expliquer. Il entra, pommadé comme un garçon coiffeur. Jeune encore, la moustache blonde très relevée, le menton soigneusement rasé et maintenu haut, haut, par un col immense, vaste éprouvette blanche qui immobilisait sa face aux yeux doux.

Il nous tint à peu près ce langage :

« — Le Doyen, messieurs, m'a chargé d'organiser cette série spéciale de travaux pratiques. « Cela, sans cadavres. Mais, ça ne fait rien du « tout.

« Devant vous, les prosecteurs et leurs aides « vont faire, refaire et défaire des ligatures, des « amputations, des désarticulations, selon les rè« gles de l'art.

« Au fond, c'est tout comme si vous les faisiez « vous-mêmes : car il n'a jamais été prouvé que « ces travaux aient jamais servi à quoi que ce « soit. Ce sont des obligations réglementaires. « Vous savez, vous qui avez fait la guerre, com« bien les règlements sont parfois absurdes.... « mais ce sont des rè-gle-ments.....

« Quant à l'examen, messieurs, ne vous en fai« tes pas ; notre indulgence vous est tout ac« quise. »

Et nunc plaudite ! Il s'en alla. Le prosecteur X''... prit la parole. Un gaillard grand et fort, à la bouche sensuellement ombragée par une forte moustache noire, et garnie d'un beau rang de dents blanches.

Il marche sans bruit, car ses talons sont matelassés de rondelles en caoutchouc. D'une voix belle, grave, monotone, il scande : « Piquez — coupez, — relevez — ».

Ses gestes sont graves, monotones et lents pour « piquer — couper — relever — ».

Il doit s'ennuyer. Nous, nous dormons, dans l'atmosphère lourde que marque 2 h. de l'après-midi. Une « blague », faite à un camarade qui en « écrase » par trop, réveille les autres en sursaut et fait bouger un peu les yeux du prosecteur. Un rire amène incline sa cigarette et en fait tomber la cendre, et il continue — tandis que ses aides répètent les travaux sur le membre opposé — : « piquez — coupez — relevez — ».

Il sait — aussi bien que nous — que ces opérations ne servent qu'à ceux qui les font. Ceux qui les font devant nous n'ont plus besoin de les faire ; ce sont des maîtres....

Nous, nous savons — aussi bien que lui — que tant que nous n'aurons pas pu les pratiquer nous-mêmes, nous perdons notre temps.

Nous applaudissons pourtant pour remercier cet homme de perdre son après-midi pour s'efforcer de nous faire retenir tout de même quelque chose.

A trois heures, tout le monde s'étire et s'en va.

Et voilà !

Et maintenant, mes camarades et mes amis, pour l'examen qui approche, en fait de travaux pratiques, vous lirez un manuel de médecine opératoire.

Lisez de préférence *Farabœuf* ; à ses qualités de chirurgien, il joint celles d'un homme d'espri agréable à lire.

Quant au *Broca*, il est de lecture moins attrayante. Ne l'ouvrez que pour regarder les figures, dont il regorge.

Et plus tard — si vous pratiquez à la campagne — vous vous exercerez à faire des ligatures sur vos clients !

Et vous, praticiens qui me lisez, pleurez sur le triste enseignement que vos fils reçoivent dans ce sépulcre qu'est la Faculté.

L'auteur des « cathédratiques » avait raison. Elle est habitée par des morts vivants.

Seuls les cadavres — quand il y en a — servent encore à quelque chose !

Claude MYAL,
Etudiant en médecine.

AUTOMOBILISME PRATIQUE

Le véhicule médical en 1920-1921.

II

Nous avons vu qu'une certaine longueur était nécessaire à notre châssis pour ne pas avoir une apparence trop mesquine et assurer une bonne place aux occupants : plus on est éloigné de l'aplomb des roues, mieux on est, constatation banale sur les 4 places, où l'avant est bien préférable à l'arrière ; la position idéale serait à égale distance des roues ; pratiquement dans les 2-3 places modèles courants pour médecins on peut s'en approcher beaucoup. Tendant ainsi vers les points d'appui deux bras de levier du second

genre dont les extrémités oscillantes sont à l'extrême-avant et à l'extrême-arrière, les secousses, inévitables parfois, devront diminuer d'autant plus que ces bras de leviers seront plus longs et la période d'oscillation plus lente, ce qui est moins désagréable pour la statique physiologique de nos organes. Il ne faut pas cependant dépasser une certaine amplitude qui engendrerait la sensation du mal de mer, mais avec la longueur habituelle des voitures, rien à craindre ; c'est plutôt la brièveté excessive de ces oscillations qui est à redouter, trop souvent, hélas !

Donc, comme les secousses arrivent aussi bien de l'avant que de l'arrière, il faut prendre un juste milieu et sacrifier un peu de chaque côté pour gagner sur l'ensemble.

Les anciens «tacots» de 1 m. 95 d'empattement sont inhabitables sur les routes actuelles, à part l'exception d'une très grande marque, créatrice de la transmission par cardans transversaux qui diminue dans une grande proportion le poids non suspendu ; mais ceci est une autre histoire, à traiter à propos de suspensions, et ébauchée du reste dans notre étude sur la motocyclette et les trois roues.

Donc, châssis relativement long, 2,40 à 2,50 d'empattement, presque tout le monde est d'accord sur ce point.

Pour la largeur, les discussions commencent ; nous-même avons été longtemps avant de nous faire une opinion ferme : c'est que les facteurs d'appréciation sont nombreux et d'ordres tout différents. Nous les résumerons cependant dans cette proposition : si la voiture est légère et de prix modeste, nous aurons de gros avantages, pour arriver quand même à une bonne solidité, à supprimer le différentiel, à la condition de n'avoir qu'une voie étroite, d'un mètre environ, ce qui permet encore deux places de front un peu décalées, la position en tandem nous paraissant désagréable.

Evidemment, avec cette largeur, il faudra avoir un centre de gravité assez bas, mais c'est facile en employant les systèmes de suspension inversée où les longerons du châssis se trouvent sous les ressorts. Ce n'est pas du reste indispensable, mais la vitesse moyenne en est élevée. Nous y reviendrons.

Avec une voie étroite nous aurons beaucoup moins de tirage et plus de facilité pour circuler en ville ou sur les routes encombrées ; nous aurons même souvent la chance, dans les mauvais petits chemins de traverse aux profondes ornières, de pouvoir trouver une bande de terrain convenable entre ces terribles ornières, qui faussent les roues et les ponts, car les charrettes et tombereaux qui les creusent ont généralement bien plus du mètre comme voie.

Donc châssis long et étroit, qui pourra cependant être léger et solide avec de bons matériaux : la suppression du différentiel, fort coûteux par lui-même, et les dispositions spéciales du pont arrière qu'il entraîne compenseront largement la qualité supérieure des matières premières à employer. Nous verrons plus tard qu'avec une voiture légère à faible voie on n'use pas plus de pneumatiques et que la tenue de route est meilleure.

Nous serons dans une bonne moyenne quand avec une carrosserie découverte, 2 places 1/2, nous arriverons à 350 ou 400 kilos. C'est léger, direz-vous ; évidemment c'est ce que nous recherchons, mais si nous avons une bonne suspension, un bon embrayage et un bon moteur pas trop trépidant, tout résistera.

Autrefois, avec les gros monocylindriques, des ressorts ultra-rigides et des empattements ridicules, tout se disjoignait rapidement, d'où obligation de calculer les pièces deux ou trois fois plus grosses qu'il n'est nécessaire actuellement ; mais le progrès a marché et nous vous assurons que maintenant avec 350 ou 400 kilos on peut avoir un outil sérieux et résistant aux conditions stipulées plus haut.

Avec ce faible poids total, et y participant du reste, les roues de 650 × 65 voiturette et 710 × 90 sont amplement suffisantes, car si nous nous reportons aux tableaux des fabricants de pneumatiques, nous voyons qu'un pneu de 65 supporte facilement — ce n'est pas son maximum — 200 kilos et qu'un 90 s'accommode fort bien de 300. Vous voyez qu'il y a de la marge, ce qui se traduira par une usure relativement lente, et à qualité d'avant-guerre on devra atteindre une moyenne de 8 à 10.000 kilomètres par pneu, ce qui n'est pas vilain ; nous déclinons cependant toute responsabilité pour une conduite brutale ; en quelques centaines de kilomètres on peut dans ces conditions tout mettre à mal ; donc soyons médecins même pour notre monture, elle nous en sera reconnaissante, peut-être plus que nos clients...

Avec ce poids de 300 à 400 kil., nous serons à l'aise comme force motrice, mais nous ne tomberons pas dans cette erreur cemmune qui est de de se contenter d'un tout petit moteur capable tout au plus de nous emmener à 45 à l'heure et en palier, de grimper le 6 % à vingt à l'heure et le 8 %, si fréquent en pays moyens, à 15. Avec 4 ou 5 H. P. nous y arriverons, mais pour nous ce n'est pas l'idéal. Un médecin doit pouvoir aller vite parfois, d'abord pour ses clients, ensuite pour lui-même ; nous l'avons déjà souligné ; personnellement quelques beaux succès n'ont été dus qu'à cette supériorité qui fait autant de bonne impression que beaucoup d'autres qualités professionnelles ; du reste, l'une n'empêche pas les autres, au contraire, car si nous pouvons finir notre tournée une bonne heure plus tôt que le confrère plus lent, nous n'y trouverons qu'avantages : repos d'esprit et de corps, facilités

pour étudier une question délicate, délassement familial, présence en cas de visite tardive, souvent rémunératrice.

Donc, moteur assez puissant nous permettant au besoin le 60 en palier et le 7-8 % à 35-40 à l'heure. Avec 1.000 ou 1.200 centimètres cubes de cylindrée nous arrivons facilement aux 14 ou 15 H. P. nécessaires. Qu'on ne se récrie pas sur ce total imposant tout à fait courant en solution tourisme.

On admettra bien par exemple qu'une voiture à quatre roues, aux solides longerons, puisse supporter sans peine le même moteur qu'une des innombrables combinaisons moto-side-cars que nous voyons circuler sans nous en étonner ; or avec quelques boulons et quelques tubes plus ou moins bien accordés, un poids total de 250 kilos, çà résiste assez bien et même très bien quand on ne veut pas faire du 80 ; les Américains nous l'ont démontré surabondamment. Or, tous ces gros deux cylindres renferment une imposante écurie où la douzaine d'unités est largement dépassée.

Actuellement la construction en est à 15 H. P. au litre dans le genre moyen, touriste, et à près de 40 si l'on veut tirer la quintessence... Nous ne sommes pas partisans du moteur mou, qui consomme exagérément, ni du moteur trop poussé, mais avec les chiffres donnés ci-desssus, nous sommes certains d'être dans la bonne note.

Malgré sa qualité ancestrale, un peu surfaite du reste, nous ne nous adresserons pas au mono-cylindrique pour ces puissances, ce qui nous conduirait à des trépidations inévitables et à une vitesse de rotation réduite, mais nous aurons le choix entre un bon deux cylindres, qu'on réussit très bien maintenant — autrefois ils étaient détestables — et un petit 4 cylindres. L'un et l'autre ont leurs avantages : le 2 cylindres a un meilleur rendement, consomme moins, se répare plus facilement et peut être monté avec billes et galets partout, mais il est un peu plus bruyant, moins souple et plus trépidant que le 4 cylindres.

Le prix de revient sera moins élevé, le poids aussi, et on pourra même installer un simple refroidissement par air et ventilateurs, ce qui est plus difficile avec 4 cylindres — il en existe cependant d'excellents — ; la suppression du radiateur est une très bonne chose, on le conçoit ; à part les très grandes montagnes, nous pourrons circuler partout sans lui et encore tout sera possible quand des constructeurs français voudront bien nous sortir, comme nos voisins insulaires, ces merveilleux petits 2 cylindres opposés qui ne vibrent jamais et tournent sans fatigue avec des rendements extraordinaires.

(*A suivre.*)

Dr DE VAUBERCEY.
Miribel (Ain).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations.

— Le premier concours de bicyclettes à moteur, — Notre confrère, *Moto-Revue*, organise pour le 18 courant, à Choisy-le-Roi, le Grand Prix des bicyclettes à moteur. Le concours qui comprendra un circuit de 8 kilomètres à couvrir huit fois à une moyenne de 20 à l'heure, et une épreuve de côte, est ouvert aux constructeurs et possesseurs de bicyclettes à moteur. Les maisons Lumen, Voisin, Monet et Goyon, Cyclotracteur, Cyclomotor, Motor Wheel y participeront. Les engagements, 50 fr. par machine, sont reçus à *Moto-Revue*, 5, rue Saint-Augustin.

— Un concours sur titres pour l'emploi d'*inspecteur départemental des services d'hygiène des Vosges* aura lieu à Paris.

Le traitement annuel de début est fixé à 14.000 francs, auquel s'ajoute une somme de 3.000 francs pour frais de déplacement.

Les candidats devront être Français, âgés de 30 ans au moins, de 55 au plus, et pourvus du diplôme de docteur en médecine.

Les demandes tendant à prendre part à ce concours, établies sur papier timbré, devront être adressées à M. le Préfet des Vosges et accompagnées :

1° De l'acte de naissance du candidat ;

2° D'un certificat médical d'aptitude physique ;

3° D'une copie certifiée conforme de son diplôme de docteur en médecine ;

4° D'un exposé des titres du candidat comprenant ses états de services et le résumé de ses travaux ;

5° D'un exemplaire de chacune de ses principales publications ;

6° De l'engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à ses fonctions, de ne prétendre, en conséquence, à aucune autre fonction ou mandat public.

Le registre portant l'inscription des candidatures sera clos le 15 juillet 1920.

— A la suite du dernier concours, M. le Dr Cerise est nommé ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

— Concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine, vacantes le 1er mars 1921, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

L'ouverture du concours aura lieu le *lundi* 20 *septembre* 1920 à seize heures précises, dans

la salle des Concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au Service du Personnel de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 15 heures, du lundi 2 août au mardi 31 août 1920 inclusivement.

— **Honoraires de médecins.** Le comité de la British médical Association invite le Corps médical du royaume britannique à hausser de 50 p. 100 le tarif des honoraires.

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.** — *Les notions récentes sur les maladies du tube digestif.* — Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellemeat pratique, a commencé le samedi 10 juillet 1920, à 9 heures, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous direction de M. le Professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. Lardennois, chirurgien des hôpitaux ; M. Herscher, médecin des hôpitaux ; Lippmann, Chabrol, anciens chefs de clinique ; François Moutier, ancien interne des hôpitaux ; Henri Bénard et Saint-Girons, chefs de clinique ; Paul Descomps et Deval, chefs de laboratoires d'anatomie pathologique, de bactériologie et de chimie ; Guilleminot, Durey et Dausset, chefs du laboratoire des agents physiques de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Il aura lieu régulièrement, le matin à 9 heures l'après-midi de 14 h. 30 à 17 h. 30 ; les leçons du matin seront terminées autant que possible à 10 heures, de façon à permettre aux médecins inscrits de suivre les services hospitaliers de Paris.

Le cours comprendra 31 leçons et sera complet en deux semaines. Il sera illustré de planches et de projections, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques. Il portera plus spécialement sur l'examen clinique au lit du malade et sur les procédés récents de thérapeutique médicale, chirurgicale, physiothérapique et hydrominérale.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades présentés, aux manœuvres thérapeutiques, au maniement des appareils, aux recherches de laboratoire s'appliquant à la clinique courante, et pourront emporter les préparations exécutées par eux.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon leur seront distribués individuellement.

Un voyage d'étude de trois jours sera organisé, les 14, 15 et 16 juillet, à Vichy et aux stations hydro-minérales d'Auvergne sous la direction de M. le professeur Gilbert et de M. le professeur agrégé Maurice Villaret.

Ce voyage sera absolument gratuit (frais de chemin de fer, de repas, d'hôtel, d'auto-car, etc.).

Les élèves du cours, désireux d'y participer, sont priés de s'inscrire à l'avance auprès de M. le Dr Paul Descomps, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, qui leur fera connaître le programme détaillé du voyage.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 fr.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit .Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Nota. — Pendant les vacances de l'année scolaire 1919-1920 ont lieu à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, dans les mêmes conditions :

1° Deux cours de perfectionnement : l'un sur les maladies du foie et du pancréas (vacances de Pâques) ; l'autre sur les maladies du tube digestif (grandes vacances : juillet).

2° Deux cours de revision : l'un sur les séquelles nerveuses de guerre (vacances du jour de l'an) ; l'autre de clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire au diagnostic (grandes vacances : octobre).

— **Ecole de médecine de Rennes.** — Des concours s'ouvriront le 29 novembre 1920 devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris :

Pour l'emploi de suppléant de la chaire de physique à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes ;

Pour l'emploi de suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale à ladite Ecole.

Les registres d'inscriptions seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

communications et à envoyer aux patrons toutes les réponses qu'il peut être utile de faire aux communications des Compagnies, enfin, en cas de difficultés pour le paiement de vos honoraires, à citer le patron devant le juge de paix du lieu de l'accident, lorsque vous avez été choisi par l'ouvrier, et devant le juge de paix du domicile du patron, lorsque c'est au contraire celui-ci qui vous a choisi.

Mais cette manière d'agir ne suffit pas pour vous donner le droit de faire payer vos honoraires par le patron, au tarif ouvrier local, au lieu du tarif Dubief. Il faut , en outre, que vous puissiez prouver que c'est bien le patron qui vous a choisi. Le meilleur moyen à cet effet, est de faire signer au patron un engagement de vous payer au tarif local.

Comme modèle d'engagement, nous vous proposons le suivant :

« Je soussigné, prie M. le Dr X de donner (ou continuer à donner) ses soins à mon ouvrier Y, blessé le .... à mon service, m'engageant à effectuer le paiement de ses honoraires au tarif minimum du Syndicat médical de N... dont un exemplaire m'a été remis (ou au tarif ouvrier en usage à N. et dans la région),

« A ...., le .....

Lu et approuvé
(Signature),

La taxe de luxe sur les autos.

Nouvellement installé à F., j'ai l'intention de faire l'acquisition d'une auto, et il m'a été dit que j'avais droit à l'exonération de la taxe de luxe. Je vous serai reconnaissant de bien vouloir me donner quelques renseignements à ce sujet.

Dr B.

Réponse.

L'achat des automobiles servant au transport des personnes a toujours été soumis à la taxe de luxe de 10 % depuis que celle-ci existe, sans que les médecins, pas plus que tous les autres acheteurs, puissent en être exonérés.

Le nouveau classement des marchandises de luxe, établi par décret du 26 juin, en exécution de la loi du 25, porte textuellement au tableau A, concernant les objets classés comme étant de luxe en raison de leur nature, et quel que soit leur prix :

« Automobiles neuves ou d'occasion, servant au transport des personnes, leurs châssis, leurs carrosseries, garnitures et accessoires, à l'exception des pièces détachées exclusivement destinées aux réparations. »

Cette dernière exception ne figurait pas dans la classification antérieure.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Traitement des tœnias par la graine de citrouille.

J'ai l'intention aujourd'hui de sortir du dernier plan des tænifuges la modeste citrouille le vulgaire potiron : je l'appelerai *cuçurbita pepo*, pour rehausser un peu son prestige.

Le principe du traitement des tænias consiste à engourdir ou à tuer les helminthes au moyen d'un vermifuge et à profiter de cet état pour les expulser au moyen d'une purgation. On a préconisé contre ces fâcheux locataires une foule de traitements. Je ne m'étendrai pas longuement sur chacun d'eux ; je ne dirai qu'un mot sur les principales préparations qu'on a coutume d'employer : extrait éthéré de fougère mâle, tannate d'isopelletiérine. Ces médicaments sont ordonnés couramment, mais tout le monde sait qu'ils exposent les malades à des inconvénients parfois inquiétants, et pour ma part, j'en ai connu plusieurs qui préféraient garder leur ver plutôt que de recommencer une pareille expérience, après une tentative infructueuse.

L'extrait éthéré de fougère mâle provoque des phénomènes d'intoxication parfois légers, mais qui peuvent être graves : salivation, vomissements, diarrhée, néphrite, cirrhose avec ictère, glycosurie ; hyperexcitabilité du système nerveux, convulsions tétaniformes avec trismus, crampes, vertiges, paralysies pouvant se dénouer dans le collapsus avec arrêt du cœur en diastole, ou se terminer par un coma mortel. Le tannate d'isopelletiérine est, lui aussi, sujet aux mêmes reproches, car les troubles qu'il provoque sont aussi alarmants que ceux provoqués par l'extrait de fougère mâle. Ces cas sont heureusement assez rares, mais il n'est pas un malade ainsi traité qui n'ait pas éprouvé des malaises plus ou moins sérieux.

Ayant eu à soigner de nombreux malades atteints d'helminthiase, j'ai abandonné sans regret fougère mâle et pelletiérine pour revenir à une vieille médication qui m'a toujours réussi : la graine de la vulgaire citrouille. Certes, ce procédé n'est pas nouveau ; il y a de longues années déjà que Mougely, de Bordeaux, avait préconisé cette méthode ; on l'a abandonnée peut-être parce que trop simple ; je voudrais que les confrères qui liront ces quelques lignes l'essayent, et je suis certain que, comme moi, ils laisseront de côté fougère mâle, pelletiérine, thymol, etc., la graine de *cucurbita pepo* étant absolument inoffensive et à peu près infaillible.

Voici d'ailleurs la façon de procéder :

Le malade est soumis la veille du traitement au régime lacté ; s'il présente de la constipation

on a soin de vider l'intestin par une purgation. Prendre 80 à 100 gr. de graines de citrouille, fraîches, de préférence, les décortiquer soigneusement ; après avoir dépouillé les graines, on les écrase dans un mortier, et l'on ajoute du lait de façon à obtenir une purée que l'on sucre et l'on parfume au goût du malade.

La préparation est terminée ; le malade l'absorbe le matin à jeun, puis, une heure après il prend une purgation ; 35 à 45 gr. d'huile de ricin. A la deuxième ou à la troisième selle, le parasite est expulsé. Dans une vingtaine des cas ainsi traités, l'expulsion eut lieu quelques heures après. Les précautions habituelles doivent être prises : le malade doit aller à la selle sur un vase ou sur un bidet rempli d'eau chaude et ne jamais tirer sur le ver, le rejet de la tête étant la condition du succès. Si par hasard le tænia n'était pas expulsé, on pourrait recommencer trois ou quatre jours de suite, et administrer 30 à 40 gr. de graines ; j'ajoute d'ailleurs que je n'ai jamais dû recommencer le traitement.

Dr ANGLADE,
Médecin consultant
aux Eaux de Cauterets.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

L'allocation des primes d'allaitement.

3712. — M. JOVELET, député, demande à M. LE MINISTRE DE L'HYGIÈNE : 1° si les bénéficiaires de la loi du 17 juin 1913, sur l'assistance aux femmes en couches, mères de jumeaux, peuvent prétendre, en même temps qu'à l'allocation de repos pendant vingt-huit jours, à deux primes d'allaitement, soit une prime pour chacun des enfants nourris au sein par leur mère ; 2° si les deux jumeaux continuant à être nourris au sein par leur mère, celle-ci peut recevoir, par application de la loi du 24 octobre 1919, deux primes mensuelles d'allaitement, soit 30 fr. par mois pendant un an ; 3° si les mêmes assistées ont droit à cette prime mensuelle lorsque l'enfant ou les enfants sont élevés à l'allaitement mixte (sein et biberon). (*Question du* 16 *juin* 1920)

Réponse. — Dans le silence de la loi, qui n'a prévu ni le cas de deux enfants jumeaux, ni l'allaitement mixte, mon administration a toujours préconisé l'interprétation la plus favorable aux intéressés, en répondant affirmativement

chaque fois que l'une des trois questions soulevées par l'honorable M. Jovelet lui a été posée.

(*J. O.* 26 juin 1920).

La patente des médecins de villes d'eaux.

2991. — M. Barthe, député, signale à M. le ministre des finances qu'un certain nombre de docteurs de villes d'eaux sont dans l'obligation d'exercer leur profession dans plusieurs centres et lui demande si ces contribuables doivent être imposés à une seule patente. (*Question du* 19 *mai* 1920.)

Réponse. — Les médecins de villes d'eaux doivent, comme les autres contribuables, être asujettis aux droits de patente, dans chacune des communes où ils possèdent une installation en vue de l'exercice de leur profession.

(*J. O.*, 26 juin 1920.)

Note. — Cette réponse n'est pas en opposition avec l'article 4 de la loi du 19 avril 1905, aux termes duquel le médecin de ville d'eaux, qui ne se livre pas par ailleurs à l'exercice de la médecine, n'est imposable que pour la maison qu'il occupe pendant la saison balnéaire ou thermale, même si cette maison ne constitue pas son habitation habituelle et principale.

Il résulte des termes de la question et de la réponse ci-dessus, que leurs auteurs n'ont visé que le cas des médecins qui exercent dans plusieurs villes d'eaux. Ceux-ci ont évidemment plusieurs patentes, mais s'ils ont une autre habitation dans une autre localité où ils n'exercent pas, ils ne payent pas patente sur la valeur locative de cette habitation.

Décret du 20 juin 1920 instituant des priorités de distribution d'essence, notamment pour les médecins.

Rapport au Président de la République Française.

Paris, le 19 juin 1920.

Monsieur le Président,

Le décret du 24 décembre 1918 a rétabli la pleine liberté du commerce du pétrole et de l'essence dans le but de favoriser la satisfaction des besoins de l'agriculture, de l'industrie et du commerce. Or, bien que les quantités d'essence et de pétrole livrées à la consommation se trouvent en augmentation croissante depuis cette époque, les difficultés de transport ont pour conséquence de ralentir sensiblement les arrivages dans les départements les plus éloignés des ports pétroliers.

Il en résulte que dans certaines régions le commerce local peut difficilement faire face à toutes les demandes de carburants ; en particulier, le tourisme n'hésite pas à enlever, en

faisant au besoin des surenchères exagérées, toute l'essence disponible chez certains détaillants ; les organisations agricoles, généralement mal placées pour être prévenues à temps, se présentent quand l'essence a été déjà distribuée.

Un effort considérable est en cours pour développer l'emploi dans l'agriculture des moteurs inanimés, notamment en vue d'accroître notre production en blé ; cet effort menacerait d'être entravé si les propriétaires d'appareils de culture ou de battage mécanique se trouvaient arrêtés faute de carburant. Il nous paraît donc nécessaire d'instituer des priorités de distribution pour les usages agricoles.

Nous vous proposons également d'étendre cette mesure aux médecins et aux vétérinaires.

Si vous approuvez cette proposition, nous vous prions de vouloir bien revêtir de votre signature le projet de décret ci joint.

Veuillez etc...

Décret.

Art. 1er. — Par dérogation au décret du 24 décembre 1918 réglementant la vente, la circulation et l'emploi du pétrole et de l'essence, des priorités de distributions pourront être accordées, dans la limite autorisée par le ministre des travaux publics, pour les usages agricoles et en faveur des médecins et des vétérinaires.

Ces distributions seront faites par des commerçants désignés par les préfets et placés sous leur contrôle.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

(A la manière de.... « le semeur de cendres ».)

La Rose.

Dans le vallon profond qu'emplit l'âme du soir
(Visité des essaims, des gnômes et des songes),
La Rose au cœur vermeil, qu'un insecte affreux ronge,
S'étale tristement sous le ciel bientôt noir.

En vain la douce aurore a versé sa rosée
Et le vent pour la fleur s'est fait un mol zéphir ;
La Rose feuille à feuille, ainsi qu'en lents soupirs,
A l'âpre nuit déjà rend son âme épuisée.

S'évanouit au vent nocturne le parfum !
Ainsi, mon cœur troublé, je voudrais que tu meures
En ces hauts lieux secrets dont j'ai fait ma demeure,
Cimetière caché de mes espoirs défunts.

Comme la fleur d'amour que l'âpre été consume,
Pourquoi sentir encor ce mal intérieur ?
Mon rêve n'est-il pas aboli dans mon cœur
Où les soleils d'antan se sont voilés de brume ?

Mais mon cœur à regret des rêves abolis,
Des rêves abolis et des chimères vaines.
Comme un vase oublié, faut-il qu'il se souvienne,
Comme un vase vidé, qui dans ses flancs polis,
Garde à jamais l'odeur des roses et des lis.

Dr J. M. ARCHIMBAUD,
d'Aubenas-en-Vivarais.

Choses vues...

Cérès eût envié l'or de ses cheveux blonds
Qui baignaient son front pur d'une rousse atmos-
[phère ;
L'azur de ses yeux bleus était aussi profond
Que celui des beaux cieux d'été, si éphémères...

De trois quarts, j'admirais son merveilleux profil,
Si fin que je pensais à celui du visage
De la douce Madone, au sourire subtil,
Quand vinrent à ses pieds se courber les rois Mages.

Soudain, se détournant, je vis la blonde enfant
Froncer son front neigeux et prendre un air de fâche,
Puis, de sa bouche rose, adresser brusquement
Ces mots à son ami : « Tais-toi, s'pèce de vache ! »

Dr MONPLAISIR.

Diagnose anacréontique.

Nous nous aimons ... d'amour ! Et, d'une vive
flamme,
Nous essayons en vain de réprimer l'ardeur.
C'est en vain qu'affectant mutuelle froideur,
Nous pensons contenir les élans de notre âme...

Nous nous aimons ... d'amour ! Tout en nous le
proclame;
Nos regards, nos soupirs, nos rêves, nos langueurs...
Nous avons mêmes goûts, nous avons mêmes cœurs,
Un Dieu, de nous, a fait un vivant amalgame.

Eros, l'ensorceleur, en nous versant l'ivresse,
Fit jaillir, malgré vous, l'affolante caresse,
En cet exquis moment d'un indicible jour...

Nos cœurs, en un baiser, se sont joints sur la lèvre!
Depuis, tels deux métaux alliés par l'orfèvre,
Nos cœurs n'en font plus qu'un au creuset de l'amour!

Dr PLANTIER
(d'Annonay).

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 29 — DIMANCHE 18 JUILLET 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :
France........................ 24 fr.
Etranger...................... 28 »
Etudiants (*France*)......... 12 »
Le numéro.................... 50 cent.
Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CEZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CEZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. N° 29 18 Juillet 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Goddard, Kent-Gazet, Itelting.
Allevard-les-Bains. Boël.
Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Dresch, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. H Bene.
Bagnoles-de-l'Orne. J. Arnaud, Joly, Pesnel.
Barèges. Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Lacour.
Bourbon-Lancy, Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains, Colbert. — Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, Bayrac, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Riberolles, Saint-René-Bonnet.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Baillivet.
Eaux-Bonnes. Bajac.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Evaux-les-Bains. J. Gruzu, Lepage.
Evian, L. Dalard, Martinaud.
Forges-les-Eaux. Bernardicou
Gréoux (Basses-Alpes). C. Mathieu, Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule. Christin, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot.
Luchon, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Pelon.
Luxeuil-les-Bains Bornèque, Cugnier, Gauthier, Picot, Rimey.
Martigny. Dedet. Payen.
Mont-Dore J. André, Débidour, Dubruel, Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard. Gillot. Hagen, de Langenhagen, Truelle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert
Royat. Mougeot.
Salins-les-Bains Bourny.
Salies-de-Salat. Barbé.
Saint-Didier, (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Baradat. Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte. Odin. Ségard.
St-Nectaire. Serane, Siguret, Yersepuy.
St-Sauveur. Sabail.
Salies-de-Béarn Callais, Cousière. David. Reynaud
Sermaize-les-Bains. Rousselot.
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains, Chabannes, David.
Vichy. Cahen, Casteran, Chevieux, Cotar, Gannat, Guiuard, Gandelin, Reynes, Ed. Vidal.
Vittel, Constant, Mousseaux.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

MM. les docteurs :

Jougne (Doubs). Charlin.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). A. Dumont.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs :

Banyuls-sur-Mer. E. Parris.
Cassis-sur-Mer. Buges.
Chatelaillon. Barraud, Franck Duprat.
Douarnenez. Damey.
Paramé Rousin.
Riva-Bella Gourceral.
St-Quay-Portrieux, Christian, Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical,* de M. le docteur DUBOURD, de Roquemaure (Gard), la somme de quatre francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite, de quatre lignes au plus, aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**.

N° 329. — Revolver réglementaire, Mle 1892, état neuf à changer contre pistolet automatique, bonne marque et bon état, même petit modèle.

N° 330. — Docteur désire acheter clientèle médicale dans le Midi, de préférence côte d'Azur, d'un rapport de 20.000 environ. Pourrait laisser en échange appartement à Paris.

N° 331. — A céder poste médecine générale dans importante sous-préfecture de Bourgogne. Rapport 30.000 environ. Bel appartement. Indemnité 16.000. On céderait au besoin matériel, mobilier, auto. Cause de départ : santé. Pressé.

N° 332. — Auto monocylindr. à vendre, moteur de Dion 9 HP., 2 places ; modèle inusable, en parfait état de marche ; magnéto haute tension, double train balladeur ; essais sur place ; prix 5.500.

N° 333. — Docteur achèterait cabinet médical avec logement dans ville possédant collège ou lycée.

N° 334. — A vendre torpedo 12 HP. Chenard et Walcker, 4 places, modèle 1911 en parfait état de marche. Carb. Solex. Dr De Saint Fuscien, Grandvilliers (Oise).

N° 335. — Docteur 27 ans, région Sud-Est, achèterait clientèle.

N° 336. — Dr célib., plus. ann. pratiq. méd. gén., cherc. à Lyon situat. ds. clin. part. ou chez confrère.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du « **Pyréthane** » donné aux doses de 25, 50, 80 gouttes, en eau bicarbonatée, à renouveler, permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

CORRESPONDANCE

Les soins médicaux aux pensionnés de guerre.

Je reviens à la charge au sujet du libre choix du médecin par les victimes de la guerre.

Je vous remercie d'avoir bien voulu me faire réponse dans le *Concours Médical* du 27 juin ; mais je crois vous avoir mal posé la question.

Dans le règlement, toujours à venir, des soins médicaux aux pensionnés de guerre, deux points ont besoin d'être élucidés, pour que nous puissions adresser nos mémoires trimestriels :

1° Le pensionné a-t-il le droit pour la consultation de changer de médecin à volonté ?

Dans ma région on penche pour l'affirmative.

2° Pour les visites à domicile, où s'arrête le libre choix du médecin ? Le libre choix est-il limité, comme dans l'A. M. G. par le tarif imposé du médecin le plus proche ? En ce qui me concerne, j'ai trouvé beaucoup de maires et beaucoup de pensionnés intéressés qui ne veulent pas l'admettre, d'autant que les instructions préfectorales sont muettes sur ce point.

Il va de soi que dans les localités où exercent plusieurs médecins, le choix du malade devra se fixer sur l'un d'eux.

Mais dans nos campagnes, où beaucoup de postes ne comportent qu'un titulaire, ne serait-il pas injuste de confier à ce médecin seul le monopole des soins aux victimes de guerre ?

Des confrères exerçant seuls peuvent ne pas avoir la confiance de certaines familles.

Avec le monopole réservé au praticien qui exerce seul, vous allez contre l'esprit de la loi et vous lésez les intérêts de ceux de ses confrères qui sont les médecins attitrés d'une partie de ses concitoyens.

A notre humble avis, la solution du problème serait la suivante :

« Dans les localités où exerce un seul médecin, les pensionnés de guerre auront le choix entre ce médecin ou les médecins de localités voisines ; mais le tarif de la visite pour ces derniers ne devra jamais être supérieur à celui du médecin qui se trouve, en seconde ligne, le plus rapproché du malade. »

Réponse.

Nous sommes unanimes à maintenir les termes de notre précédente réponse.

La liberté de choix est accordée aux pensionnés de guerre, étant entendu que le médecin sera honoré par la collectivité selon la tarif pratiqué par les médecins les plus proches.

S'il n'y a qu'un médecin dans la commune qu'habitent les pensionnés et s'il estime nécessaire de s'adjoindre un confrère voisin soit en consultation, soit pour une intervention, rien n'est plus légitime et chacun des deux praticiens doit être honoré dans les conditions habituelles à ces circonstances. Il nous paraît impossible de concevoir la chose autrement.

Un employé d'agent de change est garanti par la loi sur les accidents du travail. Les médecins ne sont pas soumis à la taxe sur le chiffre d'affaires.

Comme membre du « Sou » et abonné au *Concours*, je me permets de vous demander les renseignements suivants :

1° Un jeune homme de mes clients, employé à la comptabilité chez un agent de change, se blesse en tombant, pendant son travail. Il y a pour cou-

vrir cet accident une assurance, l'U. et la S. Le blessé a déjà été vu par le médecin de l'assurance et il a fait l'objet d'une expertise amiable. Je l'ai fait voir également par un spécialiste.

Je voudrais savoir si un cas de cet ordre relève de la loi de 98, quel tarif je dois employer pour mes visites et celles du médecin consultant que j'ai appelé, et à qui je dois présenter ma note d'honoraires, à mon client ou à l'assurance ?

2° En raison des lois nouvelles sur l'établissement de l'impôt basé sur le chiffre d'affaires, quelle est la comptabilité que le médecin est tenu de fournir aux vérifications fiscales. Quelle conduite tenir ?

Dr D.

Réponse

1° Un agent de change étant un commerçant, est assujetti aux lois spéciales sur les accidensts du travail, en vertu de la loi du 12 avril 1906, qui a étendu aux exploitations commerciales les dispositions de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

En conséquence, puisque l'employé que vous avez soigné s'est blessé en tombant pendant son travail, c'est son patron, l'agent de change, qui est responsable de l'accident, et qui doit notamment payer vos honoraires et ceux du spécialiste vous avez appelé en consultation.

Si, comme il paraît résulter de votre lettre, vous avez été choisi par l'employé, et non par le patron, vous n'aurez le droit, en cas de contestation, d'exiger de celui-ci que le tarif Dubief.

C'est, comme toujours en pareille matière, au patron, et non à l'assurance, avec laquelle vous n'avez pas de lien de droit, que vous aurez à envoyer votre note, avec laquelle vous pourrez comprendre celle du spécialiste.

2° Le médecin n'est nullement assujetti à la taxe sur le chiffre d'affaires, et aucune loi ne l'oblige à tenir une comptabilité.

Nous comptons publier prochainement une étude sommaire sur les nouveaux impôts en tant qu'ils intéressent spécialement les médecins.

Les mobilisés et la taxe sur les bénéfices de guerre.

Je viens vous demander de vouloir bien me donner quelques précisions sur les articles concernant les mobilisés au sujet des bénéfices de guerre, qui ont été promulgués récemment dans la dernière loi de finances.

J'ai lu dans un journal que lorsque on avait été mobilisé pendant plus d'un an il fallait que le bénéfice net atteigne 30.000 fr. pour être imposé. Cette

imposition ne concerne -t-elle qu'une seule année ou s'étend-elle à toutes les années consécutives à la mise en réforme ?

Réponse

Aux termes de l'article 13 de la loi du 25 juin 1920 sur les nouvelles ressources fiscales, ne sont pas soumises à la contribution extraordinaires pour les bénéfices réalisés depuis le 11 novembre 1918, si elles n'ont pas antérieurement produit des bénéfices donnant lieu à l'application de cette contribution :

1° Les entreprises dont l'exploitant a été mobilisé depuis le 1er août 1914 depuis un an au moins ou a été réformé depuis cette date pour blessure reçue ou maladie contractée au service....

4° Les entreprises dont le déficit par rapport au bénéfice normal, pour la période du 1er août 1914 au 31 décembre 1918, est supérieur aux bénéfices exceptionnels ou supplémentaires réalisés en 1919 et jusqu'au 30 juin 1920.

Enfin, sont exonérés de la même contribution à partir du 1er janvier 1919 les contribuables qui ont été mobilisés dans les conditions ci-dessus et dont le bénéfice totat annuel, à dater du 1er janvier 1919, n'a pas été supérieur à 30.000 francs.

Mais les contribuables, qui, ayant été mobilisés pendant un an ou réformés, ont été passibles de la contribution exceptionnelle avant le 1er janvier 1919, n'en sont pas exonérés, même si leur bénéfice total annuel n'a pas été supérieur à 30.000 francs, à moins qu'ils ne bénéficient de l'exonération prévue par le § 4° ci-dessus rapporté.

Prorogation de bail.

Je viens vous demander un conseil au sujet de l'éternelle et embrouillée question des loyers. Voici mon cas : j'ai contracté un bail de 9 ans, le 1er août 1912, lequel arrive à expiration le 1er août 1921. J'ai négligé de faire savoir en temps voulu à mon propriétaire par ministère d'huissier que je voulais profiter de la prorogation des cinq années accordée par la loi aux mobilisés. J'ai payé *tout* mon loyer pendant la guerre. Quels sont les droits de mon propriétaire à l'expiration de mon bail ? Certains me disent que je puis encore rester deux ans aux mêmes conditions que celles accordées par mon bail. Dans le doute je me permets d'avoir recours à vos lumières et à vos conseils.

Dr C.

Réponse

Puisque votre bail, antérieur au 1er août 1914, n'expire que le 1er août 1921, vous êtes encore dans les délais pour notifier au propriétaire

(*Voir la suite page XXIII*-1825)

PROPOS DU JOUR

Une nouvelle affaire des poisons.

Lecteurs, rassurez-vous, cette affaire n'a coûté la vie à personne. Ce ne sont pas les poisons de Locuste, ni les recettes des Borgia, pas plus que les drogues de l'apothicaire Glaser qui fournissait la marquise de Brinvilliers, ni même celles de son émule, la célèbre Voisin, qui sont en cause. C'est simplement le procès de cinq docteurs en médecine parisiens, traduits devant la 11e Chambre du tribunal correctionnel de la Seine, pour infraction au décret du 14 septembre 1916, réglementant la délivrance des toxiques.

Jaloux de la réputation du lieutenant de la police Nicolas de la Reynie, un inspecteur des pharmacies pensa que le fait de s'être procuré d'assez fortes quantités de morphine sur bons de commande, exigeait la comparution de nos cinq confrères devant une nouvelle Chambre ardente. Fâcheuse inspiration ! s'il y eut jadis des juges à Berlin, il en reste encore aujourd'hui à Paris ; les cinq accusés ont été acquittés. Le bon sens du reste faisait qu'il ne pouvait guère en être autrement.

Les médecins poursuivis étaient de malheureux malades, atteints d'affections chroniques extrêmement pénibles et douloureuses qui les obligeaient d'user de morphine. L'accusation leur refusait le droit de se soigner eux-mêmes. Pour se faire délivrer de la morphine, ils eussent dû avoir recours à l'obligeance d'un confrère qui, chaque semaine, en y mettant les fôormes, exigées par le décret, leur aurait prescrit en une ordonnance les doses de morphine qui devaient les calmer.

Le tribunal n'a pas accepté cette manière de voir. Il a pensé qu'un médecin qui doit avoir, en cas d'urgence, à sa disposition tous les calmants qu'il croit utiles à ses malades, a le droit de se les procurer sur bons de commande et il a jugé que « le médecin qui se traite lui-même est dans l'exercice de sa profession ».

***

Cette affaire remet à l'ordre du jour le décret du 14 septembre 1916 et ses formalités excessives. Pour protéger contre eux mêmes quelques morphinomanes et quelques toquées, adonnées à l'opium ou à la cocaïne, un moraliste en chambre, disposant de l'autorité gouvernementale, qui avait cependant mieux à faire en 1916, a mis de sérieuses entraves à l'exercice de notre profession.

Qui souffre de cela ? Nos malheureux chroniques : tuberculeux, cancéreux, ataxiques et autres qui sont tenus de frapper constamment à notre porte pour obtenir sans cesse le renouvellement de l'ordonnance qui leur permettra d'atténuer leur supplice.

Et pour qui laisse-t-on souffrir ces malheureux ? Pour quelques centaines de cocottes hystériques ou d'esthètes « dadaïstes » qui éprouvent le besoin de s'empoisonner. Si c'est leur goût, c'est leur affaire. Leur perte ne portera préjudice ni à la France, ni à la Société, bien au contraire, et si avant de mourir, ils deviennent de dangereux aliénés, la loi de 1838 arme suffisamment la police pour les faire interner et les mettre hors d'état de nuire.

A-t on peur que la morphinomanie, la cocaïnomanie, l'opiomanie et autres toxicomanies deviennent à la mode et fassent trop de victimes dans la population saine ?

Le prix si élevé de ces alcaloïdes et de tous les stupéfiants font que ce mode d'intoxication restera, si l'on peut dire, le monopole d'assez rares privilégiés. Et puis le promoteur du décret du 14 décembre 1916 croit-il avoir atteint son but ? Nous l'engageons à aller faire un tour dans les restaurants ou les cafés de Montmartre et il verra avec quelle facilité le chasseur de la maison lui vendra ces poisons par paquets, s'il consent à y mettre le prix.

Mais pourquoi cet étrange besoin de protéger contre la morphine et la cocaïne de prétendus gens chics, alors que l'on incite presque une foule de braves gens à s'abrutir par l'alcool ? L'alcool pourtant est autrement dangereux pour l'individu, pour la société et pour l'avenir de notre race que tous les stupéfiants réunis.

Aussi, à ceux qui ont inspiré ces mesures de tracasserie policière qui ont eu pour résultat d'empêcher de soulager comme il convenait des moribonds et de faire traîner en correctionnelle

cinq de nos malheureux confrères, victimes de maladies vraisemblablement contractées dans l'exercice de leur profession, nous appliquerons la parole vengeresse que l'Evangéliste Luc a mise dans la bouche du Christ :

Hypocrites, ôtez d'abord la poutre qui est dans votre œil et, après, vous verrez comment vous pourrez retirer la paille qui est dans l'œil de votre frère.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Faculté de médecine de Paris :
M. le professeur Gosset

Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac.

Je vous ai indiqué, déjà, dans une précédente leçon, quelques-unes des opérations qui sont faites pour ulcère de l'estomac : la gastro-entérostomie, l'excision, la thermo-cautérisation. Je voudrais achever aujourd'hui ce sujet, vous signaler d'autres opérations, et vous donner un résumé d'ensemble du traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac.

A la suite d'interventions pour ulcus, de gastro-entérostomies par exemple, les chirurgiens avaient remarqué une certaine persistance des douleurs, lorsque le sphincter pylorique était laissé : ces douleurs relevaient de spasmes du sphincter. S'appuyant sur ces faits, M. Enriquez et moi pensâmes qu'il serait utile de compléter l'intervention par une sphinctérectomie, une ablation du sphincter. Vous trouverez dans un travail de M. Enriquez, paru en 1914, une étude plus complète de la question.

Reste une dernière intervention, la gastrectomie pour ulcère. Elle comporte trois modalités : gastrectomie pylorique, médio-gastrique et gastro-pylorectomie. A mon avis, la gastrectomie est, d'une façon générale, l'opération de choix dans l'ulcus de l'estomac. Elle a sur la sphinctérectomie l'avantage de supprimer l'antre du pylore. Les résultats de la gastrectomie, de la pylorectomie, en pareils cas, sont bons. En 1917, M. Témoin (de Bourges) a fait à l'Académie de médecine, une communication relative à une série de plus de 60 gastrectomies pour ulcère et la statistique qu'il a apportée est fort belle.

Le véritable traitement de l'ulcus gastrique n'est pas la gastro-entérostomie. Au début, cette opération nous a enthousiasmés. Actuellement, elle va passer au second plan. Si nous réunissons les statistiques de divers chirurgiens français et étrangers, de Témoin, de Pauchet, d'Abadie (d'Oran) entre autres, nous trouvons une mortalité de la gastro-entérostomie un peu plus faible que celle de la gastrectomie. Mais il ne faut pas considérer seulement la mortalité immédiate ; un malade qui succombe un an après une gastro-entérostomie, à une complication, doit être ajouté au tableau de léthalité, car il ne serait pas mort après une gastrectomie.

Quelques mots du traitement de l'ulcère saignant et de l'ulcère perforé. Lorsqu'au cours de l'évolution d'un ulcère apparaissent des hémorrhagies violentes, considérables, le chirurgien ne peut guère intervenir immédiatement. Je dois dire, d'ailleurs, que je n'ai jamais vu de malade mourir dans ces conditions, à la première hémorrhagie. J'ai été appelé plusieurs fois auprès de patients atteints d'hémorrhagies gastriques abondantes qui donnaient l'impression qu'ils allaient succomber. Cela s'est calmé. Je parle seulement de ce que j'ai vu et je crois que, dans une grande hémorrhagie, il ne faut pas opérer sur le moment, la mortalité étant plus grande si l'on opère que si l'on n'opère pas. Mais, alors, le médecin doit prendre garde. Si à cette première grande hémorrhagie, en succèdent ultérieurement d'autres, le patient, anémié par la précédente perte sanguine, ne pourra résister. Vous n'attendrez pas la seconde hémorrhagie et vous opérerez avant.

En somme, à mon sens, le traitement de l'ulcère saignant sera le suivant : à la première hémorrhagie, pas d'opération immédiate, repos absolu, glace sur le ventre, hémostatiques. Un mois ou deux après, opération. Si vous êtes en présence de petites hémorragies répétées, opération. L'opération est délicate, car on ne sait pas très bien l'endroit qui saigne.

Le traitement de la perforation est évident : l'opération immédiate. Mais faut-il, alors, seulement fermer la perforation ou faire, en outre, la gastro-entérostomie ? Si on opère de suite, dans les premières heures, on peut simplement fermer la perforation. Sinon, la gastro-entérostomie est chose excellente comme complément. Au cas d'ulcère perforé, la station assise du malade est préférable à la station couchée : il vaut mieux que les sécrétions tombent dans le ventre

que de refluer vers le diaphragme, car rien n'absorbe comme un diaphragme.

Résumons le traitement de l'ulcère de l'estomac.

Le traitement prophylactique, d'abord. Les Américains ont insisté à ce point de vue sur l'importance prophylactique des nettoyages de la bouche (rôle des dents cariées), des soins aux amygdalites, aux sinusites. L'ulcus gastrique demande, entre autres causes, un point de départ infectieux. En soignant la bouche, les amygdales, les sinus, et toutes les infections, en général, on rendrait les ulcères beaucoup plus rares. Dans cet ordre d'idées, l'appendicite mérite une mention particulière. L'ablation de l'appendice, au cas de lésions appendiculaires chroniques, rentre dans le traitement prophylactique de l'ulcère de l'estomac.

Le traitement médical, ensuite. Tous les ulcères de l'estomac ne sont pas à opérer. Dans certains cas, lorsqu'il y a ulcus pylorique et stase, l'intervention s'impose, vous opérerez sans discussion. Dans l'ulcère simple en évolution, la question du traitement médical ou chirurgical est à débattre. Le traitement médical, nous le connaissons par Hayem, Mathieu, Enriquez, Ramond, Soupault, etc. Surtout, ne donnez pas de bicarbonate de soude... à moins que vous ne vouliez vraiment exagérer l'hyperacidité. Vous prescrirez les poudres inertes, la magnésie, le bismuth, le régime et le repos au lit. Un médecin américain, qui voit beaucoup d'ulcères de l'estomac, a fondé une clinique, qu'il a placée d'ailleurs sur le chemin qui conduit à Rochester, où opèrent les frères Mayo. Eh bien, dans cette clinique, les malades sont mis au repos complet pendant 3 semaines ou plus, et nourris avec des petits repas pris chaque heure, composés de lait et de crème, additionnés de magnésie. Ils en sortent très souvent guéris, du moins en état de rémission. Je crois qu'il faut employer le traitement médical, mais, s'il n'est pas suivi de résultat, arriver à la cure chirurgicale.

Le traitement chirurgical de l'ulcus a présenté plusieurs phases. Dans une première période, qui s'étend de 1893 à 1910, on ne connaissait que la sténose pylorique, la stase et l'hypersécrétion, et l'on faisait la pyloroplastie ou la gastro-entérostomie. Dans la seconde période, qui va de 1910 à 1916, on s'est aperçu que la gastro-entérostomie ne donnait pas toute satisfaction, que des douleurs persistaient souvent après elle. Le contrôle de l'opération par les rayons X a montré que, peut-être même, la gastro-entérostomie servait à peu de chose, les aliments s'entêtant à passer, malgré tout, par le pylore... ! On est ainsi arrivé aux autres opésations dont je vous parlais tout à l'heure.

Plusieurs cas se présentent : l'ulcère du pylore, l'ulcère de la petite courbure, l'ulcère du duodénum. L'ulcère du pylore sans adhérences est justiciable de la pylorectomie. S'il y a des adhérences, on fera la pylorectomie autant que possible — elle offre beaucoup d'avantages, elle permet de tout enlever, au cas d'ulcères multiples par exemple — sinon, on aura recours à la gastro-entérostomie comme pis aller.

Ulcères de la petite courbure. L'opération qui vient à l'esprit est l'excision. Elle est mauvaise et doit être mise de côté. On aura recours à la gastrectomie, ou, chez les malades affaiblis, à la thermo-cautérisation. Tout ceci, d'ailleurs, ne constitue qu'une indication, la clinique (qui ne se met pas en formule) guidant la conduite pour chaque cas. C'est ainsi que, pour des ulcères géants de la petite courbure, on pourra faire une gastro-entérostomie, sans en être enthousiaste.

Pour l'ulcère du duodénum, l'opération de choix est l'enfouissement ou le blocage, associé à la gastro-entérostomie, celle-ci, seule, constituant un pis aller chez les sujets trop fatigués.

Une question intéressante se pose ici. Quel est l'avenir de ces opérés ? Un opéré pour ulcère peut-il être accepté pour une assurance sur la vie ? Les compagnies d'assurance posent quelquefois la question. Elles ont d'ailleurs réuni une série de statistiques sur ce sujet. Ainsi, sur 2432 malades opérés entre 1906 et 1915, pour ulcus gastrique ou duodénal, 2324 ont pu être suivis pendant plus de 3 ans. La mortalité opératoire a été : 4.5 % des 545 cas d'ulcus de l'estomac, et 2 % des 1630 cas d'ulcus du duodénum. Sur 521 cas d'ulcère de l'estomac opérés et suivis pendant 3 ans et 6 mois, la mortalité a été pendant ce laps de temps de 17 %. Sur 1651 cas d'ulcère du duodénum opérés et suivis pendant 3 ans et 4 mois, la mortalité a été de 5 %. Enfin sur 91 cas d'ulcère à la fois duodénal et gastrique traités par l'opération, la mortalité s'est élevée à 9 %. Si l'on compare la mortalité de ces opérés à la mortalité des sujets du même âge pendant le même temps, on trouve les deux mortalités à peu près semblables. Il s'ensuit que l'on peut d'une façon générale assurer sur la vie ces opérés sans risques supplémentaires.

En somme, à l'heure actuelle, le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac doit s'appuyer principalement sur la gastrectomie. La gastro-entérostomie, parfaite pour les sténoses pyloriques simples, est insuffisante pour l'ulcère. Elle n'évite pas les perforations, pas plus que les dégénérescences cancéreuses, si communes, des ulcères. Le traitement de choix sera donc, lorsqu'il sera possible, la pylorectomie, la gastrectomie, ou à défaut la thermo-cautérisation.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

A TRAVERS LA PRESSE

I

Presse française.

Cure de féculents chez les diabétiques.

Le régime des diabétiques a longtemps comporté, avec la prescription des aliments azotés et des graisses, l'exclusion des hydrocarbones et du sucre.

Puis, on a fini par reconnaître que le coma diabétique, fonction d'acidose, était le plus souvent provoqué par l'excès d'albumines animales, et qu'un des meilleurs procédée pour le prévenir et pour le combattre consistait précisément à supprimer ces albumines et à rendre à l'organisme des aliments riches en hydro-carbones.

M. Lambling (Paris *méd.*, 1er mai 1920) érige l'emploi des féculents en cure systématisée du diabète, à la condition qu'elle comporte certains facteurs qui la rendent efficace.

Ces facteurs sont : 1° la suppression complète des albumines animales ; 2° une période de jeûne préalablement à la cure des féculents.

Le malade est mis deux ou trois jours au régime exclusif des légumes verts, qui pratiquement équivaut au jeûne. Puis, il prend pendant quelques jours (2 ou 3) de la farine d'avoine en soupe (250 gr. de farine) accompagnée de 250 gr. de beurre, et il revient ensuite aux légumes verts. Sous l'influence de cette alimentation, à laquelle on ajoute parfois du bicarbonate de soude, le taux du glycose s'abaisse sensiblement

Il faut, et c'est indispensable pour obtenir ce résultat, que les cures de féculents soient absolument exclusives de viande. La viande exerce en effet une action nuisible sur la tolérance.

Pour les cures de féculents, on peut employer, en outre de la farine d'avoine , la farine de froment, de seigle, d'orge, les pommes de terre, les légumineuses, les bananes, et même, o paradoxe ! le glycose lui même.

Chose curieuse, la farine de froment prescrite en soupe, dans ce régime, devient nuisible si elle est absorbée sous forme de pain.

Il semble qu'il y ait une intervention du pancréas qui peut s'expliquer ainsi. Le pancréas est une glande à double sécrétion, interne et externe. La sécrétion externe est fortement sollicitée par la digestion de certains aliments tels que la viande, le pain ; elle se fait aux dépens de la sécrétion interne, dont l'action sur la fonction glycogénique est bien connue. Or, si l'on supprime la viande et le pain, qui excitent la sécrétion externe, acideuse, on permet à la portion endocrine du pancréas, à la glande insulaire, d'augmenter sa masse.

Les jours de jeûne ou de légumes verts réalisent ce facteur de tolérance, auquel, on peut ajouter l'ingestion du bicarbonate de soude, qui diminue fortement la sécrétion du suc pancréatique.

Les prurits et leur traitement.

« On désigne sous le nom de prurit une douleur spéciale appelant invinciblement le grattage et ne dépendant pas de lésions cutanées prémonitoires appréciables. » Ainsi s'exprime M. P. Fernet (*L'Hôpital*, mai 1920 A), qui passe en revue les principaux prurits et leur traitement.

Les prurits sont généralisés (p. saisonniers, p. sénile, p. généralisé) ou localisés (p. anal, p. vulvaire, p. scrotal, p. narinaire, p. palmaire et plantaire).

Ils sont parfois *sine materia* ; ou ailleurs, sous la dépendance d'un état général tangible (ictère, mal de Bright, tabès) ou d'une influence externe (gale discrète, phtyriase, pediculi, puces , punaises, etc.)

Quoi qu'il en soit, le traitement sera général et local.

Le traitement général comporte un régime alimentaire sévère, exclusivement végétarien, comportant la suppression du vin pur, du café, du thé, du chocolat, de l'alcool, des liqueurs, de bière, des épices, des conserves, de la charcuterie, du poisson, des fromages fermentés. Les boissons seront abondantes, sous forme d'eau pure, d'eau alcaline (1), d'eaux dites de lavage (2). On pourra même être amené à prescrire le régime lacté absolu. Les repas seront très réguliers, aussi lents que possible, avec une mastication parfaite. L'intestin devra fonctionner normalement et régulièrement. On évitera toutes les causes d'irritation nerveuse.

On conseillera les douches tièdes (36°-38°) sans pression, quotidiennes ou biquotidiennes ; les bains statiques ; la valériane, les pilules de Méglin, l'acide cyanhydrique, le castoreum, le musc, l'asa fœtida, l'aspirine. On s'abstiendra de l'antipyrine, du salicylate de soude, du citrophène, qui provoquent des éruptions artificielles. La belladone, l'acide phénique, le chlorure de calcium, sont à essayer. Les extraits organiques seront administrés aux sujets chez lesquels on constatera ou on soupçonnera une déficience endocrinienne.

L'adrénaline serait particulièrement recommandable.

---

(1) Eau de Vals, Source la Reine.
(2) Evian, Vittel et Contrexéville.

AVIS

—

Agenda Memento du Praticien **(Edition 1921)**

Nous prions nos lecteurs qui désirent recevoir l'édition 1921 de **l'Agenda Memento du Praticien**, de vouloir bien nous envoyer leur souscription sans retard, autant que possible, au moyen du bulletin qu'ils trouveront page 1787 du présent numéro.

La souscription *sera irrévocablement* arrêtée le 1er août prochain.

Son envoi aura lieu dans le courant de décembre prochain.

Les stations thermales indiquées sont Néris, Bagnères-de-Bigorre, St-Gervais.

Localement, supprimer le savon. Employer de l'eau ayant longuement bouilli avec de la camomille, de la guimauve, du sureau, des baies de myrtille, de l'aunée, du cerfeuil, de l'ortie blanche.

A ces infusions, employées aussi chaudes que possible, on pourra ajouter du vinaigre ordinaire ou aromatique, la solution phéniquée au 20°, du coaltar saponiné, etc.

Les bains généraux ont un effet très passager, et sont plutôt à éviter. Les enveloppements humides donnent de bons résultats. De même les pommades, selon les formules suivantes :

1) Stovaïne............... dix à vingt cgr.
Icthyol................ 4 gr.
Thigénol.............. 2 gr.
Oxyde de zinc.........
Lanoline............. } ââ 12 gr.
Vaseline.............. 16 gr.

2) Acide phénique........ 1 gr.
Oxyde de zinc.........
Lanoline.............
Vaseline............. } ââ 20 gr.

3) Menthol, ou acide phénique ou camphre...... 0 gr. 50 à 1 gr.
Oxyde de zinc, amidon, talc................
Alcool à 60°, glycérine neutre...............
Eau distillée.......... } ââ 10 gr.

4) Gélatine pure.............. 125 gr.
Glycérine...................
Eau..................... } ââ 300 gr.
Oxyde de zinc.............. 100 gr.

En tout état de cause, on tâtera la susceptibilité des malades.

Les prurits saisonniers sont justiciables surtout du traitement interne. Le prurit sénile est rebelle à la thérapeutique; on essayera les injections de pilocarpine, l'électricité faradique ou galvanique, l'hydrothérapie chaude, les massages, les frictions, etc. Le prurit par intoxication réclame la suppression de la cause.

Dans les prurits localisés, on s'efforcera de dépister la cause et de la faire cesser. On insistera sur les effluves de haute fréquence, la radiothérapie, les douches statiques. On sera parfois amené à essayer les fines cautérisations au thermo-cautère, les scarifications linéaires ou quadrillées.

Les petits signes de l'hépatisme.

Bon nombre de dyspepsies, de névropathies, de maladies de la nutrition, sont en réalité sous la dépendance d'un processus morbide chronique du foie, au même titre que les affections hépatiques elles-mêmes, et débutent par un degré plus ou moins prononcé d'insuffisance fonctionnelle de l'organe.

Ces états peuvent être englobés sous la désignation générique d'hépatisme.

Pour les reconnaître, il faut chercher les signes qui révèlent l'état de souffrance de la glande hépatique.

Ce sont les petits signes de l'hépatisme, que décrit M. R. GLENARD (*Gaz. des Hôp.*, n° 37, 1920).

Du côté du foie lui-même, on note une sensibilité légère de l'hypochondre droit, traduisant un certain degré de congestion de l'organe, sensibilité caractérisée par une gêne, une pesanteur, un gonflement, une tension sourde, avec des périodes d'exacerbation. Cette sensibilité peut prédominer au niveau de la vésicule ou du lobe gauche, et en imposer pour une manifestation gastropathologique. La douleur peut s'irradier vers l'appendice, plus fréquemment, vers la pointe de l'omoplate droite. Elle est d'intensité variable selon l'heure de la journée, la nature du repas, la fatigue, les émotions, les chocs moraux, etc.

En dehors du foie, on rencontre de l'amertume de la bouche, du pyrosis, des aigreurs, des renvois acides, de la pituite matutinale, des nausées allant jusqu'au vomissement.

L'appétit est généralement conservé, quoique capricieux. On observe des tiraillements d'estomac, des sensations de fausse faim, survenant, habituellement, vers 4 heures de l'après-midi. Les digestions sont lentes, s'accompagnent de ballonnements, de somnolences, de bâillements, de crampes, etc.

Il y a des alternatives de diarrhée et de constipation, des selles bilieuses, liquides, ou des selles dures presque décolorées, des fausses membranes, des hémorroïdes.

On recherchera la toux hépatique, sèche, répétée, avec un appareil respiratoire complètement silencieux, de la dyspnée, des crises pseudo-athsmatiques.

Du côté du cœur, on trouvera des palpitations, des crises pseudo-angineuses, des tendances fluxionnaires, des épistaxis.

L'albuminurie, parfois rencontrée, est d'origine toxique.

La peau est bistrée, subictérique, marquée de taches brunes, ou de dépôts de xanthélasma. Elle peut être affectée d'eczéma, d'herpès, de zona, d'urticaire, de prurits.

Le système nerveux manifeste sa souffrance

par des tendances hypochondriaques, neurasthéniqués, vésaniques même, de l'insomnie nocturne cyclique (2 ou 4 h. du matin), des migraines, des vertiges, un état spécial dénommé fatigue hépatique.

Le propre de cette symptomatologie est la dissociation des symptômes, l'association, le groupement de certains d'entre eux à l'exclusion des autres, donnant un aspect clinique particulier au malade ; leur fugacité, leur périodicité.

La constatation de ces différents signes devra être complétée par la recherche des antécédents héréditaires et personnels, l'exploation directer du foie par le procédé du pouce, l'examen radiologique, et au besoin, certaines recherches de loboratoire portant sur le sang, les urines et les fèces, afin de préciser l'état de chacune des fonctions du foie

La thérapeutique s'inspirera de ces données et mettra le malade à l'abri des causes qui provoquent et entretiennent la maladie. Elle comportera des manœuvres physiothérapiques souvent efficaces.

Aménorrhée et mariage.

Avant de décider si une jeune fille nubile et non réglée peut se marier, un examen médical minutieux s'impose, que la jeune fille présente ou non des symptômes du flux physiologique. Telle est la règle posée par M. Siredey, qui exam'ne ensuite tous les cas d'aménorrhée, et leurs conséquences (*Journ. de Méd. et de Chir. prat.*, 25 avril 1920).

L'aménorrhée peut être due à une anomalie des organes génitaux. Les principales anomalies qui peuvent se rencontrer sont : l'hermaphrod sme, ou mieux l'erreur de sexe ; l'absence complète de vagin.

Elle peut exister, l'appareil génital étant ou paraissant absolument normal. C'est l'aménorrhée primitive qui n'exclut nullement la possibilité de la fécondation et de l'enfantement. Nombreux sont les exemples de femmes ayant eu plusieurs grossesses sans avoir jamais été réglées.

Elle peut résulter de certaines interventions abdominales, les hystéroctomies et les ovariotomies en particulier. Les jeunes filles qui en sont atteintes ne sont nullement inaptes au mariage.

L'aménorrhée s'observe dans la débilité congénitale ou acquise de l'appareil génital, due elle-même à des tares héréditaires : tuberculose, syphilis, alcoolisme des ascendants, ou à une maladie infectieuse de l'enfance : pleurésie, fièvre typhoïde, oreillons, etc.

Dans d'autres circonstances, on sera en droit d'incriminer les insuffisances endocriniennes : insuffisance ovarienne, thyroïdienne, surrénale, hypophysaire.

Certaines de ces aménorrhées sont parfaitement curables. D'une manière générale, sauf le cas où les rapports sexuels sont complètement impossibles, le mariage n'est pas socialement irréalisable.

On ne manquera pas toutefois, si l'on est consulté, de conseiller de prévenir le fiancé de la situation physique de la jeune fille qu'il désire épouser, et de l'impossibilité probable dans laquelle elle se trouvera de devenir mère.

Question très délicate, qui ne peut se résoudre par une formule générale, mais sera traitée selon les espèces, en respectant le secret professionnel.

G. D.

II

Presse anglaise.

L'aptitude au travail des cardiaques.

M. R. O. Moon (*British. med Journ.*, 8 mai 1920) a fait à l'hôpital national pour les maladies du cœur une leçon sur les cardiopathies dans leurs rapports avec l'aptitude au travail.

Le travail intellectuel, le travail sédentaire (employé) sont ceux qui conviennent le mieux aux cardiaques. Cependant, dans les affections mitrales ou aortiques compensées, le travail manuel, physique, est souvent possible à condition de l'appliquer judicieusement, de choisir une profession convenable en particulier. Les professions les plus généralement recommandées sont les suivantes : tailleur, cordonnier, vannier, ouvrier sur cuir, chauffeur d'automobile. La manipulation d'objets lourds devra être évitée. Le chauffeur d'auto aura avantage à utiliser une voiture à mise en marche automatique. Le cardiaque choisira une habitation à un étage peu élevé et d'accès facile pour n'avoir pas à se presser pour prendre un train ou un omnibus. Il convient, en effet, de ne pas ajouter des fatigues évitables aux fatigues de la journée de travail.

D'une façon générale, la fatigue des membres inférieurs est moins préjudiciable aux cardiopathies (aux affections aortiques surtout) que la fatigue des membres supérieurs.

Le rôle des protéines dans l'asthme.

La pathogénie de l'asthme et du rhume des foins s'oriente de plus en plus du côté anaphylaxie. Beaucoup d'asthmatiques doivent être considérés comme des sensibilisés à telle ou telle substance, réagissant lorsque leur organisme se

VALS SOURCE REINE

trouve en présence (par ingestion ou inhalation) de cette substance, protéinique en général.

SANFORD (*Minnesota medicine*, avril 1920), étudiant 800 malades asthmatiques, a recherché s'ils étaient sensibilisés et à quelle protéine ils l'étaient. Il leur a injecté sous la peau des dilutions de dix-huit variétés de protéines, animales ou végétales (œuf, blé, riz, banane, pollen, etc.). Dans 500 cas, les réactions ont été toujours négatives. Dans plus de 200 cas, les réactions furent, au contraire, positives, en particulier au blanc d'œuf, aux pollens, au blé, riz, etc..

Chez les sujets sensibilisés aux protéines alimentaires, les essais de désensibilisation n'ont pas donné de grands résultats et l'abstention de ces substances dans le régime reste le principal moyen de traitement. Pour les malades sensibles aux pollens, la cure de désensibilisation a donné de meilleurs effets, en commençant par l'injection d'une dose de protéine inférieure à la dose qui donne une réaction cutanée et en élevant progressivement cette dose. L'auteur recommande de commencer le traitement avant le début de la pollinisation.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Toxicité et accumulation de l'émétine.

(M. Ch. MATTÉI. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Les travaux de Colard, Laganc et Dalimier ont établi la toxicité et l'accumulation de l'émétine. M. Mattéi a recherché les accidents de l'émétine chez 220 malades amibiens traités par ce médicament. Il a vu que l'élimination urinaire de cette substance administrée par voie intraveineuse ou hypodermique se faisait selon le mode discontinu et prolongé, créant une accumulation vraie et durable. Il s'ensuit de là qu'après l'emploi d'une certaine dose de chlorhydrate d'émétine (un gramme selon Dalimier), il faut laisser une assez longue période de repos avant de reprendre la cure.

Syndromes myasthéniques consécutifs aux intoxications par gaz de combat.

(M. HARVIER. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Harvier présente un malade atteint d'un syndrome d'Erb-Goldflam nettement caractérisé, consécutif à une intoxication par gaz de combat. C'est le second cas de ce genre observé par l'auteur.

M. GUILLAIN a vu également chez un certain nombre d'intoxiqués par les gaz chlorés un syndrome nerveux myasthénique. Il ne l'a jamais rencontré à la suite de l'intoxication par l'ypérite.

L'émétine et le traitement des hémoptysies.

(MM. COLBERT et BAZIN. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

L'action de l'émétine sur l'hémoptysie des tuberculeux est encore très discutée. Pour certains auteurs, c'est une médication efficace ; pour d'autres, elle n'a pas de valeur.

MM. Colbert et Bazin expliquent cette divergence par une action variable de l'émétine selon les cas. Ce médicament arrête ou atténue l'hémoptysie du tuberculeux *hypertendu* et ne doit s'adresser qu'à cette seule catégorie d'hémoptoïques.

Le luminal dans l'épilepsie.

(M. Cl. VINCENT. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Le luminal est un corps de la série du véronal, fabriqué en Allemagne. Il a été étudié en France par M. Babinski et par le Dr Raffegeau, du Vésinet. Dans nombre de cas d'épilepsie essentielle, il fait disparaître en grande partie ou en totalité les crises, là où les autres traitements ont échoué.

M. CARNOT a eu l'occasion d'employer, avant la guerre, le luminal sur les agités de l'hôpital Tenon. C'est un hypnotique et un calmant remarquable qui réussit très bien chez les maniaques, les alcooliques, etc... C'est un produit du groupe véronal avec adjonction d'un élément phényl qui renforce son action. Il serait à souhaiter, dit-il, que nos usines chimiques préparent de nouveaux hypnotiques sur ce type.

Un nouveau réflexe : réflexe oculo-pilo-moteur.

(MM. SICARD et PARAF. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

Les physiologistes ont décrit un réflexe cutanéo-pilo-moteur. Il s'obtient plus ou moins facilement par frottement ou pincement de la région intercostale et consiste en un granité érectile qui se dessine à ce moment sur la région du membre supérieur homologue.

Ce réflexe présente un correctif, que signale M. Sicard. Si, chez un sujet dont le système pileux est ainsi mis en érection (phénomène de la chair de poule), on comprime les globes oculaires d'une façon méthodique et prolongée, les phénomènes d'érection cutanée prennent fin, du moins tant que dure la compression oculaire.

Le nouveau réflexe oculo-pilo-moteur est du même ordre que le réflexe oculo-cardiaque.

Traitement des adénites tuberculeuses.

(M. HENRI DUFOUR. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

M. Dufour recommande, dans le traitement des adénites tuberculeuses, la prise continue de teinture

d'iode absorbée dans du lait, ingérée journellement à la dose(que l'on atteint progressivement) de cent à cent vingt gouttes. La continuité du traitement et l'emploi de fortes doses sont nécessaires.

Traitement de la tuberculose pulmonaire.

(M. Henri Dufour. — *Soc. médicale des hôpitaux.*)

M. H. Dufour présente trois malades atteints de tuberculose pulmonaire grave qui peuvent être considérées comme guéris. Ils ont été traités, l'un par le pneumothorax artificiel, les deux autres par les injections intraveineuses d'iodo-benzo-méthyl-formine. Ce composé contient une très forte proportion d'iode (42 %).On l'utilise au dosage de 0 gr.50 par ampoule de 5 centimètres cubes, en séries de 20 piqûres quotidiennes.

Le goutte à goutte sucré urotropiné dans le traitement des ictères.

(M. P.-Emile Weil. — *Soc. médicale des hôpitaux.*)

L'instillation rectale de sérum physiologique médicamenté ou non, appelé encore « goutte à goutte » rectal, conseillée jadis par Murphy dans les infections chirurgicales, puis par Chauffard dans les infections médicales, fut proposée par M. P. Emile Weil d'une façon systématique et quotidienne dans la thérapeutique d'un nombre indéterminé d'affections.

En 1915, l'auteur signalait les bons résultats que lui avait procurés le goutte à goutte sucré adrénaliné dans la fièvre typhoïde. En 1916, il montrait les avantages du même goutte à goutte sucré adrénaliné dans les pneumopathies infectieuses ou toxiques. Depuis, il a appliqué sa méthode à la cure de toutes les maladies infectieuses, sauf la dysenterie où elle est mal supportée.

M. P.-Emile Weil emploie, comme liquide du goutte à goutte, de l'eau bouillie tiède, sucrée à 45 gr. de sucre par litre, et additionnée de médicaments, adrénaline, urotropine, etc. Pour l'urotropine, la dose utilisée est de 1 gr. 50 pour 1.000 gr. d'eau bouillie sucrée.

Dans les ictères bénins infectieux, le goutte à goutte sucré urotropiné s'est montré très efficace. L'affection est transformée et son évolution raccourcie. La diurèse s'établit rapidement, les matières fécales se recolorent, l'appétit revient, l'engraissement se montre dès les premiers jours. La maladie se termine en une semaine habituellement. Seule, la bradycardie persiste un peu plus longtemps. Dans les ictères lithiasiques, le goutte à goutte en question est également utile et fréquemment efficace. Il semble hâter l'expulsion du calcul, il modifie avantageusement les phénomènes biliaires et peut parfois, dans les ictères lithiasiques anciens, réussir et éviter une intervention chirurgicale. Par contre, comme il fallait s'y attendre d'ailleurs, le goutte à goutte échoue dans les ictères des cirrhoses et des néoplasies : c'est même un moyen de diagnostic différentiel entre les deux groupes d'affections.

La valeur du traitement s'explique, en dehors de l'action médicamenteuse de l'adrénaline ou de l'urotropine, par les propriétés du sérum glycosé ou sucré sur le rein et le foie (diurèse, chasse biliaire, glycogénèse).

Rappelons la technique générale du goutte à goutte :

On peut se servir ou d'appareils spéciaux construits pour régler une absorption lente de liquide à raison de quarante gouttes par minute, ou d'un simple bock avec tuyau de caoutchouc garni d'un robinet, auquel on adapte une sonde uréthrale molle de Nélaton n° 14-16. On règle le débit en plaçant le bock à 40 centimètres au-dessus du lit du malade et en tenant le robinet presque fermé. Le liquide doit être absorbé en 4 heures environ de façon à ce que le patient puisse le conserver et l'évacuer non par une selle mais par les urines.

Sur les névralgies coccygiennes.

(M. Péraire. — *Société de Médecine de Paris.*)

M. Péraire rapporte une observation intéressante de « névralgie coccygienne ». Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans se plaignant depuis plusieurs mois de névralgies coccygiennes très intenses. Ayant trouvé, à l'examen local, une tumeur sacro-coccygienne du volume d'une noix, M. Péraire l'enleva. Le diagnostic microscopique fut : sarcome fuso-cellulaire. Retour des douleurs et récidive du néoplasme au bout d'un an. Nouvelle opération qui n'amena pas la sédation des phénomènes douloureux. Wassermann positif et traitement spécifique suivi rapidement d'arrêt des douleurs et de cicatrisation de la plaie.

Sur le diagnostic endoscopique des affections rectales.

(MM. Ozenne, Mazeran et Mouchet. — *Société de Médecine de Paris.*)

Commentant la communication de M. Bensaude relative au diagnostic endoscopique du cancer du rectum et de l'S iliaque, M. Ozenne remarque que l'utilité de l'endoscopie est surtout appréciable pour les néoplasmes de l'S iliaque et de la partie supérieure du rectum.

M. Mazeran se sert de la rectoscopie comme moyen de diagnostic et comme agent thérapeutique. Chez certains malades, la muqueuse prolabée se plisse autour de fragments de matières fécales, simulant une tumeur, au toucher digital. Le rectoscope rectifie aisément le diagnostic. En thérapeutique, la rectoscopie permet d'agir plus efficacement sur la muqueuse ulcérée.

M. Mouchet, tout en accordant à la rectoscopie l'importance qui convient, rappelle les services précieux rendus par le toucher rectal. Par oubli, quelquefois pour d'autres motifs, on néglige souvent ce mode d'exploration, très utile cependant. Avec le doigtier de caoutchouc mince, convenablement graissé, le clinicien évite la souillure fécale et peut explorer sur une hauteur d'au moins dix centimètres la partie terminale de l'intestin.

Tuberculose pulmonaire grave transformée en tuberculose de virulence atténuée.

(M. Mélamet. — *Société de Médecine de Paris.*)

Le Dr Mélamet rapporte une observation d'un malade atteint de tuberculose pulmonaire grave. Deux séries d'injections de manganate calcico-potassique qu'il emploie dans le traitement de la tuberculose, ayant donné un résultat intéressant, mais moins net que dans la plupart des cas qu'il traite, le Dr Mélamet fit faire un Wassermann qui se montra faiblement positif. Il suspendit le traitement par la solution manganatée et, après un repos de 15 jours, fit 20 injections intramusculaires de benzoate de Hg. Aucune amélioration. L'index microbien qui avant tout traitement était à 15 restait à 15. Le Dr Mélamet reprit alors sa solution de manganate calcico-potassique qu'il administra à son malade sous forme d suspension huileuse en injections intra-trachéales *et, simultanément,* il employa le néosalvarsan. Il y eut une amélioration *brutale* de tous les symptômes : l'index microbien tomba à 3,5 puis à 0,001 ; les bacilles étaient complètement désagrégés. Les lésions pulmonaires s'étaient asséchées et la radiographie montra que la caverne observée avant tout traitement était comblée. Une inoculation au cobaye faite avec les crachats de ce malade alors qu'il avait un index 3,5 permit au 33e jour de percevoir deux petits ganglions et une légère tuméfaction de la cuisse. Le cobaye avait augmenté de 60 grs. Il fut trouvé mort le 35e jour. (Le cœur de ce cobaye avait été ponctionné quelque temps avant l'inoculation pour Wassermann).

A l'autopsie, on trouva un magma nécrotique autour du point d'inoculation, magma qui, au microscope, contenait des bacilles désagrégés. Aucune lé ion tuberculeuse des organes n'était perceptible macroscopiquement. L'examen histologique des poumons, foie, reins, rate, fut négatif quant à la tuberculose.

Cette observation a la valeur d'une expérience : elle prouve que l'auteur a transformé avec sa solution de manganate calcico-potassique un cas de tuberculose grave virulente, en tuberculose à virulence très atténuée.

Le Dr Mélamet projette des photographies de lames microscopiques de crachats provenant de malades traités par sa méthode ; on peut y voir la façon dont la solution manganatée s'attaque aux bacilles : ils s'agglutinnent, puis changent de forme, se désagrègent.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

De l'action de l'iode colloïdal électro-chimique en suspension huileuse dans la blennorragie et l'urétrite chronique.

Par le docteur L. Durœux.

Médecin-adjoint de Saint-Lazare.

Dans les *Annales des maladies vénériennes* (1920, n° 3) le docteur Durœux a publié un certain nombre d'observations relatives à l'emploi de l'iode colloïdal (iodargol), dans la blennorragie et l'urétrite chronique de l'homme. L'auteur, partisan des grands lavages, qui exercent surtout une action mécanique, pense aussi que l'on doit recourir aux agents capables de détruire, directement ou indirectement, les germes infectieux. Déjà, en 1914, il avait essayé l'iode, mais les phénomènes réactionnels produits l'avaient forcé d'interrompre cette médication. Avec l'iode colloïdal, il possédait un médicament très actif, dans lequel les propriétés liées à l'état colloïdal (pouvoir catalytique, diffusibilité, etc...) se superposent à celles qui résultent de sa valeur chimique, et dépourvu de tout inconvénient, car, loin d'être irritant, il calme rapidement l'inflammation et la douleur. Aussi en fit-il promptement l'essai, et le succès en a été si complet qu'il a cru devoir en publier les résultats.

Sans nous attarder au détail des observations, nous croyons devoir insister ici sur les conclusions, en raison de leur importance :

1° *Technique.* — La technique de M. Durœux diffère un peu de celle qui a été adoptée par les médecins américains. Dans les blennorragies au début (abortion) il se contente, après lavage au permanganate, d'injecter, dans l'urètre antérieur, 3 cmc. d' *iodargol*, qu'il fait garder 15 minutes au moins. Dans les blennorragies totales et compliquées et les urétrites chroniques, il procède à un lavage urétro-vésical au permanganate faible, puis fait vider complètement la vessie, et injecte enfin, au moyen d'une sonde à instillation de très petit calibre introduite dans l'urètre postérieur, de manière que la boule seule dépasse le sphincter membraneux, 2 cmc. d'*iodargol.* La sonde retirée, il recommande au malade de n'uriner qu'au bout de 3 à 4 heures. Ce procédé réalise en effet un double badigeonnage, non seulement de l'urètre, mais aussi de la vessie, l'*iodargol* filtrant dans celle-ci et tapis-

sant ses parois quand l'urine est évacuée. Ces instillations sont renouvelées 1 à 2 fois par jour suivant les cas.

2° *Effet du traitement.* — Le premier effet est le soulagement du malade ; très rapidement, la sensation de cuisson s'atténue, la douleur à la miction disparaît. Puis l'écoulement augmente après les 2 ou 3 premières instillations, diminue ensuite, se réduit à un suintement incolore et cesse définitivement. En même temps l'aspect des sécrétions se modifie ; les microbes banaux disparaissent d'abord et très vite ; les gonocoques diminuent de nombre ; ils apparaissent surtout extra-cellulaires et déformés et finalement on n'en retrouve plus, malgré l'épreuve de la bière et du nitrate d'argent.

3° *Durée du traitement.* — Dans la blennorragie au début, la guérison complète a été obtenue en 7 à 9 jours ; dans la blennorragie aiguë et compliquée et dans l'urétrite chronique, en 20 jours en moyenne, délais en somme beaucoup plus courts que ceux que l'on était habitué à prévoir. Les mêmes résultats ont d'ailleurs été constatés dans la blennorragie féminine par M. Durœux, qui conclut que *l'iodargol* « donne des résultats de beaucoup supérieurs à ceux des autres méthodes, et il serait à souhaiter que son usage se généralise pour lutter contre une infection qui, depuis quelques années, a augmenté de fréquence dans des proportions considérables ».

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

Chez MALOINE et FILS, Editeurs à Paris.

Dr L. Pron. — **Formulaire thérapeutique des maladies du tube digestif.**

Notre excellent confrère et collaborateur L. Pron publie une seconde édition, revue et augmentée de son Formulaire des maladies digestives.

On connaît la parfaite compétence de l'auteur dans cette branche de la pathologie. C'est dire tout l'intérêt qu'offre au praticien cette petite brochure, de lecture facile et attrayante en raison de la division du sujet, par organes, par maladies, selon l'ordre alphabétique, d'une part, et d'autre part, en raison des prescriptions et des formules que chaque chapitre comporte.

Je me permettrai cependant de faire un reproche à M. Pron. Je suis surpris de constater, dans son ouvrage, une grosse lacune. Comment se fait-il, en effet, alors que dans le traitement des affections de l'estomac et du foie, il donne une place de choix aux eaux minérales, dont il indique un grand nombre parmi les plus importantes aussi bien que parmi les Sources d'ordre secondaire, comment se fait-il qu'il paraisse systématiquement négliger la thérapeutique thermale dans les affections de l'intestin ?

Cette négligence me surprend d'autant plus que, dans l'article qu'il a publié dans le *Concours* sur les Eaux Minérales dans les dyspepsies, il s'était montré aussi complet qu'éclectique.

Or, dans son Formulaire, j'ai vainement cherché les noms de Sources réputées telles que Châtel-Guyon, Plombières, Brides, etc., dont on ne saurait méconnaître la grande puissance d'action dans les entéropathies.

Puisque le mot d'ordre est actuellement en faveur du développement de la prospérité des Stations françaises, n'appartient-il pas à ceux d'entre nous qui exercent une réelle influence par leur compétence et leurs travaux sur l'opinion médicale de mettre toutes les Stations, sans exception, à la place qui leur appartient en thérapeutique ? Je veux m'assurer qu'il ne s'agit là que d'une omission involontaire qu'une prochaine édition du Formulaire, qui s'imposera bientôt, aura à cœur de réparer.

Chez LE FRANÇOIS, Editeur, Paris.

Dr Witkowski. — **Curiosa de médecine, littéraire, artistique et anecdotique.**

Recueil fantaisiste et amusant d'épigrammes, de « pensées sauvages » de devinettes ou de boutades sarcastiques, etc., à la rédaction duquel a présidé une gauloiserie parfois truculente, et qui pour cette raison même, doit être réservé, comme certains sermons de carême, au sexe fort.

Chez MASSON et Cie, Editeurs, Paris.

A. Calmettes. — **L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et les animaux.**

Un vol. in-4° illustré. . . . . . 55 fr.

Nous signalons l'apparition de ce très remarquable travail, dont notre collaborateur, le Dr Pacaut, donnera, dans le journal, une analyse critique détaillée prochainement.

G. D.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LÉGISLATION MÉDICO-PHARMACEUTIQUE

La délivrance des substances vénéneuses

La loi du 16 juillet 1916 et le décret du 14 septembre 1916, sur la vente des substances vénéneuses donnent lieu, dans leur application, à beaucoup de difficultés. Les médecins , qui ne se conforment pas aux prescriptions de rédaction d'ordonnance, voient les pharmaciens refuser de délivrer les médicaments toxiques aux malades.

D'autre part, les pharmaciens se plaignent d'être obligés de vérifier l'identité du signataire de l'ordonnance, parce que souvent cette dernière est l'œuvre d'un faussaire. Le fait se produit surtout dans les grandes villes, où les médecins sont nombreux, partant ignorés des pharmaciens, qui n'habitent pas dans le même quartier.

Nous avons découpé, dans le *Bulletin de la Chambre syndicale des Pharmaciens de la Seine*, le petit article suivant.

Dans le *Bulletin des sciences pharmacologiques*, le Professeur M. Delépine a publié (n° de décembre 1919) un article très intéressant sur la *vente des stupéfiants.* J'espère que mes confrères auront lu attentivement les judicieuses réflexions que suggère à l'auteur son expérience d'inspecteur des pharmacies.

« Une loi promulguée par des mandataires éclai-« rés voulant réellement envers et contre tous le « bien général, ne se fût pas contentée d'astreindre « les pharmaciens seulement à des formalités tan-« gibles, point de depart des constatations des dé-« lits possibles ; elle y eut obligé aussi le médecin « qui est à l'origine du délit, en certains cas, et c'eût « été un gain sérieux pour la moralité publique.

« Pour cela, il eût suffi de décréter que le médecin « ne pourrait prescrire les stupéfiants sous les for-« mes supposées de jouissance, que *sur des ordon-« nances tirées d'un carnet à souche fourni par les « Préfectures.*

« La première fois on donnerait deux de ces car-« nets ; l'un d'eux, une fois rempli, serait retourné « à la préfecture et remplacé aussitôt. Sur les talons « et les ordonnances, le nom du médecin, le nom et « l'adresse du client figureraient obligatoirement, « ainsi que le motif de l'emploi de la drogue. Le « modèle de ces carnets serait unique et chacun « d'eux porterait le numéro que le médecin possède « déjà pour la déclaration des maladies contagieu-« ses. »

La suggestion de M. Delépine est des plus heureuses et pour notre part, nous espérons que le législateur en tiendra compte, dans la nouvelle loi sur l'exercice de la pharmacie.

D'ailleurs le projet de loi rapporté par M. le député Vincent, pharmacien, Président de la Commission d'hygiène de la Chambre des députés, propose, pour la délivrance des toxiques, une mesure analogue qu'il sera peut-être possible d'amender, pour la rendre aussi pratique que nous paraît être le *carnet à souche.*

Depuis son application, le décret sur les substances vénéneuses n'a cessé d'être pour le pharmacien l'occasion de vexations sans cesse renouvelées. Il n'est aucun Syndicat professionnel qui n'ait consigné dans ses Commissions les nombreux cas où des pharmaciens honnêtes ont été inquiétés pour des « *infractions* » qui ne se seraient pas produites, si l'auteur des ordonnances avait pris le soin de se conformer au décret.

Puisque les rédacteurs du décret ont toujours prétendu qu'ils avaient eu pour préoccupation de fixer la responsabilité du médecin qui prescrit des toxiques, sans tenir compte des formalités exigées, nous devons leur demander les modifications susceptibles de rendre tolérable la réglementation de la vente des toxiques.

J. Feuilloux.

Nous ne nous arrêtons pas à proclamer une fois de plus l'intéret qu'il y aurait à voir ces questions connexes aux deux professions, être discutées dans des réunions intersyndicales. Nous nous bornerons à la discussion de la proposition de M. Delépine.

Pour mettre la responsabilité du pharmacien à couvert, M. Delépine demande que soit déterminée l'identité de la signature du médecin, par l'obligation de rédiger les ordonnances sur un carnet à souches, délivré par l'autorité préfectorale.

Pour la question de l'identité de la signature et de la véracité de la qualité de docteur en médecine du signataire, la discussion a déjà été ouverte, en 1906, lors du Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine. (Compte rendu, page 366). Le Dr Danjou demanda la création « d'un tampon justificatif de la signature des ordonnances ».

Cette proposition pourrait être reprise : peut-être pourrions-nous étudier, dans nos syndicats, la possibilité de demander à l'administration préfectorale la délivrance, à chaque docteur faisant enregistrer son diplome, d'un cachet,

qui servirait à estampiller nos feuilles d'ordonnance. Ce cachet portatif pourrait comporter certaines indications d'ordre, permettant d'authentifier nos correspondances officielles, pour la protection du premier âge, les déclarations de maladies contagieuses, etc.

A côté des avantages, pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, nous verrions dans le cas particulier de la délivrance des médicaments toxiques, les facilités suivantes :

Authentification rapide, à l'égard du pharmacien, de la signature et de l'adresse du médecin. C'est un point important, dans les grandes villes, où les pharmaciens ne peuvent pas connaître les praticiens, exerçant hors de leur quartier ou de leur arrondissement.

En second lieu, authentification de la signature d'un docteur, qui fait une ordonnance dans une ville autre que sa résidence alors qu'il se trouve en voyage d'agrément, ou en villégiature ou en déplacement pour une consultation, ou pour accompagner un malade.

Je sais bien que la fabrication d'un tel cachet est difficile à mettre en pratique. Je sais également que des contrefaçons pourraient être établies. Pour cela, il suffirait d'augmenter les pénalités prévues par la loi du 30 novembre 1892 et concernant l'exercice illégal de la médecine.

Je sais encore que des contradicteurs me reprocheront de vouloir faire dépendre le médecin du gouvernement, alors qu'on nous délivrerait ainsi un monopole dans l'art de guérir.

Pardon, il n'y a pas monopole : si le gouvernement nous force à acquérir un diplôme de docteur, avant d'exercer notre art, ce n'est pas pour monopoliser entre nos mains les soins à donner à nos concitoyens : c'est uniquement pour donner à ces derniers une garantie de savoir et de science à notre endroit.

Au surplus, le gouvernement sait fort bien nous faire payer nos études et la délivrance de nos parchemins. Il ne nous fait aucun cadeau et trouve, grâce à nos frais de scolarité, des ressources universitaires.

Mais là n'est pas la question qui nous préoccupe ici. Admettant fort bien les légitimes craintes de responsabilité des pharmaciens, je ne saurais cependant souscrire au projet de M. Delépine.

Un carnet à souche serait bien encombrant à emporter sur soi. Puis, que deviendrait le secret professionnel, puisque sur la souche devrait être inscrit « le motif de l'emploi de la drogue ». Nous sommes liés par le secret vis-à-vis de notre client, à qui on ne peut déclarer qu'on lui donne de la morphine parce que cancéreux ; vis-à-vis de sa famille, souvent pour le même motif et surtout vis-à-vis des tiers, administrateurs ou employés subalternes, qui n'ont pas besoin de savoir pourquoi nous ordonnons tel ou tel médicament.

Inutile de compliquer l'exercice de nos professions. Il n'y a qu'à appliquer les lois répressives aux délinquants : malheureusement, souvent ceux-ci font agir des appuis politiques, pour échapper au chatiment.

Quant aux délinquants médecins ou pharmaciens, qu'une enquête soit faite, à la demande du parquet, par nos syndicats respectifs, lorsqu'une plainte serait déposée. Nos syndicats se rendraient aisément compte si le praticien a péché par ignorance, légèreté, ou appât du gain. Dans les deux premiers cas, la sanction du tribunal de famille serait opérante pour empêcher le retour des errements passés.

Il y a suffisamment de complications administratives, dans l'exercice de la médecine, sans vouloir encore réglementer la délivrance des médicaments toxiques par l'emploi de carnets à souche, ou autre moyen. Que le gouvernement veuille bien se rappeler les termes de l'article 6 de la loi du 21 mars 1884 reproduits par la loi du 12 mars 1920 sur les syndicats professionnels. Qu'il consente à s'appuyer sur nous et sur nos conseils de famille, pour faire connaître, puis respecter les lois et réglements généraux. Point ne sera besoin d'augmenter l'arsenal inutilisable et inutilisé des textes administratifs si touffus et si nombreux, que personne ne connaît et que personne ne respecte.

Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE DE L'ENSEIGNEMENT

Le Professorat dans les Facultés de Médecine.

Quelques observations amènes,

Par L. DARTIGUES.

A la suite de mon article « Les Cathédratiques », paru ici même, j'ai reçu des lettres des quatre coins de la France. Tous les confrères sont unanimes à déclarer que la Faculté leur fut marâtre et, qu'actuellement, elle ne les intéresse pas plus qu'une mère dénaturée, à laquelle ils ne se sentent reliés par aucun lien spirituel ou sentimental. De fait, elle n'est plus, depuis longtemps, un centre, le centre de l'instruction médicale, ni même le lieu d'inspiration des directives scientifiques, malgré les efforts louables de son doyen, le Pr Roger, auquel je me plais à rendre hommage.

C'est une maison inhabitée, hantée quelquefois par quelques vieillards et qui a un faux air de ces maisons de revenants si bien décrites par les romanciers anglais : « It is an empty house ! ».

Quelques-uns m'ont dit que j'avais été sévère mais juste ; la plupart, que j'avais été juste mais pas assez sévère ; et d'autres enfin, que j'avais été injuste en péchant par trop d'indulgence !

Ce qui se dégage de toute cette correspondance confraternelle, c'est cette phrase qui revient à tout instant : « Vous avez eu le courage de dire ce que tout le monde pense tout bas », et j'ai senti gronder une rancune, une rancœur presque générales.

Pour me persuader une fois de plus que j'avais dit la vérité, en tout cas beaucoup de vérités, et que je n'avais pas été victime, je ne dirai pas de ma passion (car je n'ai, on le sait, ni envie, ni déception, ni cruauté vengeresse par conséquent), mais de mon imagination, j'ai été il y a peu de temps à la Faculté, sincèrement prêt à réviser mes opinions.

J'entrai dans le temple silencieux, gris et triste : j'eus la sensation de pénétrer dans une enceinte morte et de respirer une atmosphère d'hypogée plein d'un relent tombal. A l'Ecole Pratique, ça ne sentait plus le cadavre par quoi l'on sait qu'il y a matière à apprendre l'anatomie ; ça ne sentait même plus le lapin, le chien ou le cobaye par l'odeur desquels on évoque les laboratoires laborieux où s'édifie l'œuvre de science dans la chair de nos frères misérables ; cela odorait la poussière et résonnait le vide. Pourquoi donc, pourquoi cette sensation de mort qui vous suit partout dans ces dédales où devrait naître tout ce qui contribue à défendre, maintenir et accroître la vie ?

Je grimpai les escaliers curvilignes, là où j'étais monté il y a plus de trente ans, plein de jeunesse et d'enthousiasme. Je m'arrêtai sur la travée d'en haut de l'amphithéâtre comme au bord d'un précipice : au fond de l'entonnoir obscur et vide presque, il y avait quatre pelés et un tondu ; les quatre pelés essayaient d'entendre la voix éteinte et monocorde du tondu, qui faisait une apparence de cours sur n'importe quoi.

M'étant fourvoyé dans cet endroit mortuaire, je redescendis comme si je fuyais des croque-morts, et traversai la cour muette où Bichat, le menton dans la paume, — attitude que se doit tout penseur statufié, d'*Il Pensieroso* de Michel-Ange, au *Penseur* de Rodin, — semblait méditer sur cette triste situation. J'avisai une automobile gardée par son chauffeur qui, comme tous les chauffeurs, était un médullaire et par conséquent, comme tous les automates, ne pensait à rien. Je me dis qu'elle devait appartenir à un cathédratique arrivé qui faisait son cours dans le petit amphithéâtre. Animé d'espérance, je pénétrai, prêt à toute indulgence, tellement j'étais avide de rompre le silence pesant qui tombe comme un suaire sur tout cet édifice. Le lieu était plus achalandé. D'une voix aiguë et sèche comme un petit couperet, un cathédratique lisait son cours et inscrivait des chiffres fatidiques sur la muraille noire du tableau. Une femme, presque à ses pieds, du moins au pied de la cathèdre, telle la Sulamite en extase, écoutait la voix du Prophète de Savoir et de Pensée. En fait de prophéties, il s'agissait de statistiques fastidieuses. N'eussent été les belles planches de l'ami Frantz au splendide talent, je me serais cru à un cours de mathématiques, non trancendantales d'ailleurs, et non à une conférence sur la chirurgie de l'intestin et de l'estomac. Je dus conclure, bien qu'il nous parlât d'entrailles humaines, que cet entérographe n'avait pas grand' chose lui-même dans le ventre. Je m'enfuis éperdu, et j'allai me consoler chez Maloine en assistant à la marée des livres et des journaux qui, du moins, est plus expressive, riche et vivante de science, malgré la cherté actuelle du papier et de l'impression.

Après une telle expérience, j'aurais dû ne plus retourner jamais dans ces lieux de stérilité pareils aux endroits maudits de la nature. Mais, comme le chien qui retourne à son vomissement, ou le criminel à la place de son meurtre, je récidivai. C'était bien par hasard. Cette fois, j'entendis des chuchottements dans la cour de la Faculté, où Bichat ne paraissait pas moins sombre que d'habitude. Il y avait des épreuves d'agrégation. Toujours soucieux de rectifier mes opinions et hanté de la crainte de l'exagération, que je déteste, vite, je me précipite, décidé à tout *mea culpa* pour avoir médit de ce concours inutile. En chirurgie, un candidat, l'angoisse au ventre (cela se passait dans le petit amphithéâtre où se fait le fameux cours sur les affections de l'abdomen cité plus haut), se débattait d'une voix de paralytique général devant un dessin à la craie blanche représentant un cubitus et un radius entrecroisés. Tout de suite j'eus la vision horrible du ridicule shako des Hussards de la mort. Dégoûté, je m'en allai et grimpai vite au grand amphithéâtre réservé aux épreuves de médecine, me disant *in petto* : « probablement les médecins parlent mieux ». Une larve pâle de candidat lisait quelques notes d'une voix absolument blanche. Des auditeurs avaient cependant l'air de croire que c'était arrivé. Devant cette aphonie totale, je m'enfuis à nouveau et tombai, pantelant, dans les bras compatissants de mon ami Lardennois. Malgré toutes ses séductions et sa bonhomie tendre, Lardennois ne parvint pas à me remettre. Que ne l'ai-je entendu, quand il passa lui-même les épreuves qui lui méritèrent sa brillante réception !

Je devais être soumis à une épreuve plus dure encore. J'avais donné mes impressions, dans les *Cathédratiques*, sur quelques leçons inaugurales. Et, précisément, parce que tout le monde avait approuvé ce que j'avais écrit sur le cours d'ouverture de quelques-uns de ces messieurs, et

particulier J.-L. Faure, Duval, Cunéo, Gosset, il n'y avait pas lieu que je revinsse sur ce sujet.

Mais voilà que le Pr Gosset publie dans la *Presse médicale* sa leçon. Je me suis infligé cette lecture dans un espoir très sain et très bienveillant de rectification de mes critiques. A tête reposée, n'entendant plus le débit défectueux et ne voyant plus l'extériorisation heurtée de l'auteur, je désirais ne tenir compte que du fond pour juger à nouveau cette leçon qui m'avait paru tout à fait quelconque, sans élévation de pensée, sans saveur de style, sans imagination ni humour, sans puissance d'idée et sans un linéament de programme personnel : un panégyrique banal et hypertrophié du reste.

Je constatai une fois de plus que je ne m'étais pas trompé. Beaucoup, comme moi, avaient été choqués de quelques fautes de goût. Un monsieur n'a pas à parler lui-même de son habileté personnelle, surtout quand il n'est pas prouvé que cette habileté ose affronter toujours les grandes circonstances opératoires où se mesure justement l'ampleur de l'habileté. Le vrai chirurgien ne refuse aucune bataille difficile ; le grand chirurgien est celui qui, l'ayant osée, la gagne. Si habileté il y a, c'est une habileté sans doigté dans son affirmation égotique.

Un monsieur n'a pas à parler non plus, publiquement, comme un maquignon dans une foire, des largesses qu'il compte faire. La largesse d'un seigneur de race est de donner sans ostentation, comme l'aumône a sa seule valeur quand elle est discrète.

Et qu'est-ce que cette douce manie, sans originalité et sans innovation du reste, qu'ont les nouveaux professeurs dans leur intronisation, d'entreprendre devant un public de clientèle le plus souvent (clientèle dans l'acception romaine, c'est-à-dire d'élèves, d'obligés, de quémandeurs, d'embusqués pour une faveur, un appui, un vote, et dont l'admiration est suspecte parce qu'intéressée en général), d'entreprendre, dis-je, une autobiographie complaisante où ils nous racontent qu'ils jouaient au cerceau étant enfants, qu'ils avaient manié le seau, la pelle et le sable, et même remué le rabot ou la varlope ? Bientôt, ils nous raconteront comment ils s'y prenaient d'une façon génialement congénitale pour sucer le sein de leur nourrice : et encore, ceci, étant de l'anatomie et de la physiologie, serait admissible !

Nous en avons fait tous autant de ces actes puérils dont notre enfance est pleine : cela ne nous intéresse pas et c'est de l'ordre privé !

Pour les bourses, offertes en reconnaissance du passé favorable, ce fut présenté d'une façon un peu brutalement américaine et non avec la distinction française. Et c'est d'autant plus regrettable que cette générosité n'est pas une merveille d'inspiration ni d'abondance : c'est une goutte d'eau jetée dans l'océan des soifs et des besoins de vivre de nombreux méritants. Et d'abord, est-ce bien une vraie générosité ?

Il appartient aux médecins et aux chirurgiens dont la réussite pécuniaire, matérielle (basée sur des qualités et des facteurs d'ordre secondaire qui n'ont rien à voir avec la science) est disproportionnée d'exprimer leur gratitude envers la chance (aidée d'ailleurs, je le reconnais, par quelques mérites et surtout par l'intensité du rêve de fortune opiniâtrement poursuivi) en se dégorgeant eux-mêmes au profit de la collectivité médicale et des espérances de l'avenir localisées dans la jeunesse féconde dont le flot monte toujours, dans le pays, d'une puissance égale, mais que des soucis trop ardus de vivre paralysent.

Des œuvres à créer, en voulez-vous ? A foison ! Tenez, par exemple : une maison d'étudiants et d'études pour des fils de médecins pauvres ou décédés dans la pauvreté ; une maison pour étudiants, anciens combattants, obligés de renoncer à la médecine parce que appauvris ou trop retardés dans leurs études par la guerre, des bourses de mission pour étudiants allant voir ce qui se passe à l'étranger, etc.

Gosset nous parle de la bibliothèque de Terrier qu'il entretient et qu'il livrera à « *sa mort universitaire* ! ». Pourquoi ne pas en faire profiter tout de suite, dans un local approprié et peu coûteux, même sans frais, dans un hôpital ou à la Faculté, et en nommant quelques étudiants bibliothécaires rétribués et responsables ? Devant la crise du livre et la difficulté du travail, on se prendrait à souhaiter cette *mort universitaire* qui ne serait pas très méchante, puisqu'elle laisserait bien vivant l'homme à qui nous n'en voulons pas et qui, après tout, vit sa vie comme il l'a conçue, c'est-à-dire pas dans un idéal vraiment supérieur.

Et puisque je parle de cette générosité un peu tapageuse, mais fruste en sa qualité et sa quantité, je ne peux m'empêcher de penser à la belle phrase écrite par la duchesse de Clermont-Tonnerre à propos des riches Américains : « Au lieu d'inspirer de l'envie, ils inspirent de la reconnaissance puisque l'excès de leur labeur, réalisé en excès monétaire, se déverse dans une grandiose réalisation secondant le rôle de l'Etat ».

Mon ami de Martel, qui est un technicien de grande valeur et qui a le mérite d'avoir dans notre art fait quelques apports nouveaux et appréciables, a trouvé une solution très élégante et très courageuse de payer sa dette matérielle à la science chirurgicale. Il fait le don du produit des cas désespérés qu'il n'a pu, malgré son talent, sauver, à une œuvre dont profitent les malades pauvres auxquels il s'intéresse. Osant

---

beaucoup, il donne par conséquent quelque chose. Ceux qui n'osent pas ne pourraient rien donner de cette belle manière.

Dans son panégyrique de Terrier, chauffé à blanc et hypertrophié — c'est pourquoi il manque de couleur et d'envergure, car le blanc n'est pas une couleur et parce que l'envergure est une belle chose qui se mesure — Gosset a dit, selon l'euphémisme de bonne éducation habituel au *Temps*, que m'a appris mon ami Jayle, quelques « contre-vérités ».

Quelles sont-elles ?

Il nomme, dans un élan respectable de reconnaissance, Terrier un génie !

Oh ! mais c'est très grave, cela ! Un génie.... C'est quelque chose d'extraordinaire et d'inégalable. Il faut mettre, comme disaient les Grecs, un bœuf sur sa langue, avant de prononcer ce mot, le plus grand, à mon sens, de tous les mots sortis des lèvres humaines. Ces Hellènes, malgré leur intelligence, étaient exagérés; on ne met pas facilement un bœuf sur sa langue et c'est très naturel que M. Gosset ne l'ait pu faire.

Terrier, parmi les hommes de sa génération, n'était pas, de beaucoup, le plus doué. C'était une bonne intelligence moyenne : son adresse manuelle n'était pas prestigieuse. Il fut un lent, un appliqué, un méthodique, et un travailleur opiniâtre. C'était déjà beau et cela pouvait le mener loin, sinon haut.

Moi qui n'ai pas été le disciple de Terrier, j'ai honoré sa mémoire à l'étranger pendant la guerre en donnant son nom à une des salles de l'hôpital chirurgical que j'avais eu l'honneur de créer en mission ; je ne suis donc pas suspect de vouloir rapetisser un homme digne de respect.

Mais un créateur génial, un inventeur de méthode, non !

Ecoutez, écoutez ces paroles proférées par un immense génie incontestable, un des plus grands qui ait jamais existé, Pasteur....

Pasteur disait textuellement à l'Académie de médecine, le 30 *avril* 1878 :

(Remarquez la date.)

« Si j'avais l'honneur d'être chirurgien, pénétré « comme je le suis des dangers auxquels exposent les « germes des microbes répandus à la surface de tous « les objets, *particulièrement dans les hôpitaux*, non « seulement je ne me servirais que d'instruments d'une « propreté parfaite, mais après avoir nettoyé mes « mains avec le plus grand soin et les avoir soumises « à un flambage rapide, ce qui n'expose pas à plus « d'inconvénient que n'en éprouve le fumeur qui fait « passer un charbon ardent d'une main dans l'autre, « je n'emploierais que de la charpie, des bandelettes, « des éponges, *préalablement exposées dans un air « porté à la température de* 130° *à* 150°, *je n'emploierais « jamais qu'une eau qui aurait subi une température « de* 110 à 120°. De cette manière je n'aurais à craindre « que les germes en suspension dans l'air autour du « lit du malade ; mais l'observation nous montre « chaque jour que le nombre de ces germes est pour « ainsi dire insignifiant à côté de ceux qui sont répan- « dus dans les poussières à la surface des objets ou « dans les eaux communes les plus limpides. »

L'idée, on le voit, appartient à Pasteur. L'idée ! mais c'est elle qui prime ; c'est elle qui, dans la gloire humaine, superdomine ! Et lorsqu'elle est exprimée avec cette précision, elle ne demande que des manœuvres adroits et persévérants pour l'appliquer. Dans sa netteté qui n'attend que les ouvriers pour l'exécuter, comme des fondeurs et des mécaniciens exécutent une hardie conception d'ingénieur, elle a tous les caractères d'une réalisation immanente.

Le mérite de Terrier est d'avoir su écouter la parole prophétique et annonciatrice du grand cerveau pensant.

Autre « contre-vérité » : Quand Gosset nous parle du seul service perfectionné et magnifique de son maître à Bichat, c'est que probablement il n'avait pas fait le tour de Paris et de la province. Il y avait, à la même époque, des installations plus belles et plus modernes et où se faisait au moins d'aussi sûre et brillante chirurgie. Et Péan, dont il ne parle pas, avait précédé supérieurement Terrier dans ses conceptions et ses exécutions opératoires, et le jeune génie de Doyen commençait à donner à tire-d'ailes la mesure splendide de son essor.

Un brave homme, courageux comme les simples, peu doué, mais anobli par l'acharnement de son labeur, qui ne connaissait pas les duplicités du langage finaud et qui se précipitait dans le domaine des constatations brutes, tête baissée comme un toro andalou dans l'arène, Picqué, lorsqu'il prit le service de Terrier en 1899, fut suffoqué comme un héritier qui croit toucher un trésor et trouve le coffre vide. Dans une séance à la Société de chirurgie qui fit époque (*Bullet. de la Soc. de chir.*, 6 juin 1900, p. 648) il osa dire dans quel état il trouva ce qu'on lui avait transmis et laissa éclater sa déception :

« La salle d'opération, dit-il, sert de lieu de pas- « sage aux familles et aux filles de services. Toute « la cuisine et les objets malpropres qui servent aux « malades y passent. C'est à n'y pas croire ! C'est « l'eau de Seine qui arrive dans la salle... Il existe « pour la forme un chauffe-bain où l'eau n'a jamais « été stérilisée et une bougie *unique* de Chamberland « qui conduit à un réservoir de 10 litres avec un ro- « binet placé hors de la portée de la main... Sur une « statistique de 120 laparotomies gynécologiques, il « y eut 17 morts ! »

On glosa beaucoup dans les couloirs ; dans un langage non édulcoré auquel les hommes de science ne répugnent pas toujours, parce que plus expressif et agressif sans doute, on trouva à Picqué une parenté facile avec la lune ; mais

chose curieuse, personne ne protesta officiellement par écrit, et les *Bulletins de la Société de chirurgie* de cette séance ne mentionnent pas de réplique imprimée ; on ne put le démentir : *verba volant, scripta manent.*

Pour ce qui est de l'asepsie dont il fut le promoteur, Terrier n'était pas si intransigeant qu'on pouvait le penser, et malgré le culte qu'il semblait vouloir vouer à sa beauté naissante, qu'il n'avait peut-être pas tout à fait comprise encore, il lui faisait de sérieuses infidélités. Dans la *Presse médicale* de 1893, p. 12, Terrier préconise, en effet, le pansement à l'iodoforme :

« Avant de réunir, on fait saupoudrer d'iodoforme « la plaie à l'aide d'une spatule, d'un insufflateur ou « d'un flacon dont le goulot est recouvert de gaze... « cela fait, on réunit... »

M. Gosset a cru devoir publier dans la *Presse médicale* sa leçon d'ouverture. C'est une récidive fâcheuse. Il eût pu se borner à l'avoir lue au sein amical d'une salle composée. C'eût été une suprême et délicate retenue. Ne l'ayant pas fait, il s'expose au jugement d'un public plus vaste, plus averti et plus exigeant. Parmi les mieux intentionnés, tolérants et désintéressés, dont je suis, je ne puis m'empêcher de manifester quelques critiques, de relever quelques erreurs et de signaler quelques lacunes.

Auditeur, je m'attendais à une belle audition et je n'entendis qu'un mauvais air où il n'y eut que l'entrée et la sortie de l'acteur qui furent saluées par les applaudissements d'une politesse amicale ; mais en réalité, aucun applaudissement approbateur et admiratif ne souligna aucun passage. Cela est la vérité.

Lecteur à froid, je ne puis m'empêcher de conclure que si on faisait un concours entre toutes les leçons inaugurales des vingt dernières années, dont quelques-unes, parmi les plus récentes, furent très belles : celles de mon ami J.-L. Faure, de Duval, Cunéo, Brumpt, etc., entre autres, Gosset arriverait bon dernier ; on peut même penser qu'il n'arriverait pas du tout.

Et je m'étonnerai longtemps qu'on puisse arriver professeur avec un trop mince bagage, sans avoir fait une petite découverte, un travail vraiment original, trouvé quelque procédé initial, inventé un instrument ingénieux, ou du moins « pondu » un de ces gros livres substantiels qui sont une synthèse du travail et des trouvailles des vrais chercheurs et qui sont des mises au point parfois intéressantes, si elles ne sont pas présentées d'une façon indigeste et si elles nous économisent du temps, en mettant à notre portée rapide le substratum d'une science ou d'une question à l'ordre du jour. Oui, pas même un de ces gros livres si faciles à faire avec le labeur payé à vil prix des disciples condamnés aux travaux forcés, mais illuminés de l'espérance d'un vote favorable un jour, dans un concours ! Je croyais naïvement le Professorat d'accès plus difficile, du moins au point de vue scientifique proprement dit !

O surprise ! A notre époque, on aura pu voir accéder au sommet professoral, grâce à l'inhibition mentale d'une partie du public gobeur et impressionnable, des personnalités que ne distinguent ni des travaux originaux, ni un enseignement vraiment de marque, ni une supériorité de résultats opératoires incontestablement au-dessus de la moyenne des bons opérateurs de France, dont en particulier la guerre a montré l'existence indéniable, ni une certitude clinique et diagnostique impeccable et au-dessus du vulgaire. On pourrait peut-être trouver la raison de ces ascensions rapides, en ce que les bénéficiaires se sont débarrassés de ce lest indispensable que nous avons le devoir et le droit d'exiger de tous les ballons gonflés qui ont l'intention de planer avec une majesté reconnue dans le firmament des célébrités.

La célébrité ! De quels minuscules faits de hasard elle est souvent originaire ! Les exemples en abondent. Il y a eu la fourchette de Léon Labbé retirée d'un estomac creux de pauvre hère et qui permit, justement d'ailleurs, à l'extracteur de s'asseoir au repas royal de la vie heureuse. Beaucoup d'autres organes, de l'estomac au rectum, en passant par la vessie, la prostate, la glande pinéale ou même celle de Bartholin ont servi de piédestal à beaucoup de réputations, comme aussi étayé des discrédits immérités, grâce à la crédulité et à l'ignorance naïvement admirative ou accusatrice des foules. L'anatomie et la chirurgie sont des scalpels à double tranchant !

Il reste des organisateurs adroits : c'est quelque chose ; organisateurs habiles de leur succès surtout. Ce n'est pas suffisant. Non, ce n'est pas assez pour régner et se faire considérer par les naïfs, proies faciles à éblouir par le succès matériel, comme des phares sans lesquels régnerait la nuit cachant la foule où sont plongés tant de valeureux et réels talents, enveloppés de modestie.

Et pendant ce temps, il y a des gens qui ont fait des livres admirables, originaux souvent, qui font l'enseignement véritable par l'écrit (en même temps que par l'action et l'exemple) de nos Français, et qui répandent la pensée et la science françaises à l'étranger, qui ne sont pas encore professeurs, ne le seront peut-être pas, ne le seront jamais !

Et alors, qu'est-ce que le professorat ? Comme pour la vertu, je crains, ainsi que Brutus, que ce ne soit qu'un mot vide de sens et une expression de néant, à moins qu'il n'exprime une féticherie honorifique, ou encore, comme l'affirmait le Pr Reclus à mon ami et maître le Pr Segond, qui me l'a répété, « *un bon trou dans un fromage de Hol-*

lande » d'où, comme le rat, on tire un petit museau fouinard et réjoui !

On pourrait, du moins, exiger des professeurs qu'ils enseignassent en captivant la foule étudiante par un don lumineux d'exposition, comme Mathias Duval, un pouvoir artiste d'iconographie précise et inépuisable, à la façon de Farabeuf, une faculté d'animateur, comme Poirier, une ardeur oratoire qui pénètre, convainc, laboure l'intelligence et remue la mémoire pour toujours, comme Trousseau, Dieulafoy, Segond.

Mais non ! Comme dit mon ami le Dr Paul Rousseau, qui n'a peur de rien et emporte le morceau d'un formidable croc de lion : « J 'allais les entendre, me promettant une saine joie de l'esprit et je ne tombai que *sur des laïusseurs* ! !

Le *laïus* par lequel le candidat à perpétuité (de l'externat à l'Académie) plongé dès les origines dans un moule spécial à la coque crétacée peut moudre tous les sujets indifféremment sophistiques et en sortir enfariné pour être tassé dans le sac rouge de la robe professorale, voilà ce qui a diminué notre cerveau scientifique pendant près d'un demi-siècle, voilà le ver rongeur qui a taraudé la boîte crânienne de la Faculté et par où s'est onanisée et éjaculée sa cervelle. C'est le *laïus* qu'il faut détruire, ce sont les germes de *laïusserie* qu'il ne faut plus laisser se reproduire, ce sont les *laïusseurs*, marchands du Temple, qu'il faut disperser.

Au retour de la guerre, dans le monde renaissant, où tout est à reconstruire, dans la magnificence et la puissance des créations nouvelles, où il faut faire appel à la vigueur prolifique des étalons de la pensée créatrice et directrice pour repeupler les haras intellectuels des Facultés de France, nous avons le droit de protester contre les intromissions inféconde.

Ceux qu'on appelle les grands, qui le sont parfois, qu'on croit tels ou qui se pensent ainsi, ne peuvent occuper les hautes fonctions, obnubilés dans les honneurs et bercés dans les adulations seulement. Aux roses de leur existence qui tombent en pluie odoriférante et capiteuse sur eux, il faut, pour leur rachat, que se mêlent quelques épines, de longues épines même, pareilles à celles des arbres qu'on appelle de Judée, dont la piqûre ensanglantée les réveille au sens des justes réalités présentes. Qu'il soit pardonné à ceux qui, malgré la tendresse naturelle de leur âme fraîche encore, mêlée à la douleur de blesser à contre-cœur, assument l'ingrat courage de tresser avec ces durs piquants les couronnes de rédemption et de rappel à la Justice et à la Vérité.

Les anciens, qui étaient plus poètes mais moins précis que nous, ont représenté allégoriquement la Vérité sous la forme d'une femme nue sortant de la fraîcheur des puits : c'était charmant. et c'était une délicieuse vision. Mais non, je vais vous le dire, ce n'est pas cela du tout : c'est pour la plupart une pénible apparition. Au contraire la Vérité est une sauvage bête qui a la violence et la férocité des félins. Comme eux, elle est souvent encagée. Tout le monde en a peur, et c'est pourquoi on la regarde à travers les barreaux vous fixer avec la phosphorescence de ses yeux de cruauté. Il faut cependant qu'elle prenne l'air de temps à autre et qu'elle éclaircisse les situations en abattant à droite et à gauche ses griffes lacérantes, qui font quelques saignées salutaires dans l'ambiance des foules veules. Qu'on me pardonne d'être parfois le belluaire qui ouvre un instant la cage redoutable à la Fauve justicière.

Nous ne sommes pas des Mages et nous ne sommes pas ici pour apporter de l'encens, guidés par les étoiles pastorales vers des personnes qui ne sont pas des astres de première grandeur comme on voudrait nous le faire croire. Toutes les fumées, fussent-elles thuriféraires, sont obscurcissantes et nous empêchent de voir la vérité qui seule nous intéresse. Si astres il y a, il s'agit de les ramener à la précise mesure. Et si nous ne sommes pas éblouis par les soi-disant rayonnements stellaires, c'est que nous sommes parmi ceux qui savent regarder en face l'éclat des feux d'artifice pour distinguer les hautes et réelles lumières.

Dr DARTIGUES.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations.

— Aux termes du 3 juillet 1905, portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés, par les maires, parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance *de directeur du bureau municipal d'hygiène d'Armentières* (Nord) est déclarée ouverte.

Le traitement alloué est fixé à 12.000 fr, par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours expirant le 18 juillet 1920, pour adresser au ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé

des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

— **XXIVe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de Langue française.** — (Strasbourg. 2-6 août 1920). — **Président** : **Dr E. Dupré**, professeur de la clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la Faculté de médecine de Paris ; vice-président : Dr Pfersdorff, professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine de Strasbourg ; secrétaire général : Dr P. Courbon, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Stephansfeld (Basse-Alsace) ; secrétaire général adjoint : Dr R. Lalanne, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville près Nancy.

Rapports. — Dr Delmas : Les psychoses postoniriques ; 2° Dr Coulonjou : Les maladies mentales professionnelles ; 3° Dr Roussy : Les lésions du corps thyroïde dans la maladie de Basedow.

Le Congrès comprend : 1° Des membres adhérents. Cotisation : 30 fr. ; 2° Des membres associés (dames, membres de la famille étudiants en médecine) présentés par un membre adhérent. Cotisation : 15 fr.

Les asiles d'aliénés et autres établissements de bienfaisance inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Les membres inscrits pour le Congrès du Luxembourg en 1914 n'auront à payer que le surplus de leurs cotisations antérieures.

Les médecins des pays alliés et neutres sont priés d'y participer, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

Les membres adhérents reçoivent avant l'ouverture du Congrès les 3 rapports, et, après le Congrès, un compte rendu.

Pour faciliter l'organisation et surtout pour permettre de solutionner la question difficile du logement des congressistes, prière d'adresser le plus tôt possible les adhésions (avec cotisations jointes), au Dr Lalanne, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville, près Nancy (M-et-M).

— **Cours théorique et pratique de Technique chirurgicale gastro-intestinale, du 26 juillet au 1er août 1920, à l'Hôpital Saint-Michel, 33, rue Olivier-de-Serres, Paris-XVe, service du Dr Victor Pauchet.**

Ces cours comprendront :

a) Des projections sur la technique opératoire ;

b) Des travaux pratiques ;

c) Des leçons sur les examens médicaux préparatoires et consécutifs à l'opération ;

d) L'étude des indications thérapeutiques.

Programme du cours. Dr Victor Pauchet.

Sutures gastriques et intestinales ;

Opérations pour ulcères gastrique et duodénal.

Opérations pour cancer gastrique ;

Traitement de la stase intestinale chronique ;

Opérations pour cancer intestinal (côlon et rectum) ;

Traitement des occlusions intestinales.

Au cours des séances de travaux pratiques, les élèves seront exercés individuellement à la pratique de quelques opérations courantes sur des pièces anatomiques animales.

Droits d'inscription : 100 *francs*.

Par arrêté du ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales en date du 26 juin 1920, ont été nommés membres de la commission de prophylaxie antivénérienne :

M. Emile Vincent, député, président de la commission d'hygiène de la Chambre des députés.

M. Le docteur Henri Martin, président de l'association générale des syndicats pharmaceutiques de France.

M. le docteur Legras, président de l'union des syndicats médicaux de France.

M. le docteur Ch. Levassort, secrétaire général de l'association générale dés médecins de France.

M. le docteur Queyrat, médecin des hôpitaux.

M. le docteur Emery, médecin-chef de l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare.

M. le docteur Léon Bizard, médecin principal du dispensaire de salubrité de la préfecture de police.

Mme Avril de Sainte-Croix.

M. le docteur Ernest Roucayrol.

— Un emploi de *médecin de la santé* est vacant au port de *Marseille*.

Conformément à l'article 2 du décret du 7 juin 1919, les candidats sont invités à produire dans le délai d'un mois, leur demande, accompagnée de l'exposé de leurs titres et de toutes justifications utiles.

Les candidats devront faire valoir, notamment, leurs connaissances spéciales touchant l'épidémiologie des maladies exotiques, la bactériologie, la pratique des services sanitaires qu'ils auraient acquise en France, aux colonies, dans la marine, dans l'armée, particulièrement en ce qui concerne la désinfection, l'application des règlements en vigueur et l'aptitude administrative que comporte cet emploi.

Ils devront justifier de la qualité de Français, du diplôme de docteur en médecine et joindre à leur demande un certificat de bonne vie et mœurs datant de moins d'un mois.

La liste sera close le 8 *août* 1920.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON, THIRON et FRANJOU Successeurs.
Mais n spéciale pour publications périodiques médicales.

votre intention de bénéficier de la prorogation accordée par la loi du 9 mars 1918.

Cette notification doit être faite, en effet par ministère d'huissier, trois mois au moins avant l'expiration du bail. Mais vous n'êtes pas contraint d'attendre les derniers jours de ce délai pour faire la notification, et pouvez la faire de suite si vous êtes bien décidé à en profiter.

Puisque vous exercez votre profession dans les lieux loués, ce n'est pas seulement à deux ans de prorogation que vous avez droit, mais à une durée égale à celle des hostilités, et aux conditions, bien entendu, du bail primitif.

Un médecin d'hôpital peut-il être administrateur de cet établissement ?

Voulez-vous avoir l'amabilité de me documenter sur la question d'incompatibilité entre la fonction de médecin d'un hopital et celle d'administrateur de cet établissement. Nommé aux dernières élections (décembre 19) administrateur par mes collègues du Conseil municipal, on me fit aimablement remarquer que je ne pouvais bénéficier de cette élection, la loi l'interdisait. Je m'inclinai sans aucun respect devant cette absurdité sans plus approfondir, le médecin étant par définition, hélas ! un vaincu.

Mais la lecture de votre réponse à un confrère posant cette question d'incompatibilité (*Concours* 22 II 20 XXXI — 507) m'a vivement émoustillé. Je cite :

« Sur l'incompatibilité de la fonction de médecin d'un hôpital avec certaines autres, il éxiste un arrêt du Conseil d'Etat du 3 avril 1908 décidant qu'aucune disposition de loi n'a édicté l'incompatibilité entre ces fonctions. »

Hé ! hé ! ce coquin d'arrêt du 3 avril 1908 ne viendrait-il pas infirmer, puisque plus récent, les vieilles rengaines insanes et poussièreuses que je lis en éternuant dans Griolet et Vergé, édition Dalloz, paragraphe 12 du chapitre hospice :

« Les instructions ministérielles recommandent d'éviter autant que possible de confier les fonctions de membre des commissions administratives des hospices aux médecins et pharmaciens attachés à l'établissement». Circulaire ministérielle Inter., 25 septembre, 14 novembre 79-15 mai 1884.

Et dans le *Bulletin Officiel* du ministère de l'intérieur, édition Paul Dupont 1884 page 323 :

« D'après la jurisprudence constante de mon ministère, basée sur l'article 1er du titre II de la loi du 24 vendémiaire an III, les médecins des hospices et bureaux de bienfaisance, se trouvant placés sous l'autorité des commissions, ne peuvent être membres de ces assemblées.

« Cette règle s'étend aux maires, médecins des hospices ».

Cet arrêt du Conseil d'Etat du 3 avril 1908 a-t-il oui ou non culbuté ces ostracismes, si j'ose dire ?

Dr C.

Réponse

Voici le sommaire de l'arrêt du Conseil d'Etat du 3 avril 1908 :

« Aucune disposition de loi n'a édicté d'incompatibilité entre les fonctions de président de la commission administrative d'un hôpital et celles de médecin rétribué de l'établissement. »

Répondant à une question écrite, posée par un sénateur, le ministre de l'hygiène a déclaré (Sénat, séance du 18 mai 1920, nº 3349) :

« Il n'existe pas à ma connaissance d'instructions générale; prescrivant de ne pas nommer administrateurs d'hospices les médecins rétribués par ces établissements ..... (il cite l'arrêt ci-dessus) ..... C'est pourquoi le ministre de l'hygiène a pu, le 20 avril 1920, envoyer aux préfets une circulaire appelant leur attention sur la nécessité d'introduire, dans la commission administrative hospitalière, un médecin, en vue de faciliter l'étude des problèmes techniques et sans faire de distinction entre les médecins rétribués ou non.

Le ministre ajoute : « C'est avec faveur que l'on peut voir un conseil municipal désigner un médecin même rétribué par un hospice siéger au sein de la commission administrative du dit hospice. »

Je crois qu'ainsi la question est réglée.

Dr P. B.

Aux confrères de V...
A propos du tarif des vaccinations gratuites (1).

Mes chers Confrères,

Il n'y a pas de victoire si la lutte n'est pas méthodique et disciplinée. Vous avez eu tort de faire la guerre en francs-tireurs. Soyez syndiqués, ce qui ne veut pas dire seulement qu'il faut adhérer au syndicat médical de votre arrondissement, mais encore qu'il faut assister à toutes ses séances et prendre une part active à ses travaux. Votre syndicat d'arrondissement est affilié à la Fédération des syndicats médicaux de département et à l'Union des syndicats médicaux de France. Ainsi, lorsque vous voudrez parler au Préfet ou au Ministre, vous aurez avec vous quelques centaines ou quelques milliers de confrères, et votre voix sera entendue.

En prenant une part active aux travaux de votre syndicat, vous vous rendrez compte de la marche à suivre et des difficultés à vaincre pour obtenir telle ou telle modification. Vous saurez que le Préfet ne peut pas vous accorder un relèvement de tarif sans un vote du Conseil Général.

Le relèvement du tarif des vaccinations gratuites vient d'ailleurs, à la suite d'une demande faite par des voix plus puissantes que la vôtre, d'être voté à la dernière session du Conseil Général de notre

(1) Voir *Concours Médical*, 1920, page 1543.

département, avec effet rétroactif, et les vaccinations faites en 1920 seront payées au tarif de 2 fr.

Quant à la nomination des médecins vaccinateurs, elle est à l'entière discrétion du Préfet qui désigne habituellement pour ce service tous les médecins ayant accepté de soigner des indigents au tarif de l'A. M. G. et ayant des indigents inscrits à leur nom. Cette nomination n'est faite que pour l'année.

Veuillez agréer, mes chers Confrères, l'assurance de mes sentiments confraternels les plus dévoués.

Dr HUMBEL,

Président de la Fédération
des Syndicats médicaux
de Seine-et-Oise.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'érysipèle facial.

Me trouvant, il y a quelque vingt ans, médecin sur le littoral, j'ai eu à y traiter quelques cas d'érysipèle facial assez sérieux.

Le traitement suivant m'a donné les meilleurs résultats.

D'abord, s'il y a, et c'est fréquent, embarras gastrique fébrile, je fais vomir.

Tartre stibié	0,10
Sirop d'ipéca	55 cc.
Eau de fleurs d'oranger	5 gr.

dose pour adulte, à prendre par cuillerées à bouche de cinq en cinq minutes jusqu'à nausées : aider alors au vomissement par ingestion d'eau tiède. S'il y a constipation avec fièvre, lavements d'eau de mer répétés.

On lotionne la face avec de l'eau bouillie contenant par litre. :

Sublimé corrosif	1 gr.
Acide tartrique	2 gr.

Usage externe.

Il sera excellent de se gargariser et de faire plusieurs — 3 ou 4 — aspirations nasales avec cette eau.

Le visage sera oint de vaseline neutre boriquée à 10 %.

J'ai constaté les excellents effets de l'injection de sérum de Marmoreck. Enfin, il m'a paru utile de désinfecter l'intestin à l'aide des cachets suivants :

Benzoate de soude	ââ 1 gr.
Benzo-naphtol	

De 1 à 3 cachets par jour.

Dr GALAND (de Cambrai).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Loi du 23 juin 1920 instituant une médaille dite « Médaille commémorative française de la grande guerre ».

Art. 1er. — Il est créé une médaille dite « Médaille commémorative française de la grande guerre ».

Art. 2. — Cette médaille sera accordée à tout militaire ou marin présent sous les drapeaux ou à bord des bâtiments armés par l'Etat entre le 2 août 1914 et le 11 novembre 1918, ainsi qu'aux marins du commerce et aux infirmières, infirmiers, médecins, pharmaciens, administrateurs bénévoles ayant servi entre ces mêmes dates aux armées ou à l'intérieur, et aux gardes civils, agents de police et sapeurs-pompiers des villes bombardées.

Auront également droit à la médaille commémorative les dames employées comme automobilistes, téléphonistes et secrétaires dans des formations organiques des armées relevant du commandement en chef, à la condition qu'elles aient rempli ces fonctions pendant au moins six mois.

Art. 3. — L'insigne sera en bronze et du module d'environ 30 millimètres. Il sera choisi par voie de concours entre artistes français, dans des conditions à déterminer par une instruction spéciale.

Le ruban aura une largeur de 36 millimètres; il sera coupé dans le sens de sa longueur, de onze raies blanches et rouge-clair alternées : six blanches d'une largeur de 3 millimètres 5 et cinq de 3 millimètres.

La médaille sera suspendue au ruban par une bélière également en bronze.

Le ruban sera orné d'une barrette en métal blanc portant les mots : « Engagé volontaire » pour tous ceux qui, vieux ou jeunes, dégagés de tout service militaire, ou non susceptibles d'appel dans les deux ans, se seront engagés au cours de la grande guerre.

Auront droit au port de la barrette d'engagé volontaire, les officiers de complément qui, bien que libérés, dès le temps de paix, par leur âge, de toute obligation militaire, étaient restés volontairement dans les cadres de la réserve ou de la territoriale et ont servi à ce titre pendant la guerre.

Art. 4. — Les intéressés devront pouvoir justifier leurs droits au port de la médaille par une pièce d'identité faisant ressortir leurs titres (livret militaire, extrait de citation, titre de

pension, carnet de notes, certificat ou ordre de service). Ils devront se procurer l'insigne à leurs frais.

Art. 5. — Nul ne pourra prétendre au port de la médaille s'il a été l'objet d'une condamnation sans sursis au cours de la campagne pour faits qualifiés « crimes » par le code de justice militaire.

(*Journal officiel*, 29 juin 1920).

Les anesthésiques autres que la cocaïne ne sont pas soumis au régime des stupéfiants.

3714. — M. DE RODEZ BÉNAVANT, député, demande à M. LE MINISTRE DE L'HYGIÈNE si la détention, par des personnes exerçant illégalement la médecine et l'art dentaire, de produits tels que la novocaïne. la stovaïne, peut entraîner les mêmes sanctions que la détention des stupéfiants et autres produits inscrits au tableau B (*Question du* 17 *juin* 1920.)

Réponse. — L'énumération des toxiques stupéfiants qui figurent à l'art. 2 de la loi du 19 juillet 1916 est limitative. La stovaïne et la novocaïne n'étant pas portées au tableau B, il serait illégal de leur étendre, par raison d'analogie, ainsi qu'à tous les anesthésiques sans distinction. les pénalités qui sanctionnent l'emploi abusif de stupéfiants dénommés expressément. En fait, la stovaïne est inscrite au tableau A ; la novocaïne y sera vraisemblablement inscrite bientôt. Ces substances tombent donc sous le régime commun des médicaments ordinaires et ne doivent à ce titre être délivrées que sur ordonnances médicales à toute personne non munie du diplôme requis. Par conséquent, la détention de la novocaïne, de la stovaïne et des anesthésiques autres que la cocaïne par des personnes soupçonnées de pratiquer l'exercice illégal de la médecine et de l'art dentaire ne peut être qu'un élément de preuve de cette illégalité.

(*J. O.*, 4 juillet 1920).

Nouvelle modification à la loi sur les accidents du travail.

C'est encore le § 3 de l'article 4 de la loi de 1898 qui, ainsi qu'on le verra par la lecture du titre et de l'article unique de la loi ci-après, reçoit une nouvelle rédaction :

LOI du 6 *juillet* 1920 *modifiant le paragraphe* 3 *de l'article* 4 *de la loi du* 9 *avril* 1898, *modifié par les lois des* 31 *mars* 1905 *et* 5 *mars* 1917, *concernant les responsabilités des accidents du travail.*

Article unique. — Le paragraphe 3 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par les lois des 31 mars 1905 et 5 mars 1917, concernant les responsabilités des accidents du travail, est modifié comme suit :

« Le chef d'entreprise est seul tenu, dans tous les cas, en outre des obligations contenues en l'article 3, des frais d'hospitalisation qui, tout compris, ne pourront dépasser le tarif établi pour l'application de l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893, majoré de 30 p. 100. »

La loi de 1898 n'avait donné à son article 4 que deux paragraphes, et il n'y était pas question des frais d'hospitalisation.

Celle du 22 mars 1902 n'a pas modifié cet article.

Celle du 31 mars 1905 lui a donné une rédaction nouvelle comportant 7 paragraphes, dont le 3e a été modifié deux fois depuis.

Les frais d'hospitalisation ne pouvaient, antérieurement à la loi du 5 mars 1917, dépasser le tarif établi pour l'application de l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, majoré de 50 %, ni excéder jamais 4 fr. par jour pour Paris, ou 3 fr. 50 partout ailleurs. La loi instituait donc pour les frais d'hospitalisation des blessés du travail deux maxima différents, qui jouaient concurremment.

La loi du 5 mars 1917 a élevé le second maximum à 5,75 par jour pour Paris et 5 fr. partout ailleurs, mais sans toucher au premier. C'était une première concession aux nécesités résultant du début de la vie chère.

Enfin, la loi du 6 juillet supprime purement et simplement le second maximum. Les prix de journée des blessés du travail pourront donc dépasser 5,75 par jour à Paris et 5 fr. en province.

Mais en même temps, la loi modifie le premier maximum et, par une anomalie qui paraît surprendre, au lieu d'augmenter la majoration que peut subir le tarif de l'assistance, elle la réduit de 50 % à 30 %.

La Chambre des députés avait voulu conserver la faculté de majoration de 50 %. Mais le Sénat, constatant que, depuis quelques années, les prix de journées des hôpitaux avaient été considérablement augmentés, estima que la majoration de 50 % aboutirait souvent à des prix exagérés.

Sur l'intervention de M. Breton, ministre de l'Hygiène, une transaction est intervenue entre les deux Chambres, sur le chiffre de 30 %.

Comme on l'a vu, le « tout compris » n'a subi aucune atteinte lors de cette nouvelle modification de la loi.

J. DUMESNY.

DIAL Ciba.

ACIDE DIALLYLBARBITURIQUE

Spécifique de l'*INSOMNIE* essentielle

Rapidement résorbé, vite éliminé, le **DIAL** ne laisse au réveil aucune sensation désagréable.

Il procure un sommeil calme, réparateur, se rapprochant autant qu'il est possible du sommeil naturel.

ECHANTILLONS : LABORATOIRES CIBA. O. ROLLAND, ph., 1, place Morand, à LYON.

HUILE GRISE STÉRILISÉE VIGIER

et HUILE au CALOMEL STÉRILISÉE VIGIER * HUILE au BI-IODURE de MERCURE STÉRILISÉE

VIGIER, Phᵐᵉ, 12, Boulᵈ Bonne-Nouvelle, PARIS, et toutes Pharmacies.

SAVONS ANTISEPTIQUES VIGIER

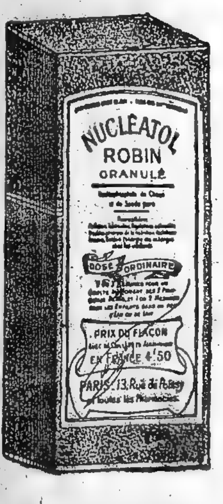
HYGIÉNIQUES & MÉDICAMENTEUX

SAVON doux ou pur, **S.** hygiénique **S.** surgras au Beurre de cacao, **S.** à la glycérine (*pour le visage, la poitrine, le cou etc.*), **S.** Panama, **S.** Panama et Goudron, **S.** Naphtol soufré **S.** Goudron et Naphtol *pour les soins de la chevelure, de la barbe, pellicules, séborrhée, alopécie maladies cutanées.* **S.** Sublimé, **S.** Phéniqué, **S.** Boriqué, **S.** Créoline, **S.** Eucalyptus, **S.** Eucalyptol, **S.** Résorcine, **S.** Salicyle, **S.** Salol, **S.** au Solvéol, **S.** Sulfate de cuivre, **S.** Thymol (*accouchements, anthrax, rougeole, scarlatine, variole*, etc.). **S.** au Pétrole contre *la gale, parasites.*

SAVON à l'Ichthyol, **S.** Panama et Ichthyol, **S.** Sulfureux, **S.** à l'huile de Cade, **S.** Goudron, **S.** Boraté. **Goudron boriqué, S.** Iodé à 5 o/o d'iode, **S.** Mercuriel à 33 o/o de mercure, **S.** au Tannoforme contre *les sueurs,* **S.** à l'huile de Chaulmoogra, contre *la lèpre, le psoriasis,* **S. B.** du Pérou et pétrole, *gale, parasites.*

Pharmacie VIGIER, 12, boulevard Bonne-Nouvelle, Paris.

NUCLÉATOL ROBIN



GRANULÉ

(*Nucléophosphate de Chaux et de Soude d'origine végétale*)

RACHITISME, CACHEXIE, LYMPHATISME BRONCHITE CHRONIQUE, CONVALESCENCE SCROFULE, DÉBILITÉ, NEURASTHÉNIE, ETC.

DOSE: 4 à 6 cuillères-mesures chez l'adulte par 24 heures et 2 à 3 pour Enfants et Vieillards.

INJECTABLE

(*Nucléophosphate de Soude chimiquement pur*)

EXALTE LA PHAGOCYTOSE. Employé préventivement dans les opérations chirurgicales.

DÉFERVESCENCE DANS LES FIÈVRES INFECTIEUSES PUERPÉRALES, ÉRÉSYPÈLES, TYPHOÏDES, SCARLATINES, etc.

ABAISSE la TEMPÉRATURE en QUELQUES HEURES

DOSE : 1 ou 2 injections suivant les cas dans les 24 heures.

VENTE EN GROS : 13, Rue de Poissy, PARIS. — DÉTAIL : *PRINCIPALES PHARMACIES.*

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 30 — DIMANCHE 25 JUILLET 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS

Groupe dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :
France........ 24 fr.
Etranger....... 28 »
Etudiants (France)....... 12 »
Le numéro....... 50 cent.
Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CEZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CEZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE, SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

AVIS. — Doubs. Les médecins sollicités de s'installer à Vuillafans (Doubs), sont priés, dans leur intérêt et afin d'éviter des désillusions, de demander renseignements au président du Syndicat des médecins du Doubs, à Besançon.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur LEDRU, de Nîmes, la somme de six francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite, de quatre lignes au plus, aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans a caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 337. — Midi. Cause santé, poste canton, pouvant faire pharmacie, à céder contre reprise matériel pharmacie ou légère indemnité.

N° 338. — Confrère ayant pharmacie à Paris reçoit spécialités en dépôt, s'occuperait fabrication et conditionnement.

N° 339. — A céder de suite banlieue (15 kil.), poste 18.000 sans sortir agglomération ; rapporterait beaucoup plus à médecin qui visiterait deux autres agglomérations contiguës et sans médecin. Indemnité 2.000 fr.

N° 340. — Docteur achèterait petite clientèle Paris ou banlieue.

N° 341. — A vendre : 1° sellerie complète, modèle des dragons, état de neuf ; 2° glace d'auto 92 × 77, compris cadre noyer, ferrures ; 3° une trompe d'auto grand modèle, escargot double tour, tube et poire métalliques, amplificateur, grille, très bon état ; 4° forceps Tarnier, parfait état.

N° 342. — Le Dr Gouin, à Montaigu, Vendée, désire vendre différents dictionnaires et ouvrages, dont il tient la liste à la disposition des acheteurs.

N° 343. — Appartement gentiment meublé occupé depuis 12 années par médecin, à échanger contre équivalent ville climat chaud, Alger de préférence. Urgent.

N° 344. — A vendre : 1° 1 table à spéculum bois, dessus recouvert moleskine, dossier à élévation, étriers nickelés, 250 frs. ; 2° 1 appareil élect. farad. Chardin, 40 frs. ; 3° 1 appareil galvanique Gaiffe 24 él., 100 frs. ; 4° 1 trousse nickelée et 10 instruments 50 frs. ; 5° 1 pince utérine, 1 pince clamp, 2 hémostatiques, 25 frs. ; 6° 1 tableau électrique Chardin marbre noir pour galvanique et lumière, 350 frs.

N° 345. — A vendre : 2 chambres à air 820 × 120 bon état ; 1 phonendoscope neuf.

N° 346. — A vendre, cause cess. profession : 1° fauteuil spéculum Dupont compl. état neuf, livr. *Dreux* ; 2° auto Sigma 11 HP. fin 1912, cond. int.,

2 places, au rep. pend. guerre, march. très bien, *livr. Toulouse*. Offres et renseig., Dr Faurous, Cazères-sur-Garonne.

No 347. — Suis acheteur instruments chirurgie et petite chirurgie bon état, table d'examen et appareils médicaux. Faire offre avec prix au Dr Pegaz, à Alby-sur-Cheran (Haute-Saône).

No 348. — Campagne agréable, station de chemin de fer, médecin prendrait pavillon séparé 4 ou 5 convalescents, femme en couches. Prix modérés. Contagieux s'abstenir.

No 349. — A vendre : 1o chambre Charlon-Pic. Kard 12-18 obj.. Zeiss, anastigmat. avec pied ; 2o jumelle photo 9-12, The Self. Worker, obj. Goerz, mag. 12 plaques, état neuf. Dr Boulard, Seurre.

No 350. — A céder: 1o Ford 1918, torpedo 4 places, en parfait état, éclairage électrique, roue de secours, rideaux de côté ; consommation : 11 litres aux 100 kil. ; 2o Renault, 8 HP., 2 cyl., torpedo 2 places, complètement revue, roue de secours, rideaux de côté. Visibles sur places. Derniers prix : 11.000 fr. et 8.000 fr. Dr Bisot, à Forges-les-Bains (S.-et-O.) Téléph. 7.

No 351. — A céder poste médecine générale dans importante sous-préfecture de Bourgogne. Rapport 30.000 environ. Bel appartement. Indemnité 16.000. On céderait au besoin matériel, mobilier, auto. Cause de départ : santé. Pressé,

No 352. — Docteur désire acheter clientèle médicale dans le Midi, de préférence côte d'Azur, d'un rapport de 20.000 environ. Pourrait laisser en échange appartement à Paris.

No 353. — Versailles. A louer de suite maison de 4 étages et jardin, pouvant convenir pour clinique (2 belles salles d'opération). S'adresser sur R V. à M. Lebel, 3, r. Royale, à Versailles pour visiter et traiter.

L'Agenda-Memento du Praticien 1921

Nous rappelons pour la dernière fois à nos lecteurs que la souscription à l'*Agenda-Memento du Praticien* sera close irrévocablement le 1er Août prochain, c'est-à-dire dans huit jours exactement.

Nous les prions de ne pas manquer de nous adresser, avant cette date, leur bulletin rempli et signé, s'ils désirent être assurés de recevoir en décembre prochain ce volume, dont nous avons précédemment détaillé l'intéressant sommaire.

CORRESPONDANCE

Accident survenu à un ouvrier en allant à son travail.

Je vous serais bien obligé de me donner quelques précisions sur le cas de principe suivant au sujet d'un accident du travail survenu dans les conditions suivantes :

Un employé de laiterie se rendant un matin à son travail et effectuant le trajet de son domicile à la laiterie où il est employé, en bicyclette, fait une chute déterminant une luxation de la phalange unguéale du pouce avec ouverture de l'articulation. L'accident est déclaré aussitôt à la compagnie, je donne



mes soins au blessé dont la blessure ne se consolide qu'au bout de 2 mois, avec ankylose de l'articulation, après suppuration assez longue.

La Cie qui, dès le début de l'accident, a fait ses réserves, informe le gérant de la laiterie et l'accidenté, seulement en fin de traitement, qu'elle ne se considère pas comme responsable parce que cet accident est survenu en dehors du travail, et prétend que la jurisprudence en a ainsi jugé dans les cas analogues.

Comme il s'agit là d'un cas de principe qui arrive fréquemment et qu'il me semble avoir lu jadis dans le *Concours* une opinion opposée, je serais très désireux d'avoir votre avis, que vous pourrez me donner dans un des prochains numéros du *Concours* à l'article Correspondance, si vous le jugez susceptible d'intéresser les lecteurs.

En résumé, doit-on considerer un accident arrivé à un ouvrier, pendant qu'il se rend à son travail, avant d'avoir commencé celui-ci, par conséquent, comme soumis à la loi sur les accidents, ou bien la Cie est-elle fondée à en rejeter la responsabilité ?

Dr G.

Réponse.

La jurisprudence admet d'une manière générale que l'ouvrier qui a été blessé en se rendant de l'atelier à son domicile, ou vice-versa, n'est pas garanti par la loi sur les accidents du travail (Cour de Cassation, Ch. des Requêtes, 25 févr. 1902, Recueil des Accidents du Travail du Ministère du Travail, T. I., p. 867).

Il peut cependant se présenter des circonstances dans lesquelles l'accident survenu en dehors de l'atelier et lorsque l'ouvier se transporte de son domicile à l'atelier ou réciproquement, est garanti par la loi de 1898. Par exemple, lorsque le transport des ouvriers de l'usine est effectué par le patron et à ses frais, de sorte que, pendant ce transport, l'ouvrier peut encore être considéré comme sous la surveillance du patron ou de ses préposés.

Mais tel n'est pas le cas dans l'espèce que vous nous soumettez, et nous croyons que l'accident survenu à cet employé de laiterie n'est pas un accident du travail aux termes de la loi de 1898.

1° Soins à un militaire.
2° Application du Tarif Dubief.

Je vous remercie de la réponse que vous avez bien voulu faire à ma demande de renseignements pour le prix d'une réduction de luxation d'épaule à un militaire. J'ai adressé ma note au régiment conformément à vos indications : consultation 6 fr.
réduction .. 90 fr.
Total . 96 fr.

Je ne pensais pas que pour cela vous me feriez les honneurs du *Concours Médical.*

Depuis, j'ai été informé par le régiment que le médecin chef avait donné l'ordre de régler ma note ; mais que je devais, au préalable, envoyer 2 fr. pour le timbre de dimension. Je ne pense pas qu'il y avait à réclamer à ce sujet. J'ai envoyé mes 2 fr. en timbres poste et j'attends le mandat. — La question du papier timbré, à 2 fr., commence à prendre une certaine importance.

J'ai encore quelque chose à vous demander.

Dans le nº 26 du *Concours* de cette année, j'ai lu la tarification à appliquer pour corps étranger de la cornée, montant à un total de 32 fr. Ayant souvent l'occasion de pratiquer de ces extractions, cet article m'a particulièrement intéressé. Mais je reste perplexe au sujet de l'anesthésie locale qui y est portée à 6 fr.

L'art. 10 B 2 porte : anesthésie locale : prix de 2 visites ou consultations. Alors, dans le cas ci-dessus il faut comprendre 2 fois le prix d'un examen par un oculiste, art. 14 A 1.

Si je pratique l'anesthésie locale pour une autre partie que l'œil (par exemple pour ouvrir un panaris) il me semble que je ne puis compter que 2 fr. pour l'anesthésie. Soit :

Consultation.	1 fr. 100 %	2 fr.
Anesthésie...	2 fr.	4 fr.
Total	3 fr.	6 fr.

Donc 4 fr. seulement pour l'anesthésie et non plus 6 fr. pour ce seul acte opératoire.

Il me semble que ce point aurait besoin d'être fixé nettement — en attendant l'apparition du nouveau tarif, qu'on attend toujours.

Dr C.

Réponse

Nous apprenons avec satisfaction que vous avez eu gain de cause auprès de l'autorité militaire.

Quant à la question du papier timbré, il n'y a, en l'espèce, qu'à se soumettre. Le timbre est un impôt qu'on peut généralement récupérer quand on a affaire à de simples particuliers. Par exemple, quand le médecin délivre un certificat sur papier timbré, il peut et même il doit, soit se faire apporter une feuille de timbre par son client, soit lui réclamer, en sus de ses honoraires proprement dits, le coût de la feuille qu'il aura été obligé de se procurer lui-même.

Mais quand il s'agit de l'Etat, le médecin, contribuable sans recours, doit supporter lui-même cet impôt, qui est en effet, comme la plupart des autres, de plus en plus onéreux, puisque la feuille du plus petit format, qui coûtait depuis longtemps soixante centimes, a été passée, à un franc puis à deux francs depuis quelques jours.

En ce qui concerne le prix de l'anesthésie locale au Tarif Dubief ancien, il est bien de deux fois celui de la visite ou consultation en médecine générale, soit 2 fs. (4 avec la majoration de 100 %) lorsque l'anesthésie a été pratiquée en consultation dans une localité de moins de 5.000 habitants.

Mais s'il s'agit d'une intervention ressortissant de l'oculistique, le prix de base étant de 3 frs pour l'examen du blessé, l'anesthésie locale est portée à 6 fr. (12 avec la majoration), conformément à la jurisprudence constante qu'ont fait établir les oculistes.

Mais le nouveau Tarif, qui va prochainement voir le jour, modifiera sans doute ce mode de calcul.

Honoraires médico-légaux.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me faire connaître de quelle façon je dois formuler ma note d'honoraires pour les opérations de justice ci-après effectuées :

Emploi du temps de 7 h. du matin à 1 h. de l'après-midi.

Autopsies successives de deux corps.

Rapport médico-légal écrit.

Dr X...

Réponse.

L'autopsie, en médecine légale, n'est pas rémunérée par vacations, mais par un honoraire fixe. Il n'y a donc pas lieu de tenir compte du temps passé.

Vous pouvez compter, pour chaque autopsie :

Si c'est avant inhumation .... 25 frs.
Si c'est après exhumation .... 35 frs.

En outre, pour chaque rapport écrit, un minimum de 5 francs.

Remise d'impôts à certains mobilisés.

Je lis, dans votre avant-dernier numéro du *Concours*, à propos de la remise des impôts concernant la cote mobilière et personnelle aux mobilisés que celle-ci est accordée de « 1914 à 1919 inclus. »

J'ai été mobilisé du 5 août 1914 au 19 mars 1920. Ceci par suite d'une blessure contractée à la fin des hostilités. J'ai fait une demande de dégrèvements qui m'a du reste été accordée pour les impôts mobiliers et personnels à compter du mois d'août 1914 jusqu'à 1919, ce qui est juste en somme. Mais est-ce bien là le sens des mots : 1914 inclus ?

Je n'avais pas payé mes impôts en 1914 au moment

(*Voir la suite page XXXI-1889*)


ΠΕΠΙΝ
RENÉ VINCENT
DRAEGER

PROPOS DU JOUR

Honoraires et tarifs

La révision du tarif pour les soins médicaux donnés aux accidentés du travail (*part de la responsabilité patronale*, ne l'oublions pas) remet à l'ordre du jour la question de la tarification des honoraires du médecin.

Nous ne nous arrêterons pas sur l'antiquité de l'usage des honoraires médicaux.

On a voulu trouver leur origine dans la Bible. Au chapitre XXXVIII de l'*Ecclésiastique* de Jésus, fils de Sirach, on lit notamment :

1. Honorez le médecin à cause de la nécessité car c'est le Très-Haut qui l'a créé.
2. Toute médecine vient de Dieu et elle recevra les présents du Roi.

Pline, d'autre part, qualifie le médecin « un mortel aimé des Dieux et honoré de ses clients ».

L'on pourrait objecter, et non sans raison, que le mot honorer ne voulait pas dire alors indemniser ni payer, mais bien combler d'honneur, et « les présents du Roi » de l'*Ecclésiastique* paraissent les ancêtres de nos rubans rouges et violets qui restent encore les plus palpables honoraires que nous prodiguent les rois de notre époque, les puissants du jour. Aussi serions-nous tentés de mettre en doute l'origine sacrée de nos honoraires et leur antiquité et de répéter avec le Petit-Jean des *Plaideurs*, qu'à notre époque

Sans argent, l'honneur n'est qu'une maladie.

Cependant Hippocrate reconnait la légitimité des honoraires, puisque dans les *Préceptes* au paragraphe 4, il insiste sur ce qu'il y a d'inhumain à fixer tout d'abord le prix de ses soins en se rendant auprès d'un malade :

Mieux vaut, écrit-il, faire des reproches à des gens qu'on a sauvés que d'écorcher des gens qui sont en danger (1).

Et plus loin (par. 6) le vieillard de Cos écrit :

Je recommande de ne pas pousser trop loin l'âpreté et d'avoir égard à la fortune et aux ressources ; parfois même vous donnerez vos soins gratuits, rappelant ou le souvenir passé d'une obligation ou le motif actuel de la réputation.

S'il y a lieu de secourir un homme étranger et pauvre, c'est surtout le cas d'intervenir ; *car où est l'amour de l'homme est aussi l'amour de l'art.*

La tradition hippocratique s'est perpétuée jusqu'à notre époque, elle règne plus que jamais, et personne ne saurait discuter la générosité du médecin actuel, tout au moins en France.

L'art de se faire payer d'avance n'est pas entré dans nos mœurs, l'âpreté n'est pas notre plus grand défaut, nous avons tous égard à la fortune et aux ressources, et chez nous l'amour de l'homme reste aussi l'amour de l'art. Nous n'avons donc pas démérité depuis les Préceptes d'Hippocrate.

Mais à son époque, il n'y avait pas d'Assistance médicale gratuite organisée, ni de sociétés de secours mutuels, ni de tiers responsables, interposés entre le malade et le médecin. Aussi la question des honoraires a pris, et bien malgré nous, une importance tout autre qu'autrefois et nous sommes obligés d'envisager et de discuter la tarification des honoraires médicaux, expression *absurde* en principe, si l'on veut bien se donner la peine d'y réfléchir, mais qui, hélas ! s'impose en pratique.

Comment en effet apprécier des soins médicaux ? Quel peut être le prix du sauvetage d'une vie humaine, celui du soulagement apporté à des souffrances, celui de la suppression d'une infirmité ?

Comment tarifer tout cela ?

Ou le médecin est utile, et tout l'or du monde ne saurait récompenser les services qu'il rend, ou son intervention est inefficace ou nuisible, et comment alors en fixer le prix ?

C'est pour cela que l'on dit *honorer* le médecin et non *payer* ses soins, car ce mot honorer veut dire ajouter à la reconnaissance du service qu'il a rendu ou tâché de rendre une rétribution destinée à lui permettre de vivre *honorablement*.

Mais allez faire comprendre ces subtilités à des hommes d'affaires ou à des assureurs, à ceux pour qui doivent être : l'homme, un outil sujet à des réparations, et la vie et la santé humaine, des matières à spéculations et des placements de bon rapport.

Aussi ces gens-là exigent-ils des tarifs et des tarifs détaillés ?

Alors que nous avions jadis établi des tarifs entre nous dans le seul but de nous guider dans nos réclamations et, en cas de contestation, de donner au juge et à l'expert des éléments d'ap-

(1) Trad. de Littré IX, pp. 255-257-259.

préciation toujours élastiques, les hommes d'affaires, qui veulent « industrialiser » la médecine, exigent des tarifs officiels détaillés, précis, complets, immuables, c'est-à-dire absurdes.

Nos représentants à la Commission de révision du tarif ministériel des accidents du travail se sont bien rendus compte de ce qu'il y a de vrai dans ce que nous affirmons.

Vous pourrez peut-être faire comprendre à un horloger qu'une suture ne doit pas se payer au centimètre mais à l'habileté opératoire, aux soins longs et minutieux qu'elle exige ; il faut en effet éviter dans certains cas une cicatrice vicieuse qui, selon la région, peut être nuisible ou malséante, mais allez faire admettre cela à un entrepreneur de maçonnerie ou à un assureur ? Ils exigent la taxation au mètre.

On devra donc recourir à des arguments *ad hominem* dans le genre de celui que le dévoué professeur Br... nous fournissait au cours d'une discussion préparatoire, à l'Union des Syndicats médicaux :

« Monsieur, direz-vous à l'assureur, si Madame votre épouse entaille la partie la plus charnue de son opulente personne avec les fragments de son vase brisé, peu vous importera l'habileté de celui qui fera la suture. Mais si, dans un accident, les fragments de la glace de votre auto labourent son gracieux visage, alors vous vous inquiéterez de l'adresse du chirurgien qui viendra le réparer. Vous n'exigerez pas non plus de lui un devis dont les prix seront fixés au centimètre. »

Il est des circonstances où les soins les plus consciencieux ne peuvent être prévus d'avance.

La Commission du tarif de l'Union des Syndicaux avait proposé d'en faire établir le prix une fois la lésion consolidée par un Comité de contrôle. C'eût été équitable et honnête.

Mais allez défendre le Contrôle à des financiers qui n'ont aucun souci de la vie, ni de la santé des blessés ; quand vous leur parlerez de la nécessité de l'injection de sérum antitétanique préalable dans tous les cas de blessures souillées, en vous basant sur les enseignements de la guerre, ils vous répondront froidement :

« Les cas de tétanos sont relativement rares chez nos accidentés : 1 sur 5.000 tout au plus. Si, pour éviter un décès, vous faites 5.000 injections, que nous devrons payer 12 fr. chacune selon le tarif, cela va nous coûter 60.000 frs. C'est considérablement plus que l'indemnité que nous aurions à verser pour ce décès. Donc nous n'admettons pas l'usage régulier et systématique du sérum antitétanique et nous refusons de le payer. »

A pareil raisonnement il n'y aurait qu'une réponse à faire :

« Messieurs, l'assurance contre les accidents comme vous la comprenez est une spéculation immorale et antisociale qu'un Etat qui se respecte ne devrait pouvoir tolérer ; vous venez de donner le plus bel argument aux partisans du monopole des assurances par l'Etat. Aussi nous ne cesserons de le répéter. »

***

Mais faisons aussi, nous-mêmes, médecins, notre *mea culpa* ; combien d'entre nous n'ont-ils pas fourni des verges pour se faire battre?

Quand nous affirmons que le taux des honoraires a au moins doublé, que pouvons-nous répondre à nos adversaires qui nous apportent des tarifs récents de Syndicats médicaux en contradiction manifeste avec nos affirmations, ou la preuve indiscutable que les tarifs syndicaux très élevés d'une ville ne sont pas appliqués par la presque unanimité des praticiens de cette cité ?

Et que voulez-vous répliquer lorsque vous protestez contre le forfait, *unanimement* repoussé par tous les praticiens, si l'on vous présente, en un fascicule de 30 pages, les statuts d'un Syndicat révisé en 1919, où l'on peut lire, après la proclamation de l'excellence du libre choix du médecin (art. 22), dans un article intitulé :

Déontologie médicale, règlement intérieur :

« SECTION B. — *Tarifs pour abonnements.*

ARTICLE PREMIER. — Il est convenu entre les médecins syndiqués de.... *que le principe des abonnements est maintenu*, avec cette restriction que les nouveaux abonnements ne seront pas consentis AU DESSOUS DE DIX FRANCS, *non par famille, mais par tête*.

Goûtez l'ironie de cette restriction.

Et plus loin :

Abonnement de Châteaux.

ART 3. — Les abonnements dits de Châteaux ne sont soumis à aucune règle. Il est à désirer toutefois que le médecin perçoive AU MOINS 10 FRANCS PAR PERSONNE ET NON PAR FAMILLE.

Apitoyez-vous, lecteurs, sur ces pauvres châtelains, mais pas trop, car si vous n'êtes pas des anti-alcooliques abstinents, vous savez à quels prix ils nous ont vendu et nous vendent, depuis quelques années, leurs vins, d'ailleurs réputés de tous temps et indiscutablement délicieux.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE.

Hôtel-Dieu: M. J.-P. Tourneux,

Chirurgien des hôpitaux.

Les complications infectieuses, néoplasiques et toxiques des kystes de l'ovaire.

Je vous ai exposé, il y a quelques jours, un certain nombre de complications des kystes de l'ovaire; je veux, aujourd'hui, achever l'étude que j'avais entreprise en vous décrivant les autres manifestations qui peuvent venir modifier l'évolution normale de ces tumeurs, à savoir: les processus inflammatoires, néoplasiques, toxiques, certaines dispositions particulières de ces kystes, ainsi que les accidents dus à la coexistence d'une autre lésion. Je terminerai en passant en revue les indications opératoires que peuvent entraîner les diverses complications que je vous aurai successivement décrites.

Le kyste de l'ovaire peut, comme tous les autres organes, présenter des *complications infectieuses*, et la suppuration, qui vient assez souvent imprimer une allure spéciale à leur évolution clinique, est d'autant plus fréquente que le contenu du kyste est moins fluide, est plus épais ; aussi, verrons-nous cette complication frapper bien plus souvent les kystes dermoïdes que les kystes mucoïdes : c'est là un fait bien mis en évidence par P. Delbet. L'origine de cette infection relève de différentes causes : dans un certain nombre de cas, les agents de la suppuration proviennent d'un organe voisin, la propagation s'étant effectuée par voie lymphatique, en suivant les adhérences qui unissaient le kyste aux viscères abdominaux ; c'est ainsi que l'on a pu incriminer les infections intestinales, l'appendicite, ainsi que certaines métrites, comme les métrites *post partum*. Dans d'autres cas, les phénomènes de suppuration sont sous la dépendance d'une affection générale ; fièvre typhoïde, grippe, pneumonie ou staphylococcémie, et l'apport microbien s'est effectué alors par la voie hématogène. Cette suppuration peut encore survenir après une torsion du pédicule avec nécrose du kyste, mais c'est là un fait que je vous ai déjà signalé et sur lequel je ne reviens pas. Il est une autre cause d'infection, assurément des plus rares aujourd'hui, mais très fréquente autrefois, que vous trouverez mentionnée souvent chez les vieux auteurs et dont je tiens à vous dire quelques mots, c'est la ponction du kyste. Avant la période de la chirurgie moderne, au temps, et il n'est pas encore si lointain, où l'on n'osait pas faire l'ovariotomie, la seule intervention que l'on croyait pouvoir pratiquer sur un kyste de l'ovaire volumineux, remplissant la plus grande partie de l'abdomen et déterminant des phénomènes de compression grave, était la ponction. Or, cette petite opération s'accomplissait sans aucune des moindres précautions que nous employons aujourd'hui ; on ne faisait pas bouillir le trocart, on ne préparait pas la paroi abdominale, souvent on ne se lavait pas les mains, et vous pouvez comprendre aisément que, dans ces conditions, la ponction d'un kyste de l'ovaire était bien souvent suivie de sa suppuration.

De ce très court exposé étiologique, vous pouvez facilement conclure, étant donnée la diversité des sources dont provient l'affection, que les phénomènes de suppuration sont dus à des espèces microbiennes bien différentes ; le pus que contient le kyste pourra renfermer du streptocoque ou du staphylocoque, c'est ce que l'on observe le plus fréquemment ; dans d'autres cas, ce sera le colibacille, le pneumocoque, le bacille d'Eberth ou encore certaines variétés d'anaérobies.

Cette suppuration peut évoluer sous deux formes bien différentes : sous forme aiguë à type péritonéal, et sous forme chronique à type cachectique. La forme aiguë, qui succède souvent à une affection générale, présente un tableau clinique à peu près comparable à celui de la péritonite aiguë, c'est-à-dire se caractérisant par de la douleur, des vomissements, de la constipation, de la fièvre, du ballonnement du ventre, ainsi que par des modifications graves de l'état général ; mais il est à noter que ces différents symptômes n'apparaissent pas aussi brusquement que dans la péritonite franche ; leur évolution est beaucoup plus lente, beaucoup moins rapide. Quant à la forme chronique, elle se caractérise par certains troubles fonctionnels tels que douleurs abdominales plus ou moins vives, vomissements alimentaires, diarrhée s'accompagnant d'un léger mouvement fébrile, et surtout, par des troubles graves de l'état général. Dans cette forme, ce sont particulièrement les symptômes généraux qui dominent, et, devant un amaigrissement très rapide, devant l'apparition d'œdème au niveau des membres inférieurs, d'*affaiblissement général de*

l'organisme, en un mot, d'un véritable état cachectique, le clinicien a plutôt tendance à songer à l'évolution d'une tuberculose ou d'un néoplasme qu'à la suppuration d'un kyste de l'ovaire. Et c'est ce qui nous explique bien que le diagnostic de kyste de l'ovaire suppuré peut, dans bon nombre de cas, être rendu extrêmement difficile : certes, si l'on connaît la présence, dans la cavité abdominale, d'une tumeur ovarienne, il est facile de rapporter les symptômes observés à leur véritable cause, mais dans le cas contraire, la chose est beaucoup plus délicate, et ce n'est que par l'examen complet de la malade, examen qui nous révèlera l'existence d'un kyste, que nous pourrons poser le bon diagnostic.

Les kystes suppurés présentent en outre une friabilité assez grande par suite des altérations que l'inflammation a déterminées au niveau de la paroi : ils pourront donc se rompre, et leur ouverture se faire, soit dans l'abdomen où elle entraînera une péritonite rapidement mortelle, soit dans un autre organe, intestin ou vessie, ou encore à la peau.

Le kyste de l'ovaire, qui n'est autre chose au point de vue anatomo-pathologique qu'un cysto-adénome, peut présenter diverses dégénérescences de sa paroi, *dégénérescence maligne* ou *dégénérescence tuberculeuse.* La paroi du kyste étant constituée par du tissu conjonctif revêtu intérieurement et extérieurement par un épithélium, chacune de ces trois couches peut présenter une évolution maligne, aussi bien dans les kystes dermoïdes que dans les kystes mucoïdes, donnant ainsi naissance à des cancers (épithéliomas) et à des sarcomes.

La dégénérescence cancéreuse, relativement assez fréquente, et dont vous avez pu observer il y a quelque temps un fort beau cas, s'observe surtout dans les kystes aérolaires à petite loge, et se manifeste par la production de noyaux solides constitués par des cellules atypiques. L'évolution est en général assez lente, point sur lequel a bien insisté Cerné en 1904 : la tumeur devient plus dure, elle s'accroît irrégulièrement, un peu plus vite que normalement, s'accompagnant de l'apparition d'ascite, et souvent de nodules métastatiques au niveau du péritoine. Puis, ultérieurement, ce sont les symptômes généraux qui entrent en scène, et on assiste à une altération profonde de l'état général. Le diagnostic ne présente la plupart du temps pas de difficultés : ce sont des malades dont la tumeur évolue depuis de longues années, et qui depuis plusieurs mois présente ces modifications absolument caractéristiques. Il est bien évident qu'alors, le pronostic doit être absolument réservé, car on se trouve en somme en présence d'une véritable tumeur maligne et tout dépend des métastases qui ont pu se produire. Il y a dans bon nombre de cas de véritables surprises, tantôt heureuses, car on assiste alors à la régression spontanée des noyaux métastatiques après l'ablation de la tumeur principale, tantôt au contraire malheureuses, comme dans ces cas où la laparotomie n'avait révélé aucune greffe péritonéale, mais où l'on voit apparaître des métastases quelques mois après l'ovariotomie.

La dégénérescence sarcomateuse est au contraire infiniment rare : Potocki et Bender n'en signalaient encore que 10 cas en 1904. Elle est généralement limitée à une partie de la paroi kystique sous forme de noyaux solides, alors que dans le cancer, c'est tout le kyste qui ne tarde pas a être envahi. Elle peut également donner des noyaux métastatiques, mais plutôt au niveau d'un viscère, comme le foie, qu'à la surface du péritoine, complication extrêmement grave, contre laquelle nous sommes désarmés. Dans certains cas, il peut y avoir à la fois coexistence des deux processus, dégénérescence cancéreuse et sarcomateuse, d'où production de deux sortes de métastases différentes au point de vue anatomo-pathologique, mais tout à fait semblables au point de vue clinique.

La dégénérescence tuberculeuse est une complication également très rare; on n'en compte qu'une vingtaine de cas. Elle frappe les kystes dermoïdes comme les kystes mucoïdes, elle est rarement primitive, presque toujours secondaire, consécutive à une lésion bacillaire du péritoine ou des organes génitaux internes. La tuberculose des kystes de l'ovaire n'a pas d'histoire clinique; c'est dans quelques cas une simple trouvaille opératoire ; le plus souvent, elle n'est reconnue qu'à l'examen histologique; c'est pourquoi je n'insiste pas plus longuement sur cette lésion tout à fait exceptionnelle.

Et j'en arrive maintenant à l'étude de complications, dont la connaissance est de date tout à fait récente, je veux parler des *complications toxiques* entrainées au niveau de certains organes, tels que le cœur et le rein, par l'existence d'un kyste de l'ovaire. On avait déjà été frappé à plusieurs reprises de ce fait qu'un certain nombre de malades opérées de kystes assez volumineux, mais en somme d'ablation facile, avaient, après un début de suites opératoires excellentes, succombé brusquement dix à quinze jours après l'intervention. On avait d'abord pensé à des phénomènes emboliques, mais l'étude attentive des faits, ainsi que l'examen approfondi des malades, a montré qu'il fallait rattacher à une autre cause ces accidents de mort subite. Dans certains cas, il s'agissait de femmes ayant présenté depuis quelque temps de la dyspnée d'effort, des palpitations, ainsi que de l'accélération du pouls et de la diminution de son ampleur, symptômes

d'une lésion cardiaque, atrophie musculaire ou dégénérescence graisseuse hypertrophique. Dans d'autres, il s'agissait de troubles graves de la fonction rénale consistant en diminution de la concentration urinaire et en azotémie, indices de lésions néphrétiques. Ces différentes altérations, cardiaques et rénales, indépendantes de toute compression, ne peuvent être mises que sur le compte d'une intoxication d'origine kystique : la toxémie a donc ainsi créé une moindre résistance locale et a déterminé de véritables lésions. Leur pronostic est essentiellement grave ; aussi convient-il, dans les cas de kyste de l'ovaire, comme d'ailleurs dans bien d'autres affections, de ne jamais négliger, avant toute intervention, l'examen complet du cœur et du rein, un tel oubli pouvant entraîner des suites tout à fait désastreuses. Je serai assez bref sur certaines variétés de kystes de l'ovaire qui, par leur disposition et par leur évolution, présentent déjà un certain degré de complications : tels sont les kystes récemment bien étudiés par Xavier Bender en 1904, caractérisés par une véritable dissémination de petits kystes à la surface des organes génitaux internes, ce qui nécessite pour réaliser une opération complète une hystérectomie ; et les kystes papillaires, kystes végétants, auxquels on tend à accorder une moindre bénignité.

Je n'insisterai pas non plus sur les kystes inclus dans le ligament large qui déterminent de très bonne heure des compressions au niveau du petit bassin, et je me bornerai à vous dire quelques mots des kystes rétro-péritonéaux. Ce sont de véritables kystes inclus, qui au cours de leur évolution, tendent à s'établir sous le péritoine postérieur, les droits dédoublant le mésocôlon et le mésentère, et les gauches s'insinuant sous le mésocôlon sygmoïde. Ces tumeurs ne tardent pas à contracter des adhérences importantes avec l'intestin, avec les vaisseaux iliaques, et vous comprendrez aisément que dans ces conditions, les manœuvres d'extirpation et de décortication deviennent parfois extrêmement périlleuses : c'est en de pareils cas que l'ablation complète est souvent impossible et qu'il faut savoir se borner à une simple marsupialisation.

Enfin, le kyste de l'ovaire peut encore être compliqué par la présence d'autres lésions ou d'un état physiologique, la grossesse. La présence d'un fibrome, d'une salpingite, d'un cancer du corps utérin, peut à elle seule entraîner l'apparition d'une de ces lésions que je viens de vous exposer, production d'adhérences, torsion du pédicule, suppuration ou rupture du kyste. De même, l'état de grossesse prédispose tout particulièrement aux complications, et cela, avant, pendant, et après l'accouchement. C'est, au cours de la gestation, la torsion subite du kyste, cas extrêmement fréquent, ou l'augmentation rapide du volume de la tumeur noté dans un certain nombre d'observations ; c'est, pendant l'accouchement, l'éclatement d'un kyste comprimé au niveau du petit bassin ; c'est, après l'accouchement, la suppuration du kyste s'il s'est produit de l'infection utérine. De tels faits, extrêmement fréquents, il n'y a encore qu'une dizaine d'années, deviennent maintenant absolument rares, depuis que l'on pratique systématiquement l'ablation du kyste dans les premiers mois de la grossesse, conduite sans danger pour la mère, pour l'enfant, et qui supprime toutes les causes de complications, et du côté utérin et du côté kyste.

Et j'en arrive maintenant aux indications opératoires qu'entraîne l'apparition d'une de ces complications que je viens de vous exposer. Il est un fait bien certain, sur lequel je tiens à insister immédiatement, c'est que presque toutes ces complications n'apparaissent que sur de vieux kystes, évoluant déjà depuis de longues années : la meilleure manière de les traiter, ce sera d'empêcher leur production, de réaliser pour ainsi dire leur traitement prophylactique et cela, en opérant de bonne heure les kystes de l'ovaire dès que le diagnostic en aura été posé. Ainsi, on n'aura à faire qu'à des tumeurs jeunes ne présentant encore aucun de ces accidents d'évolution que je vous ai signalés et qui, dans bien des cas, entraînent des conséquences redoutables.

Ce point une fois acquis, il faut reconnaître qu'en dehors des contre-indications opératoires tenant soit à l'état du cœur, soit à l'état du rein, aucune complication ne doit vous faire reculer devant l'intervention : dans la plupart des cas, elle la commande même impérieusement. Un kyste tordu, un kyste rompu, un kyste suppuré nécessitent une intervention immédiate d'urgence, de même les accidents de compression ou la coïncidence d'une grossesse. On pourrait peut-être hésiter dans le cas de dégénérescence maligne, de peur de l'existence de métastases ; mais il faut reconnaître qu'on ne peut se rendre compte de leur étendue, de leur importance, de leur valeur qu'après la laparotomie, et que, dans un certain nombre de cas, elle ont régressé spontanément après l'ovariotomie.

Il faudra donc intervenir dans tous les cas, et l'ablation du kyste sans drainage devra constituer le procédé de choix. Ce n'est que dans quelques conditions tout à fait particulières, que l'on sera forcé de tenir une conduite différente : dans les kystes rétro-péritonéaux qu'il faudra parfois marsupialiser, comme dans les kystes rompus où il sera plus prudent de drainer la cavité abdominale. Dans certains cas de vieux kystes remplissant tout l'abdomen, refoulant thorax et diaphragme, gênant le cœur et le poumon, il sera parfois indiqué de procéder à une

ponction afin de diminuer les accidents de compression et de parer aux défaillances cardiaques qui se produiraient inévitablement si l'on pratiquait d'emblée une laparotomie : l'ablation du kyste ne devra être tentée que lorsque l'état général de la malade aura été remonté grâce à l'évacuation du liquide kystique.

Mais ce ne sont là, en somme, que des cas tout à fait exceptionnels, et lorsque vous vous trouverez en présence des autres complications, ce sera par l'ovariotomie simple qu'il faudra les traiter.

PÉDIATRIE

Les vomissements chez les enfants.

Les vomissements sont infiniment fréquents, dans la première aussi bien que dans la seconde enfance. Qu'ils soient sous la dépendance d'un trouble fonctionnel ou d'une affection des voies digestives, — qu'ils se présentent comme un épiphénomène au cours d'une maladie générale, — ou bien encore, qu'ils constituent, à eux seuls, toute la maladie, ils prennent souvent une telle place sur la scène morbide, ils sont tellement au premier plan, qu'ils appellent tout d'abord l'attention et c'est eux qui motivent alors l'intervention médicale.

Si nous laissons de côté les régurgitations par trop-plein que présentent certains nourrissons, et qui sont en quelque sorte physiologiques et sans retentissement sur l'état général du petit être, et celles qui sont liées à une anomalie anatomique de l'estomac, et qui sont incurables pour ainsi dire, nous pouvons classer les vomissements infantiles dans l'ordre suivant :

1) Vomissements d'indigestion, provoqués par un écart de régime, par une alimentation disproportionnée avec la capacité digestive de l'enfant, ou par des aliments altérés : lait de provenance douteuse ou suspecte, soit que, dans l'allaitement au sein, la nourrice se trouve elle-même indisposée, soit que, dans l'allaitement artificiel, le lait provienne de vaches malades ou nourries avec des plantes plus ou moins toxiques, ou avec des déchets industriels (drèches, betteraves, etc).

2) Vomissements dus à l'aérophagie, conditionnée elle-même par la déplorable pratique, si répandue, de la tétée à vide. Je rencontre à chaque instant, en autobus, dans le métro, de jeunes mères qui maintiennent dans la bouche de leur enfant une tétine en caoutchouc plus ou moins propre, sur laquelle celui-ci exerce des efforts de succion continus qui n'ont d'autre résultat que de déterminer une abondante sécrétion salivaire dont la déglutition s'accompagne de la pénétration, dans l'estomac, d'une proportion d'air assez considérable. Je m'étonne que les Instituts de puériculture et les Sociétés savantes n'interviennent pas auprès des pouvoirs publics pour faire assimiler cette pratique à un délit répréhensible ;

3) Vomissements dus à une affection gastro-intestinale, dyspepsie, gastro-entérite, choléra infantile, appendicite, occlusion intestinale, hernie étranglée. Dans cette catégorie rentrent les vomissements cycliques, acétonémiques, liés à un mauvais fonctionnement du foie, chez des enfants de souche neuro-arthritique ;

4) Vomissements du début des fièvres éruptives : rougeole, scarlatine, variole, varicelle.

5) Vomissements de la fièvre typhoïde, de la méningite, des encéphalopathies ; des affections broncho-pulmonaires, de la coqueluche ;

6) Vomissements par intolérance du lait, ou d'ordre anaphylactique ;

7) Vomissements maîtres symptômes, caractéristiques de la maladie des vomissements habituels de Marfan, et déterminés soit par la suralimentation, soit par l'hypotonie gastrique, soit par la stase gastrique.

***

D'une façon générale, il est facile de reconnaître l'affection dont le vomissement n'est qu'un symptôme. Qu'il s'agisse d'une fièvre éruptive, d'une maladie des voies digestives et de leurs annexes, d'une encéphalopathie, les signes concomitants, l'évolution, la courbe thermique, constituent assez rapidement un ensemble clinique sur lequel on peut mettre l'étiquette nosologique qui convient.

Toutefois, les vomissements peuvent être un symptôme avant-coureur de la méningite tuberculeuse, dont il n'est pas toujours aisé de reconnaître la véritable nature. On les prend volontiers pour des vomissements incoercibles à l'origine desquels on est porté à placer une intolérance gastrique de cause indéterminée. J'ai eu l'occasion, en 1918, d'observer un cas de ce genre. J'ai été orienté dans la voie du véritable diagnostic par la constatation d'un amaigrissement rapide, chez un enfant de six ans, dont les sentiments affectifs s'étaient récemment exagérés. La découverte du signe de Kernig et le résultat d'une ponction lombaire ont levé tous les doutes. La marche de la maladie, dans les jours suivants, et la terminaison fatale, à trois semaines de distance, ont confirmé, hélas ! le diagnostic.

Si le vomissement ne trouve pas, dans les signes qui l'accompagnent ou le suivent, la signature de l'affection générale qui le provoque, on procédera par éliminations successives.

En fin de compte, un examen radiologique du tube digestif précisera les lésions en révélant une

malformation de l'estomac (sténose anatomique ou fonctionnelle).

***

Le diagnostic étant enfin posé, le traitement s'adressera tout à la fois à la cause, — affection générale, fièvre éruptive, — et à l'effet, vomissement.

Sans nous attarder au traitement de la maladie causale, nous nous en tiendrons au traitement du vomissement lui-même.

L'indication primordiale en consiste à mettre l'estomac au repos le plus complet.

On prescrira donc tout d'abord la diète hydrique absolue, dont la réalisation comporte pendant 24, 36 et même 48 heures, l'administration, régulièrement espacée, de petites prises d'eau bouillie, ou mieux, d'une eau alcaline carbo-gazeuse. J'emploie plus particulièrement, en ce cas, et avec d'excellents résultats, l'eau de Vals (Source La Reine). Quelle que soit en effet la cause du vomissement, il est de règle que, dans le temps où il se produit, toutes les sécrétions gastro-intestinales sont acides exagérément. Le bicarbonate de soude neutralise cet excès d'acidité. L'acide carbonique, d'autre part, exerce sur les muqueuses digestives une action rafraîchissante agréable et anesthésiante. C'est à la production d'acide carbonique *in situ* que l'antique potion de Rivière doit ses succès pour calmer et arrêter les vomissements.

La diète hydrique sera suivie d'une reprise prudente de l'alimentation avec du bouillon de légumes, du babeurre, de la bouillie maltée. Elle aura pu être précédée d'un lavage de l'estomac au moyen d'une sonde de Nélaton.

Avant chaque prise alimentaire, on administrera une cuillerée à café d'une solution de citrate de soude à 2 %.

En même temps, on appliquera à l'épigastre, soit des compresses humides chaudes ou des cataplasmes de farine de graine de lin, soit une légère vessie de glace.

Ultérieurement, on pourra ordonner la teinture de belladone (deux à cinq gouttes suivant l'âge) ou la solution de sulfate d'atropine au 100.° (deux à huit gouttes par doses fractionnées) et en surveillant l'effet très attentivement.

Si l'aérophagie est en cause, on veillera à supprimer les têtées à vide, et on maintiendra, entre les gencives, un corps mousse, (liège, racine de guimauve), qui empêche les mouvements répétés de déglutition.

Au cas où il s'agirait d'une intolérance anaphylactique pour le lait, on reprendra l'alimentation lactée, selon la méthode générale de Besredka, c'est à dire goutte à goutte. On pourra même essayer les injections sous-cutanées de lait telles que Weill, de Lyon, les a préconisées.

Il va sans dire que le régime alimentaire sera étroitement surveillé et réglé.

Dans la seconde enfance, on se trouvera bien de l'usage des paquets suivants :

Bicarbonate de soude..........	0 gr. 25
Craie préparée.............	0 gr. 20
Hydrate de magnésie........	0 gr. 15

pour un paquet. Trois ou quatre par jour, délayés chaque fois dans un quart de verre d'eau de Vals (Source La Reine).

Telles sont les règles principales qui doivent présider au traitement du symptôme vomissement, surtout lorsqu'il est lié à une affection gastro-intestinale.

Dr G. DUCHESNE.

BIBLIOGRAPHIE

H. MÉRY. — Les vomisseurs. In *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1919.

G. SHREIBER. — Traitement des vomissements chez le nourrisson. In *Paris médical*, 1919.

STEVENIN. — Les vomissements de la seconde enfance. In *Paris médical*, 1920.

A. DUFOUR. — Les injections hypodermiques de lait contre les troubles digestifs des nourrissons. In *L'Hôpital*, 1919.

A TRAVERS LA PRESSE

De la gonococcémie cutanée.

M. LECLERC a observé huit cas d'exanthèmes survenant au cours de la blennorrhagie. Il adopte à ce propos les conclusions de Paulsen sur le même sujet :

1) Les exanthèmes gonorrhéiques des nouveau-nés sont beaucoup plus fréquents que ceux qui surviennent dans les gonorrhées génitales de l'adulte.

2) Ils sont fonction du gonocoque.

3) Ils peuvent survenir, soit comme métastase d'une ophtalmie, soit par infection primitive de la peau.

4) Dans les cas graves, on peut observer, à leur suite, des furoncles, ou une suppuration ganglionnaire.

5) Il ne semble pas en résulter un danger pour la santé de l'enfant.

6) Il est à désirer que l'on étudie plus à fond leur évolution et leur pronostic (*Normandie méd.*, 1er mai 1920).

La salive chez les diabétiques.

MM. RATHERY et L. BINET ont poursuivi l'examen clinique et expérimental de la salive des diabétiques (*Presse méd.*, 1er mai 1920).

Leur étude se résume dans les propositions suivantes :

1) La salive chez les diabétiques possède des caractères particuliers ; peu abondante, elle est souvent visqueuse, assez fréquemment acide et peut, dans certains cas, contenir du glucose en proportions notables.

2) Il est expérimentalement démontré que les glandes salivaires éliminent du sucre chez les animaux dont on a augmenté le taux du sucre sanguin, soit par injection intraveineuse de glucose, soit par dépancréatisation totale ;

3) Il existe une glycosialorrhée clinique, pouvant accompagner une glycosurie, ou alterner avec elle, ou exister à l'état isolé, sans apparition de sucre dans les urines.

L'intoxication oxycarbonatée.

M. L. Binet procède à une mise au point de cete question, d'après les travaux les plus récemment publiés (*Presse méd.*, 15 mai 1920).

Nous en retiendrons tout d'abord le procédé de Desgrez-Labat, pour déceler la présence de l'oxyde de carbone dans une atmosphère donnée.

Ce procédé repose sur la propriété que possède la solution aqueuse de chlorure de palladium de virer du gris léger au noir foncé en passant par le brun, en présence de ce gaz.

En pratique, on utilise des bandelettes de papier non collé à grain fin que l'on plonge préalablement dans cette solution, et que l'on fait sécher dans l'obscurité. Pour employer une bandelette comme réactif, on en trempe une partie dans l'eau et aprés égout rapide de l'excès d'eau, on la suspend dans le milieu où se fait la recherche. Un dispositif spécial permet de filtrer l'air contaminé sur de l'acétate de plomb afin d'éliminer l'action possible de l'hydrogène sulfuré.

On sait que l'oxyde de carbone est un poison du globule rouge. Il forme en effet une combinaison intime avec l'hémoglobine globulaire, ainsi d'ailleurs qu'avec l'hémoglobine musculaire. Cependant, cette combinaison est loin d'être aussi stable qu'on le pensait jadis. Si l'oxyde de carbone pur déplace l'oxygène de l'oxyhémoglobine, l'oxygène pur, de son côté, déplace l'oxyde de carbone de l'hémoglobine oxycarbonée.

Le traitement de cette intoxication découle de cette loi.

En dehors de la transfusion du sang dont on a vanté les bons effets, il suffit de faire inhaler au malade de l'oxygène pur, en employant un masque tel que le masque à chloroformisation de Ricard, ou un masque de fortune, permettant l'arrivée dans le poumon de grosses quantités de cet oxygène.

La guérison serait obtenue en quelques minutes.

L'estampille du paludisme.

C'est, au dire de M. Piet (*Journ. des Prat.*, 15 mai 1920), l'atténuation plus ou moins grande puis la réapparition et l'aggravation des accidents d'origine palustre au bout d'une ou de plusieurs périodes de six jours.

Il n'existe aucune autre maladie infectieuse ou parasitaire dans laquelle on constate ce que Grall appelle les détentes et les reprises septanes.

Si donc, on constate des détentes et des reprises dans l'évolution de troubles dont l'origine paraît mal définie, on songera au paludisme, dont les formes larvées obéissent en effet à cette loi.

« Les rechutes du 7e jour ou des jours marqués par la formule 6n + 1 s'observent même « dans le paludisme fruste : elles déterminent « les dates des névralgies, des poussées congestives de tel ou tel organe, des indigestions et, « d'une façon générale, des malaises périodiques, « même apyrétiques. On les retrouve enfin « dans l'anémie chronique et dans la cachexie « palustre. »

La recherche de l'hématozoaire dans le sang confirmera le diagnostic.

Au cas où elle ne serait pas possible, on pourra s'appuyer sur les signes suivants, pour préciser l'étiologie paludéenne des accidents :

« a) L'heure des malaises, qui atteignent « leur maximum avant la fin de l'après-midi ;

« b) La durée des malaises, qui ne se prolongent guère plus de six heures consécutives ;

« c) L'augmentation du volume de la rate, « qui devient nettement accessible à la percussion « ou qui gêne l'expansion du poumon gauche et « modifie le timbre du murmure vésiculaire à « sa partie moyenne ;

« d) L'anémie sans cause apparente, qu'on « doit chercher surtout par l'examen des muqueuses ;

« e) La notion d'accès fébriles antérieurs ;

« f) Les rechutes saisonnières. »

Traitement médical de l'ulcère de l'estomac.

M. L. Timbal (*Toulouse méd.*, 1er mai 1920), envisage d'abord l'accident aigu, hématémèse le plus souvent, qui retient l'attention du praticien.

Il conseille le repos absolu, physique et moral ; l'alitement dans l'immobilité ; l'application permanente d'une vessie de glace sur le ventre, avec interposition de flanelle.

Diète presque totale : on permettra seulement un tiers de litre d'eau sucrée par cuillerée à soupe dans les 24 heures.

En outre, trois fois par jour, donner un grand lavement de solution chlorurée calcique à 2 p. 1000, à 48°.

L'hémorragie étant arrêtée, on prescrira des lavements tièdes de 250 gr. d'eau additionnés de 2 gr. de phosphate de soude ; une potion hémostatique selon la formule suivante :

Chlorure de calcium	2 gr.
Gélatine	3 gr.
Sucre	50 gr.
Eau distillée	150 gr.

Suppression de la glace , et réalimentation progressive avec du lait exclusivement, à doses croissantes d'un tiers de litre additionné de même quantité d'eau, à 2 litres 1/2. Puis, au bout d'une semaine, potages, bouillies, œufs, etc. Ce régime sera remplacé plus tard par le régime lacto-ovo-végétarien.

Dans les formes chroniques de l'ulcère de l'estomac, on mettra le malade au repos, et même au lit, tout au moins au début. On appliquera, pendant la digestion, des compresses humides chaudes ou des cataplasmes à l'épigastre. L'alimentation sera d'abord exclusivement lactée, puis lacto-végétarienne sans sel.

Le traitement médicamenteux repose surtout sur l'emploi des sels de bismuth :

10 gr. de bicarbonate de bismuth dans un peu d'eau le matin à jeun pendant 20 jours. En cas de persistance de paroxysmes douloureux, nouvelle prise de 5 gr. le soir.

La belladone et l'atropine calment les douleurs, le spasme et les sécrétions.

On prescrit la teinture de belladone aux doses croissantes de XXX à LX gouttes par jour, en trois fois, en surveillant l'action du médicament

L'atropine s'administre en injections souscutanées ; un cmc de la solution :

Sulfate neutre d'atropine....	un centigr.
Eau distillée	20 gr.

ou en gouttes : L gouttes par jour de la solution

Sulfate neutre d'atropine....	un centigr.
Glycérine neutre............	3 gr.
Eau distillée	1,50
Alcool à 95° ...... q. s. pour	10 gr.

Après plusieurs série de cures de bismuth et de belladone, on pourra recommander une cure alcalino-sulfurée pour modifier le chimisme gastrique, en prescrivant la solution suivante :

Sulfate de soude	3 gr.
Bicarbonate de soude.........	2,50
Phosphate de soude	1 gr.
Eau dist	1 litre.

200 gr. tièdis au bain-marie le matin à jeun, en augmentant de 50 gr. par jour jusqu'à 500 gr, puis en diminuant de 50gr. jusqu'à 200.

Un cas intéressant de dystocie.

Il est relaté par M. Thierry-Detaille dans *Tunis méd.* (mai 1920).

Il s'agissait d'une femme arabe secondipare en travail depuis trois jours, et qui présentait une membrane épaisse obturant le vagin et s'opposant à l'expulsion de l'enfant. Ce cloisonnement vaginal était dû certainement à la réparation cicatricielle d'une déchirure du vagin lors d'un premier accouchement.

L'incision de ce cloisonnement permit, en partant du petit orifice qu'il présentait, de créer une ouverture qui se dilata progressivement sous l'action des doigts de l'accoucheur et de la poussée céphalique fœtale.

Un forceps termina rapidement l'accouchement d'un enfant en état de mort apparente né d'une femme shockée par la longueur anormale du travail.

L'énucléation du goitre simple.

Une étude intéressante de M. de Parrel (*Journ. des Prat.*, 1er mai 1920) peut se résumer dans les trois conclusions suivantes :

1) Le goitre simple relève de la chirurgie après essai préalable du traitement iodé. L'ingestion quotidienne de X à XX gouttes de teinture d'iode détermine fréquemment une réduction marquée de la tuméfaction ;

2) Si le goitre résiste au traitement médical et que des phénomènes de compression apparaissent, l'énucléation doit être pratiquée ;

3) L'intervention, telle que l'a réglée Sebileau, est d'une grande bénignité. Plusieurs milliers de cas en font foi. Le praticien peut donc la conseiller en toute sécurité de conscience.

Réduction des fractures par un procédé non sanglant.

MM. R. Baudet et F. Masmonteil préconisent, pour a réduction anatomique intégrale des fractures, un appareillage qui comporte :

1) Un cadre en bois avec gouttière crurale montée suivant le dispositif décrit par Pouliguen, et maintenue par une sangle fortement matelassée, qui embrasse l'extrémité inférieure du bassin, au-dessus du grand trochanter, et qui pratique en même temps la contre-extension ;

2) Deux bandes de toile solide pour l'extension ;

3) Un dynamomètre interposé entre l'étrier attaché à la partie inférieure du membre fracturé, et une chaine à crochet reliée elle-même à un pas de vis avec écrou fixé au cadre de l'appa-

◆◆◆

reil et terminé par une manivelle et un anneau fou à son extrémité, ou à défaut, un levier en bois et son pivot.

« On manœuvre la vis qui, en prenant point « d'appui sur l'appareil, entraîne le pied, comme « le tire-bouchon attire le bouchon en prenant « point d'appui sur le goulot de la bouteille. « Dès que la tension obtenue atteint 70 kil., la « réduction est faite, ayant demandé quelques « secondes. La manœuvre complète demande « en tout cinq à dix minutes.

Indications. — Fractures diaphysaires de la cuisse et de la jambe, du bras et de l'avant-bras ; fractures du cou-de-pied compliquées de fractures marginales postérieures et d'ascension de l'astragale ; fractures sus-malléolaires ; fractures engrenées du poignet ; fractures du col chirurgical de l'humérus.

Il y a avantage à procéder à cette méthode de réduction sous le contrôle de la radiologie.

Un appareil plâtré assure la contention s'il s'agit de l'avant-bras ou de la jambe. Pour les fractures de la cuisse ou du bras, on remplace la traction par l'extension continue.

Avantages : 1° Ce procédé assure la réduction anatomique intégrale de la grande majorité des fractures.

2° Il constitue la meilleure indication de l'ostéo-synthèse précoce.

3° Son innocuité est séduisante en regard de la gravité des interventions sanglantes sur les os.

4° Il supprime deux aides : ceux qui font l'extension et la contre-extension. Le praticien de campagne peut, à la rigueur, réduire et appareiller une fracture. (*Presse méd.*, 22 mai 1920).

La névralgie sciatique d'origine syphilitique.

D'après M. Boudet (*Gaz. des Hôp.*, 1920, n° 46), « la sciatique, quel que soit son type « clinique, reconnaît pour cause la syphilis « dans 38, 66 % des cas ; le plus souvent, il s'a- « git de sciatiques rebelles à tous les traitements « et qui au contraire cèdent rapidement au « traitement mercuriel. Ce traitement appliqué « systématiquement de façon précoce chez tous « ceux qui présentent une réaction de B.W. « positive améliore considérablement le pro- « nostic. »

G. D.

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année 1920 au trésorier Dr Gassot à Chevilly (Loiret).

CRÉNOTHÉRAPIE

La méthode de Bier combinée au traitement thermal sulfureux dans la cure des arthropathies chroniques

Par le Dr Dresch,

Médecin des Eaux d'Ax (Ariège).

L'efficacité des cures thermales relève d'une excitation générale de l'organisme avec des particularités sur les localisations morbides, qui dépendent surtout de la technique.

Aux eaux sulfureuses, malgré un agrégat minéralisateur des plus minimes, l'excitation générale et locale peut être donnée jusqu'à un degré que je qualifierai de morbide. Plus que partout ailleurs, on y observe des modalités variables d'intensité, suivant l'activité des sources, suivant la technique employée, suivant les idiosyncrasies réactionnelles de chacun. Le secret de la cure consiste à savoir apprécier où, *comment* et *combien* il y a lieu de faire les appels à l'excitation. Il s'agit enfin de les graduer suivant les résultats ; car, pour obtenir un effet thérapeutique, il faut en arriver à une action *modificatrice*, celle que la médication thermale sulfureuse est particulièrement susceptible d'entraîner,

Dans cette communication, nous ne parlerons pas des effets *généraux* de la médication thermale sulfureuse, mais de ses actions *périphériques*, les seules qu'on avait trop de tendances à apprécier vers la fin du XIXe siècle. A cette époque, on avait perdu de vue des doctrines du XVIIIe siècle, celles, en particulier, des *poussées thermales*, qu'on avait élevées à la hauteur d'un dogme, d'ailleurs bien malencontreux.

Au fond, la *poussée thermale* doit être envisagée comme une action plus ou moins vive, viscérale ou périphérique, dont le substratum anatomique se résume par un seul mot : congestion.

Notre longue pratique thermale nous a montré que, dans bien des cas, malgré toutes les tentatives variées et les techniques appliquées, dans les arthropathies chroniques, désespoir de tant de malades, on n'arrivait pas à provoquer l'hyperhémie active, prélude d'amélioration et de cure. En vain faisait-on appel au massage, à l'électricité, à la mécanothérapie. Ce dernier agent physique provoquait même souvent d'assez mauvais effets. Les jointures, dans leur ensemble anatomique assez complexe, sont, il est vrai, des organes très solides, mais en même temps, très vulnérables, faciles à sensibiliser, bien qu'ils soient pourvus d'une vitalité en rapport avec leur rôle d'agents passifs. La douleur, l'empâtement, la raideur, les déviations, sont trop souvent leur lot, avec un fâcheux reten-

tissement sur l'appareil musculaire, nerveux et vasculaire qui les actionne. L'évolution morbide, sauf en cas d'accident, se produit lentement ; lentement aussi, avec patience, doit s'opérer la cure. Pour se rapprocher de l'idéal *redux ad integrum*, il faut, avant de brutaliser l'article par les massages et la mécano, modifier la *vitalité* de la jointure malade, vitalité déjà spéciale et viciée, en outre, par la maladie. Il faut également modifier leurs milieux intérieurs.

Sous ce rapport, les bains sulfureux, les douches sous-marines — massage à nul autre pareil — les douches à pressions progressives, à températures ascendantes, modifieront, pour le mieux, en provoquant une vitalité nouvelle à des tissus qui n'ont que trop tendance à un processus adhésif et sclérosant. Cette vitalisation ne peut s'opérer que par une succession d'hyperhémies bien conduites.

Or, il arrive souvent que, malgré les bains et les douches thermales et hyperthermales. nulle réaction ne se produit dans les jointures malades, c'est-à-dire nulle hyperhémie, se caractérisant par du gonflement, de la rougeur, de la sensibilité. Le tégument reste pâle, la chaleur ne dépasse guère la durée de la douche. C'est alors dans ces cas que j'eus l'idée de faire précéder le traitement thermal d'applications répétées de la *méthode de Bier*. Au congrès de physiothérapie de Rome, en 1905, je fis une première communication sur ce sujet. L'application préalable de la bande permet de mieux supporter et de pousser plus loin le traitement thermal et d'obtenir, peu à peu, une hyperhémie active de bon aloi, prélude indispensable d'une cure plus ou moins complète. Après la bande, qui entraîne tout d'abord une vaso-dilatation plus ou moins marquée, la douche arrive à provoquer l'hyperhémie active qu'elle était, jusqu'alors, impuissante à manifester. Mais il y a autre chose qui s'opère sur la jointure, plus ou moins encombrée de liquides morbides, *intus* et *extra*, un effet *majeur*, thérapeutique par lui-même, *l'œdème*.

Il vient modifier l'empâtement préexistant et se *substituer* à lui (1) entraînant un processus nouveau et thérapeutique. Grâce à lui, il se produit comme une espèce de bain intérieur d'un liquide organique nouveau, véritable sérum provocateur de mouvements osmotiques qui, n'existaient plus, indices d'une vitalité qui se réveille.

En un mot, ce sérum, qui se déverse grâce à la bande élastique, tient lieu de topique émollient plus ou moins bactéricide et antitoxique (2).

(1) Dans le sens que Trousseau entendait par *médication substitutive.*

(2) Je signale ce fait peu connu que la bande élastique a un effet analgésique en cas de douleur.

La leucocytose et la phagocytose entrent en jeu dans un milieu où de pareils actes vitaux ne se produisaient plus et où la sclérose paraissait le terme définitif. La production de l'œdème est un symptôme solennel, avant-coureur d'une amélioration importante, sinon d'une guérison plus ou moins complète.

Alors la douche sous-marine et, successivement, la douche après le bain, à températures croissantes, à pressions ascendantes, commencent à opérer. L'hyperhémie passive de la bande déclanche, par la douche, l'hyperhémie active qui ne se produisait pas, ou trop imparfaitement.

Les liquides interstitiels, rendus plus fluides par l'œdème, s'écoulent sous l'action de la douche et désobstruent ces tissus qui ne se défendaient plus. Sans le barrage opéré par la bande, sans la congestion passive et l'œdème, les résultats restaient nuls ou médiocres et incitaient trop souvent à des manœuvres physiques trop brutales qui dépassent l'effet physiologique, thérapeutique, n'entraînant qu'une réaction morbide qui pouvait obliger à suspendre la cure.

Avec la bande, méthodiquement appliquée, rien à redouter. La répétition quotidienne d'une telle technique provoque des effets dans les tissus et les milieux interstitiels que le massage et la mécanothérapie étaient impuissants à éveiller. Trop souvent en particulier, la mécano presque toujours prématurément appliquée et souvent avec excès, n'a fait que favoriser le processus scléreux irréductible et irrémédiable. Il ne s'agit pas de réveiller l'activité musculaire sur une jointure qui ne peut pas et ne doit pas encore se mouvoir ; si l'on arrive à modifier l'article malade, à le rendre non pas mobile, mais mobilisable, l'appareil musculo-tendineux sera suffisamment à la hauteur des circonstances, pour faire le reste.

Stimuler sans cette condition préalable les muscles, c'est comme si l'on voulait donner de l'ergot de seigle dans une dystocie par viciation du bassin, lequel réclame une technique opératoire. De ce qu'une jointure ne joue plus, songer aussitôt à la mécaniser est un procédé par trop simpliste qui le fait trop souvent conseiller, mais qui réclame opportunité, dosage et surveillance, sans parler de la sélection des cas (1) .Bien des rhumatisées chroniques nous

Cet effet est surtout remarquable dans les brûlures du premier et second degré siégeant aux membres. On exerce une constriction de dix à trente minutes. On lève la bande qu'on réapplique plusieurs fois jusqu'à cessation des douleurs.

(1) Le professeur Hartman, dans une leçon récente sur l'arthrite blennoragique traitée par l'arthrotomie, recommande bien que la mobilisation soit active, c'est-à-dire faite par le malade lui-même. Notre technique thermale facilite beaucoup cette mobilisation active.

ont fait observer que tout ce qu'elles avaient obtenu de la mécano, c'était une grande lassitude et un ébranlement général des plus pénibles. C'étaient cependant pour la plupart des femmes dans la force de l'âge. Comme médecin expert dans les accidents de travail, j'ai constaté souvent des résultats médiocres, sinon mauvais.

Cela n'empêche pas les compagnies d'assurances d'envoyer, plus volontiers, leurs accidentés aux *instituts de mécanothérapie* qu'aux eaux thermales.

Il ne faut pas se figurer que l'œdème et une cyanose de bon aloi, annonciateurs d'une modification thérapeutique, vont se produire à la première application de la bande.

Il faut débuter par le traitement thermal, avec la technique applicable à l'arthropathie. La bande élastique opérera mieux quand il y aura eu déjà un commencement de stimulation, d'appel à la congestion et au réchauffement. On a tout lieu de supposer alors que la jointure qui réagissait peu ou point avec la cure thermale simple, manifestera cyanose et œdème. Alors seulement, le plus souvent, après le bain et la douche, une belle teinte carminée révèlera une congestion active, condition essentielle pour la cure.

De même qu'un malade doit sortir d'un bain sulfureux, d'une chaleur modérée, avec un tégument franchement rosé, de même la jointure, chroniquement atteinte, apparaîtra après la douche avec une congestion active, s'accompagnant même de sensibilité et de chaleur. Inutile de dire que de tels phénomènes doivent être fugaces et disparaître par simple décubitus au bout de quelques instants. Si, au contraire, la jointure se maintient pâle, c'est un mauvais signe qui fait prévoir que la cure restera à peu près sans effets curateurs.

Il en est de même quand le malade sort du bain, à une température de 34°, 35°, avec la peau pâle et non rosée, c'est un mauvais signe. Si l'on élève la température, il n'en vaut guère mieux, la face arrive à être cramoisie, il y a transpiration de la tête et du cou et le tégument n'en reste pas moins sans ce coloris, indicateur d'un état *euphorique*.

Il ne faut pas croire qu'on arrive d'emblée à provoquer œdème et hyperhémie passive avec la bande et ensuite, congestion active avec le bain et douche sous-marine ou avec le bain suivi de la douche. Il faut savoir s'armer de patience et la communiquer au client. Il ne faut pas brusquer les jointures. On a eu, trop souvent, le tort de les laisser dormir trop longtemps ; leur éveil doit se faire en douceur. Quand le bain, la douche, la bande, n'amènent aucun signe révélateur d'une vitalité de bon aloi, en peut essayer de commencer la journée par des frictions stimulantes, par des massages, qui ne seront pas des passages à tabac. Au bout de quelques jours, la bande qui ne produisait à peu près rien, manifeste son action par l'œdème et la cyanose ; alors, enfin, la jointure se réveille *activement*, sous l'influence du bain, de la douche sous-marine, de la douche Tivoli, la porte s'ouvre à l'espérance.

Toutes les arthropathies chroniques *balnéables* sont susceptibles d'être avantageusement traitées par cette combinaison de traitements. En particulier l'arthrite blennorrhagique trouvera dans la méthode de Bier, combinée au traitement thermal, un important appoint pour le succès. J'énumérerai également les périarthrites, les hydarthroses simples ou traumatiques à épanchements médiocres, les synovites tendineuses avec ou sans suppuration, la fistulisation du poignet comme du tendon d'Achille, les débuts d'adhérences ou de rétractions d'aponévroses, les tendances aux déviations articulaires. Je suis venu à bout de deux *camptodactylies*, chez des pianistes, d'autant plus enchantées de la cure qu'elles étaient jeunes et que l'on avait affirmé l'incurabilité.

J'ai obtenu de très appréciables résultats dans de vieilles ostéo-arthrites suppurées avec fistulisation du poignet, du coude, du genou, des doigts, du tarse, sans parler de la tarsalgie et de la talalgie, voire même du mal perforant.

A Ax, nous avons la bonne fortune d'avoir un ménage de masseurs, venant de Genève, et parfaitement au courant de la méthode de Bier. On comprend quelle servitude serait pour le médecin de ville d'eaux l'obligation d'appliquer lui-même la méthode de Bier. Avec un masseur et une masseuse attachés à l'établissement, il n'y a plus qu'à l'indiquer sur l'ordonnance, à la condition que le professionnel soit parfaitement au courant de la technique.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Le moineau campagnard et le moineau parisien.

(M. Guéniot. — *Académie de médecine.*)

Le moineau peut être parfois un agent psychothérapique. Médecine et moineau, dit M. Guéniot, sont choses assez disparates. Et cependant, par son aimable familiarité et les saines distractions qu'il fournit à quantités de gens de toutes conditions, le moineau parisien est un facteur hygiénique non dépourvu de valeur. Dans certaines formes de maladies nerveuses, même, le spectacle récréatif et attrayant que l'on obtient facilement du moineau type parisien *pourrait* être fructueusement utilisé comme adjuvant thérapeutique.

Dégénérescence maligne des fibromes utérins.

(M. Maurice Cazin. — *Société de médecine de Paris.*)

La fréquence de la dégénérescence maligne des fibromes utérins a été appréciée différemment selon les auteurs. Les chiffres donnés habituellement par les chirurgiens sont 2 ou 3 %. Cependant, dans une communication récente à la Société de Chirurgie, M. Mornard dit avoir vu 3 cas, sur 32 fibromes, se compliquer de cancer. Baudet donne une proportion de 7 %. M. Maurice Cazin, sur une série de 113 observations, a rencontré 11 fibromes malins, soit 10 % environ. Il pense, en outre, que si l'on pratiquait chaque fois un examen histologique des tumeurs enlevées, on arriverait à un pourcentage sensiblement plus fort.

Si les fibromes utérins, ajoute-t-il, sont ainsi exposés à être envahis par des tumeurs malignes, il est évident que l'ablation chirurgicale est le seul traitement à conseiller pour mettre les malades à l'abri de cette complication.

La néphrite chronique hypertensive chez les prostatiques.

(M. Lavenant. — *Société de Médecine de Paris.*)

A côté de la néphrite chronique azotémique, qui est la forme habituelle de la néphrite des urinaires, on rencontre quelquefois, chez des sujets atteints d'hypertrophie prostatique, une néphrite chronique hypertensive, un syndrome cardio-rénal qui peut retenir toute l'attention, l'affection prostatique passant alors facilement inaperçue. L'intérêt de ces cas est la possibilité, lorsque la néphrite hypertensive n'est pas indélébile, de guérir l'affection rénale par la cure opératoire de l'hypertrophie prostatique.

Thyroïdothérapie infinitésimale.

(M. Léopold-Lévi. — *Société de médecine de Paris.*)

M. Léopold Lévi relate six observations de malades atteints de migraine, asthme, crises d'angoisse, qui ont été traités et guéris par l'administration de poudre thyroïdienne à très faibles doses (cachets de un milligramme). Il s'agit d'états d'instabilité thyroïdienne avec, à la fois, hypo et hyperthyroïdie.

Les infections et le choc traumatique.

(M. Louis Bazy. — *Société de Chirurgie.*)

M. L. Bazy rapporte 4 cas d'infections consécutives à des traumatismes, qu'il a étudiés au point de vue du choc traumatique. Chez ces malades, des accidents généraux graves survinrent rapidement après la blessure, sans phénomènes locaux intenses. L'examen bactériologique montra des germes divers dans les tissus contusionnés.

On sait que MM. Vallée et L. Bazy ont soutenu bue, dans nombre de circonstances, les phénomènes du shock relevaient d'une intoxication microbienne, de la résorption de toxines élaborées au niveau du foyer traumatique parfois avec des lésions locales peu considérables en apparence.

M. Quénu rappelle sa conception du choc traumatique : une résorption de substances nocives à la surface des plaies ou dans la profondeur des foyers. Quant à la nature de ces substances nocives, elle varie. Il est possible que dans les accidents tout à fait précoces, des premières heures, il s'agisse d'albumines hétérogènes, selon la notion introduite par M. Widal (choc protéique). Pour les accidents qui surviennent plus tardivement, il peut intervenir une résorption de substances toxiques d'origine tissulaire, puis de substances toxiques d'origine microbienne.

L'occlusion chronique sous-vatérienne du duodénum

(M. R. Grégoire. — *Société de Chirurgie.*)

M. Grégoire a opéré 4 cas d'occlusion chronique sous-vatérienne du duodénum. Il s'agit d'une affection peu connue en France et étudiée surtout à l'étranger. Sa symptomatologie comprend des vomissements verts et abondants survenant par crises, des troubles digestifs, des phénomènes d'intoxication (céphalée, anémie, nervosisme). L'examen radiologique montre une stagnation de la bouillie bismuthée dans le duodénum. Beaucoup de ces malades sont soignés et opérés pour appendicite chronique, cholélithiase, ulcère pylorique, etc.

Un cas de virilisme surrénal.

(M. Mauclaire. — *Société de Chirurgie.*)

M. Mauclaire présente une malade, âgée de 38 ans, qu'il a opérée pour une tumeur de la couche corticale de la capsule surrénale droite. Chez cette femme, l'apparence féminine a fait place à l'apparence masculine. La figure s'est couverte de poils, les seins se sont atrophiés et le corps a pris les formes musclées de l'homme.

Des observations de ce genre ont été publiées, en 1910, par M. Apert, en 1911 par M. Auvray, en 1914 par M. Tuffier qui a proposé le nom de virilisme surrénal.

Il est curieux de voir apparaître cet habitus masculin chez des sujets ayant des tumeurs de la couche corticale des capsules surrénales, et ce fait est à rapprocher des résultats de la greffe du testicule chez des animaux femelles. Comme l'hypoovarie est souvent invoquée dans des cas semblables, M. Mauclaire va essayer de soumettre sa malade au traitement ovarien dans l'espoir de lui rendre l'habitus féminin. Une greffe ovarienne homoplastique serait sans doute préférable. A l'autopsie des femme qui, à la ménopause, deviennent barbues, il serait intéressant d'examiner l'état des capsules surrénales.

Ruptures de la longue portion du biceps.

(M. Ch. Dujarier. — *Société de Chirurgie.*)

M. Dujarier présente un malade qui s'est rompu le long biceps droit, en 1918, en faisant un effort brusque pour retenir une caisse. Il ressentit une douleur vive avec sensation de déchirure et son bras devint impotent. Opéré deux mois plus tard, la suture paraît ne pas avoir tenu, le résultat fonctionnel, bon d'abord, ayant baissé dans la suite. Le 1er mai 1920, même rupture du côté gauche. L'auteur pense que cette rupture bilatérale a été favorisée par une atrophie congénitale des tendons.

M. Lapointe, dans un cas analogue, a constaté des lésions d'arthrite sèche scapulo-humérale auxquelles il attribue un rôle dans la rupture du tendon.

M. Walther a vu un arrachement des deux tendons de la longue portion des biceps chez un homme qui reçut, les avant-bras fléchis, un très lourd fardeau sur les mains. L'impotence n'était pas trop gênante.

M. Paul Thiéry a eu l'occason d'examiner en expertise un certain nombre de cas de rupture de la longue portion du biceps et il a pu constater que, chez ces blessés non opérés, l'I. P. P. était des plus minimes. Il croit, personnellement, que l'opération ne donne pas un résultat sensiblement supérieur à la simple expectation avec exercices actifs.

Grossesse après hystérectomie subtotale.

(M. P. Jacques de Montceau-les-Mines. *Société de Chirurgie.*)

M. Robineau lit un rapport sur une observation de M. P. Jacques intitulée : un cas de grossesse après hystérectomie subtotale.

Il s'agit d'une femme de 24 ans chez laquelle M. Jacques pratiqua en 1908 une hystérectomie abdominale subtotale, avec ablation des deux trompes et de l'ovaire droit, l'ovaire gauche étant laissé en place. En 1912, cette femme présenta une tuméfaction sus-pubienne, accompagnée de quelques phénomènes de grossesse. A l'opération, aussitôt le vagin incisé, le doigt ramena un cordon, un fragment de placenta (inséré sur la vessie) et un fœtus de 9 centimètres.

M. Robineau remarque qu'une telle observation est peut-être unique.

M. Faure croit se rappeler avoir lu un cas analogue de Jaboulay, à la suite d'une hémi-hystérectomie. Evidemment, ce sont là des observations extraordinaires. Mais, on comprend que si on laisse un ovaire non protégé, un spermatozoïde pénétrant par l'orifice du col ou par une fistule du fond du vagin puisse rencontrer quelque part un ovule tombé dans le bassin.

Dans le cas de Jaboulay, l'ovaire droit, la trompe et la moitié utérine du même côté existaient encore (Patel). C'est dans ce fragment de cavité utérine que l'œuf s'était développé.

Le tube de Mayo, pour l'anesthésie à l'éther.

(M. Bégouin, de Bordeaux. — *Société de Chirurgie.*)

Au cours d'un voyage en Amérique. M. Bégouin a vu employer à la Clinique des Frères Mayo, à Rochester, un tube spécial qui permet d'améliorer beaucoup l'anesthésie à l'éther. C'est un tube grillagé que l'on introduit dans la bouche et qui maintient celle-ci ouverte, tout en abaissant la langue. On y a recours à la moindre gêne de la respiration, à la moindre tendance à la cyanose. Le tube grillagé de Mayo régularise la respiration, évite la cyanose et permet d'obtenir la résolution musculaire complète.

P. L.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

Chez MASSON et Cie, Paris.

L'anesthésie locale en ophtalmologie par le Dr Duverger, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Strasbourg. 1 vol. de 95 pages avec 19 figures.

Cet ouvrage est une « nouveauté » dans le sens le plus précis du mot, car aucune mise au point d'ensemble sur cette question nouvelle n'avait paru jusqu'ici.

Le docteur Duverger, promoteur en France, de l'anesthésie locale en ophtalmologie, et qui a, dans ce domaine, une autorité certaine, a obtenu personnellement des résultats décisifs.

Si beaucoup de spécialistes hésitent à adopter l'anesthésie locale, c'est qu'elle exige, avec une sûreté et une habileté que seules peuvent donner les connaissances anatomo-physiologiques spéciales, certaines règles précises de technique sans lesquelles il est impossible d'obtenir un résultat favorable. Ce sont elles que le Dr Duverger expose pour la première fois dans ce livre.

D'un intérêt puissant pour l'ophtalmologiste, il intéressera au plus haut point tous les chirurgiens et, en général, tous les médecins qui suivent l'évolution des méthodes scientifiques nouvelles.

Prophylaxie des maladies transmissibles. Mesures de protection contre les maladies contagieuses, par H. Bertin-Sans, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier, et le Dr M. F. Carrieu, chef de clinique, chef des travaux pratiques d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier.

Les auteurs ont voulu, en écrivant ce livre, mettre à la disposition des médecins, des infir-

miers, des familles, en un mot de tous ceux que leurs fonctions publiques ou privées obligent à prendre des mesures d'hygiène générale, tous les renseignements dont ils peuvent avoir besoin pour éviter les maladies contagieuses ou en entraver l'extension.

Les auteurs se sont particulièrement attachés à ce que cet ouvrage complet, destiné à être fréquemment consulté, fût rédigé sous une forme claire et concise, une table des matières très complète permet de retrouver immédiatement le renseignement désiré.

Chez PHYSIS, 35, rue de la Victoire, Paris.

Traité d'éducation physique. L'enfant et l'adolescent, par le Dr Ruffier.

Ce livre est une œuvre originale, fruit d'une longue expérience personnelle. Dès les premières lignes on sent que l'auteur est un pratiquant de l'exercice et qu'il a dirigé l'éducation physique de nombreux sujets. Ce qu'il nous donne, ce n'est pas la banale paraphrase des lois physiologiques élémentaires, ni l'affirmation dogmatique des bons effets d'une méthode particulière. Toutes les questions sont étudiées au point de vue pratique, utile, réalisable ; les solutions sont examinées au crible de l'expérience.

Revue des thèses.

Thèse de Lyon.

Du rôle de la thoracentèse dans la production de la granulie au décours des pleurésies séro-fibrineuses prolongées, par le Dr Lucien Laby, Lons-le-Saunier, imprimerie et lithographie Lucien Declume, 1920.

La thoracentèse, à côté de ses avantages thérapeutiques indiscutables, peut, dans certaines circonstances, déterminer une généralisation tuberculeuse fatale. De cette notion capitale, l'auteur relate neuf observations indiscutables, dont trois inédites.

Les conditions de production de ces redoutables accidents paraissent être essentiellement :

1° La longue prolongation avec résorption tardive de l'épanchement ;

2° Un état fébrile ou subfébrile persistant ;

3° La bilatéralité de l'épanchement.

La thoracentèse serait donc contre-indiquée dans tous les cas réalisant une ou plusieurs des conditions précédentes. L'injection consécutive d'azote (opération de Forlanini) ne paraît même pas suffisante pour éviter les accidents graves précédents, peu connus, et contre lesquels les médecins doivent être mis en garde.

Thèse de Lille.

Symptômes cliniques et radiologiques de la hernie diaphragmatique traumatique, par le Dr Lherminez. H. Morel, 1920.

1° La hernie diaphragmatique est un accident relativement fréquent, consécutif aux plaies thoraco-abdominales. De nombreux cas ont été constatés durant la guerre 1914 1919, mais beaucoup de diagnostics n'ont pas été posés et un certain nombre d'anciens blessés de la poitrine en sont porteurs, sans s'en douter.

2° La symptomatologie propre à cet accident est très vague et permet très rarement au clinicien d'affirmer le diagnostic. Il n'existe pas de symptôme pathognomonique, mais l'influence favorable sur les vomissements et la douleur qu'amènent la situation horizontale et la position latérale gauche, présente une grande importance. Dans l'immense majorité des cas, le clinicien ne pourra que penser à la hernie diaphragmatique et c'est au radiologue qu'il demandera de vérifier son diagnostic ;

3° Un certain nombre de diagnostics ont été faits derrière l'écran alors qu'ils n'avaient même pas été soupçonnés auparavant. Seuls, les rayons X permettront d'affirmer d'une manière absolue l'existence d'une hernie diaphragmatique, aussi le clinicien, qu'il ait ou non soupçonné le diagnostic de cet accident chez un ancien thoraco-abdominal, devra-t-il envoyer immédiatement son malade au radiologue.

Thèses de Toulouse.

Le drainage utérin dans le post-partum, par le Dr Célestin Menguy. A. Redier et C. Heer, Toulouse, 1920.

Le drainage utérin trouve une indication formelle dans la rétention des membranes, du placenta ou des lochies, en particulier dans les cas d'antéflexion utérine exagérée. Il faut le continuer tant que l'utérus n'est pas définitivement redressé.

On y aura aussi recours avec avantage après tout nettoyage de la cavité utérine, et systématiquement après l'hystérotomie classique.

Quant aux modes de drainage, ils pourront varier suivant les cas et le but à atteindre ; parmi les meilleurs, le drain de Mouchotte ou le gros drain de caoutchouc sont à citer.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Le médecin et les grèves.

La contreverse continue. Les avis sont toujours partagés. Cependant, il est un premier fait que nous tenons à souligner, parce qu'il marque des points à l'avantage de notre thèse, c'est que Decourt est loin de rester seul de son opinion.

Outre qu'ici même, nous pensons comme lui, nous avons déjà cité quelques confrères qui sont aussi d'accord avec nous.

D'autres encore sont venus depuis exprimer des sentiments analogues.

C'est d'abord le Dr Simon, qui s'exprime ainsi dans le *Bulletin Médical* (26 juin 1920) :

En dehors de toute condidération philosophique et, en restant sur le terrain du « pragmatisme » qui professe que rien n'est vrai que ce qui est utile, *il semble bien qu'une grève médicale ne doit pas être faite.* Avant de s'engager il faut savoir où l'on va et, comme l'a écrit Ch. Péguy : « C'est la plus grande infortune mais aussi le plus grand armement que de savoir sur qui on ne peut pas compter. »

Puis, voici le Dr *M. B.* qui nous écrit ce qui suit :

Laissez-moi vous féliciter pour la position modérée et les idées sensées que vous avez eues au milieu des lettres des confrères qui ... exagèrent et qui, surtout, mêlent leurs opinions personnelles, politiques, de citoyen à l'exercice de leur profession de médecin et en tant que chargés d'un service public et comme fonctionnaires !

Dr L. M. B.

Enfin un troisième confrère vient de nous remettre la note suivante :

Pourquoi les médecins ne se mettraient-ils pas en grève, comme tous les bons syndiqués. D'abord parce qu'ils ne sont pas tous syndiqués, et le fait d'avoir posé cette question de la grève des médecins suffit pour faire reculer le syndicalisme médical de vingt ans en arrière.

Les extrémistes sont les pires ennemis du progrès. Les jaunes auraient un glorieux succès si un syndicat décrétait une grève, même partielle, des soins médicaux. On le voit bien partout où des tarifs exagérés ont été affichés, une foule de confrères se sont présentés à la faveur de la menace de grève et partout le rabais s'est imposé. La grève, *cela se dit, mais ne se fait pas.* On en menace tous les mauvais clients, mauvais pour quelque cause que ce soit, même pour refuser nos plus légitimes honoraires.

Partout le médecin, s'il veut passer pour un bon médecin, et c'est l'ambition de chacun de nous, tonitrue contre l'indésirable client ; contre le client qui lui répugne, il l'eng..... au besoin ; et en général, plus il l'a maltraité en paroles, mieux il le soigne, et plus il cherche à le guérir. Et quand il y a réussi, il est vengé : il est heureux, même sans être payé. Ce n'est pas ainsi qu'il s'enrichit, il est vrai.

Dr D. de V.

Nous en retenons une phrase que nous faisons pleinement nôtre : *La grève, cela se dit, mais ne se fait pas.*

C'est exactement notre conviction.

Parmi ceux qui prêchent la grève, il en est une première catégorie dont l'opinion n'a aucune valeur. Ce sont ceux qui n'exercent pas la médecine. Comme ils sont bien certains qu'ils n'auront jamais à mettre leurs actes d'accord avec leurs paroles, ils ne risquent rien à se montrer extrémistes : ils jouent sur le velours.... Et ce n'est pas très chic de leur part ......

Puis, il y a ceux qui exercent la médecine dans des conditions tout à fait particulières, les grands consultants par exemple. Ceux-là, n'ont rien à risquer non plus, puisque leur clientèle ne comportera jamais, à coup sûr, de grévistes enaction.

Restent les praticiens, qui manifestent leur manière de penser, soit isolément, soit dans leurs groupements professionnels.

Eux seuls nous intéressent dans la discussion actuelle. Et c'est à eux que nous déclarons formellement : « Vous aurez beau annoncer de « la façon la plus formelle que vous vous mettez « en grève, votre déclaration demeurera purement platonique. Il ne s'écoulera pas 24 heu« res sans que vous soyez amenés, par la force « même des choses, à soigner les grévistes ou « leur famille. Et vous ferez bien. »

Raisonnons en effet, et au lieu de rester dans le domaine d'une idéologie nuageuse et abstraite, mettons-nous franchement en face des cas concrets. Il ne nous faudra pas longtemps pour nous accorder.

Voici un employé dont la femme est soignée par vous pour une fièvre typhoïde. Au cours de sa maladie, son mari se met en grève. Or, vous avez annoncé que vous feriez vous-même la

grève des soins contre les grévistes et leur famille. Cesserez-vous du jour au lendemain de visiter régulièrement cette malade et de lui donner vos soins ? Non, cent fois et mille fois non. D'abord parce que votre conscience professionnelle vous l'interdira : c'est l'argument tiré de la véritable conception du devoir que vous ne pouvez manquer d'avoir. Ensuite parce que, si vous agissiez ainsi, et que cette malade mourut, les tribunaux, saisis de vos agissements, vous condamneraient sévèrement : votre intérêt vous l'interdit. Il y a toute une jurisprudence qui délimite le droit que possède un médecin de ne pas répondre aux appels des malades, ou de cesser de les visiter, quand cela lui plaît. Notre liberté est toute relative, à cet égard, et si nous pretendions en faire état en toutes circonstances, nous ne manquerions pas de voir souvent notre responsabilité mise en jeu et durement engagée.

Imaginez d'ailleurs tous les cas qui s'offrent à vous dans votre pratique de tous les jours. Prenez-les un à un, et transportez-les par la pensée sur le terrain où vous vous croyez si solidement étayés, et vous aurez vite fait de conclure comme nous : « Non, décidément, la grève n'est pas possible. »

De ces cas, je me bornerai à en supposer trois que j'exposerai comme si, — ce qui n'arrivera jamais, je m'en porte garant, pour l'honneur et la dignité de notre profession, — ils avaient fait l'objet de faits divers publiés dans la presse.

Il est bien entendu, et j'y insiste, *qu'il ne s'agit là que d'hypothèses et de fictions.*

Sous le bénéfice de cette réserve expresse, j'y vais donc de mes images :

I

Du *Progrès d'Adour et Nive* :

Une épidémie de scarlatine sévit depuis une quinzaine de jours dans la charmante commune de Z. et dans les hameaux environnants.

Huit décès ont déjà été enregistrés, dans la population enfantine de cette région.

Le plus terrible, en toute cette affaire, c'est que ces huit enfants ont succombé *sans avoir reçu la moindre visite médicale. Appartenant tous à des familles dont le chef est en grève, leurs parents se sont heurtés à un refus unanime et systématique des médecins locaux, se disant liés par une décision de leur Syndicat.*

Ce qui rend particulièrement grave l'attitude de ces médecins, ce sont les termes mêmes de la première phrase de cette décision, dont voici la reproduction : *Considérant que l'assistanece aux malades est la sauvegarde de la santé publique...*

Ce considérant démontre en effet que les médecins, parfaitement conscients de leurs devoirs, n'ont pas hésité, en pleine connaissance de cause, à les fouler aux pieds, au nom de nous ne savons quel souci de l'ordre public, qui n'avait rien à faire dans la circonstance.

Une enquête est ouverte. En attendant ses résultats, l'opinion, à quelque parti qu'elle appartienne, est violemment surexcitée contre ces médecins ; leur conduite est très sévèrement jugée ....

II

Du *Moniteur d'Erdre et Scorff.*

Jeudi dernier, le jeune A., âgé de 6 ans, jouait avec ses camarades tout près du canal de X., lorsqu'il fit un faux pas qui le précipita dans l'eau, où il disparut.

Des passants, attirés par les cris des enfants, réussirent à retirer de l'eau le petit imprudent, complètement inanimé.

Justement, le Dr Z. arrivait sur les lieux de l'accident. Mis au courant de ce qui venait de se passer, il allait se mettre en devoir de soigner l'enfant, lorsque, ayant appris que son père, poseur sur la ligne de chemin de fer, est actuellement en grève, il se retira, sans vouloir rien entendre, sous prétexte que, d'accord avec un certain nombre de ses confrères, il s'était résolu à refuser rigoureusement ses soins aux grévistes et à leur famille.

Faute des secours urgents qui lui étaient nécessaires, l'enfant a succombé.

Le Dr Z., poursuivi par les huées et les imprécations de tous ceux qui assistaient à cette scène lamentable, n'a eu que le temps de fuir littéralement à la 4e vitesse de son auto. L'affaire n'en restera pas là.

III

De l'*Eclaireur du Rhône et Dordogne* :

Mme X., dont le mari est facteur à la gare de.. était occupée à traire sa vache, lorsque l'animal, soudainement furieux, se retourna brusquement et atteignit la malheureuse femme d'un coup de corne au ventre.

Elle fut relevée par des voisins qui la transportèrent chez elle, et s'empressèrent de prévenir le médecin voisin. Mais celui-ci ayant été informé que le mari de la blessée est actuellement en grève, a refusé d'aller la soigner.

D'autres médecins, sollicités, ont opposé le même refus, prétendant que la grève des médecins était de bonne guerre contre les grévistes qui désorganisent la vie publique.

Toujours est-il que Mme X. vient de succomber, après quarante-huit heures d'horribles souffrances..

***

C'est parce qu'il est impossible qu'un seul praticien consente à ce que ces *fictions* deviennent un jour des *réalités*, que la grève médicale restera toujours théorique.

Ici, le *Sic vos non vobis* virgilien doit être tout à la fois le principe et la règle de conduite. Et, au demeurant, si nous ne faisons pas aux autres ce qu'ils nous font à nous-mêmes, c'est proprement rendre le bien pour le mal, et se conformer ainsi à la plus pure doctrine évangélique, cette doctrine qui rencontre, parmi les médecins, des adeptes fidèles qui proclament à l'occasion publiquement leur foi, et dans la bouche ou sous la plume desquels il est tout à fait inattendu dès lors de rencontrer des encouragements, sinon des excitations, à accomplir des gestes qui sont en complet désaccord avec elle.

Pour conclure et clore le débat en ce qui nous concerne, nous redirons avec la conviction profonde d'être dans la vérité : *la grève contre les malades grévistes, le médecin peut, en principe, dire qu'il la fera ; mais en réalité, il ne la fera jamais.*

G. DUCHESNE.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

Admission des malades payants dans les hôpitaux. Du droit aux honoraires pour les médecins (1).

Des conflits de plus en plus nombreux éclatent entre commissions administratives des hôpitaux, médecins et malades, à l'occasion de l'admission de personnes non indigentes.

Nous allons successivement analyser chaque intérêt, puis la situation juridique de chacune des parties en cause, pour essayer d'en dégager non une critique, mais une amélioration dans le fonctionnement du service de l'hôpital.

QUELS SONT LES INTÉRÊTS EN PRÉSENCE ?

1° *Les Malades Payants.*

Nous n'avons en vue ici que les hospitalisés qui ne sont pas bénéficiaires des lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893.

Pourquoi un malade aisé demande-t-il son admission à l'hôpital ?

Ce sont des cas de maladie contagieuse qu'il faut isoler.

Pour se faire soigner chez lui, le malade occasionne trop de gêne, en obligeant les membres de la famille d'abandonner leur travail ou leur commerce, pour rester auprès du patient.

Les membres de la famille n'ont pas l'habitude, l'habileté professionnelle, l'autorité morale nécessaires pour donner des soins précis.

Une opération chirurgicale ne peut plus être faite au domicile du malade. Il faut une salle spéciale, des aides, un éclairage suffisant, une instrumentation considérable, etc...

Il n'existe de maisons de santé, de cliniques, que dans les grandes villes. Comme nous le verrons tout à l'heure, ces maisons de santé sont d'un prix assez cher, et, par suite, ne sont pas accessibles à toutes les bourses.

Depuis la généralisation de la chirurgie, des examens de spécialités, de rayons X et depuis la guerre qui a provoqué le séjour à l'hôpital de nombreux blessés, les établissements hospitaliers ont perdu leur ancien renom de lieu d'horreur, uniquement consacré aux indigents, qui y viennent finir leurs jours. La bourgeoisie ne croit plus déroger en se faisant soigner dans un hôpital.

Certaines collectivités doivent, de leurs deniers faire soigner toute une catégorie de malades. Ce sont les compagnies d'assurances contre les accidents du travail, ou les mutualités.

L'admission de l'assuré est moins onéreuse, pour la collectivité en question, que les soins médicaux et pharmaceutiques donnés à domicile, surtout pour les cas graves et chirurgicaux.

Il en est de même pour l'application de la loi du 31 mars 1919, sur les pensions militaires et les réformés de guerre.

L'exode vers l'hôpital est favorisé par les services de consultations externes, qui existent dans les hôpitaux de grande ville.

Le contrôle à l'entrée de ces consultations est parfaitement illusoire.

Les malades aisés ne craignent pas de coudoyer des indigents, des loqueteux, pour obtenir gratuitement l'avis d'un grand maître (ou de celui qu'on croit être le grand maître, car celui-ci est souvent remplacé par un de ses aides).

Dans les villes secondaires, l'hôpital est le seul endroit où se trouvent les instruments nécessaires, pour faire un examen complet, tant en chirurgie, spécialité, qu'en radiologie : les malades prennent donc peu à peu l'habitude d'aller à l'hôptal.

2° *L'Hôpital.*

Son patrimoine est restreint, provenant de fondations, legs, donations, de subventions communales, etc.

Les dépenses sont de plus en plus considérables, du fait de la cherté des frais d'opérations et de pansements, des dépenses de première installation des salles de chirurgie, de radiologie, etc., de laboratoires, nécessitées par la médecine moderne.

Le prix de la vie est considérablement augmenté, alors que les revenus du fonds de dotation de l'hôpital tendent à décroître.

Les commissions administratives doivent donc

(1) Rapport présenté à la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance.

défendre le patrimoine des pauvres, qui devient de jour en jour insuffisant, alors que les malades payants n'indemnisent pas les dépenses occasionnées par leur admission.

3° *Le Corps Médical Hospitalier.*

Respectueux des traditions de dévouement et de désintéressement, les médecins et chirurgiens de tous les hôpitaux de France acceptent de soigner les pauvres, pour une indemnité annuelle dérisoire ; mais ils protestent à juste titre contre l'exode de malades aisés, qui, à l'hôpital, ne devront aucun honoraire à leur chirurgien, alors qu'à domicile, ils auraient versé les sommes nécessaires pour leur traitement.

Il existe trois catégories de médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux :

a) Nommés au concours (hôpitaux de grande ville) ;

Le titre est très recherché pour plusieurs motifs :

Il a une répercussion en clientèle privée ;

Un service à l'hôpital est un champ d'expérimentation, d'études, de recherches, un centre d'enseignement pour les élèves (aussi un cas intéressant est-il admis à l'hôpital quelle que soit sa condition de fortune).

b) Nommés sans concours (condition de la plupart des petits hôpitaux). Les nominations sont faites par la commission administrative, souvent à la faveur, grâce aux relations, à la politique, à l'ancienneté et non au mérite.

c) Service par roulement entre les médecins de la localité, à la suite de contrats ou d'accords locaux, entre commissions administratives et associations porfessionnelles médicales locales.

C'est un système qui tend de plus en plus à se généraliser.

4° *Le corps médical étranger à l'hôpital.*

Les médecins, qui ne font pas partie du service de l'hôpital, se plaignent du monopole créé au profit de leurs confrères attachés à l'établissement, surtout, lorsqu'en vertu de tractations diverses, ces derniers se font houorer par la clientèle payante, pour soins donnés à l'hôpital.

La nomination au concours n'est pas exempte de critiques : fréquemment, surtout à Paris, on peut prédire, dès que le jury est connu, quels sont les candidats qui seront nommés.

La nomination faite sans concours, par la commission administrative de l'hôpital, excite les compétitions, les jalousies, les rivalités.

CRITIQUES DE L'ÉTAT ACTUEL.

Trop de faux pauvres sont admis à l'hôpital et y exploitent le bien des pauvres. L'admission est trop facile ; les papiers d'identité, d'indigence, sont souvent falsifiés, ou ne donnent que peu de garantie.

Les payants prennent la place des miséreux, pour qui cependant ont été institués les hôpitaux. Des malades pauvres, surtout en hiver ou en temps d'épidémies, ne peuvent être hospitalisés faute de place.

Les indigents et les payants étant souvent admis dans les mêmes salles, il en résulte un encombrement : on place des lits supplémentaires, des couchettes, des brancards. D'où mauvaise hygiène, surpopulation, contagions possibles, surmenage pour le personnel, qui, d'autre part, se laisse séduire par ceux qui donnent des pourboires ; les examens médicaux sont faits hâtivement, superficiels.

Les médecins sont souvent fautifs : ceux de ville envoient trop facilement à l'hôpital tant les indigents, parce que les tarifs de l'assistance médicale gratuite pour soins à domicile sont dérisoires, que payants, parce qu'ils ignorent souvent vers quelle maison de santé diriger leurs clients.

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux demandent trop facilement l'admission dans leur service d'un cas intéressant, bien qu'aisé, ou d'un malade qui ne peut verser la forte somme, alors que beaucoup de grands maîtres ne veulent pas consentir à adresser ces malades modestes à un de leurs confrères, dont les prix sont plus abordables. (« c'est 3.000 francs ou l'hôpital »).

Constatons enfin que la loi du 7 août 1851, celles spéciales à Paris, Lyon, etc., comme le règlement modèle du 25 décembre 1899, sont trop anciens et ne sont plus adéquats à l'art médical moderne, qui, depuis 1851, s'est complètement transformé sous l'influence successive de l'anesthésie, de l'antisepsie, de la chirurgie, de la spécialité, des rayons X, etc.

Critiques concernant les cliniques et maisons de santé :

Leur prix de journée est toujours élevé, supérieur à celui de l'hôpital : à cause des frais généraux très lourds, des impositions, patentes, etc., (dont sont dispensés les établissements publics), des appointements du personnel infirmier.

Il faut de plus payer des intérêts au capital d'apport, ou verser des dividendes aux actionnaires ou aux commanditaires.

Ces maisons sont peu nombreuses et n'existent que dans les grandes villes. Elles ne sont donc souvent accessibles qu'aux malades riches et occasionnent aux clients étrangers à la ville un déplacement pour eux et leur famille.

Ces cliniques sont trop spécialisées pour la chirurgie, ou la spécialité : il n'existe peu ou pas de maisons pour malades de médecine, pour contagieux, etc...

Enfin les cliniques accusent les hôpitaux de leur faire une concurrence illicite et déloyale.

SITUATION JURIDIQUE.

1° *Entre les hôpitaux et leurs hospitalisés payants.*

D'après les textes législatifs et règlementaires les hôpitaux ont une spécialité absolue : ils sont réservés aux seuls indigents, sauf les cas exceptionnels, prévus par l'article 26 du règlement modèle du 25 décembre 1899. Seuls, en principe, ne devraient être admis comme payants que les semi-indigents et les gens de condition modeste.

Juridiquement, qu'est-il possible de tenter contre un malade aisé, entré par fraude à l'hôpital ?

En l'absence d'un texte de loi, édictant une pénalité, aucune action pénale ne peut être engagée. Cette admission abusive ne constitue pas une escroquerie pouvant tomber sous l'application de l'article 405 du Code pénal.

Seule, une action civile est possible, demandant le remboursement de tous les frais d'hospitalisation, plus des dommages-intérêts, pour compenser le préjudice causé aux indigents. Le syndicat médical local sera fondé à se joindre à l'action, pour demander réparation du préjudice causé aux médecins de la localité. Enfin, la municipalité, au nom des contribuables, pourra également se constituer partie civile, lorsque l'hôpital reçoit une subvention sur les fonds communaux.

L'exclusion du malade entré par fraude ne peut être prononcée que par la commission administrative, et non par le médecin.

2° *Entre les hôpitaux et les blessés du travail hospitalisés.*

En vertu de l'article 4, § 3, de la loi du 31 mars 1905, modifiant celle du 9 avril 1898, les blessés du travail sont admis à l'hôpital moyennant un prix de journée, dont le maximum a été légèrement augmenté par les lois du 5 mars 1917 et du 6 juillet 1920.

A juste titre, les commissions administratives se plaignent de l'insuffisance du prix de journée, nettement inférieur au prix de revient. Il faut considérer que ces blessés du travail ne sont admis à l'hôpital que parce que leurs lésions sont graves et nécessitent des opérations minutieuses, des pansements nombreux et onéreux, des soins assidus, comme une alimentation spéciale et réconfortante.

De plus, ces blessés du travail ne peuvent être assimilés aux indigents, puisque la loi du 9 avril 1898 implique la responsabilité du chef d'entreprise, la plupart du temps assuré à une société d'assurances.

Aussi est-ce à juste titre que les commissions administratives des hôpitaux entendent défendre le patrimoine des pauvres, dont elles ont la charge, en demandant, non seulement la modification du maximum du prix de journée, mais encore la suppression du « tout compris » de l'article 4, § 3, de la loi du 31 mars 1905.

3° *Entre les Hôpitaux et leurs Médecins.*

Quel que soit le mode de nomination (concours, choix, faveur), le lien qui unit la commission administrative de l'hôpital avec les médecins de l'établissement est un contrat de louage de services, contrat d'accession, c'est-à-dire que le médecin, candidat aux fonctions hospitalières, ne peut qu'accepter ou refuser en bloc les conditions de travail que comporte sa nomination.

Chargé d'un service, le médecin n'est pas fondé de refuser ses soins à un malade, parce qu'aisé et admis par fraude à l'hôpital. Il ne peut pas discuter la qualité des malades qui lui sont confiés.

Il doit ou démissionner, ou se soumettre.

Le droit aux honoraires pour les médecins d'hôpitaux.

Les fonctions de médecin d'hôpital comportent l'attribution d'une allocation annuelle, de tout temps minime, parce qu'il s'agissait de donner des soins aux pauvres. Jamais le corps médical n'a songé à se dérober aux traditions de charité et de solidarité sociales.

Mais, en présence des admissions abusives, tendant à faire soigner gratuitement, par un docteur, tel malade aisé, susceptible de verser des honoraires médicaux, vu sa situation de fortune, le corps médical se refuse nettement à être dupe des faux pauvres.

Juridiquement, un médecin d'hôpital peut-il toucher d'autres honoraires que son traitement hospitalier annuel ?

— *Non*, dit le règlement modèle du 25 décembre 1899 (art. 26, note 6). « Le paiement du « prix de journée, fixé dans ces conditions par « commission administrative, leur (aux malades payants) incombera pour toute charge ».

Il résulte des termes de cette circulaire ministérielle que le médecin ou chirurgien d'hôpital n'est pas fondé de réclamer des honoraires de la part des hospitalisés payants ; il ne peut que s'adresser à la commission administrative de l'établissement, qui fixera un prix de journée tel qu'il soit possible d'augmenter le traitement annuel des docteurs.

Nous ne partageons pas cette manière de voir et, à notre avis, la circulaire ministérielle précitée n'est pas opposable aux médecins d'hôpitaux, parce que ces derniers ne peuvent pas être considérés comme des fonctionnaires. La jurisprudence à été appelée maintes fois à décider, pour des questions de responsabilité professionnelle, l'indépendance du médecin d'hôpital, qui n'est ni un fonctionnaire, ni un employé.

Par suite, la circulaire ministérielle, qui s'im-

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Mᵉ Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

TARIF DUBIEF

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs le TARIF DUBIEF avec son Répertoire alphabétique.

Prix franco : 1 fr.

pose aux fonctionnaires du département ministériel, ne saurait restreindre les droits civils des docteurs d'hôpitaux.

En second lieu, nous rappellerons une autre circulaire ministérielle, du 22 novembre 1902, qui autorise les médecins d'hôpitaux à réclamer des honoraires aux blessés du travail : ce qui infirme les défenses de se faire honorer, prescrites par le règlement modèle de 1899.

Il faut en conclure que, civilement, le médecin d'hôpital pourrait réclamer ses honoraires mais, administrativement, il pourrait, de ce fait, être l'objet d'une mesure disciplinaire de la part de la commission administrative de l'établissement.

— *Oui*, dit la jurisprudence, par de nombreuses décisions :

Soit lorsque le règlement de l'hôpital en donne l'autorisation ;

Soit lorsque malade et médecin ont passé une convention particulière, avant l'admission du patient à l'hôpital.

Pour les blessés du travail, le « tout compris » de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905 s'oppose absolument à une rémunération du médecin par le malade ou son responsable (chef d'entreprise, ou assurance).

Allant plus loin, la Cour de Cassation, par arrêt de la Chambre Civile, en date du 22 mars 1909 (S. 1909. 1. 438. D. 1910. 1. 133) a mis à la charge de l'hôpital les honoraires d'un chirurgien, étranger à l'établissement, appelé pour y pratiquer une opération sur un blessé du travail, alors que cette opération ne pouvait être faite par le médecin titulaire.

Pour éviter cette responsabilité et pour ne pas grever le budget des pauvres, certaines commissions administratives ont décidé de n'admettre les accidents du travail que dans des chambres et salles payantes, uniquement réservées aux malades payants.

La jurisprudence considère ces victimes du travail comme n'étant pas hospitalisées, mais comme admise dans une cliniques privée. Par suite, le « tout compris » n'est pas applicable : le prix de journée à payer est, non celui de la loi du 31 mars 1905, modifiée par celle du 5 mars 1917, mais celui que doit tout malade payant. De plus, médecin et chirurgien ont droit aux honoraires de la part du chef d'entreprise ou de son assurance (J. P. Autun, 22 mai 1908 ; J. P. Confolens, canton nord, 18 janvier 1909 ; J. P. Plombières, 9 sept. 1911 ; J. P. Nuits St-Georges, 29 sept. 1911, confirmé par Trib. civ. Beaune, 22 déc. 1911 ; J. P. Malestroit, Morbihan, 4 sept. 1919, etc.).

QUE FAIRE ?

Nous laisserons de côté la proposition de loi du Dr Grinda, Député de Nice, sur l'assurance maladie obligatoire, et sur la transformation des hôpitaux, grâce aux ressources produites par cette assurance ; nous n'envisagerons pas non plus les divers projets d'organisation de dispensaires d'hygiène sociale, dans les hôpitaux cantonaux.

1° *L'hôpital gratuit pour tous.*

Quiconque serait malade pourrait se faire soigner gratuitement à l'hôpital. L'Etat nationaliserait l'art de guérir, comme il a nationalisé l'école primaire.

Les médecins d'hôpitaux, largement payés, pour ne pas avoir à faire de clientèle, se consacreraient aux soins à donner aux hospitalisés, à l'enseignement aux étudiants, aux laboratoires, etc.

2° *Aucun malade payant ne serait admis à l'hôpital.*

En vertu de leur spécialisation, les hôpitaux n'admettraient que les seuls indigents bénéficiaires des lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893.

C'est un moyen trop radical, car il écarterait de l'hôpital les semi-indigents, les petites gens, les besogneux, qui ne peuvent pas faire les frais d'un séjour à la maison de santé.

D'autre part, les cliniques sont assez rares et, actuellement, dans beaucoup de localités françaises, l'hôpital des pauvres fait fonction de maison de santé pour ceux qui peuvent payer.

3° *L'hôpital maison de santé.*

Des salles, chambres et même des pavillons seront exclusivement payants et affectés aux seuls non-indigents. Selon ses ressources, chacun choisira soit le dortoir, soit la chambre à 4, ou 2, ou un lit.

Avantages. — Pour l'hôpital : concentration de l'art de guérir et diminution des frais généraux : ce sera le même chauffage central, les mêmes dépendances et communs, les mêmes salles d'opérations, de radiologie, de laboratoires ; des achats en gros peuvent être faits pour la nourriture, la literie, etc.

Le paiement des prix de journée s'ajoutera aux recettes générales et permettra d'améliorer le patrimoine des pauvres, comme de faire diminuer la subvention, qui doit être réclamée chaque année au budget municipal.

Pour les malades : ayant une maison de santé à proximité de chez eux, sans avoir besoin d'aller à la ville, maison de santé accessible à toutes les bourses, le malade prendra l'excellente habitude de ne plus se faire soigner chez lui, pour toute affection nécessitant des soins minutieux et de longue durée.

Objections. — En droit, un établissement public ne peut pas faire acte de commerce. Mais on

peut répondre qu'il ne saurait y avoir de partage de bénéfices et que seul le patrimoine des pauvres y trouverait des ressources nouvelles.

En droit administratif, il est probable que, devant le Conseil d'Etat, les hôpitaux se verraient reconnaître le droit d'établir, dans leur enceinte, des salles payantes, pouvant être considérées comme des maisons de santé, du moment où la santé publique rend nécessaire cette création. Nous citerons à cet effet le précédent autorisant les Caisses d'épargne à exploiter des bains-douches.

Enfin les indigents ne verraient plus leurs lits, fondés pour eux seuls, être accaparés par les payants. Seraient de la sorte évités des procès en responsabilité possibles, alors qu'un indigent, ayant obtenu l'assistance judiciaire, se prétendrait lésé par des soins donnés trop hâtivement à l'hôpital, ou par une entrée dans l'établissement, qui lui aurait été refusée faute de place.

Mais où trouver les crédits nécessaires, pour l'aménagement ou la construction de ces salles payantes ?

On peut faire appel aux subventions communales, ou départementales, ou autoriser des emprunts : le remboursement se fera progressivement sur les bénéfices annuels.

Ces cliniques, créées à l'intérieur des hôpitaux ne pourront-elles pas être accusées de faire une concurrences déloyale aux maisons de santé déjà existantes ? D'autant qu'à Paris, par exemple, ont été fondées des cliniques à prix abordables, pour gens modestes.

Nous répondrons que ces créations doivent s'inspirer avant tout des besoins locaux, surtout lorsqu'il n'existe pas de maison de santé privée à proximité de l'hôpital cantonal. De plus, dans nos conclusions, nous réclamons l'entente avec les organisations professionnelles médicales locales et commissions administratives, pour que les bonnes volontés, comme les connaissances techniques de chacun soient réunies pour un but commun : le soulagement de l'humanité souffrante.

En second lieu, pour protéger, d'une part, l'intérêt légitime des cliniques privées, et d'autre part, le droit des indigents, devra être institué à l'entrée, tant de l'hôpital que des salles payantes, un contrôle, dont nous allons donner les grandes lignes.

Contrôle à l'entrée. — Tout malade qui, pour faciliter son admission, présentera une feuille quelconque, établissant son état d'indigence, devra apposer, à l'hôpital, sa signature sur ladite feuille, qui lui sera retirée.

Le document ou la signature seraient-ils reconnus faux que celui qui s'en serait servi pourrait être l'objet de poursuites pénales.

De plus, le malade, ou ses représentants, devraient signer, avant l'entrée, une déclaration, concernant son état d'indigence, ou de semi-indigence, ou de condition modeste, déclaration comportant l'engagement à payer une somme déterminée, à titre d'amende et de dommages-intérêts, au cas où le malade aurait caché sa véritable condition de fortune.

Pour rendre effectives les recherches de tromperies et de supercheries, les agents enquêteurs se mettraient en rapport avec la commission administrative et les médecins locaux. Ils toucheraient un tant pour cent sur les sommes qu'ils feraient ainsi rentrer dans la caisse de l'hôpital.

Droit pour les médecins d'hôpitaux de réclamer des honoraires. — Tout malade admis dans les salles gratuites recevra gratuitement les soins médicaux et chirurgicaux nécessités par son état.

Tout malade admis dans les salles payantes devra rémunérer ses docteurs. Les règlements hospitaliers, qui reconnaissent ce droit aux honoraires, sont de plus en plus nombreux, car les médecins se refusent absolument à soigner gratuitement, comme indigents, des malades qui peuvent parfaitement les honorer.

Faut-il que ces honoraires soient librement débattus entre malades et médecins, ou la commission administrative doit-elle s'interposer ?

La commission administrative pourrait servir de régulateur, pour empêcher certains abus possibles, au cas où il serait reproché à un chirurgien de demander des prix exorbitants. La commission administrative pourrait par exemple s'inspirer du tarif syndical médical local, qui comporte trois catégories de prix, selon les conditions de fortune des clients.

Mais, malgré sa bonne volonté, la commission administrative ne peut pas connaître d'avance les difficultés que peut comporter un traitement, ni les complications possibles.

Il serait, d'autre part, à craindre que, servant d'intermédiaire entre le médecin et le malade, la commission administrative puisse être rendue responsable du paiement des honoraires médicaux, au cas où le client, ou ses proches, se refuseraient à acquitter leur dette vis-à-vis de docteurs.

Il nous semblerait préférable de laisser la liberté des tractations ; mais au cas où la commission administrative croirait devoir se saisir de la protestation d'un hospitalisé, au sujet des honoraires demandés par un docteur, elle pourrait demander à l'association professionnelle médicale locale de lui faire un rapport, après enquête, sur l'incident.

Quels médecins auront accès à l'hôpital ? — Pour les soins à donner dans les salles gratuites, rien ne doit être changé au mode actuel, bien que

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs:

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Goddard, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains, Boëf.
Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Dresch, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. H. Bène.
Bagnoles-de-l'Orne. J. Arnaud, Joly, Pesnel.
Barèges. Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Lacour.
Bourbon-Lancy, Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Mansillon.
Bourbonne-les-Bains Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains, Colbert. — Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets Anglade, Armengaud, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, Bayrac, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Baillivet.
Eaux-Bonnes. Bajac.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Evaux-les-Bains. J. Gruzu, Lepage.
Evian, L. Da'ard, Martinaud.
Forges-les-Eaux. Bernardicou
Gréoux (Basses-Alpes). C. Mathieu, Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule. Christin, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot.
Luchon, Dufech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Pelon.
Luxeuil-les-Bains. Bornèque, Cugnier, Gauthier, Picot, Rimey.
Martigny. Dedet. Payen.
Mont-Dore J. André, Débidour, Dubruel, Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard. Gillot. Hagen, de Langenhagen, Truelle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert
Royat. Chassagnard. Mougeot.
Salins-les-Bains Bourny.
Salies-de-Salat. Barbé.
Saint-Didier, (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Alphonsi. Baradat. Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte. Odin. Ségard.
St-Nectaire. Serane, Siguret, Yersepuy.
St-Sauveur. Sabail.
Salies-de-Béarn. Callais, Coustère. David. Reynaud
Sermaize-les-Bains. Rousselot.
Thonon-les-Bains. Voillaume.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains, Chabannes, David.
Vichy. Cahen, Casteran, Chevreux, Cotar, Gannat, Guiuard, Gandelin, Reynes, Ed. Vidal.
Vittel, Constant, Mousseaux.

nos préférences aillent nettement, surtout pour les hôpitaux de moyenne et de petite importance, à la conclusion de contrats collectifs de travail, dont nous proposons, en annexe, un projet.

Pour les soins à donner dans les salles payantes il nous semble désirable que tous les docteurs puissent avoir le droit d'y traiter leurs clients, chacun devant, bien entendu, se conformer au règlement intérieur de l'établissement.

Deux raisons militent en faveur de notre thèse:

1º La liberté de confiance est un des principaux facteurs de guérison. Le malade croit donc avoir le droit de se faire soigner par le praticien qu'à tort ou à raison il considère comme étant le plus capable.

2º Il ne faut pas créer un monopole en faveur des seuls médecins des hôpitaux, au cas où ils auraient seuls le droit de donner des soins aux clients admis en salles payantes. La clinique de l'hôpital doit donc être ouverte aux médecins, comme le sont actuellement les maisons de santé privées.

4º *Maisons de santé privées à bon marché, indépendantes de l'hôpital.* — L'Assistance publique, à Paris, et les commissions hospitalières, en France, pourraient avoir le droit d'organiser des maisons de santé, à bugdet indépendant de celui de l'hôpital, mais pouvant bénéficier de marchés en commun, de prêts d'instruments ou autres. Ces maisons pourraient être, comme établissements publics, dégrevés d'impôts, de patentes, etc., à la condition de ne recevoir que des malades de condition modeste, lorsqu'il existe, dans la même ville, d'autres maisons de santé privées.

A Paris ,existe la Maison Dubois, dont l'exploitation coûte fort cher à la ville. Cette maison n'est qu'un hôpital payant et ce n'est pas sur son modèle que nous concevons les maisons de santé modestes, dont il s'agit.

Nous posons toujours les mêmes principes que plus haut : libre choix du médecin et droit aux honoraires médicaux.

Il serait alors admis que les hôpitaux existants ne recevraient plus que des indigents (lois de 1851 et de 1893). Les payants seraient dirigés sur ces maisons de santé à bon marché et pour créer ces dernières, on pourrait désaffecter un ou deux hôpitaux, dans une ville comme Paris, en attendant de réunir les crédits nécessaires pour construire ces établissements payants.

5º *Les consultations gratuites à l'hôpital.*

Ces consultations, organisées dans les hôpitaux de grande ville, sont mal faites, parce que les médecins sont débordés par le grand nombre des malades qui se présentent. Les contagions peuvent se produire dans les salles d'attente encombrées.

Ces consultations font double emploi avec celles gratuites, instituées par le Bureau de Bienfaisance, par le service de l'assistance médicale gratuite, ou par la bienfaisance privée.

Ces services de consultations externes ne devraient être que des services de diagnostic. Un malade, sur la demande écrite de son médecin traitant, serait examiné aux rayons X, ou pour une spécialité, ou pour un cas chirurgical. Au besoin, il pourrait être hospitalisé pour 2 ou 3 jours, soit dans une salle gratuite, soit dans une salle payante, selon sa condition de fortune.

Les examens seraient gratuits pour un bénéficiaire des lois de 1851 et de 1893 ,payants pour les autres.

Le résultat serait envoyé directement au médecin traitant, qui continuerait à soigner le patient, soit aux frais de ce dernier, soit au compte de l'assistance médicale gratuite, selon les cas.

Déclaration de principe. — Avant de conclure, nous avons le devoir de proclamer la nécessité d'une entente entre les commissions administratives des hôpitaux et les associations professionnelles médicales locales. A l'individualisme outrancier, qui éloigne tant les individus que les groupes, doit se substituer une forme de travail en commun, rendue nécessaire par notre évolution sociologique.

Dans l'intérêt supérieur de la santé publique, il est nécessaire d'organiser une collaboration étroite entre ceux qui s'occupent d'assistance et de bienfaisance, les commissions hospitalières, les conseils municipaux et généraux, l'administration préfectorale, d'une part, et les associations professionnelles médicales d'autre part. L'union entre toutes les compétences techniques est indispensable pour obtenir un rendement maximum des ressources consacrées à la charité et à la bienfaisance.

C'est dans ce but que nous donnons en annexes un projet de contrat collectif et un projet de délibération de commission hospitalière.

Nous convions d'une façon instante les administrateurs des hôpitaux à convoquer le corps médical local, pour, de concert, organiser cette admission des malades payants, étudier le meilleur mode d'hospitalisation, l'utilité de la fondation de chambres ou salles payantes, voire même de cliniques, annexées ou non à l'hôpital et enfin arrêter en commun le service médical, en utilisant toutes les compétences de tous les docteurs de la localité.

CONCLUSIONS.

En attendant une refonte de nos lois et règlements d'assistance, dont l'étude doit être faite en collaboration avec les associations pro-

fessionnelles médicales et l'Union des Syndicats médicaux, il est désirable :

1° Que le principe de la spécialisation des hôpitaux soit strictement respecté par les commissions administratives, en ce sens que ne doivent être admis à l'hôpital, dans les salles gratuites, que les seuls indigents, bénéficiaires des lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893.

2° Les hôpitaux doivent être autorisés à faire fonction de maison de santé, c'est-à-dire à organiser des salles, chambres, ou pavillons, uniquement réservés aux malades payants, après accord avec les médecins locaux et selon les localités, les circonstances, les lieux, l'absence d'autres maisons de santé privées, etc.

Pour l'organisation de ces divers services médicaux, des ententes locales sont souhaitables, entre commissions hospitalières et syndicats médicaux, pour aboutir à un contrat collectif de travail, ou à une délibération, dont ci-après des projets.

Les bases de ces accords seront les suivantes :

La maison de santé à bon marché, ou les salles payantes, seront nettement distinctes des salles gratuites.

Les malades payants auront le libre choix de leur médecin traitant.

Le règlement, conclu avec les associations professionnelles médicales, devra prévoir le mode selon lequel ces soins seront donnés, par les différents médecins pour éviter le désordre et les conflits.

Le prix de journée sera indépendant des frais médicaux et pharmaceutiques.

Ces frais médicaux seront : soit traités de gré à gré entre le malade et son médecin, soit convenus par l'intermédiaire de la commission administrative, d'après le tarif médical syndical local.

Une commission d'arbitrage devrait être créée, composée mi-partie d'administrateurs de l'hôpital, mi-partie de médecins, pour connaître de tous les conflits, comme pour donner toute collaboration, tous avis utiles pour l'amélioration du service hospitalier.

Dr Paul Boudin.
Docteur en médecine,
Docteur en droit.

ANNEXE I

Projet de Délibération.

La Commission administrative de l'Hôpital de ...

Vu la loi du 7 août 1851 et le règlement modèle du 15 décembre 1899, qui autorise, par son article 26, les hôpitaux à créer des chambres et salles payantes :

Considérant que les hôpitaux et hospices sont des fondations à but charitable, devant être uniquement réservées aux malades privés de ressources.

Considérant que l'élévation du coût de la vie oblige la Commission administrative à se montrer très économe du patrimoine des pauvres et que rien de ce patrimoine ne peut être détourné de son affectation charitable ;

Considérant que, de plus en plus, l'hôpital devient un centre de traitement et de diagnostic, que, notamment, les opérations chirurgicales y sont pratiquées avec plus de sécurité qu'au domicile du malade ;

Considérant que des personnes non indigentes et n'étant pas privées de ressources demandent leur admission à l'hôpital, soit parce qu'il n'existe pas de maison de santé dans leur voisinage, soit parce que les prix de ces maisons de santé sont trop élevés pour leurs ressources ;

Mais considérant que ces mêmes malades non indigents n'entendent pas recevoir des soins au détriment et aux dépens du bien des pauvres, mais veulent payer les frais qu'ils occasionnent, comme dans une maison de santé à prix modiques ;

Délibère :

Tout malade, ne tombant pas sous l'application des lois des 7 août 1851 et 15 juillet 1893, ne sera admis à l'hôpital de ..., que dans les salles et chambres payantes.

Le prix de journée d'entretien, comprenant le logement, la nourriture, l'éclairage, le chauffage et les soins du personnel infirmier, est fixé à ... francs par jour, dans une salle payante, de ... francs, dans une chambre particulière.

Ces malades auront à régler en sus et directement aux ayants droit les frais de médecins, de chirurgiens, de spécialistes et de fournitures pharmaceutiques.

Vu, d'autre part, le paragraphe 3 de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, modifiant celle du 9 avril 1898, sur les accidents du travail et les lois du 5 mars 1917 et du 6 juillet 1920 modifiant le prix de journée pour hospitalisation des blessés du travail,

Vu l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions pour réformés de guerre,

Considérant l'insuffisance manifeste et notoire du maximum fixé pour les frais de journée d'hospitalisation des accidentés du travail,

Considérant que ces blessés ne sont admis à l'hôpital que parce que leurs blessures sont graves et nécessitent des opérations minutieuses, des pansements nombreux et onéreux.

Qu'il résulte, dès lors, des dépenses supérieures au prix de revient, tant du fait des opérations et de frais d'instrumentations diverses, que de l'abondance des matières à pansements, de médicaments, sans compter les alibiles de choix et les toniques, les régimes réconfortants, nécessités par la gravité de la blessure et des interventions chirurgicales,

Considérant qu'un blessé du travail ne peut être tenu pour indigent, puisque le responsable des frais est un chef d'entreprise, ou une compagnie d'assurances contre les accidents ;

Considérant qu'il serait dès lors de mauvaise administration du bien des pauvres que de faire supporter au budget de l'hôpital une partie quelconque

de ces frais d'entretien et de soins, alors que, pour les blessés du travail, c'est le chef d'entreprise ou l'assurance qui est responsable, et l'Etat pour les réformés de guerre ;

Considérant qu'en admettant à l'hôpital un blessé du travail, la Commission administrative encourt la responsabilité, fixée par l'arrêt de la Cour de Cassation, Chambre Civile, du 22 mars 1909, mettant à la charge de l'hôpital les honoraires d'un chirurgien étranger à l'établissement, appelé pour y opérer un blessé du travail, alors que l'opération ne pouvait être pratiquée par les médecins titulaires.

Mais, considérant les nombreuses décisions de jurisprudence, décidant qu'un blessé du travail, admis dans une salle ou chambre payante, à l'hôpital, n'est pas hospitalisé, mais doit être considéré comme soigné dans une clinique privée et que, par suite le « tout compris » n'est pas applicable (J. P. Autun, 22 mai 1908 ; J. P. Confolens, canton nord, 18 janvier 1909 ; J. P. Plombières, 9 septembre 1911 ; J. P. Nuits-Saint-Georges, 29 sept. 1911, confirmé par Trib. civ. Beaune, 22 déc. 1911 ; J. P. Malestroit, Morbihan, 4 sept. 1919, etc., etc.).

Délibère :

Les malades et blessés, soit accidentés du travail, soit réformés de guerre, seront désormais assimilés à tous autres malades payants et admis uniquement dans les salles et chambres payantes de l'établissement.

Pour les blessés du travail, le chef d'entreprise responsable sera tenu de s'engager, par écrit, comme le fait tout malade payant, à règler tant le prix de journée, fixé pour l'admission dans les salles et chambres payantes, que les frais médicaux et pharmaceutiques, qui seront versés par lui aux médecins et pharmaciens ayants droit.

ANNEXE II

Contrat collectif.

Entre les soussignés :

M. X., représentant la Commission administrative de l'Hôpital de ..., et agissant au nom de celle-ci, d'une part ;

Et M. le Docteur Y., représentant le Syndicat des médecins de ... et agissant au nom de celui-ci, d'autre part ;

Il a été convenu ce qui suit :

1° La Commission administrative de l'Hôpital de ... charge le Syndicat des médecins de ... d'assurer, à l'hôpital, le service de médecine, de petite et moyenne chirurgie.

Les malades et blessés, hospitalisés, devront être visités chaque jour, selon les prescriptions du règlement actuellement en vigueur.

Le syndicat médical assurera également le service de garde, ainsi que le remplacement, en cas d'absence du médecin de service.

2° Le Syndicat médical assurera ce service, moyennant une indemnité annuelle de ... francs, qui sera versée entre les mains du trésorier du syndicat, par l'économe de l'hôpital.

Le syndicat partagera cette somme entre les médecins ayants-droit, sans que la commission administrative de l'hôpital soit appelée à intervenir dans ce partage.

3° Cette somme de ... francs, ci-dessus mentionnée, ne s'applique qu'aux soins qui doivent être donnés aux indigents, hospitalisés en vertu des lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893.

Pour tous autres malades ou blessés payants, blessés du travail, réformés de guerre, etc., qui seront admis uniquement dans les salles payantes, les médecins auront le droit de réclamer directement leurs honoraires à ces malades, ou à leurs représentants, étant bien entendu que le prix de séjour réclamé par la commission administrative de l'hôpital à tout malade, qui n'entre pas dans les catégories fixées par les lois des 7 août 1851 et du 15 juillet 1893, ne comprennent que les frais de nourriture, de couchage, etc., et nullement les frais médicaux et pharmaceutiques, qui restent à la charge des hospitalisés payants, blessés du travail, etc., ou de leurs responsables.

4° En cas de plainte portée contre un médecin, à l'occasion de son service à l'hôpital, ou en cas de conflit, le litige sera porté au choix de la partie la plus diligente, soit devant le Conseil de famille du Syndicat médical de ..., juridiction confraternelle que tout médecin, syndiqué ou non, mais chargé d'un service à l'hôpital, s'engage à reconnaître et à accepter, soit devant une commission composée de trois délégués de la Commission administrative de l'hôpital et de trois médecins, désignés par le Syndicat médical de .....

Cette dernière Commission sera présidée par le Juge de Paix de ... (ou par le Président du Tribunal civil de ..) ou par toute autre personne désignée d'accord. Les parties devront se soumettre à cet arbitrage, par leur acquiescement aux clauses du présent contrat.

En cas de condamnation pécuniaire, prononcée par cette commission, contre un médecin de l'hôpital, comme réparation ou dommages-intérêts, vis-à-vis de la Commission administrative de l'hôpital, le syndicat médical de ... sera tenu pour responsable, quitte à ce groupe à se retourner contre le médecin condamné.

Le présent contrat prendra fin trois mois après sa dénonciation par une des parties contractantes.

Fait à ... en triple exemplaire, le .....

Lu et approuvé, Lu et approuvé,

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Une manœuvre.

J'ai reçu, il y a quelques jours, la lettre suivante, avec l'entête de la Fédération mutualiste de la Seine :

Monsieur le Docteur,

Plusieurs sociétés de secours mutuels, adhérentes à notre Fédération, nous ont fait connaître que vous consentiez, ainsi que plusieurs de vos confrères l'ont accepté, de soigner les membres des Sociétés de Secours Mutuels adhérentes à notre union aux prix suivants :

3 fr. par consultation à votre domicile.
5 fr. par visite à domicile.
10 fr. par visite de nuit.

Les opérations dites de pette chirurgie seraient l'objet d'une entente spéciale avec MM. les Médecins.

Afin de nous entendre avec nos 550 sociétés affiliées, et pour leur fournir les noms, adresses, dates et heures de consultation de nos médecins, nous vous serions obligés de nous faire savoir dans le plus court délai possible, si vous aceptez bien les conditions consenties par d'autres docteurs et nous donner le cas échéant, les renseignements nécessaires pour vos consultations.

Nous vous assurerons de notre clientèle mutualiste et vous prions d'agréer, etc...

Rien ne me désignait spécialement à l'attention de ces messieurs, et cette lettre circulaire a dû être envoyée à la majorité des médecins de Paris: ceci demande un mot d'explication. Depuis quelque temps, la plupart des sociétés mutuelles étaient invitées par leurs médecins à relever le taux des honoraires. Ceux-ci, en présence de la vie chère, las de l'exploitation des sociétés mendiantes, voulaient s'affranchir et réclamer des honoraires en rapport avec la situation économique .

On fit sortir alors les vieux clichés : dévouement, philanthropie, reconnaissance, sacerdoce ; mais, comme cela ne prenait plus, on informa les médecins que les sociétés étudiaient leurs revendications. Au bout d'un certain temps, on répondit que l'état de la Caisse ne permettait pas de faire droit à leurs demandes, d'où conflit.

Mais les sociétés avaient cherché à gagner du temps et pendant ce délai, elles s'efforçaient de trouver une combinaison pour briser la résistance de nos confrères.

Il se fit un trust de sociétés mutuelles qui s'adressa à tous les médecins pour leur offrir dans chaque quartier le monopole des soins aux mutualistes, les alimenter de médecine à la grosse, où le praticien perdant sur chaque acte médical, se rattrapait sur la quantité.

Un certain nombre de médecins acceptèrent. Ils ne se rendaient pas compte qu'ils auraient un travail énorme à fournir pour des honoraires qui ne permettraient pas de vivre; et que, surmenés par cette clientèle spéciale, ils n'auraient guère de loisirs pour donner leurs soins à une clientèle plus riche plus rémunératrice et plus sélectionnée. Se rendent-ils compte, ces malheureux confrères, du rôle souvent inconscient qu'on leur fait jouer ? Savent-ils qu'en acceptant ces propositions ils nuisent à leurs confrères, qu'ils empêchent les aspirations légitimes de tout le corps médical : vivre et faire vivre les siens en travaillant? Médecins riches, faisant de la philanthropie intéressée par l'appât de titres ou décorations, besogneux ou jeunes confrères peu au courant de la pratique médicale, ou incapables d'un effort dans la lutte pour l'existence et préférant la médiocrité doublée de la tranquillité ; voilà le service médical à la solde de nos sociétés mutuelles d'après guerre.

Ce qui se passe à Paris se passe ou va se passer dans nos villes de province ; soyez en sûrs, Confrères, surtout si l'essai parisien réussit. Si vos syndicats vous trouvent assez unis pour refuser tous les présents d'Artaxercès, soyez certains que prochainement, vous verrez des mutualistes amener dans vos villes des confrères étrangers à la région, des jaunes ou des renards, en langage syndical, comme nous en avons eu un exemple récent à Limoges.

Méfiez-vous, Confrères, de cette manœuvre et dès maintenant apprêtez-vous à lutter. Cela est d'une importance capitale ! Demain, doit se discuter la loi sur l'invalidité-maladie obligatoire. La mutualité espère être l'organisme indispensable de la mise en action de la loi, elle doit en causer et poserles jalons de sa coopération dans le prochain Congrès de la Mutualité qui doit se tenir à Angers en septembre. Elle dira à nos dirigeants : pourquoi voter tel ou tel tarif réclamé par les Syndicats puisque j'ai pu organiser dans toute la France un service médical à des tarifs bien inférieurs à ceux en discussion? Confiez-nous le service, votre responsabilité sera mise à l'abri et le budget réalisera des économies.

Pour nos prochaines discussions, le danger le voilà !

Dr M. VIMONT.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

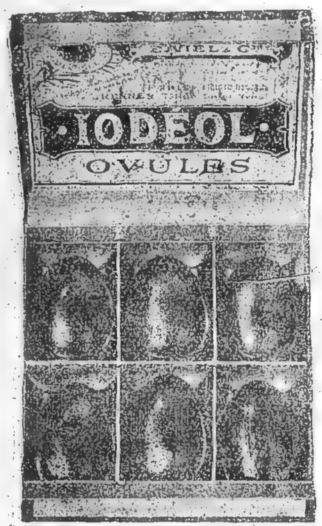
SALICAIRINE

INDICATIONS

DIARRHÉES ET ENTÉRITES CHRONIQUES

DIARRHÉES INFANTILES
DIARRHÉES BACILLAIRES (Flexner, Shiga, His)
DIARRHÉES DES TUBERCULEUX
DIARRHÉES GRIPPALES — DIARRHÉES HÉMORRAGIQUES

Pas de contre-indications



AFFECTIONS GÉNITO-URINAIRES

Iode colloïdal électrochimique

pur et stable

ni caustique, ni toxique, très diffusible
cicatrisant antiseptique puissant
spécialement à l'égard du GONOCOQUE

Urétrites aigues et chroniques
Folliculites, Cystites
Orchites et Orch.-épididymites
Blennorrhagie de la femme
Bartholinites, Métrites, Annexites.



IODARGOL. — Ampoules (2 cc. renferment 25 p. 100 d'iode colloïdal) : 2 cc. 2 fois par jour dans les métrites, une injection intra-urétrale : en 48 h., disparition de la douleur à la miction ; guérison en 8 à 15 jours des métrites aigues, en 2 à 4 semaines des métrites chroniques, cystites, folliculites.

IODARGOL. — Pansement : badigeonnages quotidiens sur le scrotum dans l'orchite : en 48 h., disparition des phénomènes inflammatoires ; attouchements, badigeonnages quotidiens dans les affections gynécologiques ; cessation de la douleur et de l'écoulement, cicatrisation rapide.

IODÉOL. — Ovules, pour pansements continus dans les affections gynécologiques : un ovule tous les soirs.

Échantillons et littérature → E. VIEL et Cie, 3, rue de Sévigné, PARIS

de la guerre. D'après le texte de la loi.dois-je ou ne dois-je pas les impôts des 7 premiers mois de 1914 ?

D'autre part, rien ne m'a été accordé concernant le dégrèvement pour mon automobile.

Or, j'ai passé toute la durée de la guerre au front, sans compter un seul jour à l'intérieur, dans ces conditions, n'ayant pas utilisé mon automobile, n'ai-je pas droit à un dégrèvement et quel est le moyen de l'obtenir ?

Pour la patente et autres impôts, à partir de quel moment chacun est-il de nouveau imposable ? Est-ce à partir de la date de démobilisation ?

J'ai pu me rendre compte en interrogeant d'autres confrères que la plus grande fantaisie régnait à ce sujet.

Dr G.

Réponse.

Il paraît résulter du texte de la loi du 31 mars 1919 que la contribution personnelle-mobilière est remise aux mobilisés par ladite loi pour l'année 1914 entière.

Quant à la patente, la remise n'en est accordée par la même loi qu'à partir du mois suivant la cessation de l'exercice de la profession patentée.

Pour le point de départ des impôts des bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919 il paraît devoir être, en ce qui concerne la cote personnelle mobilière, le 1er janvier 1920, et en ce qui concerne la patente, le premier jour du mois au cours duquel le mobilisé a repris l'exercice de sa profession.

Quant à la taxe sur les autos, il est reconnu formellement qu'elle ne donne lieu à aucun dégrèvement, l'impôt étant dû par le seul fait de la possession de la voiture, et indépendamment de tout usage. Cette solution, qui est celle de l'administration fiscale, a été approuvée par le Conseil d'Etat.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'urétrite chronique.

Mon éminent maître, M. le Professeur Carlier, de la Faculté de Médecine de Lille, me permettra de ramasser les miettes de cette science, dont, il y a quelque vingt ans, il nous donnait le pain complet, pour retracer, d'après ses enseignements, le traitement de cette affection, aussi tenace que difficile à guérir.

***

L'urétrite chronique, qui est, fréquemment, antérieure et postérieure, peut être, disait notre Professeur, caractérisée par la présence, dans

l'urine, qu'on recueille au moment de la miction, de grumeaux purulents plus ou moins nombreux.

Il peut y avoir ou non des gonocoques.

Un des bons moyens de guérir l'urétrite chronique, quand elle est à la fois, antérieure et postérieure, c'est la haute dilatation avec le dilatateur d'Oberlander ou de Kuhlmann : une séance tous les 3 ou 4 jours.

On fait uriner le malade ; on lui injecte, dans la vessie, sans sonde, 100 grammes environ d'une solution faiblement antiseptique (permanganate de potasse à 1 p. 5.000), on masse, légèrement, la prostate ; on dilate l'urètre avec le dilatateur ; on fait uriner le malade et on fait un grand lavage, soit avec le permanganate, soit de préférence avec le nitrate d'argent à 1 p. 2.000. Entre les séances, le malade se lave soit à l'oxycyanure de Hg à 1/2 p. 500, soit au permanganate à 1 pour 3.000.

La durée du traitement est de 4 à 5 semaines ou davantage, suivant les cas.

Comme dans le *Concours Médical*, auquel j'ai l'honneur d'appartenir depuis si longtemps, je m'adresse surtout à des praticiens, je dois dire que, si l'on n'a pas de dilatateur de Kuhlmann ou d'Oberlander, on peut se servir de bougies de gomme. On choisira, de préférence, celles à forme cylindro-conique olivaire, et, suivant les individus, on pourra dilater jusqu'au nº 23, 25, 28 et même 30 de la filière Charrière.

Parfois il est difficile, quand il existe par exemple du spasme de l'urètre, de faire pénétrer le liquide destiné au lavage de la vessie.

Dans ce cas, on anesthésiera l'urètre antérieur, en y injectant une seringue de solution de cocaïne ou mieux de stovaïne à 2 p. 100.

Plus d'un quart de siècle a passé, depuis que je recueillais ces notions, toujours exactes, d'un maître dont le temps n'a fait qu'accroître l'autorité scientifique.

Mais depuis, la science a évolué.

Actuellement, les vaccins antigonococciques, les pilules ou comprimés, à base de paratoxines microbiennes, ont puisamment aidé à la thérapeutique antiblennorrhagique.

Je me reprocherais de citer, dans ce périodique indépendant, tel ou tel sérum, telle ou telle pilule, mais j'ai bien le droit de dire que, dans ma pratique personnelle du traitement de l'*urétrite chronique* ou de la *goutte militaire*, l'emploi simultané de certaines pilules et de certains vaccins, analogues à celui de Nicolle, complètent admirablement les indications du Professeur Carlier et me permettent d'arriver rapidement à des résultats parfaits en très peu de temps.

Dr A. GALAND (de Cambrai).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations.

— **Clinique médicale des enfants** (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres). — Cours de clinique et de médecine des enfants, sous la direction de M. le Pr HUTINEL et de M. NOBÉCOURT, agrégé (19 août — 11 septembre 1920).

PROGRAMME : 19 août, 10 h 1/2, MILHIT, — diagnostic et traitement des stomatites ; 16 h., — STEVENIN, hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx et insuffisance nasale. — 20, 10 h 1/2, DARRÉ — diagnostic des angines aiguës. Technique de l'examen bactériologique des exsudats pharyngés ; 16 h., STEVENIN, — dyspepsie gastro-intestinale et syndromes coliques. — 21, 10 h. 1/2, NADAL, diagnostic et traitement de l'appendicite aiguë et des péritonites aiguës ; 16 h., — DARRÉ, diagnostic des laryngites aiguës. Prophylaxie et traitement de la diphtérie. — 23, 10 h. 1/2, BIDOT, techniques de coprologie clinique ; 16 h., NADAL, formes cliniques et traitement des péritonites tuberculeuses. — 24, 10 h. 1/2, MILHIT, ictères ; 16 h., DARRÉ, diagnostic, prophylaxie et traitement des fièvres éruptives . — 25, 10 h. 1/2, NADAL, formes cliniques, diagnostic et traitement de la pneumonie lobaire ; 16 h., DARRÉ, complications respiratoires de la rougeole et leur traitement. — 26, 10 h. 1/2, NOBÉCOURT, diagnostic et traitement des adénopathies du médiastin ; 16 h., STEVENIN, diagnostic et traitement des broncho-pneumonies chroniques et des dilatations des bronches. — 27, 10 h. 1/2, NADAL, diagnostic et traitement des pleurésies ; 16 h., MILHIT, formes cliniques des tuberculoses aiguës. — 28, 10 h. 1/2, NOBÉCOURT, diagnostic et traitement de la tuberculose pulmonaire chronique ; 16 h., STEVENIN, diagnostic, complications et traitement de la coqueluche. — 30, 10 h. 1/2, DUHEM, exploration radiologique des poumons, du médiastin , et de la plèvre ; 16 h., DARRÉ, complications de la scarlatine et leur traitement. — 31, 10 h. 1/2, NOBÉCOURT, rhumatisme articulaire et ses complications cardiaques ; 16 h., MILHIT, syndromes et traitement des néphrites.

1er septembre, 10 h. 1/2, BIDOT, techniques de l'exploration fonctionnelle des reins ; 16 h., MILHIT, albuminuries fonctionnelles. — 2, 10 h 1/2, NOBÉCOURT, diagnostic et traitement des cardiopathies chroniques ; 16 h, TIXIER, anémies et leur traitement, — 3, 10 h. 1/2, DUHEM, exploration radiologique du cœur, ; 16 h., PAISSEAU, Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse, technique de la ponction

lombaire. — 4, 10 h. 1/2, TIXIER, purpuras, hémophilie ; 16. h., PAISSEAU, symptômes, diagnostic et traitement de la méningite cérébro-spinale. — 6, 10 h. 1/2, TIXIER, myxœdème et syndromes glandulaires, leur traitement. 16 h., BABONNEIX, hémiplégies et diplégies. — 7, 10 h. 1/2, PAISSEAU, diagnostic et traitement des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes ; 16 h., BABONNEIX, encéphalites aiguës. — 8, 10 h. 1/2, TIXIER, leucémies, technique de l'examen du sang ; 16 h., BABONNEIX, poliomyélites aiguës. — 9, 10 h. 1/2, MAILLET, épilepsie ; 16 h., BABONNEIX, atmyotrophies chroniques progressives. — 10, 10 h. 1/2, DUHEM, é ectrodiagnostic et électrothérapie ; 16 h., BABONNEIX, diagnostic et traitement des chorées. — 11, 10 h. 1/2, MAILLET, l'hérédo-syphilis tardive et son traitement ; 16 h., MAILLET, technique des injections intra-veineuses.

Le droit est de 100 fr. Les bulletins de versement sont délivrés à la Faculté de Médecine, Guichet n° 3, jeudi et samedi de 12 à 15 heures.

Les réalisations de la coopérative « Le Trait d'Union médical ». — Créée depuis quelques mois seulement et malgré les difficultés commerciales considérables résultant tant des circonstances actuelles que de celles inhérentes à tout début, LE TRAIT D'UNION MÉDICAL a mis sur pied un certain nombre de services.

Parmi ces services, tous ne peuvent présenter pour les membres du TRAIT D'UNION MÉDICAL le même intérêt, mais il n'est pas un seul de ses membres qui ne puissent trouver, parmi ceux en fonctionnement, plusieurs qui ne lui procurent des avantages considérables.

Chacun de ces services a été organisé en vue d'assurer aux adhérents les meilleures conditions d'achat : c'est-à-dire, la meilleure qualité au prix le moins élevé.

Nous citerons comme type d'organisation répondant à ce but, celle de son service *Automobiles*.

Ce service a été créé dans le but de procurer aux adhérents du TRAIT D'UNION MÉDICAL des voitures automobiles et cycles, des accessoires de toutes sortes et des ateliers de réparation de voiture.

Le capital considérable nécessité pour faire fonctionner un service de ce genre dépassant les possibilités de la coopérative, la difficulté a été tournée de la manière suivante :

Le TRAIT D'UNION MÉDICAL s'est assuré la collaboration de maisons d'automobiles patentées et offrant toutes garanties. Il a passé, avec ces maisons, des contrats qui en font réellement des services de la coopérative.

Par ces contrats, le TRAIT D'UNION MÉDICAL s'est réservé :

1° Un droit de contrôle sur toutes les opérations.

2° Un intérêt proportionnel au chiffre d'affaires de ses membres.

3° Un accord permettant à ses adhérents de bénéficier directement de la plupart des remises consenties par les fabricants ou les fournisseurs.

En outre, toujours pour tourner la difficulté provenant du capital disponible insuffisant, le TRAIT D'UNION MÉDICAL demande à ses adhérents de bien vouloir le couvrir par avance du montant approximatif de la commande.

En général, les adhérents trouvent sur les circulaires que leur adresse le TRAIT D'UNION MÉDICAL tous renseignements relatifs aux articles vendus et à leur prix.

Comme il arrive, trop fréquemment, hélas ! en cette période d'instabilité commerciale que le TRAIT D'UNION MÉDICAL ne puisse garantir à ses adhérents des prix « ferme » il leur demande leur confiance et agissant comme commissionnaire, il achète au mieux de leurs intérêts.

Sa documentation considérable et ses relations déjà étendues lui permettent en général de connaître les meilleures conditions d'achat.

Un exemple : tel pneumatique est vendu (même qualité, même marque)

Chez X .... 225 fr.
Chez Y .... 219 fr.
Chez Z .... 164 fr.

Or, Z est celui qui fournit à X et Y. C'est par contre le moins connu sur le marché parce qu'il ne vend qu'aux revendeurs.

Que fait le TRAIT D'UNION MÉDICAL ? Il réunit un certain nombre de commandes, obtient de Z une remise sur son prix de vente et arrive à vendre au détail au prix de gros.

Encore une fois, ceci n'est possible qu'avec un certain nombre de commandes « ferme » et un certain capital disponible provenant des avances sur commandes, mais le résultat obtenu est évident.....

Cet exemple peut être généralisé à tous les services du TRAIT D'UNION MÉDICAL. Commissionnaire d'abord, et commissionnaire d'autant plus consciencieux que ses bénéfices retournent à ses clients, il offre une garantie unique.

Pour terminer, nous attirons seulement l'attention des lecteurs sur la nécessité absolue qu'il y a pour une coopérative de compter le plus grand nombre d'adhérents possible.

Le capital disponible élevé et les consommateurs éventuels nombreux sont d'abord nécessaires pour obtenir des résultats. Le raisonnement qui exige des résultats probants, d'avoir

réuni les conditions énoncées, représente un cercle vicieux d'où rien ne peut sortir.

Que les médicaux et juxtamédicaux, admissibles par ses statuts, viennent au TRAIT D'UNION MÉDICAL et ce ne pourra être que pour leur plus grand bénéfice. (*Communiqué.*)

— Le plan de Reims étudié par la Commission technique de la *Renaissance des cités* sur le plan élaboré par M. George FORD, architecte diplômé par le gouvernement français et modifié par M. Charles ABELLA, ancien architecte en chef des régions libérées, a été adopté successivement par le Conseil municipal, par la commission supérieure d'aménagement, d'extension et d'embellissement des Villes.

Les travaux à exécuter par application du plan doivent être déclarés d'utilité publique par décret en Conseil d'Etat.

Il est à désirer que cette formalité ne souffre pas de difficulté et que la municipalité de Reims puisse délivrer sans retard les autorisations de bâtir impatiemment attendues.

La Renaissance des Cités a été appelée à examiner le Plan de Soissons dressé par les services de la Municipalité ; elle s'est particulièrement attachée à sauvegarder les aspects que les âges nous ont légués, et notamment en ce qui concerne les abords de la Cathédrale.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

A mon daimon, mon génie familier.

(*Figuré sous l'aspect d'une humble fleur des bois*).

Au jardin de mon âme, en un coin solitaire,
Bosquet inaccessible aux vains bruits de la terre,
Je vais, avec amour, contempler, quelquefois,
Une modeste fleur des bois.

Son parfum délicat n'est pas de ceux que prise
La foule au goût brutal, d'autre senteur éprise,
Plus forte, plus prenante et plus âcre à la fois
Que celle d'une fleur des bois.

Son tendre coloris n'a pas l'éclat des roses
Et ses tons sont discrets ; mais les apothéoses
De pourpre et d'or royaux ne sont pas de ton choix,
Claire et candide fleur des bois,

Ton port n'est pas celui d'une plante orgueilleuse
Qui dresse insolemment sa tige impérieuse.
Tu te caches ainsi qu'une biche aux abois,
Humble et timide fleur des bois.

Tu parfumes pourtant mon âme et tu l'éclaires,
Tu l'apaises surtout, la gardant des chimères,
Des folles passions, des rancœurs, des émois,
Mon bon génie ! ô fleur des bois !

Dr PLANTIER
(d'Annonay).

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 31 — DIMANCHE 1er AOUT 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY

Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS

Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

Dr A. GASSOT, DIRECTEUR

Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT

J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. N° 31 1er Août 1920

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Goddard, Kent-Gazet, Leleng.
Allevard-les-Bains. Boël.
Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Dresch, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. H. Bène.
Bagnoles-de-l'Orne. J. Arnaud, Joly, Pesnel.
Barèges. Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy, Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains, Colbert. — Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, Bayrac, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Riberolles, Saint-René-Bonnet.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Baillivet.
Eaux-Bonnes. Bajac.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Evaux-les-Bains. J. Gruzu, Lepage.
Evian, L. Dalard, Martinaud.
Forges-les-Eaux. Bernardicou
Gréoux (Basses-Alpes). C. Mathieu, Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule. Christin, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot.
Luchon, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Pelon.
Luxeuil-les-Bains. Bornèque, Cugnier, Gauthier, Picot, Rimey.
Martigny. Dedet. Payen.
Mont-Dore. J. André, Débidour, Dubruel, Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, Hagen, de Langenhagen, Truelle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert
Royat. Chassagnard. Mougeot.
Salins-les-Bains Bourny.
Salies-de-Salat. Barbé.
Saint-Didier, (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Alphonsi. Baradat. E. Mallein, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte. Odin. Ségard.
St-Nectaire Serane, Siguret, Yersepuy.
St-Sauveur. Sabail.
Salies-de-Béarn. Callais, Coustère. David. Reynaud
Sermaize-les-Bains. Rousselot.
Thonon-les-Bains, Vuillaume.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains, Chabannes, David.
Vichy. Cahen, Casteran, Chevreux, Cotar, Gannat, Guiuard, Gandelin, Reynes, Ed. Vidal.
Vittel, Constant, Mousseaux.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

MM, les docteurs :

Jougne (Doubs). Charlin.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). A. Dumont.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs :

Banyuls-sur-Mer. E. Parris.
Cassis-sur-Mer. Buges.
Chatelaillon. Barraud, Franck Duprat.
Douarnenez. Damey.
Paramé. Rousin.
Quiberon. A. Grias.
Riva-Bella. Gourceral.
St-Quay-Portrieux. Christian. Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur VERDALLE, de la Bourboule, la somme de vingt-six francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite, de quatre lignes au plus, aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans a caisse de la Société civile du **Concours Médical** *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 354. — On offre à jeune médecin situation d'environ 25.000 fr. dans pays de montagne, presque seul pour 70.000 habitants. Situation d'avenir. Logement et nourriture payés les trois premiers mois. Cabinet de consultation à sa disposition gratuitement pour un long bail. Ecrire : docteur Henry chez Madame Iscomte, 22 rue Danton, Dijon (Côte-d'Or).

Nº 355. — Région Sud-Est. A prendre de suite grat. excel. poste méd. pro-pharmacien pour jeune méd. célib. ayant été mobilisé, libéral, 4.000 habit. à desservir dans rayon 8 kil. pays de plaine, chasse et pêche. 20.000 fr. assurés.

Nº 356. — A céder contrat voiture Buchet, 8-12 HP., 4 places, livrable quinzaine. Prix approximatif : vingt mille. Dr Roux, St-Gervais-les-Bains, Hte-Savoie.

Nº 357. — Médecin forcé pour raison de santé de renoncer momentanément à exercer, demande à faire chez lui travaux d'écriture. de copie, d'analyses, etc.

Nº 358. — Spéculum de Cusco à vendre à l'état de neuf.

Nº 359. — A céder : 1º résonateur de Oudin ; 2º cupule verre, diaphragme iris flexibles et porte-ampoule syst. Nault ; 3º ondulateur de Morton ; 4º solénoide ; 5º aspirateur Dieulafoy ; 6º large tabouret isolant.

Nº 360. — Clientèle très sérieuse à prendre de suite pour médecin actif, jeune de préférence, 10.000 fr. de fixe, total des recettes pouvant atteindre facilement 30.000 fr. Légère indemnité à débattre.

Nº 361. — Seine-et-Oise. 50 kilom. de Paris. Excell. poste, rapp. dépassant 40.000. Transmission facile, fixe important. Indem. 16.000.

Nº 362. — A vendre plusieurs enveloppes neuves lisses pour voiturette B B Peugeot. Docteur Lafont, à Milly, S.-et-O.

Nº 363. — A vendre thermo-cautère grand modèle, neuf.

Nº 364. — Appartement gentiment meublé occupé depuis 12 années par médecin, à échanger contre équivalent ville climat chaud, Alger de préférence. Urgent.

Nº 365. — Docteur désire acheter clientèle médicale dans le Midi, de préférence côte d'Azur, d'un rapport de 20.000 environ. Pourrait laisser en échange appartement à Paris.

Nº 366. — Docteur achèterait petite clientèle Paris ou banlieue.

Nº 367. — A vendre au plus offrant : 1 semelle Michelin 765 × 105 et un pneu ferré Dunlop 765 × 105, complètement neufs. Dr Tremblin, Carrouges (Orne).

Nº 368. — Docteur de Paris, exerçant rive gauche, ayant loisirs, suppléerait confrère dans clinique médecine générale.

Nº 369. — Manipulateur ayant tenu poste de radiologie pendant 4 ans de guerre, photographe de profession, recherche place de radiographe dans clinique ou cabinet médical de province, ou pour plusieurs docteurs dans même ville.

CORRESPONDANCE

Hernie accident du travail.

Au mois de mai dernier, un ouvrier métallurgiste se disait blessé et passait une visite auprès d'un confrère qui concluait à un « effort du canal inguinal droit ». Pas d'incapacité.

Aujourd'hui, cet ouvrier m'est renvoyé par la maison qui l'emploie, comme ayant été blessé le 19 mai et « demandant une nouvelle visite ».

Je lui trouve une légère tumeur facilement réductible et apparaissant par intermittence. Il y aurait évidemment intérêt à faire la cure radicale de cette hernie avant qu'elle soit volumineuse et gênante.

Que dois-je faire ? L'assurance ou le patron sont-ils obligés de payer les frais ? Quelle est en un mot la jurisprudence qui régit ces cas spéciaux ?

Dr X.

Réponse.

Pour qu'une hernie soit considérée comme un accident du travail, il faut démontrer qu'il y a relation de cause à effet : autrement dit, la hernie doit être produite à l'occasion du travail.

Point n'est besoin de démontrer que la hernie soit une hernie de force, pour être un accident du travail (Cour de Rouen, 24 déc. 1901, Cour de Lyon, 22 mai 1902, Cour de Montpellier confirmé par Cass., Ch. des Req. 17 février 1901, et Ch. civ. 27 mai 1908). On entend par hernie de force, la hernie survenue brusquement à l'occasion du travail, et caractérisée par une douleur brusque, plus ou moins syncopale, s'accompagnant de vomissements, etc. C'est la définition adoptée par le Trib. civ. de Saint-Etienne, 2e ch., 5 nov. 1919, confirmée par Cour de Lyon, 2e Ch. 1er déc. 1919.

Donc, lorsqu'il s'agit d'une hernie traumatique, hernie de force, s'accompagnant de symptômes bruyants et indubitables, le trauma doit être considéré comme un accident du travail.

Mais lorsque la hernie s'est produite insidieusement, presque sans symptômes, en est-il de même ?

L'ouvrier n'est pas obligé de quitter immédiatement le travail, pour que la hernie soit un accident de travail : (Trib. civ. de Quimper, 17 juin 1908, confirmé par Cour de Rennes, 15 janv. 1909).

La hernie causée par un travail même normal est un accident du travail (Cass. Ch. civ., 22 déc. 1909, cassant Trib. civ. Bordeaux du 4 mars 1907).

Pour les hernies de force, les prédispositions antérieures morbides du sujet ne dégagent pas l'employeur de sa responsabilité et ne sauraient même diminuer l'indemnité légale (Trib. civ. Gray, 22 oct. 1919).

Disons enfin qu'au cas de hernie préexistante, c'est le patron qui doit faire la preuve qu'il n'y a aucune relation entre le travail et la lésion (Trib. civ. Bourgoin, 20 mars 1901).

Appliquant cette jurisprudence à votre cas particulier, il semble résulter que le premier médecin, qui a examiné le blessé en mai, a constaté une pointe de hernie inguinale droite. Actuellement, la hernie est parfaitement constituée.

D'après l'ouvrier, il y aurait relation de cause à effet, entre le travail et la lésion. En mai, le patron ne semble pas avoir pris ses précautions médicales pour décharger sa responsabilité, en faisant contrevisiter le blessé, pour savoir si oui ou non la pointe de hernie doit être attribuée au travail.

Dans ces conditions, il nous semble que, jusqu'à preuve du contraire, c'est l'ouvrier qui doit être cru et doit être considéré comme un accidenté du travail. Au chef d'entreprise, négligent en mai, de faire la preuve qu'il n'y a aucune relation entre le travail et l'apparition de la tumeur herniaire.

Devez-vous opérer immédiatement, ou attendre la solution d'un procès possible en responsabilité d'accident ? C'est une affaire d'appréciation. Si vous opérez à l'hôpital, de toutes façons vous ne serez pas payé. Si vous opérez à domicile, ou dans une maison de santé ou à l'hôpital faisant fonction de maison de santé, c'est l'ouvrier d'abord, puis son patron qui seront considérés comme étant vos débiteurs.

Dr P. B.

Massages et accidents du travail.

Ayant fait la semaine dernière une série de massages à un ouvrier qui s'était foulé le pied droit pendant son travail — cet ouvrier étant assuré contre les accidents du travail — je viens vous demander les renseignements suivants :

1° Quel est le tarif actuel des massages et quel est le prix que je puis demander à la Cie pour chaque massage.

2° Quelle est la façon de procéder envers la Cie pour être payé ?

3° Faut-il établir une note détaillée et l'envoyer en même temps que le bulletin de blessure ou puis-je plus simplement mentionner le nombre des massages sur le bulletin.

Dr G.

Réponse

Le nouveau tarif Dubief n'entrera en vigueur que le 1er septembre prochain. Par conséquent vous devez appliquer l'ancien tarif majoré de 100 %, c'est-à-dire :

n consultations à 2 francs.

p massages du pied et de la jambe (2 cons.)
1 certificat initial : 2 francs.
Total : x francs, plus majoration de 100 %.

Si ce tarif vous semble insuffisant, vous avez la ressource de demander à votre client, consommateur de soins, la totalité de vos honoraires à votre tarif habituel. Le blessé se retournera ensuite vers son patron responsable et se fera rembourser par celui-ci, ou la totalité, si c'est le patron qui a désigné le médecin, ou la part mise à la charge du patron, d'après le tarif Dubief, si c'est l'ouvrier qui a choisi le médecin. Dans ce dernier cas, c'est l'ouvrier qui, de sa poche, payera la différence entre votre tarif personnel et le tarif Dubief.

Comment procéder pour vous faire payer ? Adressez votre note soit au patron, soit à l'assurance, si vous avez l'adresse de cette dernière. Mais n'oubliez pas qu'en cas de contestation, c'est le patron et non l'assurance qui doit discuter avec vous, car, aux termes de la loi, c'est le patron qui est responsable.

Etablissez votre note, non pas sur l'imprimé de la compagnie, que vous devez garder, mais sur vos feuilles personnelles, ou mieux sur modèles édités par le *Concours* ou le syndicat de la Seine. La note doit toujours être détaillée, pour faciliter le contrôle.

Dr P. B.

Quelle est la valeur du bulletin patronal accréditant un accidenté du travail auprès du médecin ?

Le 25 août 1919, un débardeur belge vient me trouver prétendant avoir eu une contusion de l'épaule gauche par les sacs de charbon qu'il déchargeait d'une péniche et porteur en même temps de plusieurs abcès siegeant autour de cette région, mais visiblement antérieurs au jour déclaré de l'accident. Je lui en fais la remarque et déclare ne pouvoir le soigner comme accidenté du travail que s'il me rapporte une feuille d'assurance de son patron, me déclarant son accident comme étant dû au travail. Il me revient le lendemain porteur de cette feuille et j'établis 2 certificats mentionnant : 1° contusion de l'épaule gauche ; 2° suppuration sous l'aisselle gauche et dans la région dorsale.

2 ou 3 jours après, il fut visité par le médecin de la Cie d'Assurances, qui déclara dans son rapport que tout cela n'était pas dû à un accident du travail. D'où refus, quelques mois plus tard, de me payer ma note de 53 fr. de la part de la Cie d'Assurances.

Puis-je la poursuivre, fort de mon bulletin d'assurance (je n'ai aucun lien de droit avec elle et fus choisi librement par l'ouvrier, insolvable et disparu depuis, quoique gagnant 50 fr. par jour) ?

Ce bulletin est un imprimé de l'assurance, signé par le patron.

Dr P.

(*Voir la suite page XXIII-1937*)

PROPOS DU JOUR

L'organisation des relations médicales internationales. L'office médical de renseignements de Bagnères-de-Luchon.

Nous avons à diverses reprises montré tout l'intérêt qu'il y aurait à organiser en France, en général, et à Paris, en particulier, un office destiné à faciliter les relations du Corps médical français et des médecins et des étudiants étrangers qui viennent visiter la France. Notre pays y gagnerait un renom d'hospitalité qu'au point de vue médical, il n'a pas suffisamment mérité jusqu'ici, et des relations plus étroites, plus cordiales, plus confraternelles avec les médecins des pays civilisés ne pourraient que développer la sympathie que tout intellectuel a pour la France. Cette sympathie s'est d'ailleurs manifestée d'une façon efficace et touchante durant la guerre par les dons généreux que nos confrères de l'Uruguay, de Cuba, de Buenos-Ayres, du Brésil, de Genève et d'ailleurs ont adressés spontanément à notre caisse d'assistance médicale de guerre.

Soldats de la Paix, les médecins français ne rêvent pas de faire de conquête : la seule qu'ils convoitent est la conquête des cœurs. Pour atteindre ce noble but, toutes les discussions, les castes, les cloisons, d'ailleurs bien fragiles, qui nous divisent, doivent disparaître.

Le Corps médical français tout entier doit s'entendre pour remplir ce devoir d'hospitalité et rendre plus éclatant le glorieux renom de courtoisie de notre pays. C'est ce qu'a bien compris M. le professeur Hartmann et il est parvenu très facilement à faire partager sa conviction par l'*Association pour le développement des relations médicales entre la France et les pays alliés et amis*, (A. D. R. M.), qu'il a fondée et qu'il préside.

Dans son assemblée générale du 18 juillet 1920, cette Association, à la demande du professeur Hartmann, s'est adjoint un groupe important de médecins qui était résolu à continuer, avec le Dr Combault, l'œuvre franco-étrangère que ce distingué confrère avait si brillamment dirigée pendant les dernières années de la guerre, comme agent officiel du ministère de la propagande.

La nouvelle Association a même ouvert largement à ce groupe son Conseil d'administration. Forte de ces éléments nouveaux et actifs, elle a décidé de se mettre immédiatement à l'œuvre et une Commission de la propagande, sous la présidence du Pr Vaquez, a été aussitôt constituée et s'est déjà réunie.

Certes, la tâche est grande et quand on réfléchit à toute l'étendue de ses obligations, si on la désire complète, on est un peu effrayé de cette vaste entreprise qui exigerait le personnel et les bureaux d'un ministère. Mais, s'il est bon dès le début de voir dans toute leur ampleur les réalisations rêvées, rien n'oblige à tenter l'impossible et l'on peut même, en se bornant beaucoup, obtenir des progrès appréciables.

La première préoccupation de l'Association est de se faire connaître. Pour attirer des adhérents en nombre, elle a consenti, sur notre demande, à ramener à 50 francs la cotisation annuelle, primitivement fixée à 100 francs. Nous prévoyons qu'elle s'efforcera de s'assurer la collaboration ou le patronage de toutes les Facultés, de toutes les grandes associations de médecins et d'étudiants en médecine, de tous les groupements médicaux de France, et qu'elle saura utiliser le concours de toutes les bonnes volontés et de toutes les activités.

Des nombreux projets ont été déjà examinés, mais, à la veille des vacances, il convient à l'Association de se limiter strictement.

Déjà en relations avec de nombreux groupements étrangers, elle va, pour ses débuts, organiser la réception d'un groupe de médecins et d'étudiants espagnols et d'un autre groupe de médecins hollandais qui ont annoncé leur désir de venir à Paris à la fin d'octobre.

Nous ne saurions omettre d'annoncer qu'à l'assemblée générale du 18 juillet, M. le Dr Depage, de Bruxelles, a été acclamé et qu'il a été décidé que l'A. D. R. M. ne ferait aucune distinction entre la Belgique et la France. Nos confrères belges nous pardonneront, nous en sommes certains, cette cordiale confusion de deux nations que tant d'épreuves, de vaillance chevaleresque, de misères et de gloire communes ont définitivement unies.

***

Notre ami et collaborateur, le Dr Molinéry, qui a été récemment élu membre du Conseil d'administration de l'A. D. R. M., a pris les devants, en organisant à Bagnères de-Luchon où il remplit les fonctions de Directeur technique des services de physiothérapie et des établissements thermaux, un office de renseignements pour les nombreux confrères étrangers et français qui visitent cette station.

Voici la lettre que le Dr Molinéry vient d'adresser à MM. les doyens des Facultés de médecine de France où il expose ce qu'il vient de réaliser :

Luchon, le 4 juillet 1920.

Monsieur le doyen,

L'organisation des relations médicales internationales est à l'ordre du jour. Frappé du nombre considérable de médecins français et étrangers qui viennent à Luchon, soit en touristes, soit en curieux, soit en malades, il nous a paru intéressant de créer à l'Etablissement thermal un *Office de renseignements.*

Ayant été chargé par le bureau des Amitiés franco-étrangères (Paris) de m'occuper de la mission médicale Uruguayenne qui, plusieurs mois durant, séjourna en France, visita nos hôpitaux de Paris et les formations chirurgicales et médicales du front, j'ai pu me rendre compte de quelle utilité était cet office médical de renseignements, et j'ai vu avec quelle reconnaissance nos confrères étrangers acceptaient qu'on veuille bien les guider.

La plupart des Facultés de France organisent des cours de vacances. Je vous serai reconnaissant, Monsieur le Doyen, de vouloir bien m'indiquer l'organisation des cours de cette nature, qui auront lieu près de votre Faculté, afin que, le cas échéant, je puisse la communiquer aux confrères qui me la demanderaient.

Beaucoup de médecins étrangers, notamment ceux de l'Amérique du Sud, après avoir passé leurs vacances dans l'une ou l'autre de nos villes d'eaux, veulent se rendre à l'une ou à l'autre de nos Universités, pour y entendre tel ou tel professeur, et y suivre l'enseignement de tel ou tel laboratoire.

Je vous serai donc également reconnaissant de vouloir bien me faire adresser tous renseignements à ce sujet.

J'ai également l'intention de centraliser à l'« Office médical de renseignements » de Luchon tout ce qui concerne nos œuvres de prévoyance : Association générale des médecins de France ; Mutualité familiale du corps médical français ; Association Lagoguey ; Prévoyance médicale, etc. ; Notes sur le syndicalisme médical, afin que nos confrères puissent avoir pendant leur saison, tous documents utiles sur ces points particuliers.

En un mot : « Organe de propagande, le bureau médical (de Luchon comme de Paris) recevrait les médecins étrangers et les renseignerait sur tout ce qui concerne de près ou de loin la science médicale, les arts médicaux et paramédicaux, la profession médicale et l'hygiène et la médecine sociale dans notre pays.

« Organe de documentation et d'instruction pour les médecins français, le bureau médical répondrait à leurs questions sur tout ce qui pourrait les intéresser à l'étranger, leur faciliterait leurs voyages d'études, leur indiquerait ou leur fournirait des guides et des correspondants. »

Pourquoi une organisation de ce genre ne fonctionnerait-elle pas dans chacune de nos villes d'eaux des Pyrénées, des Alpes, du Plateau Central, des Vosges ?

Espérant que vous voudrez bien faciliter l'organisation de cette tâche (dont le Dr Noir souligne toute l'importance dans son « Propos du jour » du *Concours médical* du 4 juillet 1920, dont nous venons de citer un extrait), je vous prie de croire, Monsieur le doyen, à mes sentiments respectueux de considération la plus distinguée.

Dr R. Molinéry.

Il n'est pas douteux que la multiplication d'*Offices de renseignements* comme celui de Luchon, dans tous les centres qui peuvent intéresser le médecin, faciliterait considérablement la tâche de l'A. D. R. M.

Nous rappelons que depuis un an environ, le *Concours médical* a organisé pour les médecins français un office de ce genre qui, bien entendu, sera mis à l'entière disposition de l'A. D. R. M. si elle le désire, et de tous nos confrères étrangers (1).

J. Noir.

(1) Ceux de nos lecteurs qui désireraient se renseigner sur l'A. D. R. M. peuvent s'adresser à M. le Dr Cesbron, secrétaire général, Bureau de l'A. D. R. M. à la Faculté de médecine de Paris.

Nous publierons in extenso dans notre prochain numéro, daté du 8 Août, le nouvel *Arrêté ministériel fixant le* **Tarif des honoraires médicaux pour soins donnés aux accidentés du travail,** et remplaçant le Tarif Dubief. N. D. L. R.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine.

(Clinique du Prof. CHAUFFARD.)

M. le Professeur DEVÉ (de Rouen) (1).

Sur la pathologie hydatique. L'évolution vésiculaire du scolex ; son rôle.

Je me propose de vous exposer, dans cet entretien, une notion de connaissance relativement récente et d'un grand intérêt dans l'histoire des kystes hydatiques : je veux parler de l'évolution vésiculaire du scolex.

Que cette expression un peu rébarbative : l'évolution vésiculaire du scolex, ne vous effraye pas. Je vous parlerai en clinicien, et je ne suis pas d'ailleurs moi-même un parasitologue.

Qu'est-ce qu'un scolex ? C'est une petite tête d'échinocoque à la phase larvaire. Elle est constituée, de façon simple, par un rostre, sur lequel est implantée une couronne de crochets, avec quatre ventouses, rostre prolongé par un cou que termine un pédicule fin.

Cet aspect du scolex correspond à l'une de ses attitudes : l'attitude mobile, agressive. Il en est une autre, dans laquelle le rostre est rentré, en infundibulum, au fond duquel se trouvent les crochets et les ventouses : c'est le scolex invaginé, dans sa position immobile, de repos. Vous verrez, tout à l'heure, le pourquoi de ces deux postures. Il suffit de chauffer à 37° ou 38° des scolex invaginés pour les voir s'évaginer et se montrer en attitude agressive.

Ces scolex siègent dans la cavité kystique, fixés à la membrane interne, fertile, du kyste hydatique. A cette membrane, en effet, sont appendues des sortes de capsules, dites capsules proligères, qui contiennent elles-mêmes les scolex attachés à leur paroi.

Les capsules proligères sont extrêmement fragiles et il suffit d'un choc minime pour les détacher et les faire tomber dans le liquide du kyste, où les scolex deviennent ainsi fréquemment libres et flottants. Ces capsules proligères et ces scolex libres constituent ce que l'on nomme le *sable hydatique*. Par leurs dimensions (100 à 110 μ), les scolex sont à la limite de la visibilité : ce sont des éléments microscopiques, en définitive, et pratiquement invisibles. On les trouve généralemeat en grand nombre. Chaque capsule proligère en contient de 50 à 100 et il y a des milliers de capsules proligères dans un kyste. Mes calculs m'ont amené au chiffre de 400.000 scolex environ dans un centimètre cube de sable hydatique, ce qui fait 2 millions de scolex, par exemple, pour un kyste contenant 5 centimètres cubes de sable.

Je voudrais insister sur deux autres caractères biologiques du scolex. La résistance, d'abord, la vitalité de ce petit élément. Il la doit à sa cuticule, à sa teneur en glycogène. Cette résistance se démontre quand on essaye l'action des antiseptiques. Un autre caractère biologique du scolex est son indépendance : c'est un simple plasmodium, sans vaisseau, sans solidarité avec les autres scolex de la même capsule proligère, qui elle-même n'a aucune relation avec la membrane mère. Un scolex reste parfaitement vivant malgré que tous les autres soient morts dans la capsule qui le contient.

Quel est l'avenir du scolex. Il est double, c'est-à-dire qu'il peut subir deux alternatives : l'une naturelle, normale, connue depuis longtemps, l'autre accidentelle, artificielle, mal définie jusqu'à ces dernières années, mais importante par les faits cliniques qu'elle commande.

Voyons, en premier lieu, l'évolution normale. Vous savez que, chez le mouton, on trouve souvent, dans le foie, le poumon, etc., des kystes remplis de liquide clair, ce que les bouchers appellent les « boules d'eau » du mouton. Ces « boules d'eau », qui sont fertiles dans 90 % des cas, ont pour destin d'être mangées par des chiens. Je fais abstraction d'autres carnivores (loup, chacal, etc.), qui ne nous sont pas familiers. Pratiquement, ce sont les chiens (et encore certains chiens, chiens d'abattoir, de troupeau) qui mangent ces boules d'eau. Les scolex contenus dans les kystes hydatiques du mouton, ainsi ingérés, arrivent dans l'estomac et l'intestin du chien. Là, les scolex s'évaginent, prennent l'attitude mobile, implantent leurs rostres dans la muqueuse intestinale sur laquelle ils se fixent en outre par leurs ventouses. Ainsi fixé, le scolex va donner naissance à un 1er, un 2e, un 3e anneau, puis à un dernier anneau plus volumineux, qui contient les œufs et se détache, à un moment donné. C'est le tænia arrivé à l'état adulte. Il est appendu à la muqueuse intestinale du chien et il n'est jamais seul, le chien étant infesté habituellement de plusieurs milliers de ces tænias. A l'autopsie de l'animal, on trouve

(1) On connaît les importantes études — d'ailleurs classiques — du prof. Devé sur les kystes hydatiques. Cette leçon expose un fait intéressant, en clinique autant qu'en parasitologie : l'évolution vésiculaire et le rôle du scolex, mis en lumière par les travaux de M. Devé. P. L.

(pas toujours facilement, car en raison de leur petite taille — 5 à 6 millimètres — ils émergent à peine) les tænias en question.

Donc, le chien infesté rejette dans ses selles de nombreux anneaux, chacun contenant 500 à 800 œufs. Dans ces œufs, se trouvent les embryons — embryons exacanthes. Il ne faut pas confondre l'embryon exacanthe (petite masse avec six spicules) avec le scolex. Cet embryon exacanthe est destiné à être avalé par un herbivore, mouton, bœuf, ou par l'homme. Il arrive alors dans l'intestin où il pénètre, par la veine porte, dans la circulation et se fixe au niveau du foie, du poumon, etc., pour donner naissance au kyste hydatique. Ainsi se trouve achevé le cycle normal de l'évolution du scolex.

A côté de cette évolution naturelle, le scolex a une seconde évolution possible, accidentelle, vésiculaire, intéressante à connaître en pathologie et en clinique. Le scolex alors devient vésiculeux, bulleux, œdémateux, boursouflé. Il se produit une élaboration liquide à son intérieur. Le rostre et les ventouses entrent en régression, en même temps que du liquide apparaît dans la cavité du scolex, dont le protoplasma est étalé à la périphérie. Finalement, on se trouve en présence d'une vésicule présentant en un point un amas de crochets (34 à 36) qui donne la signature du scolex.

L'évolution vésiculaire est désormais achevée. On a affaire à une vésicule résistante, vivace, susceptible de devenir fertile, vésicule née d'un scolex, avec la même structure, la même vitalité, le même avenir qu'une vésicule de l'embryon exacanthe. Ce mode d'évolution, que l'on avait entrevu déjà au milieu du siècle dernier, fut contesté par les parasitologues les plus éminents, par Davenne, Blanchard. Il fallut une longue expérimentation pour arriver à en démontrer la réalité.

Le scolex possède donc ainsi deux modes évolutifs différents, l'un naturel, de tænia échinocoque, l'autre artificiel, d'évolution directe, sans changement d'hôte. Le premier mode répond au grand cycle, le second au petit cycle évolutif du scolex. Dans ces conditions, le scolex, ou reste appendu à la membrane germinative, attendant — indéfiniment— une circonstance favorable qui le fera pénétrer dans l'intestin du chien, ou se trouve obligé un jour — lorsque le kyste est attaqué ou ouvert, par exemple — de se réveiller de son sommeil et de se transformer, comme mesure de défense, en vésicule fille. Il est prêt, à tout moment, à obéir à l'une ou l'autre de ces éventualités.

En pratique, quelles sont les circonstances, les causes qui vont provoquer le branle-bas de l'évolution vésiculaire du scolex. Nous entrons là dans la pathologie et dans la clinique. Toute cause susceptible de troubler l'équilibre biologique de la membrane peut amener l'évolution vésiculaire. L'inextension du kyste, l'intoxication biliaire par dialyse, en créant un état de vieillesse de la membrane mère, ou en altérant celle-ci, peuvent provoquer cette évolution vésiculaire du scolex. Une évacuation du liquide par ponction, une fissure dans la paroi, une rupture brutale du kyste ou une ouverture chirurgicale sont susceptibles d'aboutir au même résultat. Le scolex est ainsi incité à se mettre en état de défense. Une autre circonstance, plus impérative encore, est réalisée quand le sable hydatique se trouve projeté dans le péritoine, dans les tissus ou dans la circulation sanguine. Le scolex, menacé d'être détruit, se trouve dans ces conditions obligé de subir l'évolution vésiculaire.

Deux cas se rencontrent : l'évolution vésiculaire sur place, dans le kyste, ou l'évolution hors du kyste. Dans le premier cas, on assiste à la forme multi-vésiculaire du kyste. Pendant longtemps, on a considéré la présence des vésicules-filles dans le kyste, comme habituelle. Classiquement, le kyste avec vésicules-filles a été envisagé comme une phase de développement. C'est une erreur. Le cycle normal est uni-vésiculaire et ne comporte pas de vésicules-filles. La variété multiloculaire est une forme réactionnelle, de défense, du kyste. Le scolex n'est d'ailleurs pas seul à intervenir, alors ; les vésicules proligères peuvent aussi devenir kystiques. Tout kyste a contenu multivésiculaire est un kyste qui a souffert. Les ponctions agissent dans ce sens. Il y a une vingtaine d'années encore, les médecins ne faisaient opérer les malades qu'après des ponctions multiples. On opérait alors presque toujours des kystes multi-vésiculaires. La première ponction retirait beaucoup de liquide, les suivantes notablement moins, le kyste se remplissant de vésicules-filles à la suite des ponctions.

Aujourd'hui, où l'on opère sans ponction, on trouve encore assez souvent des kystes multivésiculaires, mais beaucoup moins.

Dans le second cas, le processus de défense parasitaire se fait hors de la poche. On assiste ici à une colonisation, à une dissémination redoutable du kyste, qui prend parfois une allure de malignité. Cette greffe des scolex mis en liberté constitue la maladie nommée : l'*échinococcose secondaire*. La greffe peut se produire localement, sur une plaie, une séreuse, la plèvre, le péricarde, le péritoine surtout. Elle peut se produire à distance par voie embolique, au poumon, au cerveau.

Envisageons la part évolutive du scolex dans cette échinococcose secondaire. On a attribué cette greffe kydatique à une simple transplantation d'hydatide. Cette opinion concorde mal avec les faits. Les kystes hydatiques multi-

AVIS

—

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien*).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50.....	4 fr. »
Le 100.....	6 fr. »
Les 500.....	28 fr. »
Les 1000...	50 fr. »

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, 132, faubourg St-Denis, Paris.

vésiculaires se rompent beaucoup plus rarement que les kystes uni-vésiculaires : les vésicules ont des chances de greffe exceptionnelles, comparativement au sable hydatique. Dans les récidives post-opératoires, seul le sable hydatique (les scolex), par son invisibilité lorsqu'il est mêlé au liquide, peut expliquer la greffe, le chirurgien ne laissant pas les vésicules visibles. De même, pour l'échinococcose consécutive à la ponction, etc...

Vous savez, dès lors, la part très importante, en pratique, de cette évolution vésiculaire du scolex. Nous pouvons en tirer des déductions prophylactiques. On ne doit pas perdre de vue, d'abord, que la forme multi-vésiculaire du kyste est déjà une complication. Son évacuation, sa stérilisation, sont plus difficiles. Il faut s'attacher à la prévenir. Pour cela, on s'efforcera de dépister le kyste de bonne heure, pour le faire opérer de bonne heure. On ne pratiquera jamais de ponctions, celles-ci étant une des causes de la germination vésiculaire intra-kystique.

Pour ce qui est de la prophylaxie des greffes de scolex hors du kyste, elle comprendra : la prohibition des ponctions, l'opération précoce qui préviendra les ruptures du kyste. Ces ruptures sont communes et on les voit dans un quart des cas peut-être. La fréquence des kystes hydatiques du péritoine en est une preuve. Enfin, l'opérateur évitera, au cours de l'intervention, la dissémination de la graine, des scolex, du sable hydatique. Pour empêcher cette dissémination, on a recours à la formolisation préalable du kyste qui détruit la vitalité du sable hydatique (scolex).

J'ai essayé de vous montrer l'intérêt qui s'attache au scolex, élément nettement différencié et capable de métamorphoses diverses. L'importance de ce germe est d'autant plus grande qu'il est très abondant, microscopique, invisible, qu'il flotte librement dans le liquide clair du kyste, auquel il donne un véritable caractère d'infectiosité. Son importance est grande en pathologie et il doit être bien connu du clinicien, médecin ou chirurgien.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

FAITS CLINIQUES

Typhlite et appendicite,

Par le Dr L. MOREAU (d'Avignon).

La typhlite, tombée dans l'oubli depuis les travaux de Dieulafoy, semblerait, en ces derniers temps, vouloir renaître aux dépens de l'appendicite. Bérard a rapporté deux observations de typhlite post-grippale simulant l'appendicite (1). La grippe, avant d'atteindre l'appendice, peut retentir primitivement sur les follicules clos du cæcum, sans qu'il y ait même altération préalable des parois cæcales distendues chroniquement, comme cela s'observe chez d'anciens constipés. Dans les deux cas de Bérard, l'appendice était peu ou pas altéré, tandis que le cæcum était induré, cartonné, rappelant l'aspect de la tuberculose cœcale. Le cæcum fut partiellement réséqué, avec appendicectomie complémentaire, et la guérison obtenue normalement. Il est certain qu'à moins de se trouver en présence d'une tuberculose hypertrophique du cæcum, il est impossible, comme le remarque justement Lecène (2), de faire à l'œil nu le diagnostic de bacillose, que peut seul établir l'examen microscopique, de sorte qu'il est permis de se demander si l'on n'a pas affaire à une réaction inflammatoire banale accompagnant des lésions limitées ou même discrètes de l'appendice. Routier(3) s'est élevé contre cette notion d'entité cæcale, les lésions du cæcum n'étant que des lésions de voisinage consécutives aux crises d'appendicite. L'appendice enlevé, les malades guérissent parfaitement, sans qu'il soit nécessaire de toucher au cœcum.

Dans les cas de tuberculose cæcale que nous avons eu l'occasion d'opérer, nous n'avons pas hésité, quand les lésions nous ont paru suffisantes, à réséquer le cæcum, mais dans la majorité des autres cas de cæcum induré, épaissi, adhérent, avec quelquefois placards cartacés, l'ablation de l'appendice toujours plus ou moins altéré, a suffi pour guérir complétement nos malades. Il est certain que des lésions de voisinage accompagnant souvent celles du vermium, et nous savons que certains chirurgiens considèrent l'appendicectomie comme le premier temps d'une intervention plus complexe qui ira débrider une coudure de Lane à la terminaison de l'iléon, réduire par plissement le bas-fond cæcal distendu par la stase, et même décoller sur toute sa hauteur le côlon ascendant. Ces manœu-

(1) *Société de chirurgie*, séance du 28 avril 1920.
(2) *Loc. cit.*, séance du 12 mai 1920.
(3) *Loc. cit.*, séance du 28 avril 1920.

vres, dans la plupart des cas, nous paraissent au moins inutiles.

Nous avons eu l'occasion d'intervenir il y a quelques mois dans un cas d'appendicite compliquée d'induration et d'épaississement notables du cæcum. Nous nous sommes contenté de libérer et de réséquer l'appendice sans toucher au cæcum ; la guérison a été obtenue simplement et le sujet n'a plus rien présenté d'anormal du côté de sa fosse iliaque. Il s'agissait d'un homme de cinquante ans porteur d'une hernie inguinale double, dont celle de droite très volumineuse. Cette dernière hernie lui occasionnait des tiraillements très douloureux dont le maximum siégeait dans la fosse iliaque droite. Ces tiraillements survenaient par crises, alors même que sa hernie était maintenue réduite par un bandage. Il ne s'en souciait pas autrement, lorsqu'un jour, il fut pris d'une crise nettement appendiculaire, avec hyperthermie, ballonnement abdominal, douleur exquise au point de Mac Burney, hyperesthésie cutanée et grosse défense musculaire. Pouls rapide et fléchissant ; pas de vomissements. Devant le volume de sa hernie, nous pensâmes tout d'abord qu'elle contenait le cæcum et que ce dernier, irrité et peut-être pincé lors d'une sortie intempestive, était le siège, une fois rentré dans la cavité abdominale, d'une réaction dont témoignaient les violentes douleurs éprouvées par le malade. Les douleurs augmentant d'intensité, ainsi que l'hyperesthésie et la défense pariétales, nous décidâmes le lendemain d'intervenir. Anesthésie générale à l'éther. Incision de Mac Burney. A l'ouverture du péritoine, une petite quantité de liquide clair s'écoule du ventre. Le cæcum est extériorisé. Il apparaît épaissi, donnant au palper une sensation d'induration diffuse, saignotant au moindre contact, avec, par endroits, un voile de néomembranes lâches. Ce qui frappe surtout, c'est son épaississement et son induration, plus marqués au niveau du point de rencontre des trois bandelettes longitudinales. L'appendice n'est d'abord pas trouvé, mais on finit par le reconnaître, complètement plaqué contre la face postérieure du cæcum, sous forme d'un cordonnet minuscule ressemblant plutôt à un repli péritonéal. Aucune de ses parties n'est libre. On le pince et on le libère au thermocautère depuis sa pointe jusqu'à sa base. Ligature de l'artère appendiculaire et de la base de l'appendice. Résection au thermo. Enfouissement du moignon par une suture en bourse. Nettoyage à l'éther. Mise en place d'un petit drain par l'angle inférieur de la plaie. Fermeture des différents plans.

L'appendice examiné est d'un volume extrêmement réduit, la pointe étant légèrement plus globuleuse que le corps. Sa coloration est blanchâtre ; muqueuse sphacélée par points, pas de corps étranger. En somme, cet appendice, à type rétro-cæcal ascendant, atrophié et adhérent sur toute son étendue, présentait des lésions d'appendicite chronique, ayant secondairement retenti sur le cæcum. Les crises douloureuses mises sur le compte de la hernie étaient vraisemblablement des crises appendiculaires, car depuis l'opération, le sujet n'éprouve plus ni douleur iliaque ou inguinale ni tiraillement, malgré que sa hernie volumineuse sorte avec autant de facilité qu'autrefois. La guérison a été complète avec la seule appendicectomie, ce qui semble indiquer évidemment que la typhlite constatée au cours de l'intervention était consécutive avec crises appendiculaires et produite par elles.

Nous avons par la suite opéré le malade de ses deux hernies et nous avons constaté qu'à droite, il restait des adhérences sacculaires étendues de plusieurs anses grêles ; la hernie ne contenait donc pas le cæcum comme on aurait pu le penser avant l'appendicectomie, et la typhlite ne pouvait donc être d'origine mécanique.

A TRAVERS LA PRESSE

Un nouveau journal médical :
La Vie Médicale.

Nous saluons la naissance d'un nouveau confrère, la *Vie Médicale*, hebdomadaire, (bimensuel en juillet, août et septembre), que dirige M. le Dr Aloncle et dont le rédacteur en chef est M. le Dr Lucien Nass.

La *Vie Médicale* donne la raison de sa publication à une époque économique qu'elle juge critique pour le journalisme médical : « Nous estimons urgent, écrit-elle dans son programme, que la Médecine française, bâillonnée pour ainsi dire par la crise de l'imprimerie, retrouve ses moyens d'action et puisse diffuser chez nous, comme à l'étranger, son progrès incessant ».

C'est là une excellente intention et il n'est pas douteux que les crises du papier et de l'imprimerie ont rendu très ardue la tâche du journalisme médical, mais notre nouveau confrère nous permettra de trouver qu'il va un peu loin en parlant du baillonnement de la médecine française, car nous ne croyons pas que notre presse médicale soit sortie sérieusement diminuée de la crise ; aucun de ses organes, ayant quelque importance, n'a été, croyons-nous, supprimé du fait des difficultés de l'après-guerre.

La *Vie Médicale* à l'intention d'être « un journal qui soit un journal » entendons par là rédigé, composé, mis en pages par des journalistes. Ce sera sa caractéristique et nous le félicitons

d'avoir résolu le problème difficile de sortir de la banalité et d'éviter l'imitation des publications médicales antérieures. Jusqu'alors, les journaux médicaux étaient soit scientifiques, comme par exemple la *Presse Médicale*, et rédigés par des savants compétents ; soit professionnels et juridiques, et rédigés par des médecins praticiens et des juristes spécialisés dans les questions de droit et de jurisprudence, ayant quelqu'intérêt pour le médecin, ce qui fait la valeur de quelques autres journaux, comme le *Concours Médical*.

Nous adressons donc nos sincères félicitations à la *Vie Médicale* qui se fera ainsi une place à part dans notre presse.

Souhaitons encore qu'elle arrive, comme elle le demande, à faire disparaître les « dissonances passées. » « Il ne doit plus y avoir, dit-elle, ni aristocratie médicale, ni plèbe médicale, mais un monde médical dont tous les membres sont solidaires et qui, en travaillant pour l'amélioration de la collectivité, défendent leurs propres intérêts. Donc l'union étroite, sans arrière-pensée, tel est notre premier principe ». Nous applaudissons de tout cœur à cet appel à l'union et nous serons les premiers à féliciter la *Vie Médicale* le jour où elle parviendra à réaliser ce point de son programme, qui certes, ne sera pas le plus facile.

J. N.

Symptômes oculaires et localisations cérébrales de l'encéphalite léthargique.

Des troubles oculaires, plus ou moins accusés, d'après M. Ch. SAUVINEAU, s'observent presque constamment dans l'encéphalite léthargique. A lire les observations publiées, il semble que ces symptômes oculaires soient très variés, et que les cas cliniques soient difficilement superposables. Mais on peut cependant les classifier, et s'y reconnaître.

Des paralysies, et rien que des paralysies, voilà à quoi se réduisent les symptômes oculaires de l'encéphalite léthargique. Seulement ces paralysies sont d'ordre divers : tantôt parcellaires, fragmentaires, ne frappant que telle ou telle branche d'un nerf oculo-moteur ; tantôt intéressant ce nerf tout entier ; tantôt enfin affectant la forme de paralysies des mouvements associés.

Ces paralysies associées sont souvent à peine esquissées, ne se signalant que par une diplopie typique et variable, et aussi par des secousses nystagmiformes bilatérales, lesquelles, d'après Sauvineau, sont caractéristiques de l'existence d'un léger degré de paralysie associée.

Ces formes cliniques différentes supposent des localisations anatomiques également différentes. Les paralysies simples (partielles ou totales) des nerfs oculo-moteurs reconnaissent une origine nucléaire. Mais les paralysies associées supposent une lésion située plus haut que les noyaux mésocéphaliques.

Or, à l'autopsie, on constate, ici, précisément les mêmes lésions que celles décrites autrefois dans la polio-encéphalite hémorrhagique de Wernicke, lesquelles avaient permis à Sauvineau d'édifier sa théorie des centres supra-nucléaires (1892). L'existence de ces centres de coordination explique les paralysies des mouvements associés, dont le tableau clinique (à l'exception toutefois du nystagmus qu'elles déterminent) avait été bien décrit précédemment par Parinaud.

Cette théorie est, à l'heure actuelle, à peu près généralement admise. Mais la localisation exacte des centres supra-nucléaires reste toujours à découvrir.

Il serait donc intéressant, à l'examen des sujets ayant succombé à l'encéphalite léthargique après avoir présenté des paralysies associées, de rechercher avec soin le siège précis des lésions, car cela pourrait amener la découverte anatomique des centres supra-nucléaires. (*La Clinique Ophtalmologique*, mai 1920.)

La mort thymique.

On sait que l'hypertrophie du thymus, chez les enfants, peut provoquer la mort subite.

On a longtemps attribué cette mort à une action mécanique de compression. Bien que possible, ce mécanisme est rare. Il est bien plus vraisemblable de la mettre sur le compte d'une paralysie du cœur chez des sujets qui présentent une constitution dite lymphatique, avec obésité marquée, congestion des organes internes, hypertrophie des follicules lymphatiques de la rate, et, d'une façon générale, du système lymphatique.

L'hyperthymisme agirait par l'action de la la sécrétion interne de la glande, qui abaisse la tension artérielle au point de provoquer la mort.

Il y aurait aussi antagonisme entre le thymus et les surrénales. L'hyperthymisme provoquerait l'atrophie des surrénales et la suppression de la sécrétion de l'adrénaline nécessaire à l'équilibre de la tension artérielle.

M. PULAWSKI, qui expose l'état de la question, à la faveur d'une observation personnelle, (*Presse Méd.*, 26 mai 1920), conclut que « la mort « thymique apparaît ainsi comme une cause avec « laquelle il y a lieu de compter en clinique. « Elle pose aussi souvent un problème médico-« légal. Son diagnostic offre souvent des diffi-« cultés sérieuses et nécessite une critique « serrée des phénomènes observés. Les cas purs « sont rares : le plus souvent, et surtout chez « l'adulte, il y a lieu d'éliminer d'autres causes « de mort. L'examen anatomo-pathologique » est indispensabble ».

Technique simplifiée de la transfusion du sang.

Dans un cas d'urgence, M. Bouquet a procédé à la transfusion du sang avec le matériel de fortune dont il disposait (*Gaz. des Sciences Méd. de Bordeaux.*, 23 mai 1920).

Il flamba et échauda rapidement un bock avec la solution bouillante de citrate de soude à 1 % dans laquelle il fit bouillir cinq minutes un caoutchouc et une aiguille à sérum ordinaire.

Le sang du donneur, — la mère, — fut recueilli par saignée au pli du coude, dans le bock, dans le fond duquel on avait versé 10 cmc. de solution de citrate de soude au 10⁰, et qu'on secouait constamment pendant l'opération. En même temps, il procédait à la ponction de la veine du malade, — l'enfant, — et introduisait dans sa circulation le sang maternel dont les premiers 50 cmc. suffirent à le ramener positivement à la vie.

Après des incidents ultérieurs assez sérieux, mais indépendants de la transfusion, l'enfant guérit complètement.

« Ainsi, conclut l'auteur, la transfusion qui, « jusqu'à ces derniers temps, constituait une « véritable opération, possible seulement dans « un milieu chirurgical spécialement éduqué, « tendra à devenir une petite intervention d'ur- « gence praticable dans tous les cas de shock « et de graves hémorragies où la rapidité de son « application est la condition essentielle du « succès. »

La valeur de l'albumino-réaction pour le dépistage des tuberculeux.

Les procédés de diagnostic de la tuberculose se sont multipliés et perfectionnés à la faveur des recherches nécessitées par les soins à donner aux malades de la guerre. L'un de ces procédés est la découverte de l'albumine dans les crachats.

« C'est, écrit M. Salomon (*La Médecine*, mai 1920) un moyen clinique très utile pour le « dépistage des tuberculeux. Négative, elle « permet d'éliminer très vite les sujets que l'on « considérait comme suspects. Positive, elle « fixe l'attention du médecin sur les signes « stéthacoustiques présentés par le malade, et, « sans avoir la valeur absolue de la constatation « des bacilles, elle est une indication extrême- « ment précieuse. Quand il existe des signes cli- « niques et radioscopiques de condensation pul- « monaire, elle indique, suivant qu'elle est néga- « tive ou positive, que les lésions constatées « sont éteintes ou encore en évolution. L'im- « portance du précipité obtenu correspondant « le plus souvent à la gravité des lésions ulcé- « reuses, elle a, dans une certaine mesure, une « valeur pronostique. L'albumino-réaction mé- « rite d'être utilisée d'une façon aussi courante « que la bactérioscopie et la radioscopie, qu'elle « complète, à condition que le médecin n'en « accepte les résultats qu'en les discutant et en « les confrontant avec ceux de l'examen clini- « que. »

La recherche de l'albumine se fait soit par la chaleur, sot par le ferrocyanure de potassium, soit par l'acide nitrique.

On délaye les crachats dans une solution de chlorure de sodium à 7 % ou de sulfate de soude à saturation, en triturant la masse pour la rendre bien homogène. On élimine la mucine en traitant cette masse par l'acide acétique et en filtrant. On fait agir sur le filtrat soit la chaleur comme on le fait pour l'urine, soit la chaleur après addition de quelques gouttes de solution saturée de ferrocyanure de potassium, soit enfin l'acide nitrique, également comme on agit avec l'urine.

Action cardiaque de la quinine.

En se basant sur leurs expérimentations et sur la clinique, MM. Pezzi et Clerc préconisent la quinine dans certains états cardiaques (*Presse Méd.*, 26 mai 1920.)

Ils l'administrent par la bouche, aux doses de 1 gr. à 1 gr. 1/2 par 24 heures, en deux ou trois fois, en commençant par 0 50 et en augmentant progressivement.

Les sels recommandés sont le bromhydrate, le valérianate, le chlorhydrate. Pendant la cure, les malades doivent rester couchés, et celle-ci ne doit pas excéder 4 à 5 jours.

Les indications de la quinine employée dans ces conditions sont les extra-systoles (faux pas du cœur), la tachycardie paroxystique, la fibrillation auriculaire.

Elle agirait en diminuant l'irritabilité du pneumogastrique.

On peut avoir intérêt à associer la digitale à la quinine.

Les auteurs suggèrent l'essai de la quinine comme préventif de la syncope cardiaque d'origine chloroformique.

Comment s'assurer de la guérison de la tuberculose pulmonaire.

M. Renon (*La Médecine*, mai 1920), estimant qu'il est très difficile de reconnaître la guérison définitive de la tuberculose pulmonaire, conseille de procéder à de multiples recherches de contrôle : recherches des bacilles dans les crachats ; constatation répétée de leur disparition. Inoculations négatives. Recherche de la réaction à la tuberculine et de la réaction de fixation. Examens répétés à l'écran et radiographies. Auscultations renouvelées dans la zone d'alarme de Sergent, ou dans la fossette sterno-cléido-mastoïdienne, ou enfin à la partie ex-

terne du creux sus-claviculaire, à l'aide d'un bon stéthoscope.

Si l'ensemble de ces examens s'est maintenu favorable pendant douze à quinze mois, on a recours à l'épreuve d'adaptation progressive à l'activité.

« Cette épreuve porte sur une durée de trois « mois. Elle consiste à faire travailler le malade, « d'abord seulement tous les deux jours, l'après-« midi ou le matin, un petit nombre d'heures, « puis à augmenter le nombre de ces heures, « à étendre ensuite le travail à la matinée et « à la soirée. Pendant les deux premiers mois, « le travail sera entrecoupé par des jours de « repos, dont on diminuera progressivement « la fréquence. Pendant le troisième mois, le « travail sera complet. »

Au cours de cette épreuve, on surveillera le poids, la température, la tension artérielle et les signes acoustiques.

« On ne devra tolérer ni élévation de tempé-« rature, ni toux, ni expectoration nouvelle « ni présence du moindre râle à l'inspiration, à « l'auscultation au stéthoscope. Quand cette « épreuve de trois mois a été subie avec succès, « il y a de grandes chances pour que la situation « se maintienne et on peut parler de guérison « relative de l'affection. »

Epidémiologie et sérothérapie des affections pneumococciques.

A une époque où on cherche à trouver la sérothérapie spécifique de toutes les maladies infectieuses, il est intéressant de faire connaître les résultats obtenus dans le traitement des pneumoccocies, tel qu'il vient d'être exposé par M. Sloboziano (*Paris Méd.*, 29 mai 1920).

L'auteur établit tout d'abord qu'il existe quatre variétés de pneumocoques, dont trois sont pathogènes. La sérothérapie ne doit être tentée qu'avec le sérum spécifique correspondant au pneumocoque en cause. Il faut donc identifier la variété causale, ce qui peut être fait en un temps allant de 6 à 18 heures.

Les sérums s'obtiennent en injectant aux chevaux des microbes tantôt vivants, tantôt chauffés à 56°, tantôt tués par l'alcool-éther. (Institut Pasteur).

On administrera précocement ces sérums à doses initiales fortes, soit en injections intraveineuses, soit en injections intramusculaires, soit en injections intra-pulmonaires, soit enfin en injections sous-cutanées. Parmi les pratiques indiquées, nous citerons celle de Rénon, qui injecte dans le tissu cellulaire 40 cmc. le 1er et le 2e jour, et 20 cmc. le 3e et le 4e. Truche, de l'Institut Pasteur, commence par des doses de 80 à 100 cmc. le premier jour, et injecte 20 à 40 cmc. les jours suivants.

L'injection intra-veineuse convient aux formes graves, toxiques ; elle doit être répétée toutes les huit heures. L'injection intra-musculaire est employée quand l'intra-veineure est impossible et qu'il faut cependant agir énergiquement. L'injection sous-cutanée est surtout préventive. On l'associera avantageusement aux autres méthodes curatives. L'injection intra-pulmonaire met le sérum en contact immédiat avec les lésions. Nobécourt et Paraf l'utilisent chez les nourrissons aux doses de 2 à 6 cmc., complétées jusqu'à 20 cmc. par la voie intra-musculaire.

Les indications de la sérothérapie sont la pneumonie lobaire, la broncho-pneumonie et les pleurésies des nourrissons et des femmes, les infections pulmonaires grippales secondaires, les méningites à pneumocoque.

A titre préventif, la sérothérapie pneumococcique donnerait des résultats merveilleux.

La sérothérapie curative a pour résultat l'arrêt de la maladie et surtout la désintoxication.

Les accidents sériques sont rares, et paraissent bien supportés. On essayera de les prévenir en employant la méthode de Besredka.

« Des faits cliniques constatés jusqu'à pré-« sent, on peut conclure qu'autant de fois que, « par l'étude de l'expectoration ou du liquide « pleural ou pulmonaire, on établira qu'il s'agit « d'une infection pneumococcique, il semble « que le malade pourra bénéficier du traitement « par le sérum spécifique. »

G. D.

CLIMATOLOGIE

Les Escaldes.

Station climatique d'altitude et sanatorium.

Les Escaldes (ou Eaux-Chaudes), ainsi nommées à cause des sources sulfureuses chaudes qui y surgissent, sont une station climatique située dans les Pyrénées-Orientales, sur le versant méridional du massif du Carlitte et dominant la vallée de la Cerdagne française.

L'Etablissement s'élève dans un vallon fermé au nord, à l'est et à l'ouest par des contreforts assez élevés qui le protègent contre les vents froids, mais largement ouvert au sud sur la Cerdagne. Il reçoit de ce fait l'insolation maxima. Aux premiers jours de janvier, par exemple, nous avons noté que le soleil l'illuminait depuis huit heures du matin jusqu'à quatre heures et demie du soir. Cette longue durée d'insolation, due à la latitude des Escaldes, à l'extrême sud de la France, laisse loin derrière elle non seulement les stations d'altitude suisses, mais aussi les villes non moins réputées de la Riviera ; le soleil y est plus ardent, plus élevé dans le ciel ;

il darde des rayons moins obliques que dans les régions plus septentrionales.

Les Escaldes sont situées à 1.400 mètres d'altitude ; c'est, croyons-nous, le sanatorium le plus élevé qui existe en France. Cette situation topographique privilégiée place l'établissement au-dessus des nuages et des brumes que l'on voit s'étendre dans la vallée. L'état hygrométrique y est particulièrement bas. En janvier et février 1920, où nous y avons fait un séjour prolongé, il était très fréquent de le voir descendre à 8 ou 10, à l'enregistreur Richard. En outre, la configuration de la vallée et les vents habituels sont tels qu'ils emportent au nord-ouest les nuages chargés de pluie. Nous avons pu constater plusieurs fois qu'alors que des nuages sombres et des traînées grises semblaient s'avancer à travers la Cerdagne vers les Escaldes comme pour les inonder, un brusque changement de direction les emportait soudain vers la vallée de Carol, au nord-ouest, rendant superflus imperméables ou parapluies dont nous étions rentrés nous munir.

La température qui, à l'ombre, monte en janvier à 10 ou 12 degrés l'après-midi, descend la nuit à quelques degrés au-dessous de zéro. Mais grâce à la sécheresse et au calme de l'atmosphère, le froid reste très supportable ; jamais on n'observe ces brusques variations aux environs du coucher du soleil, si désagréables, pour ne pas dire dangereuses, qui sont de règle sur la côte de Provence. Maintes fois il nous est arrivé de faire à une heure très matinale notre toilette avec la fenêtre ouverte, sans en être aucunement incommodé.

La neige couvre la terre plus ou moins longtemps suivant les années. La chute se fait généralement abondante pendant deux ou trois jours, puis le temps se remet au beau. La période de fonte, si désagréable dans les régions alpestres, est ici très courte et passe presque inaperçue. Est-ce la situation à flanc de coteau ? Est-ce le sol qui est très poreux ? Mais la neige disparaît peu à peu sans produire ce froid humide et pénétrant, cette boue fangeuse si répugnante, ces brumes persistantes qu'on remarque ailleurs. Et pourtant la chute de neige que nous avons observée avait été exceptionnellement abondante.

L'Etablissement se compose de deux grands pavillons avec vastes dépendances qui constituaient autrefois la station thermale des Escaldes, station sulfureuse très fréquentée par les Espagnols et les Roussillonnais. Les dispositions en ont été modifiées pour répondre aux desiderata et à l'hygiène des sanatoria. Grâce au linoléum qui recouvre les planchers, le nettoyage se fait à la sciure de bois humide ; chauffage à l'eau chaude, électricité ont été installés partout largement ; des galeries de cure avec nombreuses chaises-longues s'ouvrent à diverses expositions : les unes pour la cure ordinaire de repos, les autres plus particulièrement réservées à l'héliothérapie. C'est en effet une des ressources spéciales des Escaldes que l'utilisation du soleil pour le traitement des malades qui viennent y séjourner. A cette altitude où les rayons solaires sont particulièrement riches en ultra-violets, dans cette atmosphère légère, pure, sans nuages, ni brumes, où le soleil plus élevé que dans aucune autre station française ou suisse peut agir plus efficacement, il était tout indiqué de capter cet agent thérapeutique et de l'utiliser pour le plus grand bien des malades. Mais telle est l'intensité de l'insolation que l'héliothérapie ne peut être pratiquée ici qu'avec prudence et sous le contrôle permanent du médecin.

La pureté de l'air est remarquable, avons nous dit. L'absence constatée de poussière et de germes pathogènes a comme corollaire la rareté des affections secondaires dues aux asssciations microbiennes et des complications si souvent très sévères pour les malades. C'est ainsi que nous n'avons constaté aucun cas de pleurésie purulente chez les malades nombreux en traitement du Forlanini à côté de qui nous avons vécu aux Escaldes.

Anticipons sur la suite de cette description. L'analyse chimique a décélé dans les sources des Escaldes un abondant dégagement d'azote. La radioactivité, dont on ne soupçonnait pas, il y a vingt ans, l'importance, n'a pas été recherchée. Mais les travaux faits ailleurs ont démontré que la présence de l'azote dans les sources thermales entraînait toujours celle des gaz rares et des éléments radio-actifs, dont l'effet est, comme on le sait, si puissant sur la nutrition. Je serais donc assez enclin, en me basant sur l'analyse chimique, à attribuer aux sources des Escaldes une certaine puissance radio-active, agissant non seulement par contact direct de l'eau dans les bains, douches, etc., mais encore par émanation et mélange dans tout l'air ambiant de la station thermale. Je ne puis attribuer qu'à cette influence le regain subit de vitalité, d'activité et de gaieté que j'ai éprouvé dès mon arrivée aux Escaldes. J'avais eu, un mois auparavant, une congestion pulmonaire et j'en étais resté très fatigué, très déprimé à tous les points de vue. Sitôt mon arrivée aux Escaldes, j'ai senti la force et la santé rentrer à flots dans mon organisme. Alors qu'à mon départ, j'étais incapable de faire quelques pas, les promenades de 4, 8 et enfin 16 kilomètres étaient devenues pour moi un jeu et malgré cet exercice, j'engraissais de 2 kilogrammes dans la semaine. Je ne saurais donner un meilleur exemple de l'effet favorable de la cure aux Escaldes.

Les eaux sulfureuses et alcalines émergent à une température de 40 degrés ; une distribution très complète les conduit aux buvettes dans le parc, et aux baignoires, appareils d'hydrothérapie, de pulvérisation, etc. Les baignoires en marbre et en granit sont disposées pour le bain en eau courante. Depuis longtemps, leur efficacité est

démontrée pour certaines variétés d'affections respiratoires (pharyngites, laryngites, bronchites chroniques), pour les maladies de la peau, pour les affections scrofuleuses et pour les métrites. Leur utilisation comme agent thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire, aujourd'hui abandonnée, a été autrefois largement pratiquée dans certaines stations comme celle des Eaux-Bonnes. N'y aurait-il pas lieu de demander aux eaux des Escaldes : source Colomer, source Caroline, etc., moins congestives que celles des Eaux-Bonnes, leur concours thérapeutique dans certaines formes de tuberculose pulmonaire ?

A côté de l'Etablissement coule un ruisseau, la Coma Armada, affluent du Ségre, qui forme une belle cascade auprès de laquelle se trouve un parc ombragé où de magnifiques pins et sapins (qui n'ont rien à envier à ceux du Jura et des Vosges) se mêlent aux arbres communs de nos forêts. Avec, comme tapis, toute la flore des Pyrénées, cet ensemble constitue un refuge très agréable et très frais où les malades peuvent faire leur cure d'été, les ardeurs du soleil étant tempérées par un épais feuillage, tandis que la poussière d'eau qui s'échappe de la cascade et du torrent rafraîchit l'air ambiant. Nous ne pouvons en parler *de visu*, mais toutes les personnes que nous avons consultées nous ont dit que la chaleur de l'été était très supportable aux Escaldes et nous les crûmes d'autant mieux que, avant d'être transformées en Sanatorium, Les Escaldes étaient une station d'été, et que le graphique des appareils enregistreurs que nous avons eus sous les yeux ne donnent pour chacun des étés 1918 et 1919 que la température de 26° maxima.

Un garage renferme deux autos qui vont chercher les voyageurs à Bourg-Madame, terminus du chemin de fer du Midi.

Voici pour l'organisation extérieure. Nous ne reviendrons pas sur les chambres, la vaste salle à manger si fraîche, le billard, les salons de réunion et de lecture, la bibliothèque, la salle de théâtre, où les malades les plus valides entretiennent le rire et la bonne humeur chez ceux qui auraient quelque raison d'avoir des soucis, maintenant ainsi un bon moral, si important pour la guérison. Les Escaldes ont même leur journal humoristique et amusant !

Parlons plutôt de l'organisation médicale. Sous la haute direction du docteur Hervé qui partage son temps entre son Sanatorium de Lamotte-Beuvron et Les Escaldes, le médecin résidant, Docteur Bonnet, contrôle et suit l'examen et le traitement des malades. Tous les procédés modernes d'investigation sont à la disposition des médecins. Une salle de radiologie, installée sous la direction de M, Suzor, permet l'examen fréquent des poumons aux rayons X. Une salle d'opération y est jointe pour faire les pneumothorax, selon le procédé de Forlanini, méthode qui a donné entre les mains du docteur Hervé les résultats les plus satisfaisants chez des malades qui semblaient condamnés à bref délai.

Un laboratoire de bactériologie et d'analyses, une pharmacie, une salle de pesées, complètent l'installation. Une infirmière enfin assure les soins accessoires : frictions, massages, ventouses, sous la surveillance des médecins.

N'oublions pas la cuisine, si importante dans dans un Sanatorium (le chef fait une excellente cuisine qui donnerait de l'appétit aux estomacs les plus blasés), et une direction qui est toujours prête à faire l'impossible pour être agréable.

Enfin une chapelle remplie d'ex-votos, témoignages naïfs et reconnaissants des bons effets d'une cure aux Escaldes, se trouve à la porte de l Etablissement.

Avoir transformé une Station thermale fréquentée par des Espagnols en un Sanatorium habitable par des Français, et cela en pleine guerre, malgré toutes les difficultés que l'état de guerre entraînait à la frontière, malgré plus tard les complications du change (la Cerdagne étant sur le versant méridional a toujours vécu jusqu'à ces derniers temps des échanges avec l'Espagne), avoir, dis-je, ainsi métamorphosé son Etablissement, c'était déjà une œuvre fort difficile. Mais le docteur Hervé, insatiable, n'est pas satisfait de l'excellente organisation obtenue et il projette de construire à neuf un Etablissement modèle.

Je ne vois plus rien à noter sur le Sanatorium lui-même. Il ne me reste qu'à signaler les promenades dont il est le centre. Qu'on aille à Dorres par la route (1.500 mètres) ou à Angoustrine par le chemin muletier (2 kilomètres), qu'on descende à Villeneuve (1.200 mètres), ou qu'on chemine le long du torrent, on aura dans tous les cas des promenades faciles, peu fatigantes, dans des sites merveilleux, soit que la vue s'arrête sur un chaos de rochers éboulés, soit qu'elle s'étende dans le frais vallon de la Coma Armada et de là, sur la plaine de Cerdagne. Les bons marcheurs pourront aller à Ur, à Bourg-Madame, au Belloc, Targassonne, etc., en France, ou à Llivia, à Puig-Cerda, etc., en Espagne,

Confrères, n'allez plus chercher en Suisse des stations d'altitude, et envoyez vos malades aux Escaldes où ils trouveront mieux comme air, comme température, comme exposition, où enfin ils auront des conditions pécuniaires plus favorables, tout en remplissant le devoir patriotique que doit à l'heure actuelle s'imposer tout Français et qui est d'éviter le plus possible de laisser sortir l'argent de notre pays.

Malades, allez avec confiance aux Escaldes, et quand, comme moi, vous y aurez retrouvé la santé, il vous restera, comme à moi, le désir de revoir bien portant ces sites enchanteurs.

Dr. Louis Gassot
Médecin Praticien.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Sur le décret de 1916 relatif aux substances vénéneuses.

(M. SIREDEY. — *Académie de médecine.*)

Le 1er juin 1920, M. Jeanselme appelait l'attention de l'Académie sur les difficultés que crée, pour le traitement des syphilitiques, la loi du 12 juillet 1916, concernant la vente des substances vénéneuses et le décret d'application de cette loi. Il demandait l'intervention de l'Académie pour obtenir la modification dudit décret.

Au nom de la commission nommée pour étudier cette question, M. Siredey vient de déposer un rapport favorable aux vœux du professeur Jeanselme. Le rapporteur ajoute que la commission verrait, d'ailleurs, sans regret, l'effondrement total de cette loi de circonstance, qui jusqu'à présent ne semble guère avoir apporté que des entraves à la thérapeutique, sans gêner beaucoup les morphinomanes, cocaïnomanes et autres dégénérés toxicomanes.

Les instituts médicaux.

(M. HAYEM. — *Académie de médecine.*)

A propos du projet de création d'un Institut d'Hygiène à Paris, l'Académie discute la question plus générale des Instituts médicaux. M. Hayem, qui s'est attaché depuis une quinzaine d'années à l'étude des réformes de l'enseignement médical, montre quel pourra être le rôle des Instituts médicaux : établissements de recherches et établissements d'enseignement.

Origine commune de la varicelle et de certains zonas.

(M. A. NETTER. — *Académie de médecine.*)

L'éruption de la varicelle et l'éruption du zona se ressemblent objectivement, mais peu de médecins, jusqu'à ce jour, ont admis que les deux maladies — varicelle et zona — pouvaient offrir une origine commune.

Quelques auteurs étrangers, Bokay, de Budapest, en 1909, Le Feuvre, à Londres, en 1913, entre autres, ont présenté des observations susceptibles d'étayer une telle opinion. M. Netter a eu l'occasion de soigner à l'hôpital, d'une part, deux enfants atteints de varicelle 15 jours après des contacts avec des zonas, et d'autre part deux enfants atteints de zona 15 jours après des contacts avec des varicelles. A ces 4 cas personnels, ses recherches bibliographiques lui permettent d'ajouter 64 cas analogues rapportés par Bokay et surtout par des médecins anglais.

S'appuyant sur la similitude d'aspect des vésicules, sur les « contagions » ainsi observées, M. Netter conclut, avec Bokay, Le Feuvre, Milne, Richardson, etc., que certains zonas sont sous la dépendance du virus varicellique. On sait que le zona s'accompagne quelquefois de vésicules aberrantes, souvent méconnues parce qu'on ne les recherche pas. Si dans le zona les éléments éruptifs aberrants ne sont pas plus développés, c'est que l'auto-immunisation s'installe rapidement. Le petit nombre de sujets prenant la varicelle auprès d'un zona s'expliquerait par la grande proportion des individus immunisés par une varicelle antérieure.

Si l'on admettait cette opinion, on serait amené à un certain isolement des malades atteints de zona. Le médecin anglais Charpentier cite, à ce propos, une une anecdote assez curieuse. Appelé dans une famille à soigner un zona, il déclare le fait sans importance pour l'entourage. Deux semaines après, on le rappelait pour un enfant atteint de varicelle, et le père, au courant de la question par la lecture des journaux, ne manqua pas de souligner la déclaration faite par M. Charpentier au cours de la première visite.

M. PIERRE MARIE a hospitalisé dans son service des centaines de cas de zona, mais n'y a jamais observé de cas de varicelle.

La splénectomie dans les ictères hémolytiques splénomégaliques.

(M. HARTMANN. — *Académie de médecine.*)

M. Hartmann a opéré récemment un malade atteint d'ictère hémolytique avec hypertrophie considérable de la rate. La splénectomie a donné un excellent résultat. C'est la troisième opération de ce genre pratiquée par M. Hartmann, avec le même succès.

M. VAQUEZ rappelle qu'il a, le premier, fait pratiquer, en 1907, une splénectomie pour ictère hémolytique splénomégalique. Le malade succomba, mais par faute opératoire, à la suite d'une hémorragie.

M. HARTMANN ajoute que le nombre des splénectomies faites à l'étranger est déjà considérable ; on en compte près de 80, dont 27, appartenant au même chirurgien, M. Mayo, n'ont donné qu'une seule mort. Un point mérite d'être noté, c'est que la splénectomie, bénigne dans les cas d'ictère hémolytique, est au contraire beaucoup plus grave dans une affection qui, par divers côtés, se rapproche de l'ictère hémolytique, la maladie de Banti.

Technique pour la récolte du sang par ponction veineuse.

(MM. Ch. NICOLLE et CONSEIL. — *Société de biologie.*)

MM. Charles Nicolle et E. Conseil indiquent une technique spéciale pour la recolte de quantités notables de sang par prise intraveineuse, lorsqu'on a affaire à des veines plates et presque exsangues, comme c'est le cas chez certains malades, chez les

convalescents de typhus ou autres affections graves, par exemple.

Ces auteurs emploient un dispositif simple, constitué par une aiguille montée sur un tube de caoutchouc, l'ensemble ayant été préalablement vaseliné. L'aiguille, en acier, du calibre intérieur de 1 mm. à 1 mm. 1/2, est à biseau court. Le tube de caoutchouc souple, long de 12 cm., a un diamètre de 3 mm. ; son extrémité est taillée en bec de flûte. On trempe le tube de caoutchouc armé de l'aiguille dans l'huile de vaseline ; on égoutte soigneusement et on stérilise à l'autoclave. Il importe de bien égoutter l'appareil, la stérilisation du tube immergé dans l'huile de vaseline gonflant le caoutchouc. Grâce à ce dispositif, on évite la coagulation au cours de l'opération et on peut recueillir facilement une assez grande quantité de sang.

Prévention du typhus au moyen de sérum de convalescents.

(MM. Ch. Nicolle et E. Conseil. *Soc. de biologie.*)

Le sérum de convalescents a été utilisé dans le traitement du typhus exanthématique par Raynaud et Legrain, avec des résultats très modestes. MM. Nicolle et Conseil ont montré que ce sérum possédait des propriétés préventives. L'injection de doses suffisantes de sérum de convalescent protège le singe contre l'inoculation du virus. Ces propriétés ne sont d'ailleurs pas très fortes et l'immunité conférée est peu durable.

M. Nicolle vient d'employer l'injection prophylactique de serum de convalescent chez sept personnes soignant des malades atteints de typhus et ayant été infestées de poux à leur contact. Aucune d'elles ne contracta le typhus. En raison de la brièveté de l'immunité conferée, il est préférable de faire deux inoculations de sérum.

Traitement de l'urticaire, de la maladie de Quincke et du rhume des foins par l'autosérothérapie désensibilisatrice.

(MM. Achard et Flandin. — *Soc. méd. des hôp.*).

Au cours de recherches expérimentales et cliniques MM. Achard et Flandin ont été amenés à admettre que le sérum sanguin était susceptible d'acquérir, d'une manière passagère ou définitive, des propriétés toxiques, et ils ont groupé ces faits sous le nom de propriétés cryptotoxiques du sérum. Cherchant à désensibiliser les sujets vis-à-vis des substances toxiques en question, ils ont adopté l'emploi de doses très faibles d'auto-sérum et l'introduction par une voie n'amenant pas le choc. Leur technique est la suivante :

Le sang est prélevé dans la veine et conservé à la température du laboratoire. Le sérum est séparé du caillot au bout de six heures environ. A ce moment on fait sous la peau du bras une injection de 5/10 de centimètre cube ; douze heures plus tard, on injecte un centimètre cube ; le lendemain 1 cmc. 1/2, le jour suivant 2 cc.. Il est prudent de faire encore ensuite quelques injections de 2 cmc. de 2 en 2 jours.

Chez huit malades (2 cas d'urticaire, un cas de maladie de Quincke, cinq cas de rhume des foins) cette autosérothérapie désensibilisatrice a donné des résultats excellents.

La réaction de Schick en prophylaxie militaire.

(MM. Rieux et Zœller. — *Société médicale des hôp.*).

MM. Rieux et Zoeller ont fait, en milieu militaire, une étude sur la valeur de la réaction de Schick par la prophylaxie de la diphtérie. Leurs recherches les portent à souscrire aux conclusions des auteurs américains, Park et Zingher. Les conclusions de de Zingher sont, on le sait, les suivantes :

« Les médecins devront être capables de pratiquer la réaction de Schick et d'en noter le résultat sur le livret de chaque recrue. Ce renseignement a une grande valeur, car il est probable que les individus présentant une réaction négative sont protégés pour plusieurs années ou peut-être pour la vie. Ceux qui ont une réaction positive ou mixte sont les seuls qu'il soit nécessaire d'immuniser préventivement en cas d'épidémie de diphtérie. Ces individus devront être aussi immunisés d'une façon active par un mélange de toxine-antitoxine diphtérique afin de développer chez eux une protection durable contre cette maladie. »

M. Louis Martin ne considère pas la réaction de Schick comme devant apporter un grand secours pour combattre la diphtérie. Des individus à réaction négative, réfractaires à une diphtérie bénigne, peuvent être aptes à contracter une diphtérie plus virulente. Dans l'état actuel de la question, l'auteur estime que nous pouvons lutter efficacement contre la diphtérie avec des moyens plus simples, qui ont fait leurs preuves et sont les suivants : enquête sur tout cas de diphtérie pour connaître le ou les contages ; surveillance de la gorge de toutes les personnes entourant le malade et examen bactériologique de toute gorge suspecte (rougeur des piliers, points blancs, amygdales tuméfiées) ; injection de sérum chez les porteurs de bacilles. L'avenir fixera sur la valeur de l'épreuve de Schick.

M. Lemoine croit, comme M. Martin, que l'examen clinique doit être la base de la prophylaxie de la diphtérie. Sans injection préventive, il a pu arrêter en milieu militaire une épidémie par les mesures suivantes : examen et isolement momentané de tous les hommes souffrant de la gorge. Prélèvements et ensemencements sur tube de sérum pratiqués pour tous les sujets isolés.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Le médecin et les grèves.

Nous nous étions trop pressés de déclarer qu'en ce qui nous concernait, nous considérions le débat comme étant clos. Nous recevons la lettre suivante que notre souci d'impartiabité nous fait un devoir de publier, parce qu'elle nous adresse des critiques qu'il nous plaît de mettre au grand jour de la controverse dans laquelle nous avons pris position.

Voulez-vous me permettre quelques réflexions au sujet des diverses théories émises dans le *Concours* à propos de la grève des médecins ?

Et d'abord, j'estime que le *Concours* a eu tort de prendre parti. Avoir des idées personnelles sur la question, c'est un droit. Mais dicter son devoir au médecin dans les colonnes d'un journal qui peut être lu par des profanes, c'est bien dangereux. Gare à nous, le jour où l'un de ceux-là découvrira qu'au dire des meilleurs de la profession, le médecin ne doit jamais refuser ses soins à un malade ! — De plus, chacun n'a-t-il pas le droit de comprendre son devoir à sa manière ?

Deuxième point : Personnellement — et soyez sûr que je ne suis pas le seul parmi vos abonnés — j'estime, malgré la loi, que la grève n'est pas un droit, en vertu de ce principe très simple, que celui qui ne travaille pas vit aux dépens de ceux qui travaillent. A part, si vous voulez, le capitaliste qui possède du travail accumulé (et encore il y aurait beaucoup à dire là-dessus) tout homme sain et normal doit travailler. S'il lui prend fantaisie de se croiser les bras, alors il n'a plus le droit de manger, de s'habiller, de profiter des commodités sociales, de recevoir des soins en cas de maladie, ni lui, ni les siens, dont l'existence dépend de son travail. Chaque individu étant, dans la machine sociale, un rouage dont dépend le bon fonctionnement des autres, l'intérêt général primant les intérêts particuliers, et la liberté consistant à pouvoir faire seulement ce qui ne nuit à personne, il est hors de doute que la reconnaissance légale du droit de grève est contraire au simple bon sens. Certes la condition actuelle du travailleur est détestable, et les rapports du capital et du travail doivent être modifiés, c'est évident ; mais c'est l'affaire du législateur, et nul ne doit imposer sa volonté par la force, surtout quand il s'agit de minorités.

Bonnes ou mauvaises, j'ai le droit d'avoir ces idées et d'agir en conséquence. Mais ici vous formulez votre défi : « Voici une femme de gréviste en couches ; voici un enfant de gréviste qui a le croup. On vient vous chercher. Refuserez-vous ? » Eh ! non. Mais je poserai comme condition au père ou au mari de s'engager par écrit à reprendre son travail aussitôt le danger passé. Et s'il refuse, alors la mort possible de sa femme et de son enfant *retombera sur lui et non sur moi*. S'il pense avoir le droit d'immoler les siens à la « Cause », c'est son affaire et non la mienne.

Le cas m'est arrivé. M'étant vu refuser en gare, parce que c'était un dimanche, la livraison d'essence, dont je n'avais plus une goutte, j'avais informé le personnel de la Compagnie de n'avoir plus à compter sur moi les dimanches et jours fériés. Le dimanche suivant — justice immanente ! — un homme d'équipe se fait prendre sous une lourde caisse, et on vient me chercher, en courant. *Après excuses* et promesse d'agir inversement à l'avenir, j'y suis allé. Faute de quoi, je serais resté chez moi, sans remords, car la responsabilité ne m'appartenait plus. Et notez bien que les quatre cinquièmes des travailleurs comprennent très bien, lorsqu'on se donne la peine de la leur expliquer, cette responsabilité-là. Eux qui font si bon marché des conséquences de leurs grèves lorsqu'il ne s'agit que de faire courir des risques au voisin, réfléchissent très sérieusement et agissent en conséquence, dès qu'ils s'aperçoivent que les risques pourraient bien être pour eux.

Troisième point et dernier. Vous écrivez (*C. M.* 1920, n° 27. p. 1709) que le médecin « ne doit pas... ne peut pas... refuser froidement, de propos délibéré, de secourir et de sauver même celui ou celle qui s'adressent à lui, quels qu'ils soient. » Excusez-moi, mon cher Confrère, mais voilà qui est formidable ! Que devient donc notre liberté, le dernier de nos biens, on peut le dire ? Mais cette liberté que vous, médecin, vous me refusez, elle m'est reconnue, Dieu me pardonne, par l'A. M. G. elle-même ! Je ne bluffle pas : au dos de chaque bon de visite il est écrit : « Le médecin est libre de refuser ses soins au malade qui les demande » (art. 3 du règlement départemental du 25 octobre 1894). Et pourtant l'A. M. G. assure le payement (quoique minime).

Car voici encore une question. Un mauvais client, qui me doit, peut me payer, mais ne veut pas (il y en a, n'est-ce pas ?) vient me chercher pour sa femme en couches ou son enfant qui a le croup. Ai-je, *oui ou non* le droit de me faire payer avant de me déranger et de répondre à un refus par un autre refus ? Attention à la réponse, mon cher Confrère !

si c'est non, ne le criez pas trop haut, car le jour où nos clients sauront que nous leur devons nos soins en toutes circonstances, ils ne nous payeront plus du tout, nous vivrons de l'air du temps, et vous ne pourrez guère accorder cette théorie avec celle du droit de chaque médecin de vivre de son travail, toujours soutenue dans le *Concours*. Si c'est oui, alors ce que vous m'accordez dans le cas où mon seul intérêt personnel est engagé, vous ne pouvez plus me le refuser dans le cas de la grève qui met en jeu l'intérêt général, beaucoup plus important.

Excusez la longueur de ma lettre, mon cher Confrère, publiez ou non, répondez ou non, selon votre goût ou vos occupations ; dans les deux cas, croyez à ma sympathique considération.

Dr P.
P.

Ne voulant pas prolonger indéfiniment ce débat, nous nous bornerons à répondre très brièvement à notre sympathique correspondant :

1° Nous n'acceptons pas qu'on nous reproche d'avoir pris parti.

D'autres journaux médicaux se sont fait les défenseurs de la grève des soins médicaux envers les grévistes. Ils l'ont préconisée, encouragée, recommandée, approuvée : c'était leur droit. Nous qui sommes d'un avis diamétralement opposé, pour des raisons que nous avons longuement développées, nous revendiquons le droit de dire publiquement à notre tour ce que nous en pensons.

Quant à dicter son devoir au médecin, ce qui équivaudrait presque à lui donner des ordres, loin de nous une pareille intention. Nous avons tenu simplement à lui montrer par des faits les conséquences de tel ou tel de ses actes. Libre à lui ensuite d'agir comme il lui plaît. En lui criant : « Casse-cou ! » nous estimons avoir fait notre devoir, et cela nous suffit.

2° « La grève, dites-vous, malgré la loi, n'est pas un droit ». La loi est la loi, nous n'y pouvons personnellement rien, sauf à vitupérer le législateur quand nous trouvons la loi mauvaise, et l'on voudra bien nous accorder que nous ne nous en faisons pas faute.

Mais, puisque vous proclamez que, selon vous, la grève n'est pas un droit, nous nous emparons de votre argument, qui renforce puissamment notre thèse ; il suffit à condamner ceux qui en sont partisans. Elle n'est pas un droit, dites-vous. Entendu, même à titre de représailles.

3° Enfin, votre dilemne *in fine* ne nous embarrasse pas. En droit pur : « un médecin n'est « pas tenu légalement de prêter son ministère « aux simples particuliers qui le demandent, « (sauf le cas de réquisition de justice). Il en est « ainsi alors même qu'il n'existe pas d'autre mé« decin dans la localité. *Sans doute, les devoirs « moraux de sa profession obligent le médecin à « ne refuser le secours de son art à aucun de « ceux qui peuvent en avoir besoin* : **mais la « violation de cette obligation ne saurait entraî« ner aucune peine. Cependant, le médecin qui, « après avoir promis de se rendre auprès d'un « malade, manque à sa promesse, peut, après « la mort de celui-ci, encourir une responsabi« lité civile.... »** (Dalloz, — Dict. de droit. — P. 917, art. 18).

Aussi n'avons-nous jamais prétendu que le médecin devait *juridiquement* répondre toujours à tout appel, d'où qu'il parte. Hormis certains cas d'espèces visés par la jurisprudence, nous convenons parfaitement , parce que cela est indiscutable, que le médecin est libre, absolument libre de donner ou de refuser ses soins.

Mais le jurisconsulte cité ci-dessus ne néglige pas de signaler les obligations morales du médecin.

C'est uniquement de ces obligations que nous avons voulu parler quand nous avons prétendu que, moralement, il ne pouvait ni ne devait faire la grève.

Entre le refus opposé dans un cas particulier par un médecin à la demande de soins qui lui est adressée, — pour des raisons personnelles, dont il reste seul juge, — et l'action systématique, et même concertée, et dirigée *a priori* contre une catégorie de malades éventuels, il y a selon nous un abîme.

Si, *juridiquement*, rien ne lui interdit de mener une telle action, nous maintenons, — et cette fois, c'est notre définitive conclusion — que, *moralement*, il ne le peut ni ne le doit.

Nous sommes nombreux, tant au *Concours* qu'en dehors de lui, à avoir la certitude que le refus systématique des soins médicaux, quelque bruyamment et solennellement qu'il ait été annoncé, ne sera jamais effectivement mis en pratique. Et nous nous en réjouissons.

G. DUCHESNE.

II

La grève des nourrissons dans la Sarthe.

A 1 franc 50 la visite aux nourrissons et prière de faire strictement le service ! Les ronds de cuir ont l'œil et proposent les sanctions contre le pauvre bougre qui aurait commis une erreur de bulletins. Chose incroyable, le corps médical a marché sur ces bases, que dis-je, sur ces moignons pendant de nombreux lustres !

Pourtant, cette année, devant la hausse de l'essence (à propos, on annonce la baisse, et ce n'est pas une blague car je l'ai constatée dans ma caisse !) les chers Confrères ont réclamé !..

Ils ont réclamé et ils ont obtenu, dans la

Sarthe en particulier, l'augmentation extraordinaire de 0, 50 ...

A deux francs, la visite aux nourrissons ! C'est la fortune ! Mais attendez.

« Nous, Préfet et Conseillers Généraux, considérant que les neuf dixièmes des décès surviennent avant l'âge d'un an, nous nous empressons d'informer messieurs les médecins et messieurs les maires qu'à partir d'un an, les nourrissons n'intéressent plus le Corps médical. » Coucou !...

Faut-il que le Corps médical ait été naïf pour n'avoir pas compris qu'en baissant au contraire ses tarifs, par exemple en visitant gratuitement tout à fait les nourrissons, il aurait gardé le monopole du service de protection pendant toute l'enfance, 2e âge, adolescence, canonique, vieillesse ? Nous aurions eu les centenaires !!!

Avoir tenu ce filon prodigieux et le manquer ! Il faut pendre haut et court les instigateurs du mouvement !

Voulez-vous gager que, si nous demandons le Tarif kilométrique, le service de Protection sera immédiatement supprimé comme vont être supprimés les indigents. J'ai assisté à la déflation des listes, c'est inouï. Les voilà bien, les nouveaux riches !

« Alors, vont dire certains confrères, nous avons voulu jouer à la hausse, et c'est nous qui sommes baissés ».

C'est ici que je viens proclamer ce que j'ai déjà hurlé en séance : Qu'on supprime si l'on veut tous les indigents ; ce sera autant de clients ordinaires à récupérer au plein tarif, car il n'y a plus de pauvres aujourd'hui, hormis les médecins !

Qu'on supprime si l'on veut le service de Protection pour le confier, selon Boudin, à un organisme spécial ! Au moins, nous n'aurons plus à soigner gratuitement lesdits nourrissons pendant leurs maladies, car, entendez-vous bien, je n'ai jamais touché un seul centime d'honoraires pour traitement en cours de maladie.

Les nourrices ne payent jamais, les parents sont introuvables, et si vous insistez, on vous jette au nez que vous êtes payés pour faire le service de Protection ! C'est égal, quelle hypocrisie sous ce titre ronflant de Protection du Premier Age ! Il fallait cette augmentation de 0 fr. 50 pour mesurer jusqu'à quel degré on se f... en réalité des nourrissons.

A partir d'un an, le nourrisson est décrété majeur par l'Administration ; il peut se défendre hygiéniquement contre les méfaits d'une nourrice !...

Apercevez-vous le crime ? Je ne puis croire que des médecins y aient participé.

Pensez-y ! A partir de 12 mois le malheureux fœtus a encore un an de galères à tirer chez sa nourrice, c'est pourquoi son seul protecteur, le médecin, pouvait lui être utile.

A deux ans, tous réintègrent leur foyer maternel, et véritablement le législateur avait fait œuvre bienfaisante en fixant la surveillance à deux années.

Quant aux modificateurs qui économisent sur le dos des nourrissons français de misérables piécettes, je demande leur honteuse comparution devant la Commission de Puériculture, avec Pinard comme censeur.

Est-ce que, par hasard, le médecin détiendrait véritablement tout le mécanisme des lois sociales ? Est-ce que tout va s'écrouler de cette façade, si reluisante pendant qu'il était le valet universel et impayé ? Nous apercevons des lézardes impressionnantes... Tout allait à merveille : Ainsi, dans une population de 3.000 habitants, il y aurait eu 1.000 assistés, 1.000 bénéficiaires de la Loi des Pensions ou assimilés, 1.000 Mutualistes... N'était-ce pas le rêve et pourquoi les médecins sont-ils venus se plaindre ? Pourquoi, je vous le demande ?

Il existe, dit-on, un Comité de Protection du 1er Age et on m'affirme que les nourrissons conscients et organisés ont décidé de lui offrir une plaque de reconnaissance.

Et nous, syndiqués, nous ne serons pas plus ingrats, car nous avons nettement perçu les courageuses protestations des représentants médicaux du Comité, acharnés magnifiquement à combattre CONTRE NOUS !

J'en profite pour poser cette question :

Quand aurons-nous, dans le Comité, un Confrère rural, un pauvre diable ayant goûté à l'Inspection à travers les marécages boueux, l'échine crottée, suant, geignant, échouant en fin de compte comme une épave grotesque devant les casemates bouclées et cadenassées des nourrices absentes !

Les princes nantis et replets ignorent cela superbement. Car nous n'avons qu'un bouillon administratif assaisonné d'amertume, d'hostilité et d'incompétence. Qui a remplacé, dans le Comité de Protection, le rural Horeau, dont j'imagine que la place est toujours vacante ?

Nous demandons que le bureau de la Fédération qui a splendidement conduit l'affaire de l'A. M. G., intervienne pour qu'un représentant véritable de nos intérêts, capable d'aménité à notre égard, figure enfin dans le Comité.

Assez de fossoyeurs dans ce comité ! Nous voulons un défenseur, un confrère capable de tenir tête aux brimeurs systématiques, accablant d'injustes représailles quiconque aurait déplu !..

COLLIGNON.

III

Syndicat des médecins de la Seine.

Le Syndicat des médecins de la Seine, dans son Assemblée générale du 15 juin 1919, a décidé de faire une enquête sur le fonctionnement du Service de Santé pendant la guerre.

Cette enquête doit servir à étudier l'organisation nouvelle du S.S., par conséquent elle doit connaître toutes les fautes commises, quels qu'en soient les auteurs, si haut placés soient-ils, afin d'en éviter le retour. Nos soldats et nos médecins de réserve ont assez souffert pour que l'on songe à leur éviter dans l'avenir de pareilles infortunes.

Si donc, parmi les confrères syndiqués ou non syndiqués, il s'en trouvait que notre enquête intéresse, ils sont priés de s'adresser au S.M.S. (6e commission) où l'on recevra tous documents avec le plus vif intérêt et en fera le meilleur usage pour le bien du corps médical.

MÉDECINE SOCIALE

La Société des Nations et le Corps médical.

Le propos du jour du Dr Noir, paru dans le *Concours Médical* du 4 juillet dernier, sur l'organisation des relations médicales internationales, est d'une portée et d'une actualité plus grandes que pourraient le croire des esprits peu avisés. Ces relations internationales, entre médecins, que notre rédacteur en chef voudrait voir être organisées, non seulement par la Faculté de médecine de Paris, mais encore et surtout par les organisations professionnelles des médecins praticiens, seront officielles un jour, si nous nous reportons au pacte de la Société des Nations.

Ce Pacte a été publié dans le *Journal Officiel* du 11 janvier 1920, p. 459 et suivantes. L'article 23 spécifie : « Sous la réserve et en conformi-
« té des dispositions des conventions internatio-
« nales actuellement existantes, ou qui seront
« ultérieurement conclues, les membres de la
« Société :

« *a*) S'efforceront d'assurer et de maintenir
« des conditions de travail équitables et hu-
« maines pour l'homme, la femme et l'enfant,
« sur leurs propres territoires, ainsi que dans
« tous pays auxquels s'étendent leurs relations
« de commerce et d'industrie et d'entretenir
« les organisations internationales nécessaires ;

« *b*).....

« *c*) Chargent la Société des Nations du con-
« trôle général des accords relatifs à la traite
« des femmes et des enfants, du trafic de l'o-
« pium et autres drogues nuisibles ;

« *d*).....

« *e*

« *f*) S'efforceront de prendre des mesures
« d'ordre international, pour prévenir et com-
« battre les maladies. »

Comme nous le verrons plus loin, le corps médical de tous les pays aura un rôle considérable à jouer. Mais regrettons que nos représentants à la Société des Nations se soient montrés ignorants des organisations professionnelles et scientifiques médicales, puisque nous lisons à l'article 25 : « Les membres de la Société s'enga-
« gent à encourager et favoriser l'établissement
« et la coopération des organisations volontai-
« res nationales de la Croix-Rouge, dûment
« autorisées qui ont pour objet l'amélioration
« de la santé, la défense préventive contre les
« maladies et l'adoucissement de la souffrance
« dans le monde. »

C'est en vertu de cet article que la Ligue internationale des Croix-Rouges s'est réunie à Genève, au commencement du mois de juin, témoin l'entrefilet suivant que nous découpons dans le journal, l'*Œuvre*.

Une école internationale d'hygiène.

Genève, 3 juin (de notre correspondant particulier). — Une importante conférence a eu lieu au Palais fédéral, à la suite d'une initiative prise par la Ligue internationale des Croix-Rouges. Celle-ci suggère la création en Suisse d'une école internationale d'hygiène et de salubrité publique. Les médecins qui suivront ces cours spéciaux recevront le titre d'officiers de santé et pourront être employés dans n'importe quel pays par les Croix-Rouges. M. Henderson, directeur de la Ligue internationale des Croix-Rouges, a développé le projet devant le colonel Bohny, directeur de la Croix-Rouge suisse, M. le conseiller fédéral Chuard, le docteur Charrière, directeur du burau sanitaire fédéral.

Ce projet, s'il réussit, peut devenir le début de modifications profondes pour l'exercice de la médecine, dans chaque pays. Il semblerait que la Ligue internationale des Croix-Rouges aurait l'intention de provoquer une modification, en France, de l'article 1er de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, en obtenant le droit d'exercer notre art pour ces « officiers de santé » non munis de notre diplôme d'Etat.

Le moment n'est pas venu de discuter cette modification à notre législation. Notons seulement l'influence considérable que le corps médical pourrait jouer, dans le concert des nations, dans le but de rapprocher les peuples, par des études en commun.

La Société des Nations aura de grands problèmes à résoudre, mais il convient que chaque profession, chaque groupe économique puisse faciliter la tâche collective, en mettant à l'étude les questions d'ordre plus technique et corporatif.

C'est ainsi que nous connaissons une société qui vient de se créer pour discuter les préliminaires et mettre sur pied l'élaboration des solutions à apporter à des problèmes immédiats. La première question est l'expédition de Syrie, Cilicie et Palestine, qui actuellement coûte la vie de beaucoup de nos soldats. L'influence française doit-elle se manifester sous forme d'obus et de mitrailleuses, ou sous forme de création d'écoles, de lycées, etc ? Les médecins sont intéressés à la question, car ils connaissent la Faculté de Beyrouth, dont les diplômés peuvent exercer la médecine en France.

C'est, en second lieu, la réparation de toutes régions dévastées pendant la guerre qu'abordera la société en question. Ici encore, les médecins pourront donner leurs avis, non seulement au point de vue de l'hygiène urbaine, pour la reconstruction des cités et des habitations ; mais encore pourront-ils indiquer de quelle manière il faudrait établir des hôpitaux, des maisons de santé à bon marché, des dispensaires d'hygiène sociale, des sanatoria, etc.

Si nous nous inspirons de ces efforts, comme de ceux de la Ligue internationale des Croix-Rouges, il me semble que le corps médical aurait un rôle international considérable à jouer. Les délégués des médecins de tous pays pourraient mettre à l'étude, pour des comparaisons et dans le but de faire profiter chaque nation des résultats obtenus, les questions suivantes :

En hygiène, ce seraient les moyens législatifs, règlementaires, à concevoir pour la lutte contre l'alcoolisme, la syphilis, la tuberculose, comme pour le défense contre les grandes épidémies, typhus, choléra, peste, etc.

En assistance publique, ce seraient les problèmes de la réciprocité, pour qu'un indigent puisse, en tous pays, recevoir les soins nécessaires à son état pathologique.

Les questions sociales provoqueraient des rapports sur la protection légale des travailleurs ainsi que l'hygiène des ateliers, l'inspection du travail, le quantum de labeur à demander aux femmes, aux enfants. Ce serait également la lutte contre la mortalité infantile.

Les problèmes professionnels comporteraient l'étude de l'exercice de la médecine par les médecins habitant les régions frontières, la réciprocité des droits conférés par des diplômes de docteurs délivrés par des Facultés étrangères sérieuses, ou bien, en sens contraire, l'établissement d'un protectionnisme professionnel national.

De quelle manière, également, réglementer les études médicales des étrangers venus en France, soit pour obtenir notre diplôme de docteur, soit simplement pour se perfectionner ?

Des travaux en commun pourraient être provoqués dans le corps médical de tous pays, à l'instar du gouvernement belge, qui fait faire actuellement une enquête sur l'organisation médicale de l'assistance médicale et hospitalière dans tous les Etats d'Europe.

En commun, nous étudierions les problèmes des assurances sociales ; nous profiterions, en France, de l'expérience des pays étrangers pour l'assurance maladie obligatoire et invalidité. A cette question se rattacherait le régime des mutualistes , qui en découle.

De quelle manière établir les hôpitaux modernes ? Ce seraient alors des voyages d'études, organisés par l'union de nos sociétés professionnelles de tous pays, pour visiter les hôpitaux, les facultés et centres d'enseignement, les villes d'eaux, sans oublier les travaux d'hygiène urbaine.

Utopie, me dira-t-on. Peut-être ; mais pourquoi ne pas essayer ? Du moment où des hommes de bonne volonté se réunissent en commun, pour préparer le travail des délégués à la Société des Nations, pourquoi ne nous joindrions-nous pas à eux ?

On m'opposera l'inertie gouvernementale. Mais apprenons à nous passer du gouvernement qui a beaucoup à faire et accomplissons nous-mêmes notre propre besogne.

Il sera toujours temps de saisir l'opinion publique, lorsque nos études, sur un point, auront abouti à un résultat pratique et, sous la poussée de cette opinion publique, le gouvernement et les Chambres pourront agir.

Il existe déjà une société internationale pour l'étude des questions d'assistance, qui provoque des congrès internationaux. Pourquoi ne pas étendre le cadre de travail et envisager une section médicale, dans la Société des Nations, ou dans les sociétés annexes, pour l'étude des questions internationales d'assistance et d'hygiène sociale ?

Dr Paul BOUDIN.

Reportage professionnel. — Dans notre précédent numéro nous avons publié un communiqué relatif au Trait d'Union Médical, société coopérative fondée sous le patronage de l'Union des Syndicats médicaux de France. Nous avons omis d'indiquer que, pour obtenir tous renseignements au sujet de cette coopérative, il y avait lieu de s'adresser à son siège, 28, rue Serpente à Paris.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON. THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Réponse.

S'il s'agit d'un accident du travail, vous avez deux débiteurs : l'ouvrier , consommateur de soins, puis son patron, responsable aux termes de la loi du 9 avril 1898. L'assurance, vous ne la connaissez pas, parce que le chef d'entreprise n'est pas forcé d'être assuré et qu'assuré ou non, il n'est pas déchargé de sa responsabilité, à votre endroit.

Or, dans votre cas, la maladie serait contestée en tant qu'occasionnée par un accident du travail. C'est le patron et l'ouvrier, qui, solidairement, doivent être poursuivis pour votre paiement. L'ouvrier ayant disparu, il ne vous reste que le patron.

Pouvez-vous baser votre réclamation sur le bulletin que vous avez entre les mains ?

Ce bulletin doit être ainsi rédigé :

« Je soussigné.... certifie que M.... est employé dans mon entreprise en qualité « de .... et qu'il attribue à un accident du travail la blessure, dont il aurait été atteint le .... M.... a choisi le docteur .... pour passer la visite médicale d'urgence et en recevoir le certificat d'origine de blessure. »

Si vous lisez attentivement ce chef d'œuvre de roublardise, vous verrez que, comme beaucoup de vos confrères, vous vous êtes, de bonne foi, laissé rouler.

D'abord les termes sont dubitatifs, quant à la véracité de l'accident. C'est l'ouvrier qui « attribue » sa blessure à un accident dont il « aurait été » victime. Donc le patron n'affirme rien quant à la véracité, ni même à la possibilité de l'accident.

Puis, vous êtes prié de « passer la visite médicale d'urgence » et d'établir un certificat.

Par conséquent, ce bulletin, chef d'œuvre d'habileté finaude et matoise, n'engage le patron que pour les honoraires dus pour la première visite et pour le premier certificat. On pourrait même discuter sur les soins à donner le premier jour (pansements et autres) qui, d'après ce bulletin, sembleraient devoir être laissés en dehors.

Aucun médecin, absorbé par sa clientèle, ne va examiner attentivement un tel bulletin. Ce papier est considéré comme un accréditif, indiquant au docteur que le blessé X appartient bien à telle entreprise.

Et l'assurance se garde bien, au reçu du certificat initial du docteur, de signaler au praticien qu'elle fait toutes réserves sur la véracité de l'accident. On a dû vous laisser dans l'ignorance de la contestation et vous avez continué à donner vos soins, pensant que le chef d'entreprise paierait.

De tels procédés peuvent avoir gain de cause en justice et, si vous n'avez pas d'autres

preuves de la responsabilité du patron, vous pouvez passer cette somme de 53 francs aux profits et pertes.

Mais ces agissements peu scrupuleux, discréditent de plus en plus les assurances aux yeux des médecins.

Dans un avenir plus ou moins rapproché, le corps médical se refusera absolument à avoir quelque rapport que ce soit avec ces sociétés prélevant des bénéfices sur tout le monde, pour enrichir leurs actionnaires.

Dr P. B.

Application du nouveau Tarif Dubief.

En qualité de membre du «Sou Médical», je vous serais obligé de me faire connaître d'après quel tarif doivent être payées les notes d'assurances à cheval sur juin et juillet.

Par exemple, accident en date du 15 juin, guérison le 20 juillet.

Doit-on appliquer la majoration de 100 % pour les visites et consultations de juillet ?

Ou faut-il attendre la publication du nouveau tarif et faire payer pour ces accidents à cheval sur juin et juillet, l'ancien tarif Dubief majoré de 100 % en juin et nouveau tarif en juillet ? Dr R.

Réponse.

Le nouveau tarif remplaçant le tarif Dubief qui vient d'être publié à l'*Officiel* ne sera en vigueur qu'à partir du 1er septembre prochain. Il sera publié *in extenso* dans le numéro du 8 août du *Concours Médical*.

Par conséquent, pour tous les accidents du travail survenus jusqu'à cette époque, c'est l'ancien tarif majoré de 100 %, qui est applicable.

Rapports médico-mutualistes.

Je viens de lire, dans le *Concours Médical*, votre article sur le XIIe Congrès national de la Mutualité. Les médecins peuvent être inquiets pour l'avenir de notre profession car l'Union fait la Force, mais les médecins ne savent pas ou ne veulent pas s'unir pour être forts et respectés, et il est à craindre que nous soyons toujours de plus en plus à la merci des pouvoirs publics, des mutualités et de la collectivité qui peu à peu réduiront nos moyens d'existence.

La grande majorité des ouvriers est syndiquée. Les Syndicats ouvriers sont puissants et savent donner des ordres qui sont suivis. Je ne parle pas des manœuvres politiques. Le Gouvernement écoute et souvent craint ces syndicats puissants. Aujourd'hui les ouvriers ont su faire élever leurs salaires, ont fait voter la loi de huit heures. Si la vie continue à augmenter, les salaires actuels, déjà triplés en moyenne, seront encore relevés avec ou sans grève, cette arme efficace devant laquelle tout s'incline et tout est accordé.

Seuls, parmi les travailleurs qui vivent unique-

ment de leur profession, les médecins n'ont que *doublé* leurs honoraires, c'est-à-dire leurs moyens d'existence, alors que leurs charges professionnelles, autrement lourdes que celles des ouvriers, ont augmenté de 3 à 10 fois ce qu'elles étaient avant-guerre.

Les honoraires médicaux se trouvent être actuellement les charges les moins lourdes à supporter par les familles.

Dans ces conditions, on s'étonne que les Sociétés de S. M. viennent demander au corps médical de faire de nouveaux sacrifices pour les mutualistes qui, eux, ont leurs moyens d'existence au moins triplés actuellement.

Si nous avions suivi l'augmentation générale et si nous avions triplé nos honoraires, peut-être pourrions-nous accorder des honoraires spéciaux aux mutualistes, mais vraiment le taux actuel de nos honoraires par rapport à l'augmentation générale des salaires est à la portée de tous et des mutualistes en particulier qui touchent de leur Société des indemnités de maladie.

Les Sociétés de S. M. sont des Société de *Secours*, qu'elles payent donc des « *Secours* ».

Payent-elles à leurs Sociétaires l'intégrité de leurs salaires journaliers ? Non, mais seulement un *secours* par journée de chômage par maladie.

Pourquoi alors vouloir payer à leurs sociétaires la totalité des frais médicaux ?

Qu'elles leur payent un *secours médical* qui leur remboursera *une partie* de leurs frais médicaux, comme l'indemnité de leur journée de maladie leur rembourse *une partie* seulement de leurs salaires journaliers.

Pourquoi toujours vouloir accorder la *gratuité* des frais médicaux aux mutualistes ? (Y a-t-il aujourd'hui quelque chose de gratuit ?

Il n'y a pas d'indigents parmi les mutualistes. Ils ne sont pas nombreux les mutualistes qui ne vont pas au café, au cinéma, à la campagne pour se reposer (malgré leurs 16 heures de repos pour 8 heures de travail), qui se refusent le confort et même le luxe. Mais je peux certifier au contraire qu'ils sont nombreux les médecins qui aujourd'hui sont obligés de se priver d'objets de première nécessité, de vivre avec des restrictions, qui ne peuvent plus aller se reposer à la campagne, ni y envoyer leurs enfants, car leurs charges sont trop lourdes et les voyages et la vie d'hôtel sont trop chers pour eux.

Les indigents sont aux Bureaux de Bienfaisance et à présent, ils sont de moins en moins nombreux. Un jour viendra où on n'y verra inscrits que des médecins.

Nous comptons sur vous pour faire connaître au prochain congrès national de la Mutualité la situation exacte de la profession médicale ; on l'ignore trop. On ignore la situation de milliers de modestes praticiens qui travaillent jour et nuit pour essayer de faire vivre bien modestement leur famille en se privant de tout. On a toujours devant les yeux les rares favorisés de la fortune qui ont une situation

exceptionnelle, mais ce ne sont pas ceux-là qui viendront solliciter les Mutualités pour donner des soins aux rabais à leurs sociétaires.

Dr P.

Réponse

Vous avez parfaitement raison et la crise médicale a beaucoup augmenté, du fait de la cherté de la vie. Le médecin rural est peut-être plus à plaindre que le médecin des villes, car il a des frais considérables, pour ses moyens de transport. Et encore, s'il lui était possible d'obtenir facilement auto, essences, pneus, pièces de rechange....

Dans les villes, comme à la campagne, le médecin a donc été obligé d'augmenter ses prix, non pas comme le mercanti du coin, mais pour essayer de couvrir ses propres frais généraux.

Le résultat est que, si la visite médicale est plus chère, elle s'est raréfiée, Le malade fait moins facilement appel au docteur : il préfère consulter le pharmacien.

Dans nos villes, le malade afflue de plus en plus à l'hôpital, ou dans ces très nombreux dispensaires gratuits, institués par la bienfaisance privée. Il est si facile d'y obtenir une consultation médicale gratuite.

A la campagne, on se fait inscrire en masse soit à l'assistance, soit dans les rangs des sociétés de secours mutuels : pourquoi se gêner, puisque le recrutement est si facile ?

Nous osons espérer que les dirigeants de la mutualité voudront causer avec les représentants du corps médical, avant l'ouverture du congrès d'Angers. Cette question des rapports médico-mutualistes est vitale pour les mutuelles. Si le médecin est poussé à bout, il prendra peu à peu l'habitude de ne plus considérer le mutualiste que comme un malade ordinaire ; libre à ce dernier à se faire rembourser, par qui de droit, tout ou partie de la consultation médicale.

« Tant va la cruche à l'eau.... » dit l'adage. Le corps médical a été si longtemps exploité sous les vocables de dévouement, de philanthropie, de sacerdoce, qu'il songe sérieusement à ne plus persister dans ses errements passés. Le praticien entend vivre de sa profession ; ce ne sont pas les belles paroles, ni les décorations multicolores qui peuvent pallier à l'encombrement, ni diminuer les misères médicales, de plus en plus nombreuses.

Si nous travaillons, qu'on nous paie en bon argent et non en monnaie de singe. Mais pour obtenir un résultat concret, à l'œuvre, syndicats médicaux.

Dr P. B.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Le signe de l'éventail ou du soufflet,

Par le Docteur ED. CROUZEL, Le Buisson (Dordogne).

La détermination et le dosage de la sensibilité cutanée sont obtenues par la piqûre ou mieux par le frôlement de la surface au moyen d'une barbe de plume, d'un pinceau ou d'un fragment effilé de coton. On a recours aussi au froid et à la chaleur.

Ces divers moyens délimitent assez bien les confins de l'activité des nerfs sensitifs qui s'épanouissent sous l'épiderme. On sait que les plexus nerveux varient presqu'à l'infini comme densité, selon les diverses parties du corps.

Le diagnostic tire de la sensibilité cutanée des renseignements souvent très utiles et même capitaux, en ce qui concerne l'altération passagère ou permanente des nerfs spinaux ou de l'encéphale, de cause accidentelle, pathologique ou chirurgicale (parésie, anesthésie, etc.) par compression, par diminution de l'influx nerveux, par inhibition, etc.

J'ai remarqué qu'un îlot de peau privé totalement de sensibilité ou simplement parésié est facilement, rapidement et sûrement délimité par l'emploi d'un éventail qui déplace l'air, avec une intensité variable avec la volonté de celui qui le manie. On peut vérifier expérimentalement le procédé au moyen d'un anesthésique très volatil, comme l'éther, le kélène, etc. Il est facile de contrôler et surtout de préciser le procédé que je préconise par projection d'air ou mieux d'un liquide très volatil, par le tube effilé d'un soufflet, d'une poire en caoutchouc ou d'une ampoule spéciale dont le jet est dirigé sur la zone à explorer.

Ce nouveau procédé d'investigation clinique est susceptible, je crois, de rendre des services : il se recommande par la facilité de sa mise en œuvre, par la simplicité instrumentale et par sa précision.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Arrêté relatif à l'examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime.

7 juillet 1920.

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Vu le décret du 4 janvier 1896, notamment en ce qui concerne l'inscription sur un tableau des médecins jugés aptes à remplir les fonctions de médecins sanitaires maritimes ;

Vu l'arrêté du 24 décembre 1902, visant l'inscription des docteurs en médecine français qui ont obtenu le diplôme des instituts de médecine coloniale ;

Sur la proposition du conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques :

Arrête :

Art. 1er. — L'interrogation complémentaire portant spécialement sur les lois et règlements applicables à la police sanitaire maritime, prévue à l'article 1er de l'arrêté du 24 décembre 1902, sera subie par les candidats de Paris devant l'un des conseillers techniques sanitaires du ministère.

(*J. O.* 10 juillet 1920.)

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Appel à la mort libératrice.
Cri de souffrance et de désespoir (1).

O mort ! quand viendras-tu faire luire l'aurore
Du jour tant désiré qui doit finir mes maux ?
Quand donc ma triste voix cessant de dire : Encore !
S'éteindra-t-elle, enfin, dans la nuit des tombeaux !

Je suis las de souffrir sans qu'une bouche amie
Adoucisse ma peine et berce ma douleur !
Ma mère, hélas ! n'est plus !.. Elle seule, en ma vie,
M'avait fait une place assez vaste en son cœur.

Elle seule m'aima sans cesse, ainsi que j'aime,
Se donnant toute à moi qui me donnais à tous.
Sa présence éloignait la plainte et le blasphème,
Tant son être exhalait un parfum tendre et doux

Et comme elle savait faire éclore la joie
Sur mon front rembruni, las ou triste souvent,
Quand du doute rongeur mon âme était la proie,
Quand mes illusions se dispersaient au vent !

Rien qu'un mot, un regard, mais si pleins de tendresse !
Et le calme et l'espoir, soudain, m'étaient rendus.
Sa pure affection dissipait ma tristesse,
Me rouvrant aussitôt les paradis perdus...

Mais, maintenant, voilà longtemps que son sourire
N'éclaire plus la route où chancellent mes pas,
Et je me sens si seul à souffrir, à maudire
Mon sort, que je n'ai plus de recours qu'au trépas !

Aussi combien j'aspire à voir lever l'aurore
Du jour, lent à venir, qui finira mes maux,
Où ma plaintive voix cessant de dire : Encore !
S'éteindra pour toujours dans la nuit des tombeaux.

(1) Les poésies que nous avons données de notre confrère le Dr PLANTIER sont tirées d'une pièce en vers en préparation.

Le VIN GIRARD



IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD,** de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

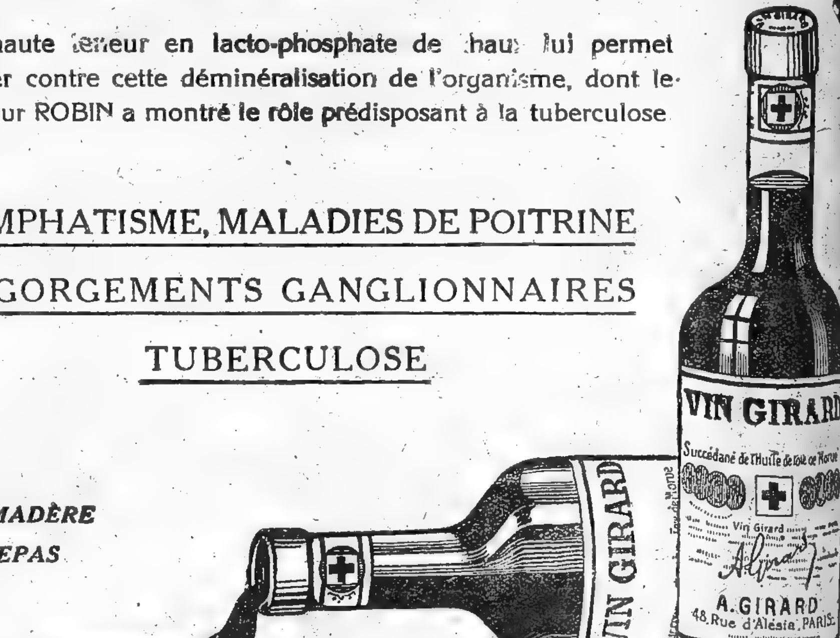
Sa haute teneur en **lacto-phosphate de chaux** lui permet de lutter contre cette **déminéralisation** de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré **le rôle prédisposant** à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE

UN VERRE A MADÈRE
AVANT LE REPAS



VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 32 — DIMANCHE 8 AOUT 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT, DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. — N° 32 — 8 Août 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur Eriscon, de Calais, la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite, de quatre lignes au plus, aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans a caisse de la Société civile du **Concours Médical** *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 370. — A vendre, motocyclette Terrot, 2 cylindres, 5 HP., bon état, éc. Dr Sautier, Cluses, Hte-Savoie.

N° 371. — Docteur désire acheter clientèle médicale à Paris.

N° 372. — Docteur jeune, actif, désire trouver clientèle banlieue Paris.

N° 373. — Docteur 40 ans, très actif et sérieux, exerçant depuis 1903 (médecine générale et bactériologie) décoré, cherche situation avec fixe dans clinique, dispensaire, sanatorium, laboratoire. Ecrire à Décamp, 6, rue Buffon, Bordeaux.

N° 374. — Alpes-Maritimes. A vend. au pl. offr. : 9 des vol. br. du Traité de médec., 2e édit. de Bouchard et Brissaud, manq. seul. le t. 8, mal. du cœur ; Cl. thérap. de Gaston Lyon, 7e édit. 1908 ; Man. de tech. chir. de Marion, 3e édit. 1908. Env. c. remb. S'adr. Dr Ribes, Antibes, Alpes-Mmes.

N° 375. — A vendre en Touraine, près gare, gde maison, vaste jardin, etc., occupée jusqu'à maintenant et depuis 40 ans par médecin, non encore remplacé. Prix 36.000 fr. Conviendrait sous tous rapports à jeune médecin. S'adresser : M. Chômet, Syndicat des médecins de la Seine, 28, rue Serpente, Paris, 6e. T. p. r.

N° 376. — Docteur 33 ans, huit ans pratique, cherche situation clientèle, poste usine ou clinique région de Nantes. Au courant laboratoire.

N° 377. — Vendrais immédiatement Renault 1914, 9 HP., 2-4 pl. à volonté ou Sigma 1919, 2 pl. écl. élect. 8 HP. si pouvais avoir contrat bonne marque 2 ou 4 pl., livraison certaine sous peu. Dr Bacher, Sos (Lot-et-Garonne).

N° 378. — Auto « Ford » 1919, 4 places, éclairage électrique, état de neuf. A vendre 13.000 frs. Ecrire Dr Costes, Villefranche-de-Rouergue, Aveyron.

N° 379. — Toulouse. Docteur désire y prendre suite clientèle ou affaire médicale sérieuse.

N° 380. — Vente, cause décès. automobile « Lion Peugeot » 1912, 10 HP., 4 cyl., torpedo 4 pces, parfait état de marche et complètement équipée. Pour renseignements écrire à Mme Vve Giraud, à Chatelus Malvaleix (Creuse),

N° 381. — A vendre : auto Unic 12-14 HP., modèle 1910. 4 cylindres, carrosserie 4 places, en bon état. S'adresser Dr Dufour, à Gençais, Vienne.

N° 382. — A vendre, coupé « Ariès », 3 places, 8 HP., 4 cylindres, moteur remis à neuf. Prix 12.000 fr.

N° 383. — Excellente clientèle à céder dans jolie station balnéaire de la Manche. Rapport 30.000 fr. environ. Jolie habitation. Indem. 12.000 frs. dont 8.000 frs, comptant. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 384. — Région Nord, bon poste d'un rapport de 28.000 frs. environ. Seul médecin. Petit loyer. Indem. à débattre, dont 6.000 fr. comptant. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 385. — Docteur achèterait petite clientèle Paris ou banlieue.

N° 386. — Docteur désire acheter clientèle médicale dans le Midi, de préférence côte d'Azur, d'un rapport de 20.000 environ. Pourrait laisser en échange appartement à Paris.

N° 387. — Manipulateur ayant tenu poste de radiologie pendant 4 ans de guerre, photographe de profession, recherche place de radiographe dans clinique ou cabinet médical de province, ou pour plusieurs docteurs dans même ville.

N° 388. — Spéculum de Cusco à vendre à l'état de neuf.

CORRESPONDANCE

Le médecin et les grèves.

On ne lutte pas contre la grève par la grève.

Oui, c'est vous, Docteur Duchesne, ainsi que votre confrère Decourt, qui, dans tous ces débats, avez raison. Les jeunes, qui reviennent de la guerre, se rallient tous à votre bon sens et leurs cœurs battent à l'unisson avec vos cœurs de medecins.

Le Syndicat de Bretagne dont la décision de refuser des soins à tout gréviste ainsi qu'à sa famille a soulevé ce long et triste débat, s'est couvert de honte et de ridicule aussi ; il semble qu'une minute de réflexion eût dû suffire à ces gens cultivés, à ces médecins assemblés, pour leur faire peser leur erreur profonde.

Eh quoi ? que deviennent-ils alors, ces medecins, à qui la pitié elle-même ne fait plus rien battre sous la mamelle gauche ? Je préfère ne pas répondre. Je craindrais d'être trop vif. ..

« La grève contre les malades grévistes, le médecin peut en principe dire qu'il la fera, mais en réalité il ne la fera jamais », concluez-vous.

Il ne nous vient même pas à l'idée d'écrire qu'il puisse dire qu'il refusera des soins aux femmes et aux enfants des grévistes.

Notre avis est moins indulgent que le vôtre, peut-être parce que nous sommes plus jeunes.

« A quoi bon le dire, si on ne veut pas le faire ? » crions-nous.

Il y a, grands dieux ! d'autres moyens, aux mains des syndicats de médecins, que de réprimer les grèves par des menaces de grèves.

Ne fermez pas vos colonnes, avant que nous n'en ayons parlé...

Ne croyez-vous pas qu'il eût été plus politique et plus utile à ce malheureux syndicat de prévoir ces grèves mortelles pour le pays et d'en combattre les germes ? N'eût-il pas mieux valu que ses membres, ennemis des grèves, luttâssent politiquement, en paroles dans leurs visites et dans leurs rencontres, par écrit dans les journaux locaux, contre toutes les idées de grèves, de stérilité et de mort que des agitateurs, qui n'étaient en réalité que des ennemis du peuple, répandaient par la plume et par la parole ?

Je suis certain que si une pareille campagne eût été coordonnée par le syndicat en question, elle eut porté d'autres fruits — grâce à l'autorité générale du médecin.

Les ennemis des grèves ne doivent pas lutter contre les grèves par la grève, surtout si ce sont des médecins. Ils doivent les prévoir et les faire échouer. Nous ne cesserons de répéter sans nous lasser que, là encore, le meilleur moyen n'est pas l'action individuelle, mais l'action préparée, coordonnée, par les Syndicats de Médecins, ennemis des grèves.

Aussi est-ce à vous, qui soutenez par tous les moyens l'union syndicale des praticiens de France, que nous adressons cette lettre ouverte, en même temps que l'expression de notre respectueuse sympathie.

Claude MYAL,
Etudiant en médecine.

Créations de Syndicats.

I

Je vous serais obligé de me faire connaître les formalités actuelles pour la constitution d'un syndicat.

Le nôtre date de 1881. Le Préfet me dit qu'il ne trouve pas trace du dépôt des statuts à la Mairie de Vesoul, et me demande, ce que j'ignore, où ils ont été déposés.

J'ai l'intention de faire une nouvelle déclaration avec vos indications.

Dr L. PÉGEOT,
Secrétaire de l'A. S.
des Médecins de la Haute-Saône.

Réponse.

En 1881, les syndicats médicaux n'avaient pas d'existence légale : il est donc probable que le dépôt des statuts a dû être fait après celle du 30 novembre 1892. Vous n'ignorez pas, en effet, que les médecins n'ont eu officiellement qu'à cette dernière date le droit de se constituer en syndicat.

Néanmoins, puisque vous avez l'intention de tout recommencer, modifiez vos statuts pour les mettre d'accord avec les nécessités actuelles : dans quelques jours, je publierai, dans le *Concours*, un projet de statuts types de syndicat : mais si vous aviez besoin de suite d'un projet, je pourrais vous adresser un des placards, que j'ai fait tirer.

Les statuts votés, vous devrez en faire le dépôt à la mairie du siège social en déclarant le nom des membres du bureau, qui doivent être tous de nationalité française, alors que les syndiqués peuvent être de nationalité étrangère. Vous n'avez pas d'autre formalité à remplir.

II

Vous voudrez bien m'excuser de mon retard à vous remercier de l'envoi de votre thèse sur le Syndicalisme médical ; je viens d'être fort occupé par mes démarches pour la formation d'un groupe-

ment médical ariégeois, mais j'ai le plaisir de vous annoncer que mes efforts ont enfin abouti.

Dimanche dernier, à Foix, a été créé un Syndicat départemental ; j'aurais préféré des syndicats d'arrondissements avec une Fédération départementale, mais ce sera pour plus tard.

Les statuts adoptés sont, avec quelques modifications, ceux que vous m'aviez envoyés ; le Secrétaire désigné, le Dr C., doit d'ailleurs les communiquer au *Concours Médical*.

Nous avons l'intention de nous affilier de suite à l'Union des Syndicats médicaux de France ; quel est le prix de la cotisation ?

Merci dès maintenant pour les conseils déjà donnés ; si nous avons besoin d'autres renseignements, nous mettrons à contribution votre amabilité et votre compétence. Dr V.

P. S. — J'avais convoqué à notre réunion de Foix le Dr X..., qui est en même temps pharmacien ; certains confrères paraissent diposés à ne pas l'admettre à notre Syndicat, je vous avoue que je n'en vois pas la raison, s'il se conforme aux statuts ; c'est d'ailleurs un abonné du *Concours* suivant de très près vos discussions et très convaincu, il me semble, que nous devons l'admettre. Quel est votre avis ?

Réponse

Toutes nos félicitations pour l'heureuse nouvelle que vous nous annoncez. Souhaitons vie de travail et de succès au jeune syndicat, et nous serons toujours heureux de lui fournir tous renseignements dont il aura besoin.

L'adhésion à l'Union des Syndicats comporte une cotisation de 10 frs par membre. Le *Bulletin Officiel de l'Union* est adressé à chaque syndiqué adhérent. Inutile de vous dire que cette adhésion s'impose, car, vis-à-vis des pouvoirs publics, l'Union ne peut faire de bonne besogne, que si elle parle au nom de tous les médecins syndiqués de France.

J'estime que le médecin, muni du diplôme régulier de pharmacien et qui exerce déontologiquement les deux professions, a parfaitement le droit de faire partie du syndicat médical et de celui des pharmaciens.

Aucune loi n'interdit la pratique des deux professions, lorsque le titulaire a les deux diplômes de pharmacien et de médecin.

Au reste, dans les campagnes, beaucoup de médecins exercent la pharmacie, en l'absence d'officine dans leur commune et cependant, font partie du syndicat médical local.

Des esprits chagrins viendront dire que des abus sont possibles, lorsque le même homme fait à la fois la médecine et la pharmacie.

Mais pourquoi, systématiquement, jeter la suspicion sur un homme qui, par son travail, a obtenu deux diplômes ? Il faudrait au contraire le féliciter et l'imiter.

Si des abus se commettent, que le syndicat les refrène, en traduisant le délinquant devant le conseil de famille.

Mais je n'admets pas qu'*a priori* on puisse soupçonner quiconque de notre profession simplement par opinion préconçue.

On viendra encore m'objecter que le pharmacien ne doit pas quitter son officine, ce qui lui rend difficile l'exercice de la médecine.

Cependant, aucune loi ne force le pharmacien à rester chez lui : il doit seulement, d'après la jurisprudence, préparer lui-même, ou faire préparer sous sa direction, les potions et délivrance de drogues, dont il est responsable.

D'autre part, un médecin-pharmacien peut très bien donner des consultations dans son cabinet, situé dans son arrière-boutique. Je préfère que ces consultations soient données par un médecin-pharmacien, que par un pharmacien tout court, faisant, la main forcée, ou très volontairement, l'exercice illégal de la médecine.

Allant plus loin, je vais jusqu'à dire qu'il ne devrait y avoir qu'un seul diplôme. Nous, médecins, gagnerions à être initiés à la pharmacie pendant nos études, et, une fois docteurs, nous nous spécialiserions, à notre choix, selon nos forces physiques, nos goûts, etc... Et le public y gagnerait comme garantie de science à notre égard.

Conclusion : admettez le confrère parmi vous, puisque vous me demandez mon opinion.

Dr P. B.

Accidents agricoles.

J'ai fait, en septembre 1918, à un ouvrier agricole, 5 visites de jour à 4 kilomètres aller et 4 km. retour, à 6 fr., une visite nuit à 12 fr., 6 consultations à 3fr., un certificat à 3fr., une réduction avec contention de fracture de l'humérus au tiers moyen, pour 60 fr.

La Cie L'Union, discute le chiffre de 60 fr., et veut réduire ma note de 123 fr. à 100 fr.

Dois-je maintenir ma note ou accepter la transaction ?

Le tarif du Syndicat des Médecins de l'Oise de 1914 fixe à 60 fr. cette opération. Dois-je appeler le patron et l'ouvrier en justice de paix ?

Dr M.

Réponse

Sauf les cas occasionnés par des machines mues par des moteurs inanimés, les accidents agricoles ne sont pas soumis à la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail dans l'industrie, mais relèvent du droit commun.

Par conséquent, c'est à bon droit que vous avez appliqué le tarif du syndicat de l'Oise.

(*Voir la suite page XXXI*-2001)

PROPOS DU JOUR

Echos des régions libérées.

Nous lisons dans le *Matin* du 24 juillet 1920, et non sans surprise :

MM. le Dr Calmette, Georges Cahen et Louis Feine viennent de répondre à l'annonce de l'ajournement à une date ultérieure de la séance de juillet du comité consultatif d'hygiène par l'envoi au ministre des régions libérées de leur démission de ce comité.

Ils donnent comme raisons que le comité consultatif « n'avait plus d'existence réelle depuis plusieurs mois », depuis la séance où le Dr Monod, directeur des dommages de guerre, avait déclaré « qu'il ne pouvait être question pour les régions libérées de reconstitution améliorée, notamment au point de vue de l'hygiène, et qu'elles devraient, étant donnée la situation financière, s'estimer heureuses si elles étaient reconstruites comme elles existaient il y a cinq ans ».

Le ministre, d'ailleurs, n'ayant donné aucune suite au projet d'organisation de la mission sanitaire, dont on attendait les meilleurs résultats, et, d'autre part, n'ayant appelé aucun membre du comité d'hygiène à figurer dans le nouveau conseil supérieur des matériaux et de la main-d'œuvre, le comité d'hygiène n'existait virtuellement plus.

Les démissionnaires expriment, malgré tout, leur confiance « dans le pays de Pasteur ».

Nous avons assisté, il y a plus d'un an, en avril 1919, au *Congrès interallié d'Hygiène sociale pour la reconstitution des régions libérées* ; des ministres, des hommes politiques, des médecins, des architectes, des professeurs, des philanthropes et des savants vinrent, en de belles phrases et de magnifiques rapports, nous tracer les plans des cités futures qui devaient être sous peu édifiées. Ces rhéteurs étaient si enthousiastes, si prometteurs, si persuasifs, qu'on aurait été presque tenté de bénir la barbarie boche qui, en détruisant nos villes malsaines et nos villages sordides, allait nous permettre de donner en admiration au monde étonné le merveilleux produit d'un divin accouplement, celui de l'Art et de l'Hygiène.

Hélas ! hélas ! trois fois hélas ! ! !

Parturient montes, nascetur ridiculus mus.

***

Après toutes ces belles promesses, faites comme tant d'autres, à grand orchestre au grand amphithéâtre de la Sorbonne, où l'on vit tant de fois toute la France debout pour la défense de ceci et de cela, allons-nous donner à toutes les nations du monde, appelées dans un Congrès interallié à admirer le puissant effort du rétablissement de la France, le spectacle de cette lamentable faillite ? Ce serait vraiment bien comique, si, pour tout bon Français, ce n'était désolant.

***

Nous aussi, nous avons eu la naïveté de croire, de croire à la possibilité de faire quelque chose de bon, de beau, d'utile dans les régions libérées avec nos actuelles administrations.

Nous avons exposé ici même tous les avantages que pourraient retirer des postes de secours, pourvus d'infirmières, les malades de ces régions et nous avons publié, en en soulignant l'excellence, les arrêtés préfectoraux réglementant étroitement le rôle des infirmières visiteuses et prévoyant le cas où, sortant de ce rôle, elles voudraient imprudemment se substituer aux médecins. Le règlement préfectoral est parfait, mais à quoi cela sert-il, s'il n'est pas appliqué ? Voici ce que nous écrit un confrère qui exerce au milieu des ruines d'une des villes qui a le plus souffert dans le département auquel nous faisons allusion :

18 juillet 1920.

Mon cher confrère,

Vous avez vanté l'organisation prophylactique de ce département et en particulier la création de postes de secours pourvus d'infirmières.

Celles-ci dans l'esprit (et la lettre) du règlement, devaient être placées sous l'autorité des médecins locaux. Or l'inverse s'est produit. Des conflits sont nés.

Ces dames font la médecine en dehors et parfois contre le praticien qui est censé les diriger. Au surplus, ce dernier a beau protester, jamais l'administration n'écoute ses plaintes.

Un confrère signale une infirmière qui se rend plus insupportable que d'autres par sa manie de prescrire et d'administrer des drogues à tort et à travers. Le confrère écrit à la préfecture, se plaint à l'Intendante.

Et, réponse qui ne manque pas d'ironie, cette dernière lui présente à signer une pétition réclamant la médaille de la Reconnaissance nationale pour l'infirmière coupable.

Et voilà comment sont interprétés les plus beaux règlements dans nos régions libérées.

Vous nous avez appuyés chaudement au moment où nous demandions des voitures automobiles pour les praticiens des campagnes et des petites villes de nos

régions libérées. Le résultat fut brillant. 100 autos furent, *dit-on*, attribués à des confrères... *inconnus* !

Les autres devaient être pourvus plus tard. En attendant, tous les postes de secours sont pourvus de camionnettes américaines et alors, on voit la chose la plus amusante, sinon la plus triste... le malheureux médecin appelé d'urgence auprès d'un grand malade, s'échine en se hâtant sur une méchante bicyclette, ou maugrée, impatient, contre la rosse qui le traîne dans un carrosse préhistorique, il arrive enfin et trouve devant la porte du malade, un chauffeur qui plastronne à côté de l'auto de Mme l'infirmière, amenée à pied d'œuvre. La visite terminée, il arrive que cette dernière, si elle est charitable, offre une place au pauvre médecin qui lui fait pitié et qui attend toujours la voiture promise par M. le ministre des régions libérées. Voilà comme sont employés les millions votés pour les services d'hygiène des régions libérées.

Il y a là tout un monde qui s'agite, parle, cancane, avec de l'essence et des pneus, gaspille les deniers publics, affole les populations en s'affolant lui-même, palabre pour des rapports, fait des statistiques et.....

..... les malades meurent sans soins compétents, car les médecins manquent de moyens de transports.

Quand donc serons-nous débarrassés de ces fonctionnaires, dits *hygiéniques* (? ? ?) qui commencent hélas ! à inonder la France.....

Pauvre hygiène ! Pauvre France !

Nous livrons les faits que signale cette lettre à l'autorité administrative compétente et au syndicat médical de cette région qui a qualité pour demander la réalisation des promesses et le respect des arrêtés préfectoraux.

Quant à la question des autos pour les régions libérées, nous devons tristement avertir nos confrères qu'il faut qu'ils se résignent, s'ils ne l'ont déjà fait, à s'en passer. Nous lisons en effet dans le compte-rendu de la *séance du Sénat du 29 juillet*, au cours de la discussion du budget :

....

M. Schrameck. — On a dit que les camps américains comprenaient 22.000 automobiles. Que sont-elles devenues ? Ont-elles été vendues ?

M. Brousse, sous-secrétaire d'Etat aux finances. — Elles sont au nombre non de 22.000, mais de 2.200. *Le ministre des régions libérées avait exercé sur elles son droit de préemption* ; IL N'EN A PAS PRIS LIVRAISON DEPUIS UN AN. LES AUTOMOBILES ONT POURRI SOUS LE SOLEIL ET LA PLUIE. —

Le compte-rendu du Sénat n'indique aucun mouvement d'indignation parmi les membres de la Haute Assemblée. Nos pauvres Pères conscrits en ont tant et tant entendu sur ce sujet qu'ils ont le droit d'être blasés. Et notre Constitution parle de *responsabilité ministérielle* ! Que signifient ces mots, grands Dieux ?

Hélas ! si tout en ce pays marchait à l'unisson des régions libérées, nous ne pourrions gémir que ces mots : Pauvre France !

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE DES VOIES URINAIRES

Hôpital Necker : M. le Professeur Legueu.

Diagnostic des calculs vésicaux.

Je veux vous parler aujourd'hui d'une question simple, de pratique journalière, dont divers points méritent toute notre attention : il s'agit du diagnostic des calculs vésicaux.

Je m'étendrai principalement sur les moyens modernes de faire ce diagnostic, que j'opposerai aux moyens plus anciens, d'hier. L'exploration d'une vessie calculeuse se fait de nos jours par des procédés autres que ceux employés il y a vingt ans. La cystoscopie et la radiographie ont apporté, en effet, des précisions nouvelles à cette importante question de clinique des voies urinaires.

Je dois vous rappeler, tout d'abord, les moyens d'exploration d'autrefois. Il y a vingt ans encore, quand l'interrogatoire du malade conduisait à penser aux calculs vésicaux, on disposait de deux instruments, la sonde et l'explorateur métallique, pour compléter et fixer ce diagnostic.

La sonde utilisée, en pareil cas, est non pas la sonde molle de Nélaton, mais la sonde en gomme. Lorsque, dans une vessie calculeuse, on introduit une sonde rigide, on perçoit, au contact du calcul, un frottement, quelque chose qui donne l'impression d'une masse dure, d'une pierre. Nombre de calculs peuvent ainsi être reconnus par la sonde rigide. Des réserves s'imposent. Il faut savoir que cette sensation de frottement, de contact, même très nette, dans toute sa lucidité, pure, peut tromper. Il y a des attitudes dans la vessie, difficiles à définir, d'ailleurs, qui procurent cette sensation, en dehors de tout calcul. Si, neuf fois sur dix, la sonde ne trompe pas, une fois elle induit en erreur, et donne l'impression d'un calcul inexistant. Je ne saurais dire à quoi cela est dû, d'une

manière précise, au contact d'une colonne vésicale ou d'autre chose. En fait, la sensation dont je parle, si claire, si lumineuse soit-elle, peut être une erreur complète.

Nous avons ensuite l'explorateur métallique. Il a pour but de déterminer un contact, un bruit métallique. Lorsqu'il arrive sur le calcul, il donne une impression tactile et une impression auditive. Avec cet instrument, l'erreur est également possible : elle se présente même à tous les pas. Certains calculs, volumineux, parfois, lui échappent. Il est à cela des raisons, de prostate, de vessie, de calculs.

Quand vous avez une grosse prostate, il se peut d'abord que l'instrument reste dans la partie prostatique de l'urèthre postérieur. Ceci n'est pas une erreur aussi grossière que vous pourriez le supposer. L'extrémité de l'explorateur se trouve là dans une cavité, une portion agrandie de l'urèthre postérieur, et l'opérateur attribue l'arrêt à une vessie plus contractile. Il faut savoir introduire l'instrument jusque dans la vessie. Mais, même dans la vessie, vous n'êtes pas à l'abri des difficultés, de l'insuffisance instrumentale. Avec une prostate volumineuse, le bas-fond vésical est profond et le bec de l'explorateur, à cheval sur le dôme prostatique, n'y parvient que difficilement. Les explorateurs sont à becs plus ou moins longs (numéros 3, 2 et 1). Chez les prostatiques, on choisira un instrument à bec long, pour avoir plus de chance d'arriver jusqu'au bas-fond vésical, sans toutefois être certain d'y atteindre.

Il est aussi des raisons de vessie. Il arrive que des vessies plus ou moins sensibles vont cacher momentanément un calcul, dans un pli de contraction. L'instrument ne trouve rien alors. Dans d'autres cas, la vessie étant très remplie d'eau, les calculs s'y promènent et échappent.

Il existe, en outre, des raisons de calculs. Un calcul trop petit, gros comme deux ou trois lentilles par exemple, ne donne pas facilement un contact. Nous n'avions, autrefois, qu'un moyen de trouver ces calculs légers : employer le lithotriteur. On plaçait le lithotriteur dans la vessie, on l'ouvrait et on le fermait : le calcul était souvent pris dedans. Le diagnostic et le traitement se faisaient simultanément.

Voilà ce qu'était le passé. On présumait par la clinique l'existence d'un calcul, on explorait à la sonde et à l'instrument métallique. On se trompait quelquefois, mais on arrivait néanmoins à faire de la bonne pratique.

Aujourd'hui, grâce à la cystoscopie et à la radiographie, nous disposons de renseignements plus riches. Et cependant, sur ces méthodes nouvelles également, il convient de faire quelques réserves. Elles ont besoin d'être interprétées car elles exposent aussi à des erreurs, si on ne les discute pas.

La cystoscopie s'est substituée de plus en plus à l'exploration métallique dans la recherche des calculs vésicaux. Elle est nécessaire, quoique non suffisante. Elle est nécessaire car elle est fidèle et montre beaucoup de choses. C'est un coup d'œil dans la vessie. Quelle que soit l'amplitude vésicale, vous avez bien des chances de voir, à distance, les calculs. Le champ visuel, n'est pas, comme le contact, limité. Il est illimité. La question d'amplitude de la vessie ne se pose pas. La cystoscopie montre les calculs et en indique le nombre. On aperçoit là quelquefois au fond de l'organe les calculs comme des œufs de pigeon accumulés. Les calculs se présentent sous des formes variées, souvent avec une richesse de surface étonnante. La cystoscopie donne, avec quelques réserves, une notion de leur volume et en tout cas fournit des renseignements auxquels l'explorateur métallique ne saurait prétendre.

Même avec le cystoscopie, néanmoins, vous pouvez faire des erreurs. Il est des cas où un calcul, même gros, n'est pas vu. Voici, par exemple, un cystoscope en place dans la vessie. Sa glace éclaire une partie de la vessie, mais le calcul lui tourne le dos et ne peut pas être aperçu. Si vous refoulez la glace, vous repoussez le calcul. L'instrument éclaire, en ce cas, toujours dans un mauvais sens : le calcul est senti mais il reste invisible. Autre chose : il y a des erreurs de volume et quelquefois des erreurs d'existence. Ainsi, vous êtes dans la vessie, vous voyez une masse, plus ou moins volumineuse, environnée de mucus et de végétations. Vous ne savez pas s'il s'agit de tumeur ou de calcul. Je me rappelle avoir soigné, il y a une quinzaine d'années, avec le Prof. Guyon, un malade qui se plaignait d'hématuries à caractère calculeux. M. Guyon, avec l'explorateur métallique, ne trouva pas de calculs. Les années passèrent, les hématuries se reproduisirent de temps en temps. Je revis le malade et fis un examen cystoscopique sous le chloroforme, qui ne me permit pas de préciser la nature de la lésion que j'aperçus. Et alors, à ma confusion — ou plutôt à la confusion des procédés modernes — je dus retirer le cystoscope, qui voit, pour reprendre l'instrument aveugle, l'explorateur métallique, qui n'avait rien donné quinze ans avant, mais qui permit cette fois la confirmation de la nature calculeuse de la lésion. Les erreurs sur le volume se font quand vous êtes près et que le calcul est volumineux : vous ne pouvez en distinguer qu'une partie.

Quoi qu'il en soit de ces réserves, la cystoscopie est un mode d'examen qu'il faut toujours employer en pareil cas, et qui place au second plan l'explorateur métallique.

J'arrive à la radiographie. Elle aussi est à la fois utile et insuffiante. Elle rend des services

pour définir le volume, la consistance du calcul et en outre certaines lésions adjuvantes, comme les fractures du pubis, chez les blessés de guerre avec calculs par exemple. Elle a également ses difficultés.

Chez l'enfant, où la cystoscopie est délicate, la radiographie est précieuse.

J'ai dit qu'elle a ses difficultés. Il n'est pas toujours facile dans certains cas, sur certaines radiographies, de préciser si le calcul est vésical ou s'il siège dans l'uretère. Cela est surtout vrai losrque les calculs apparaissent latéralement ; alors, la cystoscopie a besoin d'intervenir.

Autre chose. Il faut que la radiographie soit complète, c'est-à-dire qu'elle prenne la totalité de l'appareil urinaire. Sinon, vous risquez de de laisser un calcul du rein et, quand vous avez guéri votre malade de ses calculs vésicaux, de le voir revenir pour une calculose rénale. Je vous ai parlé, déjà, de ces localisations multiples des calculs des voies urinaires. Nous voyions, ces jours derniers, à la consultation, un malade que j'avais opéré il y a deux ans pour calculs vésicaux. Il revient nous trouver et nous avons constaté, chez lui, un calcul du rein. Or, il y a deux ans, lors de la première opération, la radiographie complète, que je recommande aujourd'hui, n'avait pas été faite. Il avait déjà certainement, à ce moment, un calcul rénal, générateur des calculs vésicaux. Une radiographie totale des voies urinaires est donc, en pareille circonstance, nécessaire.

Ainsi donc, pour nous résumer, dans le diagnostic des calculs vésicaux, les moyens anciens, la sonde et l'explorateur métallique, conservent leur valeur, mais passent au deuxième plan. Nous disposons actuellement de méthodes plus précises : la cystoscopie et la radiographie. Les uns et les autres, toutefois, ont besoin d'être interprétés.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

MÉDECINE TECHNIQUE

La ponction et les injections intra-veineuses

La ponction et l'injection intra-veineuses font partie des petites interventions que tout praticien doit savoir faire, et parmi lesquelles apparaît d'autre part, en bonne place, la ponction lombaire.

Il ne faut pas laisser dire et écrire, ainsi que la chose aurait eu lieu récemment à l'occasion d'un procès en responsabilité professionnelle, que la pratique de la thérapeutique endo-veineuse doit rester entre les mains de spécialistes qualifiés, à l'exclusion des médecins généraux, même si cette exclusion se limitait au traitement de la syphilis par les arsénobenzènes.

A vrai dire, la plupart du temps, la technique en est suffisamment simple pour qu'elle puisse être entreprise sans grand apprentissage et sans connaissances particulières. Entre nous, je puis ajouter qu'il n'est même pas absolument nécessaire d'être diplômé. J'ai été mis, en 1918, à la tête d'un hôpital important, dans le service de médecine duquel les injections intra-veineuses étaient, à mon arrivée, pratiquées par la religieuse garde-malade, très habilement, ma foi.

Je suis loin d'approuver cette incursion de l'infirmière dans le domaine de la technicité médicale pure. Si un accident était survenu, il n'est pas douteux que le personnel médical en eût supporté toutes les conséquences. J'ai voulu montrer simplement, par ce fait d'observation personnelle, que l'injection intra-veineuse est assez facile pour pouvoir être pratiquée, même par des profanes. A plus forte raison, par un quelconque praticien.

Bien que le *Concours médical* ait déjà publié maint article original ou mainte analyse sur cette question, il n'est pas inutile de l'exposer brièvement à nouveau à ses lecteurs.

***

La ponction veineuse est le prélude indispensable de l'injection. Elle permet elle-même de faire les prises de sang nécessaires aux examens de laboratoire, l'hémoculture par exemple, et à certaines transfusions d'urgence. Elle réalise la saignée générale, d'une façon plus élégante et moins aveugle que l'ancienne phlébotomie à la lancette.

Elle réclame, comme instrumentation, une seringue bien étanche, type Luer, de contenance appropriée au but qu'on se propose, et de bonnes aiguilles, *en platine iridié de préférence*, possédant un biseau terminal bien aiguisé. Je n'insiste pas sur la stérilisation de la seringue et de l'aiguille.

Tout étant prêt de ce côté, médecin assis et malade, assis ou couché, se tiennent l'un en face de l'autre. Pour se rendre compte de l'état du réseau veineux du pli du coude, et des ressources qu'il lui offre, le médecin embrasse la partie moyenne du bras à pleine main et serre modérément. Cette compression manuelle suffit à gêner suffisamment la circulation en retour pour faire saillir les veines au-dessous d'elle.

Cette épreuve préalable étant faite, il procède à la désinfection du « champ opératoire » en passant sur la peau un tampon imbibé de teinture d'iode au 20°. Certains auteurs, M. *P. Chevallier* par exemple (1), préfèrent l'alcool à 90° à la tein-

(1) *L'Hôpital*, juin 1920 A. p. 448.

ture d'iode, qui laisse une trace apparente et masque les veines, et à l'éther, dont l'odeur est pénétrante et persistante. C'est là un point secondaire de l'intervention.

L'opérateur comprime le bras avec un tube en caoutchouc, un drain, formant bracelet au niveau de la partie moyenne du biceps, et maintenu modérément serré au moyen d'une pince à forcipressure placée extérieurement, de manière à pouvoir être instantanément enlevée, dès que l'aiguille aura pénétré dans la veine. La compression est calculée pour gêner la circulation veineuse centripète, mais non la circulation artérielle centrifuge.

Le membre supérieur est mis en extension forcée, bien immobilisé par l'opérateur qui repère la veine qu'il va ponctionner, et la fixe, autant que possible, avec la main gauche, tandis que la droite présente la pointe de l'aiguille à la peau, l'aiguille elle-même restant pour ainsi dire parallèle à celle-ci. Il perfore d'*un seul coup* le tégument et la paroi veineuse et pénètre dans le vaisseau, ce dont il a la preuve immédiate par le reflux du sang dans le corps de pompe et le refoulement du piston de la seringue.

Il n'y a plus qu'à aspirer le sang selon la quantité nécessaire au but cherché.

L'intervention terminée, on retire brusquement l'aiguille et on passe sur la piqûre le tampon iodé.

Pour réussir, il faut procéder *méthodiquement, sans hâte*, aux préparatifs de la ponction, et, au moment même de la faire, *ne pas tâtonner, ne pas hésiter*, mais « *y aller carrément* ».

Je le répète, le reflux du sang dans la seringue est la preuve évidente que l'aiguille est entrée comme il fallait. C'est dire que l'écueil à éviter consiste à passer à côté. La peau est normalement si mobile sur le plan profond, il s'en faut d'un déplacement si minime pour que le point tégumentaire piqué ne se trouve pas exactement en regard du vaisseau sous-jacent, que la fausse route est vite franchie.

Avec du sang-froid et du calme, on l'évite facilement. A supposer que, contre toute attente, elle se fasse quand même, on en est quitte pour recommencer. Il faut savoir en effet que certains sujets, les femmes par exemple, ont des veines de petit calibre, peu apparentes, noyées en quelque sorte dans un tissu cellulaire sous-cutané épais et abondant, que d'autres se trouvent dans un tel état d'anémie ou de sub-syncope que la circulation, chez eux, est pour ainsi dire arrêtée et qu'en conséquence, il est bien difficile d'obtenir le gonflement du réseau veineux.

Un autre incident résulte de la perforation de la veine de part en part. On en est averti par l'absence de mobilité de l'aiguille dans la lumière du vaisseau, le sang n'apparaissant pas dans la seringue. Pour se mettre en garde contre cette fausse manœuvre, on se souviendra qu'il faut maintenir l'aiguille pour ainsi dire parallèle au plan cutané sur lequel elle agit.

***

La technique de la ponction veineuse étant exposée, il reste peu à dire sur l'injection proprement dite.

La sringue étant remplie du liquide à injecter, on poussera lentement l'injection. *Il faut se souvenir qu'on ira toujours trop vite, et exagérer plutôt la lenteur.*

Dans les injections abondantes de sérums physiologiques (sérum salé, sérum glycosé), le liquide est contenu dans un récipient, un bock, qui prend la place de la seringue. La lenteur est alors plus que jamais de mise, en même temps que la continuité parfaite et sans interruption gazeuse de l'onde liquide de pénétration.

Un accident local de l'injection intra-veineuse est la diffusion du liquide hors de la veine. Il faut y veiller très attentivement, surtout lorsqu'il s'agit de solutions susceptibles de déterminer des escarres. On en sera averti par l'apparition d'une petite saillie, d'un petit gonflement au niveau du point de pénétration. En ce cas, on interromprait immédiatement.

M. Chevalier conseille, quand cet accident s'est produit, de faire, à la pointe du bistouri, de fines scarifications pour donner issue à la sérosité de l'œdème, ou tout au moins, de maintenir, en permanence *loco dolenti*, un pansement humide et chaud jusqu'à la disparition de la douleur (1).

Le même auteur décrit les accidents généraux qui peuvent succéder à l'injection intra-veineuse :

« 1° Goût spécial dans la bouche : négligeable ; mais se méfier de la tolérance pour des doses plus fortes.

2° Sensation vertigineuse de quelques instants ; exceptionnellement, tendance à la lipothymie.

3° Crise nitritoïde. Contrairement à l'opinion courante, elle n'est pas spéciale aux arsénobenzols ».

Cette crise est en effet liée à la crise hémoclasique, que peut déterminer la pénétration dans le torrent circulatoire de toutes substances étrangères, et notamment des albumines hétérogènes.

Pour remédier à cette crise nitritoïde, et mieux encore, pour la prévenir, on administre l'adrénaline, soit en injection sous-cutanée, soit dans un peu d'eau, par la bouche (un milligr.).

Une bonne recommandation, qui devient une prescription impérative dans certains cas : faire l'injection, le malade étant couché, et le *laisser au lit pendant assez longtemps à la suite de celle-ci.*

Certains malades supportent mal la médication intra-veineuse. Ils souffrent, à la suite de chaque

(1) *Loc. cit.*

injection, de fièvre et de malaises plus ou moins accusés, qui apparaissent tardivement et persistent plusieurs jours. Le plus sage est de renoncer, en ce qui les concerne, à cette méthode thérapeutique.

***

La voie intra-veineuse est le procédé de choix du traitement de la syphilis par les arsenicaux.

Or, les Sociétés savantes ont enregistré, à différentes reprises, les cas d'accidents graves, parfois mortels, qui ont été observés, à la suite d'injections d'arsénobenzol.

Il est permis d'affirmer que ces accidents, relativement exceptionnels, eu égard au nombre incommensurable d'injections qui sont pratiquées chaque jour sur toute la surface du globe, sont dus à des circonstances particulières, imputables le plus souvent au malade, et dont il suffit d'être prévenu pour les éviter.

1° Il est préférable de ne pratiquer les injections arsénobenzolées qu'au domicile du malade.

2° On s'assurera de sa perméabilité rénale et de son intégrité hépatique. On recherchera avant chaque injection l'albumine et les pigments biliaires dans l'urine : ce sont de formelles contre-indications.

3° Le malade doit être à jeun au moment de l'injection, et se maintenir en état de jeûne plusieurs heures au moins après.

4° Le malade gardera le lit le jour de l'injection, et les jours suivants, s'il se trouvait incommodé.

5° La poudre médicamenteuse doit être scrupuleusement dissoute dans de l'eau distillée ou simplement bouillie. La présence du moindre corps en suspension serait en effet des plus dangereuses.

6° Les doses d'arsénobenzol seront faibles pour débuter, et iront en augmentant prudemment et graduellement, sous le contrôle d'une surveillance constante.

7° La température sera prise régulièrement le jour de l'injection, et les jours suivants.

***

Le cyanure de mercure est également utilisé par la voie endo-veineuse pour le traitement de la syphilis.

Il faut savoir que ce sel détermine à la longue une inflammation de l'endo-veine, suivie d'induration du vaisseau, et qu'en conséquence, il est nécessaire de changer de vaisseau pour ainsi dire à chaque nouvelle injection.

***

En résumé :

Les injections médicamenteuses intra-veineuses, SURTOUT D'ARSÉNOBENZOL, exigent :

1° *L'intégrité du rein et du foie.* DONC, RECHERCHER L'ALBUMINE.

2° *Le repos au lit,* le jour de l'injection.

3° *L'état de jeûne avant et après.*

4° *La solution parfaite du produit à injecter.*

Penser à ces conditions essentielles, prendre toutes les précautions pour les remplir, c'est se mettre à l'abri des mécomptes que peut donner une méthode, si merveilleuse en général, et qui a transformé si heureusement la thérapeutique.

Que si, par hasard, en dépit de tous les soins apportés, aussi scrupuleusement que possible, à la pratique de ces injections, le mécompte survenait, au point de compromettre la vie du malade, la justification que tout a été fait selon les règles suffirait à mettre hors de cause la responsabilité du praticien.

Dr G. DUCHESNE.

A TRAVERS LA PRESSE

Bulletin de la Fédération des Syndicats de Seine-et-Oise.

Le département de Seine-et-Oise est un de ceux où l'idée syndicale est la plus vivace, et le syndicalisme le plus rigoureusement pratiqué.

Les syndicats médicaux de ce département se sont groupés en une puissante Fédération qui publie un Bulletin auquel nous sommes heureux de souhaiter bienvenue et prospérité.

Traitement des plaies profondes des doigts.

Fréquentes dans la pathologie des accidents du travail, les plaies profondes des doigts sont excellemment traitées par la teinture d'iode employée selon la méthode de MICHEL (*Rev. méd. de l'Est.*, 1er avril 1920).

La teinture d'iode au 20e est contenue dans un flacon compte-gouttes, avec lequel on la fait tomber lentement goutte à goutte sur les bords de la plaie et sur la peau avoisinante. On soulève les lambeaux et on poursuit l'instillation goutte à goutte dans les anfractuosités profondes de la plaie, les articulations ouvertes, les foyers de fracture, les gaines tendineuses, etc. On aura soin d'éponger le suintement sanguin qui entraîne le liquide iodé avec une compresse stérile, et on renouvellera l'instillation en évitant de laisser un excès d'iode.

Pansement avec des compresses stériles recouvertes d'ouate maintenue par des bandes. La plaie peut être frmée par le rapprochement de ses lèvres avec des agrafes.

On renouvelle le pansement au bout de 24 heures. Les pansements ultérieurs sont facil-

tés en évitant l'adhérence des compresses à la plaie par l'interposition d'un tulle gras au rouge de Biebrich, après nouvelle instillation iodée.

Ce procédé supprime les lavages et les bains. Les résultats en sont excellents. La guérison est rapide et la restauration fonctionnelle aussi complète que possible.

Traitement pratique des fractures de cuisse.

M. MASMONTEIL décrit l'appareil de Pouliquen, appliqué au traitement non sanglant des fractures de cuisse (*L'hôpital.*, mai 1920 B). Nous empruntons les détails suivants à sa description :

L'appareil se compose essentiellement d'un cadre en bois formé de deux attelles latérales calculées de longueur suffisante pour correspondre à la longueur moyenne du membre inférieur, et réunies par une petite attelle terminale. Au milieu du cadre, entre les deux attelles latérales, se place une gouttière métallique comprenant une partie crurale et une partie jambière, les deux parties étant réunies l'une à l'autre par une double charnière,. L'armature métallique est fixée au cadre par des clous ou des boulons. L'extrémité terminale de la gouttière jambière est disposée de telle sorte qu'elle laisse le talon libre, grâce au découpage d'une languette qui peut se ployer ou se recourber facilement.

Un lacs périnéal, embrassant la racine du membre, vient se fixer à l'extrémité supérieure de l'attelle externe. Il réalise la contre-extension pendant les manœuvres de réduction. Celles-ci terminées, on supprimera ce lacs afin d'éviter les compressions génératrices d'escarres, et on obtiendra la permanence de la contre-extension au moyen du dispositif du plan déclive, le bassin étant plus bas que le pied.

A l'extrémité inférieure de l'attelle externe est fixé un levier avec lequel on opère la réduction.

Plus tard, l'extension sera maintenue permainente au moyen d'un poids de 8 à 12 kil. qusera ramené peu à peu à 6 kil.

Des pitons, un arceau correspondant aux orteils, complètent l'appareil.

Pour l'employer dans le traitement d'une fracture du membre inférieur (cuisse ou jambe), on place sur la partie fracturée des bandes de diachylon ou de leucoplaste, selon le procédé de Tillaux. En outre, une anse temporaire faite de deux bandes de toile entourant le cou-de-pied, est reliée au levier de traction.

La gouttière garnie de coton reçoit le membre blessé, fixée avec des lacs latéraux.

La réduction s'obtient à l'aide de tractions effectuées avec le levier spécial. Des tampons latéraux et postérieurs corrigent les déplacements. Dès que l'opération est terminée, on supprime le levier de traction et on le remplace par le poids.

Cet appareil permet une surveillance constante et facile du membre fracturé. Les résultats qu'il donne sont des plus satisfaisants.

La coccidiose humaine.

M. CHAINE étudie une parasitose dont certains cas ont été observés chez l'homme, à qui elle serait transmise par le lapin : il s'agit de la coccidiose dont l'agent pathogène est le coccidium, dont l'habitat est le foie ou l'intestin.

Les kystes coccidiens étant ingérés et parvenant dans l'intestin, leur enveloppe se rompt et met en liberté des spores, dont la paroi se rompt à son tour, libérant des corpuscules falciformes qui pénètrent par effactionr dans l'épithélium ou cheminent dans les canaux biliaires et gagnent le parenchyme hépatique.

Là, ces corpuscules se logent dans les cellules épithéliales. Le tissu voisin s'enflamme, se rompt, se détruit et fond en constituant une poche caséeuse.

Si celle-ci se rompt à son tour, les germes qu'elle renferme se déversent dans l'intestin et deviennent le point de départ d'une nouvelle auto-infestation.

Ce qu'on doit retenir de cet exposé, c'est que les éleveurs de lapins domestiques devront prendre des soins hygiéniques sérieux pour se mettre à l'abri de la contamination ; que les inspections des marchés interdiront la vente de foies de lapin souillés, et reconnaissables aux taches blanches arrondies ou étoilées qu'ils présentent ; que la préparation culinaire du lapin devra comporter une cuisson bien poussée.

Il ne semble pas d'ailleurs que la coccidiose humaine constitue une affection grave. Les cas connus ont été des trouvailles d'autopsie. Il est donc présumable que cette parasitose est plus fréquente qu'on ne le soupçonne , mais qu'elle passe inaperçue le plus souvent, même dans les autopsies qui révèlent des poches caséeuses prises pour des collections tuberculeuses, alors que la coccidie est peut-être en cause. (*Gaz. des Sc. Méd. de Bordeaux.*, 30 mai 1920).

G. D.

BACTÉRIOLOGIE PRATIQUE

Recherche du tréponème par une méthode d'ultra-microscope simplifiée (1).

On sait de quel précieux secours est l'ultra-microscope dans la recherche du spirochète pâle, mais on ignore généralement qu'il n'est pas besoin d'appareils spéciaux pour faire cet examen. A ceux qui n'ont pas l'outillage ultra-microscopique spécial, on conseille la méthode à l'encre de Chine qui est, en effet, pratique, mais n'offre pas tous les avantages de la belle vision d'ultra montrant le tréponème vivant, condition si favorable pour bien le reconnaître dans ses mouvements caractéristiques.

Les condensateurs et dispositifs spéciaux vendus pour les recherches à l'ultra-microscope ne sont pas indispensables dans l'espèce. Déjà, en 1866, Moitessier décrivait la façon de réaliser le fond noir avec le condensateur de Dujardin, appareil français. Dès cette époque, on eût donc été en mesure de voir le spirochète. Comme je l'ai dit dans un précédent article, un ancien outillage de ce temps-là, que j'ai eu en main, m'en a donné la preuve.

A vrai dire, en raison de certaines imperfections de ce vieux microscope, le résultat laissait un peu à désirer. Mais en utilisant un microscope plus moderne, muni du condensateur d'Abbe — type courant du microscope de laboratoire — on a facilement une belle vision d'ultra et plus facilement qu'avec certains condensateurs spéciaux dont le centrage est quelquefois d'une difficulté désespérante.

L'objectif à immersion est inutile. L'huile de cèdre, recommandée de qualité excellente pour l'ultra, nous est ici totalement inutile. Dans notre laboratoire, nous délaissons à peu près totalement notre condensateur parabolique allemand et nous faisons nos recherches de tréponèmes avec un microscope ordinaire de construction française.

Voici les éléments utilisés :

a) Le miroir concave.

b) Le condensateur d'Abbe ordinaire, mais spécialement diaphragmé comme il sera indiqué.

c) Un objectif à sec, non des plus puissants : un nº 4 ou 5 de 8 mm. environ de foyer.

d) Un oculaire puissant, le nº 12, ou mieux 18, ce qui est une acquisition de petit prix, si le plus fort oculaire possédé ne grossit pas assez.

e) Une lampe à acétylène ou une ampoule électrique quelconque — si possible à filament ramassé.

f) Un verre dépoli format 9 c. × 12 c. environ.

Le diaphragme ordinaire du condensateur sera entièrement ouvert, mais il faudra le diaphragmer centralement pour qu'il ne reçoive la lumière que par ses bords. Une pièce de cinquante centimes servira de calibre pour tailler un disque dans une carte de visite qui sera installé bien centralement sous le condensateur. Il est génélalement facile de placer ce disque dans le porte-diaphragme en y colant, en étoile, 3 ou 4 rayons de même matière pour lui servir de support ; si non, le coller légèrement sous la lentille même du condensateur avec une petite boule de cire dont la trace sera ensuite facilement effacée au xylol ou à l'alcool.

Placer le verre dépoli très près du miroir concave touchant et le bord de l'anneau porte-condensateur et le bord du miroir. La source de lumière sera placée très près du dit verre dépoli, 4 ou 6 centimètres. On cherchera d'ailleurs le point optimum durant l'examen. On règlera l'orientation du miroir de telle sorte que l'émergence lumineuse soit bien au centre du condensateur.

Lames et lamelles doivent être très propres ; là est peut-être la seule difficulté. Pour notre part, nous usons autant que possible de lames et lamelles neuves simplement bien essuyées avec un linge fin très propre imbibé d'un peu d'alcool et ne peluchant pas. Les vieilles lamelles rayées donnent ordinairement une vision médiocre.

La façon de faire le prélèvement pour le tréponème est connue de tous les médecins. Mais dans le cas de l'ultra-microscope, il faudra une préparation très mince et sans bulle d'air. Si le prélèvement est assez liquide pour bien coller sans discontinuité lame et lamelle, tout est pour le mieux. Si au contraire il paraît trop sec, ajouter une mince goutte d'eau, puis appliquer la lamelle en évitant les bulles d'air. Il est même utile de presser assez fortement pour avoir très peu d'épaisseur.

Placez votre préparation sur la platine, montez assez le condensateur pour qu'il touche le dessous de la lame. Là aussi, durant l'examen, il y aura lieu de tâtonner le point optimum de hauteur. Abaissez lentement l'objectif.

Si votre préparation est bien faite, vous aurez une vision à souhait. Ceux qui n'ont jamais observé à l'ultra sont émerveillés de la beauté du champ ; cellules diverses, déchets épithéliaux, etc., apparaîtront en clair sur fond noir. Le mouvement brownien du protoplasma des polynucléaires et l'agitation fébrile des divers microbes étonnent toujours. On reconnaît enfin facilement le spirochète pallida après s'y être un peu exercé et avoir étudié la description de ses caractéristiques.

Si on n'obtient pas de suite une vision à souhait, on y arrive vite après quelques tâtonnements et un peu de patience.

(1) *Maison médicale d'Agen*, 1920, nº 3.

Il ne serait pas absolument exact de dire que cette méthode simplifiée donne un résultat aussi parfait que les condensateurs spéciaux; mais les résultats sont largement suffisants pour la recherche du tréponème. Un de ses avantages est de permettre l'usage de sources lumineuses assez peu intenses. Les fastidieux tâtonnements de centrage des ultra spéciaux se posant sur la platine sont totalement évités ici, puisqu'on use de son microscope sans changer aucune pièce.

Dans les premiers essais on fera bien d'user d'un sec très faible et d'un oculaire peu puissant, cela permet de mieux régler le centrage de l'éclairage.

J'insiste sur le choix du numéro de l'objectif. Pas d'immersion ou de sec puissant qu'il faudrait spécialement diaphragmer. L'ultra microscope en général — et dans notre cas en particulier — demande objectif moyen et oculaire puissant.

Avant de terminer, il est peut être bon de mettre en garde contre le froid quand on recherche le spirochète pallida. Il m'est arrivé quelquefois, en hiver, dans un laboratoire peu chauffé, de le croire absent de la préparation, alors que je finissais par le dépister quand l'éclairage ayant enfin un peu chauffé la préparation, il reprenait du mouvement. Froid, il est immobile, entortillé, difficile à reconnaître. La chaleur lui rend le mouvement, il s'étend et on reconnaît les ondes d'étirement et de raccourcissement qui lui sont caractéristiques.

J. Lacroix.

Chef du Service bactériologique de la *Maison médicale d'Agen.*

PHTISIOTHÉRAPIE

De la valeur de l'inhalation dans la thérapeutique des maladies du poumon.

Dans mon précédent article, j'ai établi que l'inhalation, pour être efficace, devait réunir, au point de vue technique, les quatre qualités primordiales : vapeur, pression, abondance et continuité dans sa projection. Sans ces facteurs, disais-je, on n'obtient rien. Je vais plus loin, en disant que l'inhalation, pratiquée autrement, non seulement n'a pas de valeur, mais qu'elle peut présenter de sérieux inconvénients et des mécomptes; nous en causerons plus loin. Pour l'instant, voyons quels sont les effets d'auscultation de l'inhalation telle que je la pratique depuis de nombreuses années. Supposez un malade présentant tous les symptômes fonctionnels d'une bacillose pulmonaire dite du 2e degré et de date récente (température, amaigrissement, inappétence, sueurs, dyspnée, etc.), et comme symptôme physique, un foyer plus ou moins grand de craquements secs et humides, avec ou sans hémoptysie. La thérapeutique actuelle veut que ce malade soit mis au repos, à la suralimentation ou à une alimentation raisonnée, au grand air, etc., le tout dans le but d'immobiliser les lésions et d'en obtenir la transformation fibreuse. Deux éventualités se produisent alors : ou bien la lésion évolue malgré tout, l'infection gagne, les tubercules se multiplient, se conglomèrent et rien ne peut plus les arrêter.

Ou bien les symptômes s'amendent, disparaissent même et c'est la soi-disant guérison, jusqu'à la poussée suivante provoquée par une cause quelconque. L'ancien foyer se réveille ; de nouveaux se surajoutent, la transformation fibreuse (scléreuse) ne s'est pas faite du tout ou de façon insuffisante. Du pus est resté ; le caséum tuberculeux continue son œuvre néfaste. De ce que la mortalité par tuberculose ne varie pas, il faut conclure que l'on meurt beaucoup faute de fibro-formation ; je préfère pour ma part n'y pas compter du tout. Pour moi, un abcès ou foyer ulcéré doit être vidé ou on doit faire tout ce que l'on peut pour le vider. Il ne viendrait à l'idée d'aucun chirurgien de laisser un abcès froid intact et d'en attendre une transformation quelconque.

Le tubercule n'est pas autre chose qu'un abcès froid (je l'ai dit et communiqué il y a longtemps déjà). Lui aussi demande un traitement chirurgical : l'ouverture et l'antisepsie.

L'ouverture du tubercule se fait par la caséification de tous les éléments qui le constituent ou qui l'environnent. Le parenchyme pulmonaire, les vaisseaux, les bronches, les globules blancs, etc., tout finit par sombrer dans le magma caséeux qui s'élimine par les bronches. Selon la quantité de magma purulent qui obstrue les bronches et selon l'importance du diamètre de celles-ci, nous avons des râles plus ou moins gros, plus ou moins humides, toute la gamme qui va du craquement sec au râle caverneux.

Revenons au malade ci-dessus, dit du 2e degré, avec un ou plusieurs foyers de craquements humides, et soumettons-le à l'inhalation. Il en résulte au point de vue fonctionnel un soulagement presque immédiat. Pourquoi ? Le cas um séjournant libre dans les bronches a été amené au dehors par la gymnastique respiratoire soutenue, aidée par la vapeur fluidifiant le crachat et rendant son élimination plus facile, d'où diminution des symptômes d'ordre toxique.

Si on ausculte journellement le malade, on peut constater au point de vue local une diminution très sensible de ce que j'appelle les gros signes d'auscultation, autrement dit des gros

◆◆◆

craquements humides ou râles d'un certain volume. Le malade respire alors beaucoup mieux au point de surprendre tout son entourage. Il n'est plus secoué la nuit par les besoins continuels d'expectoration. « Je passe enfin des nuits tranquilles » me disent-ils régulièrement. Ce n'est déjà pas un mince résultat et vous saisissez de suite l'influence qu'exerce ce mode de traitement sur les bronchites simples des grosses et moyennes bronches, sans caractère grave, mais tenaces et ennuyeuses par leur persistance. Vous pensez bien que l'élément tuberculé n'a pas été touché en si peu de temps. Ce n'est pas en quelques inhalations que l'on modifiera le contenu alvéolaire qui manifeste sa présence par des craquements ou râles plus fins. Est-ce à dire que l'inhalation n'y pénètre pas ? Vous allez voir que si : après une période d'amélioration et de calme, qui correspond, comme je vous l'ai dit à la libération du pus des bronches d'un calibre facilement accessible, le malade présentant toujours les signes des localisations bacillaires des fines bronches, mais ne crachant plus que peu, commence de nouveau à se sentir moins bien, plus oppressé, quelquefois même très fortement, avec un état général assez précaire. Invariablement, c'est signe de nouvelle évacuation de pus. L'auscultation à ce moment donne dans les foyers fins restés sans modification jusqu'alors une augmentation des signes : les craquements fins deviennent gros et même vont jusqu'au râle humide plus ou moins intense. On serait tenté, pour qui n'est pas habitué, de voir dans ce phénomène une aggravation. Point du tout. Le malade alors se remet à cracher davantage, durant un ou plusieurs jours, selon l'importance de l'évacuation. Il présente volontiers pendant cette période des symptômes d'intoxication, fièvre, sueurs, etc... Puis, le tout diminue, disparaît et le malade se sent de nouveau bien. A l'auscultation, les craquements gros ou râles n'y sont plus et l'on peut très nettement diagnostiquer une diminution d'étendue et d'intensité du foyer ancien. L'inhalation a donc bien pénétré dans un foyer primitif pour l'évacuer au dehors à son tour.

Les phénomènes ci-dessus se répèteront tant qu'il existe un foyer suppuré. C'est donc une série successive d'éliminations que subit le malade. Leur nombre et leur intensité sont proportionnels à l'ancienneté des foyers, ce qui s'explique aisément quand on se représente des bronches ou bronchioles remplies de sécrétion purulente au point d'y former des moules impressionnants, tels que je pourrais vous en montrer. Il faut être très au courant de ces faits pour y apporter leur véritable signification. Seule, l'observation suivie du malade permet d'en comprendre l'évolution. C'est bien une évacuation chirurgicale, un drainage, qui s'opère, provoqué par les quatre facteurs dont je vous ai parlé : vapeur, pression, abondance et continuité. Nous verrons dans notre prochain article la possibilité de pronostiquer l'intensité des éliminations d'où découlent les indications et les contre-indications du traitement et l'intervention du facteur : Antisepsie.

Dr Arnold,

Directeur de l'Inhalatorium d'Auteuil.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Nicolas Abraham, sire de la Framboisière.

(M. Molinéry. — *Soc. franç. d'Histoire de la Médec.*)

Communication intéressante de notre confrère et ami, qui s'adonne avec succès à la recherche historique de l'hydrologie et fait revivre sous nos yeux cette curieuse figure d'un hydropathe du XVIe siècle.

Pseudo-tumeurs provoquées par les injections d'huile de vaseline.

(MM. Letulle et Alglave. — *Acad. de Médecine.*)

Les injections d'huile de vaseline médicamenteuse sont susceptibles de faire apparaître dans les tissus, à plus ou moins longue échéance, parfois après de nombreuses années, de véritables tumeurs inflammatoires.

Ces pseudo-tumeurs affectent une évolution lente, mais progressive et ininterrompue. Elles peuvent donner lieu à des accidents locaux, dont certains rappellent ceux des abcès ou phlegmons ligneux.

Le seul traitement qui leur soit applicable est l'extirpation, toutes les fois où elle paraît possible. Encore est-il souvent difficile de rendre cette exérèse complète, lorsque les injections ont été multipliées autour d'un point déterminé. Dans ces conditions l'extirpation n'arrête pas toujours l'évolution inflammatoire chronique propre à ces tumeurs. Elle ne fait que la restreindre, l'extension des lésions continuant à la façon de la tache d'huile dans le marbre, par les fines gouttelettes qui persistent dans les tissus.

En raison de ces faits, il y a lieu de condamner la pratique des injections d'huile de vaseline médicamenteuse dans les tissus.

M. Balzer croit, comme M. Letulle, que l'huile de vaseline ne doit pas être employée en injections sous-cutanées.

Encéphalite léthargique et chorée de Sydenham.

(*Société médicale des hôpitaux.*)

L'encéphalite épidémique comporte des formes avec accidents choréiques. On peut concevoir un

(2)



THAOLAXINE

LAXATIF - RÉGIME

agar-agar et extraits de rhamnées

PAILLETTES, CACHETS, GRANULÉ, COMPRIMÉS.

ECHANTILLONS ET LITTÉRATURE

Laboratoires **DURET RABY**, 5, Avenue des Tilleuls, PARIS (18e).

type d'encéphalite épidémique mono-symptomatique se traduisant uniquement par des phénomènes de chorée et l'on est autorisé à se demander même si la chorée de Sydenham n'est pas parfois sous la dépendance de l'encéphalite.

M. Souques estime que non seulement certains cas de chorée grave, mais aussi quelques cas de chorée légère apyrétique, sont attribuables à l'encéphalite. Toutefois, il faut se garder de généraliser.

M. Variot et M. Armand-Delille, à l'hospice des Enfants-Assistés et à l'hôpital des Enfants-Malades n'ont pas observé une plus grande fréquence de la chorée de Sydenham depuis l'épidémie d'encéphalite léthargique.

M. Achard pense que divers cas de chorée dite de Sydenham doivent faire retour à l'encéphalite. Il paraît en être ainsi notamment de quelques chorées de l'adulte et de certaines chorées gravidiques graves. Mais, la chorée de Sydenham de l'enfance a des caractères assez particuliers, habituellement, pour pouvoir être individualisée.

M. H. Claude considère que la distinction entre la chorée de Sydenham et la chorée symptomatique de l'encéphalite est en général facile. Le début est différent : lent et progressif dans la maladie de Sydenham, il est le plus souvent brusque dans l'encéphalite. La chorée symptomatique, après quelques jours, décroît rapidement, alors que, dans la chorée de Sydenham, les troubles moteurs se prolongent des mois. Parfois, cependant, le diagnostic reste délicat.

M. Netter remarque que le virus de l'encéphalite léthargique est persistant chez le malade. Il a vu plusieurs sujets présenter des manifestations choréiques deux ans et même davantage après le début de l'encéphalite.

Il sera donc intéressant, dans tout cas de chorée, de faire des recherches quant à la possibilité de symptômes antérieurs d'encéphalite.

Présence de tréponèmes dans le sperme.

(MM. Marcel Pinard et Hoch. — *Soc. méd. des hôp.*)

Les recherches de Thibierge, Ravaut et Le Sourd, Bab, etc., relatives à la présence de tréponèmes dans le sperme, ont été négatives. Reprenant la question, MM. Marcel Pinard et Hoch, se servant de la méthode d'imprégnation à l'argent de Fontana-Tribondeau, ont pu déceler dans le sperme de trois sujets atteints de syphilis secondaire, des tréponèmes. Les tréponèmes observés étaient libres entre les spermatozoïdes. Resterait à étudier les rapports du tréponème et des spermatozoïdes, et la persistance du tréponème dans les syphilis latentes, de façon à éclairer la pathogénie de certains modes d'infection syphilitique intra-utérine de la femme, en particulier de la syphilis conceptionnelle.

Tréponème pâle et anévrysme aortique.

(M. Manouélian. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

La clinique a déjà établi le rôle de la syphilis dans les anévrysmes, dans les anévrysmes de l'aorte principalement. L'histologie pathologique a sanctionné cette notion en montrant l'analogie de structure des anévrysmes avec les lésions scléro-gommeuses syphilitiques. La sérologie (le Wassermann) a apporté un nouvel argument à cette thèse. Restait la preuve microbiologique : l'existence du tréponème dans la paroi anévrysmale.

Wright et Richardson ont publié cinq observations d'aortite avec tréponèmes constatés dans les zones nécrosées. M. Manouélian a étudié 4 malades du service de M. Œttinger atteints d'anévrysmes de l'aorte. Chez deux d'entre eux, il a trouvé, au niveau de la zone nécrosée, des tréponèmes en nombre variable.

Ostéomes musculaires post-traumatiques.

(MM. Rathery et Bordet. — *Soc. méd. des hôp.*)

L'ostéome musculaire peut être défini, avec Ombrédanne, « une masse plus ou moins volumineuse de tissu osseux se développant à l'intérieur ou au contact des muscles et dont la production est le plus souvent en corrélation avec un traumatisme ».

Plus fréquent chez l'homme (de 15 à 30 ans surtout), il siège en général dans le brachial antérieur, les adducteurs de la cuisse et le quadriceps fémoral. Sa pathogénie est discutée.

MM. Rathery et Bordet en relatent une observation, remarquable par l'étendue extrême du processus ossifiant développé dans les muscles de la région postérieure de la cuisse. La tumeur, apparue à la suite d'un coup de pied de cheval, déterminait des douleurs assez vives, qualifiées d'abord de sciatique.

L'adrénaline dans les vomissements de la grossesse.

(MM. Rathery et Bordet. — *Société méd. des hôp.*)

MM. Rathery et Bordet rapportent un cas de vomissements incoercibles de la grossesse traité avec succès par l'adrénaline. Il s'agit d'une femme de 22 ans atteinte de vomissements incoercibles depuis deux mois avec phénomènes graves. En trois jours de traitement, se produisit une transformation complète.

Les doses employées furent les suivantes :

Le premier jour, un demi-milligramme sous-cutané ; le deuxième jour, un milligramme sous-cutané et un milligramme par ingestion ; le troisième jour, mêmes doses ; le quatrième jour, un milligramme

par ingestion ; les jours suivants (pendant 8 jours) même dose.

L'adrénaline a déterminé la cessation des vomissements, sans action sur la tension artérielle, par propriétés anti-toxiques.

M. EMILE SERGENT a publié, avec M. Lian, il y a quelques années, les résultats très favorables qu'il a obtenus de l'adrénaline dans le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. Toutefois, il ne faut pas oublier que la pathogénie de ces vomissements n'est pas univoque. A côté des cas où intervient l'insuffisance surrénale, il en est d'autres d'un ordre différent.

M. LABBÉ a eu l'occasion d'observer, récemment, un cas de ce genre qui s'est terminé par la mort, malgré une interruption prématurée de la grossesse. A l'autopsie, les capsules surrénales étaient normales. Le foie, par contre, était en état de profonde dégénérescence.

Traitement de la coqueluche par l'éther.

(M. J. AUDRAIN. — *Société méd. des hôpitaux.*)

Elève de Du Castel, qui employait l'éther contre la variole avec les plus beaux résultats, M. Audrain préconise l'éther dans le traitement de la coqueluche, à titre de médicament anti-infectieux et anesthésique. Sa technique est simple. Il pratique des injections intra-musculaires, dans la région postéro-supérieure de la fesse, en se repérant plutôt sur la crête iliaque que sur le grand trochanter. La dose de un centimètre cube suffit jusqu'à l'âge de 7 ou 8 mois ; plus tard, on l'élève à 2 centimètres cubes tous les deux jours, sans aller au-delà. Dans la coqueluche vraie (indépendante de l'adénoïdite), la maladie est guérie à la troisième ou quatrième injection, ordinairement.

M. DALCHÉ a traité une jeune fille de 22 ans par cette méthode. En dix jours, avec trois injections les quintes tombèrent de 22 à 0.

M. COURCOUX a eu l'occasion d'employer l'éther chez un nourrisson de deux mois. Le résultat a été négatif. Ce résultat ne diminue pas la valeur du traitement à l'éther, qui paraît souvent efficace, mais il montre qu'il existe des cas rebelles.

M. VARIOT apporte, à l'appui de la communication de M. Audrain, plusieurs observations qui semblent assez concluantes. Ces injections intra-musculaires n'ont pas d'inconvénient.

P. L.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des livres.

Chez MALOINE, Paris.

L'alimentation simple et économique d'après l'idée française, Dr MONTEUUIS (de Nice).

Vraiment la théorie des calories, par la dégradation industrielle et culinaire de nos aliments les plus usuels, est, pour la nation et l'individu, une source, non seulement de gaspillage de nos finances, mais de déminéralisation, de décadence des voies digestives, d'insuffisances glandulaires, de ptoses et de faiblesse générale, source dont notre époque ne soupçonne pas la gravité.

C'est ce que l'auteur appelle justement : le « péril allemand de l'aliment artificiel ».

Il démontre, d'autre part, combien les découvertes des ferments, des vitamines et du rôle de la vie dans l'aliment établissent le bien fondé de « l'idée française de l'aliment naturel ».

Seule, la réalisation de cette idée féconde peut nous délivrer du véritable danger national qu'a créé la théorie des calories.

Revue des thèses.

Thèses de Montpellier.

Les kystes para-ovariens à pédicule tordu, par le Dr Emmanuel AGOSTINI. Montpellier, imprimerie de la Charité, 1920.

1° Contrairement au pédicule des kystes de l'ovaire, qui est *toujours mince*, celui des kystes paraovariens est *toujours large* ;

C'est à la largeur de ce pédicule qu'est due la rareté de la torsion de ces kystes.

Pour qu'elle se produise il faut :

a) Que le pédicule soit exceptionnellement long et grêle ;

b) Que le volume du kyste soit assez important ;

3° Quand la torsion a pu se produire, c'est encore à la largeur du pédicule qu'est due la bénignité relative des lésions consécutives. Après une courte phase de congestion, il se fait une véritable accommodation circulatoire, d'où absence fréquente de sphacèle et d'hémorragies ;

4° Le diagnostic d'un kyste de l'ovaire tordu est cliniquement à peu près impossible ;

5° L'ablation de la tumeur par laparotomie médiane est le seul traitement universellement employé.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

DOCUMENTS OFFICIELS

Tarif J.-L. Breton (1).

Tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail (remplaçant le Tarif Dubief).

Frais médicaux.

Art. 1er. — Le prix de la visite faite au domicile du blessé, qui ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé, est respectivement fixé à 10 fr. et à 8 fr., suivant que la commune, lieu de résidence du blessé, appartient à la première ou à la seconde des deux catégories ci-après :

1re catégorie. Villes de 100.000 habitants et au-dessus et leur banlieue ; régions libérées ; Paris et sa banlieue.

La banlieue de Paris comprend le département de la Seine et les cantons suivants du départements de Seine-et-Oise :

Arrondissement de Versailles : les cantons de Versailles, Argenteuil, Marly-le-Roi, Saint-Germain-en-Laye, Sèvres ;

Arrondissement de Pontoise : les cantons de Montmorency, Le Raincy.

La banlieue des villes de 100.000 habitants et au-dessus comprend les communes situées dans un périmètre de deux kilomètres à partir de la limite administrative desdites villes.

2e catégorie. Villes de moins de 100.000 habitants et campagnes.

Le prix de la consultation au cabinet du médecin est respectivement fixé à 8 fr. et à 7 fr. suivant que la commune, lieu de résidence du blessé, appartient à la première ou à la seconde des deux catégories ci-dessus.

Art. 2. — Les déplacements donneront lieu à une indemnité kilométrique.

Cette indemnité s'entendra de la mairie du domicile du médecin au domicile du malade.

En principe, elle n'est due qu'autant que le médecin et le blessé habitent deux communes différentes, sauf l'exception ci-après :

Lorsque le blessé et le médecin habitent deux agglomérations ou hameaux différents situés sur le territoire d'une même commune et que la distance entre le domicile du médecin et celui du blessé est supérieure à un kilomètre, l'indemnité kilométrique est décomptée, par dérogation au paragraphe ci-dessus, d'après la distance qui sépare les deux domiciles considérés.

Cette dernière disposition n'est pas applicable à Paris et à la banlieue de Paris, telle qu'elle est définie à l'article 1er ci-dessus, ni aux villes de 100.000 habitants et au-dessus et aux agglomérations ou communes comprises dans un rayon de deux kilomètres de ces mêmes villes.

L'indemnité kilométrique sera de 1fr. par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour pour les régions de plaine, de 1 fr. 50 pour les régions de montagne et les régions libérées. La division en régions de plaine et en régions de montagne sera faite suivant les divisions administratives existant actuellement. Les fractions inférieures ou égales à 500 mètres ne comporteront pas d'indemnité kilométrique ; les fractions supérieures à 500 mètres seront tarifées comme un kilomètre.

Cette indemnité ne pourra, toutefois, excéder l'indemnité attribuable au médecin le plus rapproché.

Lorsque le médecin utilise son passage dans la résidence du blessé sans se déplacer exclusivement pour lui, il n'a droit qu'à l'indemnité kilométrique correspondant au parcours supplémentaire nécessité spécialement par la visite audit blessé.

L'indemnité kilométrique sera applicable au spécialiste appelé en consultation, mais elle ne saurait excéder l'indemnité attribuable au spécialiste de même catégorie le plus rapproché.

Art. 3. — Le prix de la visite est augmenté de 50 p. 100 :

a) Lorsqu'elle doit avoir lieu à une heure fixe, dans les cas prévus par le 5e alinéa de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905 modifiant celle du 9 avril 1898 ;

b) Lorsqu'elle est nécessitée par un cas urgent les dimanches et jours fériés.

Art. 4. — Le prix de la visite ou de la consultation est triplé lorsque, dans les cas graves et pressants, elle doit avoir lieu entre 21 heures et 6 heures.

Art. 5. — Lorsque, dans des cas graves et pressants, un confrère doit être appelé en consultation, le prix de la consultation équivaudra au prix de trois visites ou consultations, tant pour le médecin traitant que pour le médecin appelé en consultation. Le tarif kilométrique sera appliqué en plus, s'il y a lieu.

Art. 6. — Lorsque la visite doit être suivie

(1) Il nous paraît légitime de baptiser ce nouveau tarif du nom du Ministre qui a signé l'arrêté, par analogie avec ce que le langage courant avait fait pour le tarif précédent. N. D. L. R.

d'une surveillance prolongée dans l'éventualité de complications menaçant la vie, chaque demi-heure de surveillance équivaut à une visite en plus, dans la limite d'un maximum de cinq visites.

Art. 7. — Lorsque, au cours du traitement, le médecin traitant estime nécessaire, soit la consultation, la visite ou toute intervention d'un spécialiste, soit une série de plus de cinq interventions à tarif spécial, il doit en donner avis préalable, par lettre recommandée, au patron ou à son assureur substitué ; dans les cas d'urgence, la notification devra être faite aussitôt après la consultation, la visite ou l'intervention du spécialiste, ou après la première des interventions susvisées.

Art. 8. — Le prix des actes opératoires faits la nuit, en cas d'urgence, sera majoré de 25 %, tant pour le chirurgien que pour les aides ou l'anesthésiste.

Art. 9. — Aucune opération mutilante ou de grande chirurgie ne pourra être décidée, sauf le cas d'urgence, qu'après avis, par lettre recommandée, du médecin traitant au médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué.

En cas de divergence, on recourra à l'avis d'un troisième médecin, choisi, d'accord entre le blessé, le médecin traitant et le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué.

Dans les cas urgents, le médecin traitant décide, puis avise aussitôt le patron ou son assureur substitué, de l'opération effectuée et des causes de l'urgence.

Art. 10. — Le tarif de l'opération ne comprend que le tarif de l'acte opératoire et non les visites, consultations ou interventions consécutives à cet acte.

Art. 11. — Pour les interventions de grande chirurgie, la rémunération de tout aide (docteur en médecine ou officier de santé) est fixée à 50 fr. pour l'aide (deux aides au maximum) et à 50 fr. pour l'anesthésiste.

Art. 12. — L'anesthésie locale est comprise dans tous les prix du présent tar:f.

Pour toutes les opérations qui comporteront l'anesthésie générale ou régionale, des honoraires sont prévus pour un médecin anesthésiste.

La rémunération de l'anesthésie est fixée à 50 fr., plus l'indemnité kilométrique, s'il y a lieu.

Art. 13. — Ce tarif ne comporte pas le cumul de la visiste avec un acte opératoire quelconque.

Chaque intervention est tarifée à part, sans adjonction d'un prix de visite.

Art. 14. — Dans le cas de blessures multiples, hors le cas prévu de pansements sur un même segment de membre, les soins donnés sont tarifés, pour chacun des pansements ou chacune des interventions. Exemple : une fracture de jambe et une fracture de bras ; fracture de l'avant-bras, fracture du bras ; luxation de la hanche, fracture du bras, etc.

Art. 15. — Les soins médicaux et opérations de petite et de grande chirurgie sont tarifés ainsi que suit. *Les chiffres donnés ci-dessous sont les prix de la première catégorie ; ils doivent être diminués de 25 % pour la seconde.*

Les soins qui font l'objet des tarifs de chirurgie ou de spécialité, s'ils sont donnés par des médecins de la campagne ou de la ville, en ce qui concerne la pratique courante, seront rémunérés au tarif où ils sont inscrits dans chacune des catégories techniques..

Tarif médical de pratique courante.

Article 16.

Visite avec ou sans pansement, massage, pointes de feu, ventouses, examen au spéculum sans pansement intra-utérin :	
1re catégorie	10 fr.
2e catégorie	8 »
Consultation avec ou sans pansement, massages, pointes de feu, ventouses, examen au spéculum sans pansement intra-utérin :	
1re catégorie	8 »
2e catégorie	7 »
Examen au spéculum avec pansement intra-utérin	15 »
Epistaxis, tamponnement postérieur des fosses nasales	30 »
Injection de sérum physiologique	20 »
Injection intraveineuse médicamenteuse autre que le novarsénobenzol	20 »
Injection intraveineuse de sérum physiologique	25 »
Injection intraveineuse de novarsénobenzol :	
La première	40 »
Les suivantes	30 »
Injection sous-cutanée de sérum antitoxique	20 »
Prise de sang pour Wassermann ou analogues	20 »
Ponction lombaire	40 »
Ponction du genou au trocart ou bistouri	60 »
Ponction d'ascite	40 »
Ponction de la plèvre évacuatrice	50 »
Ponction de la plèvre avec injection d'azote :	
La première	200 »
Les autres	100 »
Saignée	40 »
Traitement de l'asphyxie (avec tractions rythmées de la langue, respiration artificielle, etc., sans cumul avec les dispositions de l'article 6 ci-dessus)	50 »

Tarif chirurgical.

Article 17

Suture simple (1 ou 2 points) .... 15 »
Réunion par sutures multiples......... 25 »
Régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse superficielle ou d'une petite plaie de la main et du pied .... 40 »
Régularisation, épluchage et suture d'une plaie confuse, étendue et profonde 100 »
Pansements multiples sur un même segment de membre ou sur une partie du corps très voisine (autre que doigts et orteils en cas de plaies très superficielles) .... 15 »
Suture des tendons extenseurs des doigts et des orteils .... 50 »
Suture des tendons fléchisseurs des doigts ou des orteils, ainsi que des tendons superficiels du poignet et des tendons du cou-de-pied .... 150 »
Suture des tendons profonds du poignet, suture des nerfs .... 300 »
Hémostase par ligature ou pince à demeure au fond d'une plaie .... 40 »
Ligature d'artères :
— Radiale, cubitale, humérale, faciale, temporale .... 75 »
— Arcades palmaires et plantaires .. 125 »
— Tibiale, péronière, poplitée, axillaire .... 150 »
— Fémorale, sous-clavière .... 200 »
— Carotide et iliaque externe....... 250 »
Ouverture d'abcès superficiels et d'hygroma suppuré .... 20 »
Ouverture d'un panari de la gaine ...... 35 »
Abcès profonds non viscéraux .... 100 »
Ponction de la vaginale .... 30 »
Ponction de la vaginale avec injection modificatrice .... 60 »
Greffes épidermiques Reverdin .... 30 »
Greffes épidermiques Thiersch .... 80 »

Fractures.

Art. 18. Réduction et contention :

Doigt, orteil, métacarpien, métatarsien, côtes, omoplate, sternum .... 20 »
Doigt ou métacarpien avec appareillage d'extension continue............... 50 »
Clavicule .... 50 »
Maxillaire inférieur, non opérée .... 30 »
Maxillaire inférieur, compliquée avec opération ou prothèse de contention et non définitive, y compris la pose de l'appareil définitif, mais non sa fourniture .... 400 »
Rotule, non opérée .... 60 »
Membre supérieur :
Un seul os de l'avant-bras .... 60 »
Extrémité inférieure du radius .... 80 »
Deux os de l'avant-bras .... 120 »
Humérus .... 120 »

Jambe :
Péroné .... 25 »
Tibia, ou deux os de la jambe ; fracture de Dupuytren .... 150 »
Fémur .... 150 »

Opérations sanglantes :

Régularisation, débridement, épluchage d'un foyer de fracture ouverte avec réduction de la fracture. — Prix ci-dessus majorés de 100 %, avec maximum de 600 fr.

Ostéosynthèse :
Olécrâne .... 200 »
Rotules .... 300 »
Os longs des membres .... 400 »
Toute répétition d'appareils plâtrés ou silicatés des grands segments de membres .... 50 »

Luxations.

Art. 19. — Réduction de luxations cédant aux méthodes non sanglantes :

Phalange, orteil .... 25 »
Pouce, maxillaire .... 50 »
Epaule .... 75 »
Coude, rotule .... 100 »
Cou-de-pied, pied .... 120 »
Genou .... 200 »
Hanche .... 250 »

Réduction des luxations par la méthode sanglante :

Doigts .... 75 »
Pouce .... 100 »
Coude, épaule, rotule .... 250 »
Cou-de-pied, pied .... 400 »
Hanche .... 500 »

Arthrotomie :

Doigts .... 35 »
Poignet, coude, cou-de-pied .... 150 »
Hanche, épaule .... 250 »
Genou .... 300 »

Article 20.

Amputations et désarticulations :

D'un doigt ou d'un orteil :
Partielle .... 50 »
Totale .... 75 »
Avec métacarpien .... 125 »
De deux ou plusieurs doigts ou orteils :
Partielle .... 100 »
Totale .... 150 »
Avec métacarpien .... 200 »

Amputation de l'avant-bras, bras, jambe 300 »
Amputation de la cuisse .... 400 »

Désarticulations et résections correspondantes :

Poignet, coude, tibio-tarsienne ...... 350 »
Genou, Lisfranc, Chopart .... 400 »
Epaule, hanche .... 500 »

Opérations diverses.

Article 21.

Empyème .... 150 »
Opération d'Estlander .... 400 »
Trépanation simple .... 200 »
Trépanation avec ouverture de la dure-mère .... 600 »
Taxis .... 30 »
Kélotomie ou cure radicale .... 350 »

Laparotomie :

exploratrice .... 300 »
avec intervention sur organes abdominaux .... 600 »
Accouchements d'origine traumatique sans complications .... 200 »
Périnéorraphie immédiate .... 100 »
Périnéorraphie après cicatrisation avec avivement et suture profonde .... 300 »
Curetage utérin .... 100 »

Tarif des opérations d'urologie.

Article 22.

Cathétérisme répété :

Le premier .... 15 »
Les autres .... 10 »
Dilatation simple (bougie ou béniqué)... 15 »
Dilatation électrolytique .... 30 »

Lavage de la vessie y compris le cathétérisme :

Le premier .... 25 »
Les autres .... 20 »
Cystoscopie d'exploration .... 50 »
Cathétérisme des uretères .... 100 »
Uréthrotomie interne .... 150 »
Uréthrotomie externe .... 400 »
Castration .... 300 .
Amputation de la verge .... 300 »
Restauration de l'urètre .... 400 »
Opération sur le rein après blessure ou déchirure de l'organe .... 600 »

Tarif des otorhinolaryngologistes.

Art. 23. — Consultations comprenant:

Cathétérisme de la trompe, badigeon rétropharyngien, cautérisations, pointes de feu .... 15 »

Naso-pharynx et pharynx :

Ablation de la luette .... 60 »
Suture du voile du palais .... 200 »
Urano-staphylorraphie .... 500 »

Nez et sinus :

Epistaxis nécessitant l'intervention d'un spécialiste .... 50 »
Corps étrangers des fosses nasales .... 30 »
Cornétomie .... 125 »
Crête de la cloison .... 100 »
Ponction exploratrice du sinus maxillaire .... 30 »
Trépanation du sinus maxillaire ..... 300 »
Trépanation du sinus frontal .... 300 »
Opération fronto-maxillaire .... 400 »

Oreilles :

Corps étrangers simples .... 30 »
Opération sanglante avec décollement du pavillon .... 150 »
Paracentèse d'un tympan .... 60 »
Ablation des osselets par voie naturelle .... 200 »
Trépanation simple de la mastoïde ... 400 »
Evidement pétro-mastoïdien .... 500 »
Examen labyrinthique, avec rapport. 80 »

Larynx, œsophage, trachée, bronches :

Galvano-cautérisation du larynx :
La première séance .... 50 »
Les autres .... 25 »
Tubage .... 200 »
Trachéotomie .... 300 »
Laryngotomie .... 500 »
Laryngectomie .... 600 »
Œsophagoscopie .... 100 »

Corps étrangers de l'œsophage :

Panier de Græffe .... 50 »
Œsophagoscopie avec extraction .... 200 »
Œsophagoscopie externe .... 500 »

Corps étrangers du larynx :

Bronchoscopie supérieure .... 200 »
Bronchoscopie inférieure, trachéotomie comprise .... 500 »

Tarif de kinésithérapie.

Art. 24. — Séance de massage et de mobilisation ou de mécanothérapie ou d'air chaud nécessitant l'intervention d'un spécialiste kinésithérapeute :
Par séance, au cabinet du médecin ou au domicile du malade .... 10 »

Tarif de stomatologie.

Article 25.

Consultation ou visite .... 10 »

Extraction de dent avec anesthésie	10	»
Esquillotomie	15	»

Tarif des électro-radiologistes.

Art. 26. — I. Radiographies.

Un ou plusieurs doigts ou orteils (face et profil)	25	»
Main, face ou profil	40	»
Main de face et de profil	50	»
Poignet face ou profil	40	»
Poignet de face et de profil	50	»
Avant-bras, face ou profil	40	»
Avant-bras de face et de profil	60	»
Coude, face ou profil	50	»
Coude de face et de profil	75	»
Diaphyse humérale, face ou profil	50	»
Diaphyse humérale de face et de profil	75	»
Epaule	75	»
Crâne, face ou profil	100	»
Crâne de face et de profil	150	»
Maxillaire inférieur	80	»
Hémithorax (côtes ou omoplates)	100	»
Dents (méthode intra-buccale) :		
Première plaque	40	»
Chaque plaque supplémentaire	20	»
Pied, face ou profil	40	»
Pied de face et de profil	50	»
Cou-de-pied, face ou profil	50	»
Cou-de-pied de face et de profil	60	»
Jambe, face ou profil	50	»
Jambe de face et de profil	60	»
Genou, face ou profil	60	»
Genou de face et de profil	90	»
Diaphyse fémorale, face ou profil	60	»
Diaphyse fémorale de face et de profil	90	»
Hanche	90	»
Rachis cervical face ou profil	80	»
Rachis cervical, de face et de profil	120	»
Rachis dorsal ou lombaire, face ou profil	100	»
Rachis dorsal de face et de profil	200	»
Rachis en entier, face ou de profil	200	»
Rachis en entier de face et de profil	300	»
Sacrum	100	»
Bassin	120	»

II. — Examens radioscopiques pour localisation de corps étrangers :

Bras ou jambe	50	»
Tête	60	»
Thorax	60	»
Abdomen	60	»

III. — Radiologie des viscères :

Poumons, examen à l'écran	60	»
avec calque	80	»
avec une radiographie	120	»
Cœur, aorte, examen à l'écran	60	»
avec calque	90	»
avec une téléradiographie	120	»
avec deux téléradiographies	200	»
Œsophage ou estomac, examen à l'écran	60	»
avec calque	80	»
avec une radiographie	120	»
Estomac, avec étude de l'évacuation quel que soit le nombre des séances :		
examen à l'écran	120	»
avec calque	150	»
avec radiographie	200	»
Intestin (lavement opaque) :		
examen à l'écran	100	»
avec calque	120	»
avec une radiographie	150	»
Intestin (après repas opaque pour l'étude de l'évacuation), quel que soit le nombre des séances, examen à l'écran	120	»
avec calque	150	»
avec radiographie	200	»
Tube digestif complet, examen à l'écran	200	»
Avec calque	240	»
avec radiographie	300	»
Foie (après préparations spéciales) :		
Examen à l'écran	80	»
avec calque	100	»
avec une radiographie	120	»
Appareil urinaire :		
Vessie	100	»
1 rein	100	»
2 reins	150	»
1 uretère	100	»
2 uretères	150	»
1 rein, 1 uretère, la vessie	200	»
Le système complet	300	»

IV. — Radiographies stéréoscopiques.

Le double d'un cliché ordinaire.

V. — Observations.

Si la région à radiographier est entourée d'un appareil plâtré, il sera perçu une somme de 20 francs en rémunération de l'augmentation de la durée de la radiographie et de la difficulté d'obtenir un bon cliché dès la première pose.

Ces prix s'entendent pour un seul cliché de la région et deux épreuves. Chaque épreuve en plus sera comptée : 18/24, 6 fr. ; 24/30, 8 fr. ; 30/40, 10 fr.

Toutes autres radiographies de la même région prises le même jour dans une autre position seront comptées chacune seulement 75 % du prix d'une seule pose. De même, la radiographie de la même région du côté sain, si elle était nécessaire pour comparaison, serait comptée seulement à 75 %.

L'exploration radiologique doit être prescrite par le médecin traitant, d'accord avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué, sauf les cas d'extrême urgence ; dans ces derniers cas, le chef d'entreprise ou son assureur substitué sera prévenu sans délai par le médecin traitant. Il en sera de même si la radiographie du côté sain devenait nécessaire. En cas de divergence, il sera procédé conformément à l'article 9 ci-dessus.

Le médecin radiologiste devra fournir, pour les prix ci-dessus indiqués, deux exemplaires des épreuves, datées et signées par lui, avec le nom du blessé et avec leur commentaire détaillé, l'une pour le patron ou son assureur, l'autre pour le blessé.

VI. — Radiologie au domicile du malade.

Toute application radiologique, au domicile du malade, sera tarifée : 1° le prix ordinaire de ou des examens ; 2° une indemnité de déplacement de 50 fr. ; 3° le taux du prix de location des appareils au jour de l'examen ; 4° lorsque le malade habite en dehors de la ville où demeure le médecin, un supplément d'indemnité, basé sur la distance kilométrique calculée au tarif ci-dessus.

Electro-diagnostic (1).

Examen électro-diagnostic avec rapport sur cet examen seul .... 40 »

Ce prix comprend l'examen du membre blessé et la comparaison avec le membre sain ou l'examen des deux membres semblables ou l'examen de la face.

Ce prix sera doublé s'il est nécessaire d'examiner un bras (ou les deux bras) et la face ; une jambe (ou les deux jambes) et la face ; un bras (ou les deux bras) et une jambe (ou les deux jambes). Il sera triplé s'il fallait examiner le sujet tout entier.

Electrothérapie (1)

Traitement électrique par un spécialiste quel que soit le nombre des séances à son cabinet, chacune .... 12 »

Ce prix sera augmenté de 6 fr. si l'on est obligé de soigner séparément deux membres différents, de 12 fr. pour trois membres, etc.

Traitement électrique au domicile du blessé, les prix ci-dessus, plus une indemnité de déplacement de .... 8 »

(1) Tout acte d'électro-diagnostic ou d'électrothérapie ne pourra être fait par le médecin électrologiste qu'après avis conforme du médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué. Le rapport d'un électro-diagnostic doit être fait en double exemplaire ; l'un destiné au blessé, l'autre destiné au médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué.

Traitement comprenant l'électrisation complète du corps comme : électricité statique, courants de Morton, haute fréquence, air chaud, lumière, ionisation, chaque .... 15 »

Tarif des oculistes.

Art. 27. — Par dérogation à l'art. 15, al. 2 ci-dessus, le prix de la consultation, lorsqu'elle est donnée par les seuls médecins oculistes spécialistes, est fixée à 15 fr. la première et 12 fr. les autres.

Ce prix comprend la mise en œuvre des instruments usuels de diagnostic spécial, le pansement, les lavages et les instillations de collyre.

Opérations d'oculistique.

A. — Extraction d'un corps étranger superficiel de la cornée, de la conjonctive, ou sous-palpébral, sans complication, qu'il y ait ou non interruption de travail, y compris : consultation, examen, anesthésie par instillation, pansement : 15 francs.

Extraction d'un corps étranger profondément implanté ou multiplié, sans complication, qu'il y ait ou non interruption de travail, y compris consultation, examen, anesthésie par instillation, pansement : 20 fr.

B. — Opérations simples de petite chirurgie à 20 francs telles que :

Cathétérisme ou irrigation des voies lacrymales.

Injection sous-conjonctivale.

Ouverture d'abcès superficiel de la région palpébrale.

Ouverture du sac lacrymal (stilling), ou phlegmon du sac.

Suture de plaie simple (un ou deux points).

Pansement de vaste plaie de la région orbito-faciale.

Chauffage par l'air chaud. — Pulvérisation.

C. — Opérations de moyenne importance à 100 fr. telles que :

Péritomie. — Canthoplastie.

Paracentèse. — Kératotomie.

Cautérisation de la cornée ou du globe pour ulcère infectieux.

Ponction du globe.

Tatouage de la cornée.

Opération sur la glande lacrymale accessoire.

Application diagnostic de l'électro-aimant à la recherche d'un corps étranger intra-oculaire. — Avec avis consécutif immédiat au chef d'entreprise ou à l'assureur substitué.

D. — Opérations importantes à 150 fr., telles que :

Hernie de l'iris.

VALS SOURCE REINE

E. — Opérations importantes à 200 fr., telles que :

Suture de plaie étendue ou compliquée (paupières et globe).
Recouvrement conjonctival.
Ptérygion.
Blépharorraphie.
Extirpation du sac ou de la glande lacrymale.
Phlegmon de l'orbite.
Sclérotomie.

F. — Opérations très importantes à 300 fr., telles que :

Iridectomie.
Sclérectomie.
Cataracte simple ou avec iridectomie.
Cataracte secondaire.
Corps étrangers intra-oculaires.
Enucléation.
Exentération (œil ou orbite).
Eviscération.
Orbitotomie.
Ectropion. — Entropion.
Blépharoplastie.
Symblépharon.
Ptosis.
Opération sur les muscles de l'œil.

Actes chirurgicaux et médicaux spéciaux.

Article 28.

Greffes osseuses	500	»
Réduction et contention, avec ou sans appareillage, des fractures du bassin et de la colonne vertébrale, de 60 à	100	»
Réduction et contention, avec ou sans appareillage, des fractures du bassin et de la colonne vertébrale avec corset plâtré	150	»
Petite brûlure (1 ou 2 doigts ou orteils ou surface comparable)	10	»
Moyenne brûlure : main, pied ou surface comparable	15	»
Grande brûlure :		
a) Un membre ou surface comparable	50	»
b) Etendue de la face	50	»
c) Deux membres	75	»
Vaste brûlure	100	»
Extirpation de corps étrangers profonds ne nécessitant pas la localisation radiologique	50	»
Extirpation de corps étrangers profonds nécessitant la localisation radiologique	300	»
Extirpation de corps étrangers intraviscéraux	600	»
Accouchements avec forceps ou version ou délivrance artificielle	300	»
Embryotomie	500	»
Curetage des petits os (doigt, orteils, métacarpien, métatarsien, clavicule)	50	»
Evidement osseux (avant-bras, os de la jambe, humérus, omoplate)	200	»
Evidement osseux (fémur et bassin)	300	»

Certificats.

Art. 29. — Certificat médical initial constatant sommairement la nature de la blessure et le pronostic probable, 5 fr.

Donneront droit à une indemnité spéciale de 10 fr. : 1° en cas de blessures graves, le certificat initial descriptif de l'état du blessé ; 2° le certificat descriptif délivré lorsque, par la suite, une blessure présumée légère s'aggrave ; 3° le certificat final descriptif constatant l'état du blessé après consolidation d'une blessure grave.

L'avis par lequel le médecin indique dans sa dernière consultation la guérison du blessé ne donne pas lieu à une indemnité spéciale.

Tout certificat fourni au cours du traitement à la demande du patron ou de son assureur pour énoncer la nature du traitement suivi, la marche de la guérison, l'époque à laquelle celle-ci sera vraisemblablement acquise ou la cause qui l'a retardée, sera tarifé 10 fr. Ne sont pas considérés comme certificats de cette catégorie, les attestations affirmant simplement que le blessé n'est pas guéri.

Les prix ci-dessus comprennent les frais de correspondance.

Art. 30. — Les allocations dues en vertu du présent arrêté feront l'objet d'une note d'honoraires signée du médecin traitant et contenant :

1° Les nom et adresse du médecin traitant ;
2° Les nom et adresse du blessé ;
3° Les nom et adresse du chef d'entreprise ;
4° La date de l'accident ;
5° L'endroit où le blessé a été soigné ;
6° L'indication de la distance, s'il y a lieu à tarif kilométrique.
7° L'indication, dans leur ordre chronologique et avec leurs dates, des certificats, consultations, visites, interventions, ainsi que les circonstances (visites de nuit, à heure fixe, indemnités de déplacement, etc.), qui peuvent en modifier le prix ;
8° La dénomination exacte des opérations d'après le tarif et les décisions prises d'accord ;
9° L'indication des fréquences de visites ou de consultations et de tout ce qui, dans le traitement, a pu présenter un caractère anormal ;
10° Le total des honoraires.

Le médecin ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés lui-même.

Art. 31. — Sont rapportés l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905, ainsi que toutes dispositions contraires au présent arrêté.

Art. 32. — Le présent arrêté prendra effet à partir du 1er septembre 1920.

(*Arrêté ministériel du* 8 *juillet* 1920).

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Le service médical des mutualistes.

Discutée avec âpreté, au XIe Congrès national de la mutualité, à Montpellier, cette question est de nouveau mise à l'étude du XIIe Congrès national à Angers. Disons de suite notre espoir de ne pas entendre les récriminations injustes à l'égard du corps médical. Ce n'est pas en employant des termes agressifs et pleins de menaces qu'une entente pourra se faire.

Jusqu'à présent, le problème a été à peu près insoluble. De surenchère en surenchère pour recruter des adhérents, les sociétés de secours mutuels ont promis des avantages beaucoup plus considérables que ne le comportait la modicité des cotisations. Se faisant concurrence entre elles, soit pour des motifs politiques, soit pour des questions purement personnelles, il en est résulté la formation d'une « poussière » de mutualités, au grand détriment de l'exécution des engagements pris vis-à-vis des adhérents.

Or, si les secours pécuniaires pour journées d'invalidité temporaire, si les indemnités funéraires, si les retraites sont modiques, à cause du produit des cotisations, il n'en a pas été de même des secours et soins médicaux. Plaidant la médiocrité de situation des mutualistes, les dirigeants des mutuelles se sont évertués à obtenir du corps médical des tarifs extrêmement réduits.

Au début, les docteurs ont consenti une fois de plus à ces combinaisons philanthropiques. Mais se sont infiltrés dans les rangs de la mutualité, des gens riches, sans scrupules, qui, s'autorisant de l'article 2 de la loi du 1er avril 1898, ont démandé l'égalité de droits, puisqu'ils consentaient à l'égalité des charges, c'est-à-dire de la cotisation. Bons princes, ces personnes aisées abandonnaient leurs droits à l'indemnité journalière, pour ne réclamer que la gratuité des soins médicaux.

Les médecins ont commencé par protester contre cette exploitation de la prévoyance mutuelle.

Joignons à cela les difficultés croissantes qu'éprouve le corps médical encombré, pour pouvoir vivre honorablement et nous comprenons aisément que les docteurs ne puissent pas se prêter à supporter une partie des charges de la mutualité, alors que celle-ci devrait trouver, dans les cotisations suffisantes, fixées, non au hasard, mais par des calculs d'actuaires, les ressources nécessaires pour donner toute sécurité aux mutualistes, sans avoir à quémander toujours des rabais et des concessions.

Aujourd'hui, le problème change de face. L'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité peut apporter à la mutualité de nombreuses recrues et des ressources suffisantes. Une fois de plus, le corps médical se trouvera désigné pour être « la cheville ouvrière » d'une loi de grande portée sociale. Ce problème des rapports médico-mutualistes fait donc légitimement l'objet des préoccupations des organisateurs du XIIe Congrès, comme des auteurs des projets et propositions de lois, sur l'assurance maladie.

Témoin les lignes suivantes, que nous relevons dans la *Revue de la Prévoyance et de la Mutualité*, mai-juin 1920, page 202 :

« La deuxième question : relations financières de la mutualité et du corps médical et pharmaceutique, est, nul ne pourrait le nier, de toute actualité. Le conflit latent, qui existait depuis quelques années, entre certaines sociétés et leurs médecins, est passé à l'état aigu et s'est presque généralisé. Pour le bien de tous, dans l'intérêt des médecins comme celui des mutualistes, il faut qu'il cesse.

« Nous pensons que le médecin doit, comme tout le monde, vivre de sa profession et qu'il a le droit et le devoir d'en tirer de légitimes revenus. Mais il faut aussi que la mutualité sache ce qu'elle doit payer et qu'elle reçoive le prix des avantages qu'elle garantit. Ceci ne peut être réglé que par un contrat collectif que nous demandons un congrès d'élaborer contradictoirement avec les représentants du corps médical. Et si l'absence regrettable de concessions mutuelles rend un accord impossible, nous pensons que le Congrès peut s'adresser aux pouvoirs publics, qui seuls ont l'autorité et la puissance nécessaires, pour arbitrer et régler le conflit. »

Nous ne retiendrons que l'idée du contrat collectif, idée qui nous est chère, depuis longtemps ; mais nous dirons tout d'abord, au signataire de l'article, M. Girard, président du comité d'organisation du Congrès d'Angers, que jamais le Parlement ne consentirait à violer la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, même pour faire plaisir à la Mutualité et pour forcer ses médecins récalcitrants à composer.

La liberté du travail est absolue et les pouvoirs publics n'oseraient pas s'engager dans cette voie dangereuse, qui consisterait à créer des médecins officiels, plus ou moins fonctionnarisés, pour assurer un service, qui ne serait pas inhérent à la vie de l'Etat.

A la base de tout accord médico-mutualiste, se trouvent les trois principes suivants :

1° Le citoyen malade a le droit absolu et naturel de confier sa santé et son existence aux soins du médecin, qu'à tort ou à raison il considère comme étant le plus capable. Ce principe, dit « du libre choix du médecin » est consacré

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Mᵉ Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien*, édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50.....	5 fr. »
Le 100.....	8 fr. »
Les 500.....	35 fr. »
Les 1000...	60 fr. »

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical. *132, faubourg St-Denis, Paris.*

AVIS

TARIF DUBIEF

Le nouveau TARIF DUBIEF, qui paraît dans le présent numéro sera tiré à part en brochure avec son répertoire alphabétique et mis en vente dans une quinzaine de jours, dans les bureaux du journal au prix de 1 fr., et *franco par poste* au prix de 1 fr. 50.

par diverses lois (31 mars 1905, 31 mars 1919) L'application de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite démontre qu'à l'heure actuelle, sur 86 départements, 54 ont adopté le système du libre choix absolu, 16 le libre choix limité, alors que 16 seulement n'ont pas de libre choix.

2° Le tarif à la visite entre de plus en plus dans nos mœurs : il découle d'ailleurs du principe précédent. Le forfait est répudié par les médecins : le tarif des accidents du travail, dit tarif Dubief, est à la visite et, pour le service de l'assistance médicale gratuite, sur 86 départements, 64 ont adopté le tarif à la visite, alors que 22 seulement ont conservé le forfait.

3° Pour la solution à donner aux conflits, comme pour les conseils techniques à donner pour le bon fonctionnement du service, les médecins entendent être appelés à collaborer sur un pied d'égalité avec les représentants des collectivités en cause.

Comment concilier ces principes généraux, qui sont un dogme dans le corps médical, avec les intérêts de chaque partie ?

Le système le plus simple est qu'il n'y ait aucun accord. Tout malade sera soigné comme un client ordinaire, selon sa condition de fortune et choisira son médecin. Est-il mutualiste, ou assuré obligatoire, qu'il touchera de droit l'indemnité journalière prévue par les statuts, pendant le cours de sa maladie,

Des objections viennent de suite à l'esprit :

1° Ne serait-il pas à craindre que le mutualiste ne soit tenté de faire l'économie des frais médicaux et ne fasse pas appeler le docteur, laissant ainsi, inconsciemment ou volontairement, aggraver un cas bénin au début ?

Ne pourrait-on aussi redouter que, pendant les périodes de morte saison, ou de chômage, l'adhérent ne se déclare malade, pour toucher l'indemnité journalière, alors qu'il se livrerait chez lui à de petits travaux ou occupations ?

Nous répondrons qu'il est très facile d'organiser un service de contrôle. Des mutualistes ou des agents de la société peuvent s'assurer de la véracité des déclarations du malade de même que le bureau de la mutuelle peut toujours désigner un médecin , autre que le médecin traitant, pour examiner le malade et fournir un rapport sur la nature et le pronostic de l'affection. Le secret professionnel ne saurait ici être mis en jeu , puisque le médecin enquêteur représente les intérêts de la mutualité, au vu et au su du malade et non pas les droits de ce dernier.

Il est également loisible, aux mutuelles, d'exiger du patient un certificat ou attestation médicale hebdomadaire indiquant que des soins techniques sont donnés.

2° Ne pourrait-on craindre également que le médecin ne soit pas payé par un mutualiste qui dépenserait, ou gaspillerait l'indemnité journalière qui lui est allouée ?

A cela , les docteurs partisans de ce système de liberté (et ils forment de plus en plus la grande majorité de leurs confrères) répondent que cette éventualité n'est qu'un risque de droit commun et que chaque praticien doit prendre ses garanties, pour savoir se faire rémunérer. D'ailleurs, depuis la guerre, s'introduit, dans nos mœurs, la bonne habitude de payer comptant le docteur, à chacune de ses visites.

Le second système s'appuie sur le contrat collectif de travail entre médecins et mutualités locales. C'est le système en vigueur depuis quelque dix ans, tant dans la région lyonnaise, que dans le département de l'Ain, etc.

Avec raison, la mutualité entend n'avoir affaire qu'à des médecins consciencieux, probes et intègres. Elle désire que les tarifs ne soient pas excessifs et qu'il ne puisse se produire ni abus, ni collusion, ni ententes malhonnêtes, préjudiciables au fonds commun.

Aussi, pour donner satisfaction à de légitimes désirs, le corps médical lyonnais a-t-il établi, avec les mutuelles locales, un contrat, dont voici schématiquement les grandes lignes :

Tout médecin, syndiqué ou non, qui veut participer au service de la mutualité, doit, par écrit, donner son adhésion au contrat collectif et reconnaître en cas de conflit, la juridiction soit du tribunal de ses pairs, (le conseil de famille et l'assemblée générale disciplinaire, établis par les statuts du syndicat), soit de la commission d'arbitrage médico-mutualiste, que nous étudierons plus bas.

Les mutualistes ont le droit absolu de se faire soigner par le médecin de leur choix, à la condition que ce praticien soit inscrit sur les listes ci-dessus.

Un tarif de visites, consultations, opérations, spécialités, etc. est arrêté d'un commun accord. Le malade achète à l'avance un carnet de bons de consultations et un de visites. Je dis « achète », car il paye ainsi une part minime des dépenses qu'il occasionne à la société. Il rémunère son docteur avec ce papier monnaie, la date de chaque acte médical étant inscrite sur la souche du carnet et sur la feuille qui reste en la possession du docteur.

Toute latitude est laissée au médecin, chirurgien, ou spécialiste, lorsqu'il sait avoir affaire à un mutualiste riche, de réclamer au malade un complément d'honoraires.

Un conflit surgit-il ? La commission d'arbitrage en est saisie. Composée mi-partie de délégués de mutualités contractantes, mi-partie de délégués élus par les syndicats médicaux locaux, cette commission est présidée par une personne neutre, désignée de commun accord.

Toutes difficultés ressortissant du service sont ainsi solutionnées par des personnes compétentes.

Faut-il appliquer des sanctions, qu'elles sont arrêtées d'un commun accord. Il faut d'ailleurs faire remarquer, que souvent les fautifs pèchent par ignorance, étourderie, ou par cette habitude bien française de n'avoir que peu de scrupules, lorsqu'il s'agit des intérêts d'une collectivité, de la « princesse », suivant l'expression vulgaire.

Cette commission a de plus un avantage considérable : c'est de rapprocher les compétences, de leur apprendre à se connaître, à travailler ensemble et de constituer un comité technique, comité d'étude, profitable aux malades, aux mutualités et aux médecins.

Il n'est nullement prétentieux de notre part d'affirmer que le corps médical est loin de vouloir la disparition de la mutualité, ni de partir en guerre contre elle. De part et d'autre, nous sommes suffisamment au courant de la misère humaine, pour hésiter à unir nos forces dans ce but si noble de philanthropie.

Mais le médecin entend vivre de sa profession : il ne veut pas être l'éternelle victime sociale, grâce aux réductions considérables que, de toutes parts, on fait subir à son gain journalier. Ici, c'est l'hôpital qui demande un travail gratuit, là, c'est le service de l'assistance médicale gratuite, celui des enfants assistés, de la protection du premier âge ; ailleurs, ce sont les compagnies d'assurances contre les accidents du travail : toujours. par force, comme au nom de la solidarité sociale, on demande aux seuls médecins ce qu'on ne saurait réclamer aux autres professions (boulangers, cordonniers, propriétaires d'immeubles, etc) : une réduction notable du gain de leur travail.

Jusqu'à présent, les médecins ont accepté, pour vivre, des traitements fixes, qui encourageaient leur paresse bien connue, pour n'avoir pas à tenir de livres de compte, Mais, ces docteurs ont vu qu'ils fournissaient beaucoup plus de travail que ne le comportait la rémunération touchée.

Puis d'autres confrères nouvellement installés ont protesté contre le monopole détenu injustement par les anciens.

Des nuits du 4 août se produisent sous l'égide des syndicats : ces derniers existent actuellement dans tous les départements de France, pour que le médecin puisse vivre honorablement de sa situation, tout comme un citoyen quelconque.

Aussi, notre Union des syndicats est-elle toute prête à causer avec les mutualités pour l'organisation de tout service médico-mutualiste, garantissant au malade le libre choix du médecin, donnant aux mutualités toutes garanties d'honnêteté de la part des confrères assurant le service, ; elle donnera enfin tout son concours technique pour aboutir à l'amélioration du sort de ceux qui souffrent et des déshérités de la vie.

Dr Paul BOUDIN.

HYGIÈNE SOCIALE

Office public d'hygiène sociale du département de la Seine.

I. — DISPENSAIRES D'HYGIÈNE SOCIALE.

a) *Dispensaires appartenant à l'office.*

6e *arrondissement* : 40, rue Saint-André-des-Arts.
11e *arrondissement* : 3, rue Omer-Talon.
12e *arrondissement* : 7, place Lachambaudie.
13e *arrondissement* : 22 rue de la Glacière (dispensaire Albert-Calmette).
14e *arrondissement* : 23, rue Guilleminot.
15e *arrondissement* : 12, rue Tiphaine.
17e *arrondissement* : 54 *bis*, rue Boursault (dispensaire Lalance-Séailles).
18e *arrondissement* : 228, rue Marcadet.
20e *arrondissement* : 190, rue des Pyrénées (dispensaire Jouy-Rouve-Taniès).
20e *arrondissement* : 27, rue Frédérick-Lemaître.
Suresnes : 133, rue de Verdun.
Saint-Ouen : 8, rue de l'Union.
Champigny : 54, Grande-Rue.

Dispensaires en cours d'installation et devant s'ouvrir dans le courant de l'année 1920.

3e *arrondissement* : 5 et 7, rue de Saintonge.
4e *arrondissement* : 9, rue de Jouy.
5e *arrondissement* : 25, rue Monge.
15e *arrondissement* : 61, rue Vasco-de-Gama.
20e *arrondissement* : 78, avenue Gambetta.
Neuilly : 1, rue de l'Ecole-de-Mars.
Puteaux : 77, rue Arago.
La Garenne-Colombes : 1, rue des Voyageurs.
Vincennes : 6, rue Dohis.

b) *Dispensaires de l'Assistance Publique et établissements privés agissant en liaison avec l'office.*

7e *arrondissement* : Dispensaire Léon-Bourgeois, 65, rue Vaneau.
8e *arrondissement* : Dispensaire Siegfried-Robin, 208, rue du faubourg Saint-Honoré.
11e *arrondissement* : Œuvres Américaines, 140 boulevard de la Gare.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Goddard, Kent-Gazet, Leleng.
Allevard-les-Bains, Boël.
Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Dresch, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. H. Bene.
Bagnoles-de-l'Orne. J. Arnaud, Joly, Pesnel.
Barèges. Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy, Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains, Colbert. — Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, Bayrac, Gonchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Baillivet.
Eaux-Bonnes. Bajac.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Evaux-les-Bains. J. Gruzu, Lepage.
Evian, L. Dalard, Martinaud.
Forges-les-Eaux. Bernardicou
Gréoux (Basses-Alpes). C. Mathieu, Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule. Christin, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot.
Luchon, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Pelon.
Luxeuil-les-Bains. Bornèque, Cugnier, Gauthier, Picot, Rimey.
Martigny. Dedet. Payen.
Mont-Dore. J. André, Débidour, Dubruel, Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard. Gillot. Hagen, de Langenhagen, Truelle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Chassagnard. Mougeot.
Salins-les-Bains Bourny.
Salies-de-Salat. Barbé.
Saint-Didier, (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Alphonsi. Baradat. E. Mallein, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte. Odin. Ségard.
St-Nectaire. Serane, Siguret, Yersepuy.
St-Sauveur. Sabail.
Salies-de-Béarn. Callais, Coustère. David. Reynaud.
Sermaize-les-Bains. Rousselot.
Thonon-les-Bains, Vuillaume.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains, Chabannes, David.
Vichy. Cahen, Casteran, Chevreux, Cotar, Gannat, Guihard, Gandelin, Reynes, Ed. Vidal.
Vittel, Constant, Mousseaux.

14e *arrondissement* : Dispensaire Hôpital Cochin, 47, rue du faubourg Saint-Jacques.
14e *arrondissement* : Dispensaire Saint-Joseph, rue de Vanves.
15e *arrondissement* : Ecole de Puériculture de la Faculté de Médecine, 64, rue Desnouettes.
19e *arrondissement* : Commission Rockefeller, 54, rue Sécrétan.
19e *arrondissement* : Commission Rockfeller, 10, passage Thionville.
20e *arrondissement* : Dipensaire, 70, rue des Orteaux.
Clichy : rue de Landy.
Levallois-Perret : 38, rue Gide.
Issy-les-Moulineaux : 133, avenue de Verdun.
Gennevillers : 27, rue des Ecoles prolongée.

II. — Assistance aux anciens militaires tuberculeux.

Dans les communes de banlieue ou les arrondissements de Paris non pourvus de dispensaires, l'assistance aux anciens militaires tuberculeux est assurée par les visiteuses de l'Office avec le concours de médecins agréés.

III. — Établissements pour adultes (âge minimum 15 ans).

Catégorie d'Établissement	Nom de l'Établissement	Adresse	Dépendant de	Nombre de lits	Destination de l'Établissement	Observations
		A. — Tuberculose pulmonaire				
Sanatorium ..	Yerres.	Yerres (S.-et-O.).	Office public d'hygiène sociale.	75	Hommes.	
Sanatorium ..	Mardor.	Mardor (S.-et-Loire.)	Société française de Secours aux blessés militaires.	70	Hommes.	
Sanatorium ..	Baronnie.	Balainvilliers (S.-et-O.).	Œuvre des tuberculeux adultes.	20	Femmes.	mariées ou célibataires âgées de plus de 30 ans.
Sanatorium ..	Belle-Alliance	Groslay (S.-et-O.).	Œuvre des Maisons Américaines de convalescence.	32	Femmes.	
Sanatorium ..	Larue.	Chevilly (Seine).	Œuvre de Larue.	23	Femmes.	indigentes des communes de la banlieue Seine.
Sanatorium ..	Bligny.	par Briis-sous-Forges (S.-et-O.).	Œuvre des Sanatoriums populaires de Paris.	25 100	Hommes. Femmes.	
Preventorium	Bon-Accueil .	Groslay (S.-et-O.).	Œuvre des Maisons Américaines de convalescence.	12	Femmes.	
		B. — Tuberculose osseuse				
Sanatorium. .	Larue .	Chevilly (Seine).	Œuvre de Larue.	5	Femmes.	indigentes des communes de la banlieue (Seine).
		Etablissements dont l'ouverture est prévue fin 1920				
Preventorium	Glandier .	à Bessac (Corrèze).	Office public d'hygiène sociale.	120	J. fil. pulmonaires.	
Sanatorium ..	St-Trojan .	Ile d'Oléron.	Office public d'hygiène sociale.	100	Hommes osseux	
Sanatorium ..	La Tuyolle .	Taverny (S.-et-O.).	O. P. H. S. (gestion assurée jusqu'en juillet 1921 par l'Œuvre vre des Maisons Am. de convalescence.	150	Femmes pulmonaires.	

IV. — Établissements pour enfants

A. — *Enfants sains menacés de contagion*

Catégorie d'Établissement	Nom de l'Établissement	Adresse	Dépendant de	Nombre de lits	Destination de l'Établissement (garç., filles, âge)	Observations
Placement familial.....	Orthez.	Orthez (Bas.-P.)	Office public d'hygiène sociale.	400 enf. env.	G. F. de 3 à 13 ans.	
Placement familial.....	St-Pierre.	St-Pierre-le-Moutier (Nièvre).	Office public d'hygiène sociale.	100 enf. env.	G. F. de 3 à 13 ans.	pour mémoire
Placement familial.....	Mainville.	Mainville-Champrosay (S.-et-O.).	Association du Travail.	29	G. F. jusqu'à 2 ans.	
Pouponnière.	Remarday.	Remarday (L.-et-Cher).	Madame Sussmann.	10	G. F. jusqu'à 3 ans.	
Placement familial.....	Salbris.	Salbris (L.-et-Cher).	Madame Seligmann et Madame Sussmann.	20	G. F. jusqu'à 4 ans.	
Placement..	Nids-des-Bois	Authon-du-Perche (E.-et-L.) Manou (E.-et-L.).	Maison Maternelle.	40	F. de 6 à 13 ans.	
Placement familial.....	Œuvre Grancher.				G. F. de 3 à 13 ans.	

B. — Enfants malades

1° *Tuberculose non évolutive*

Catégorie d'Établissement	Nom de l'Établissement	Adresse	Dépendant de	Nombre de lits	Destination de l'Établissement (garç., filles, âge)	Observations
Preventorium école de plein air.	Fontaine-Bouillant.	Fontaine-Bouillant (E.-et-L.	Office public d'hygiène sociale.	40	F. de 6 à 13 ans.	
Preventorium école de plein air.	Plessis-Robinson.	Plessis-Robinson (Seine).	Office public d'hygiène sociale.	120	G. F. de 8 à 12 ans.	en été 240 lits
Préventorium	Lafayette.	Chavaniac (H.-L.).	Comité Lafayette.	30	G. 4 à 14 ans.	
Préventorium	La Tourelle.	Balainvilliers (S.-et-O.).		30	G. F. de 3 à 7 ans.	
Preventorium	Bon-Accueil.	Groslay (S.-et-O.).	Maisons Américaines de convalescence.	30	G. de 3 à 10 ans. F. de 3 à 15 ans.	
Preventorium	Vive-Labeur.	Dinard (I.-et-Vilaine).	Maison Friedmann.	10	F. de 5 à 13 ans.	
Préventorium	Tumiac.	Tumiac (Morbihan).		15	G. de 5 à 12 ans.	

2° *Tuberculose osseuse et pulmonaire*

Catégorie d'Établissement	Nom de l'Établissement	Adresse	Dépendant de	Nombre de lits	Destination de l'Établissement (garç., filles, âge)	Observations
Sanatorium.	Maison-des-Tout-Petits	7, r. du Docteur Blanche, à Paris.		25	G. F. 15 jours à 2 ans.	

Catégorie d'Établissement	Nom de l'Établissement	Adresse	Dépendant de	Nombre de lits	Destination de l'Établissement (garç., filles, âge)	Observations
			3° *Tuberculose osseuse*			
Sanatorium ..	Les Bergeries. Les Pavillons.	Arromanches (Calvados).	Maisons Américaines de convalescence.	40 30	G. 4 à 10 ans. F. 4 à 14 ans.	
Sanatorium .	Saint-Aubin.	St-Aubin-s.-Mer (Calvados).	Les Enfants Heureux.	20	G. 4 à 14 ans.	
Sanatorium..	Vincent .	Berck (Pas-de-Calais).			F. 3 à 15 ans.	
Sanatorium ..	Bouville .	Berck (Pas-de-Calais).			G. 3 à 15 ans.	
			4° *Tuberculose pulmonaire*			
Sanatorium ..	Belle-Alliance	Groslay (S.-et-Oise).	Maisons Américaines de convalescence.	28	G. 3 à 10 ans.	
Sanatorium ..	Villiers .	Villiers-sur-Marne.	Géré au compte de l'O. P. H. S. par l'Œuvre des enfants tuberculeux.	125	F. 3 à 15 ans.	
Sanatorium ..	Ormesson.	Ormesson (S.-et Marne).	Œuvre des enfants tuberculeux.	35	G. 3 à 15 ans.	
			ÉTABLISSEMENTS DONT L'OUVERTURE EST PRÉVUE POUR FIN 1920			
Preventorium	Glandier.	Bessac (Corrèze).	Office public d'hygiène sociale.	100	F. 6 à 12 ans.	
Sanatorium (osseux).	St-Trojan .	Ile-d'Oléron.	Office public d'hygiène sociale.	200	Garçons.	

VARIÉTÉS

Humanité.

(Histoire vraie.)

Un dimanche, à 10 heures du soir, dans une avenue de banlieue, proche d'un bois.

Les ombres du crépuscule sont à peine trouées par quelques becs de gaz falots qui clignottent.

Je savoure la douceur d'une belle soirée d'été et grille une dernière cigarette.

Des cris, des plaintes partent là-bas, du fond de l'allée : quelqu'un appelle au secours.

J'avance vivement dans la direction et je trouve un pauvre homme affolé sur un talus d'herbe, en proie à une crise de grande dyspnée.

Les yeux exorbités, il se lève, se rassied, arrache son col, cherchant à respirer comme le noyé s'accroche aux herbes de la rive.

Un peu de mousse sort de ses lèvres ; il est pâle, cyanosé, autant qu'on en peut juger au faible reflet d'un réverbère qui vacille.

Sa femme sonne aux grilles des parcs bordant l'allée ; personne ne répond, bien que les fenêtres des villas soient éclairées.

Elle m'aperçoit.

— « Vite, Monsieur, un médecin ! »

Je me fais connaître.

— « Soulagez-le, Monsieur, il va mourir. « Mon mari est cardiaque : il lui a pris un étouf- « fement, comme nous marchions. »

Elle lui fait respirer le contenu d'une ampoule de nitrite d'amyle, brisée dans un mouchoir. Je n'ai rien sous la main. Agenouillé dans l'herbe, je l'ausculte. Son cœur est affolé, mais le pouls bat encore, bien régulier.

Que faire ? Je ne puis songer à le transporter.

Quelques femmes en cheveux, attirées par les cris, nous entourent.

L'une d'elles va sonner à une maison de santé proche.

Un confrère accourt : je lui demande de quoi faire une piqûre d'éther. Il retourne chercher des instruments et des médicaments.

La crise empire. J'assiste, impuissant, à l'agonie qui se précipite.

Le patient s'écroule tout d'un coup, dans le fossé de la route et se rejette en arrière.

Il est mort. Je ne sens plus le pouls. On perçoit quelques dernières contractions du cœur. La mousse afflue dans la bouche que je cherche à débarrasser. Mon confrère revient enfin avec sa seringue et ses ampoules. Trop tard !

La douleur de cette pauvre femme est navrante. Elle se roule sur le cadavre de son mari.

— « Tu m'as abandonnée ! Que vais-je faire ?
« Nous venons de Buenos-Ayres. Je ne con-
« nais personne ici ; nous sommes à l'hôtel.
« Dites, Messieurs, ce n'est pas possible qu'il
« soit mort ! »

Nous devons bien lui avouer que le drame est fini.

Il n'est pas possible de laisser là ce malheureux.

On va chercher un brancard qui n'a jamais servi et que nous déroulons. Nous chargeons le cadavre qui est lourd, très lourd. Dans les mouvements imprimés au corps, de l'air s'échappe de la trachée et glousse dans la mousse, en un hoquet sinistre.

L'hôtel est encore loin : le cortège funèbre se met en route ; nous nous relayons au brancard.

Il nous faut sonner et parlementer à la porte de l'auberge. On ouvre. Nous posons le fardeau dans le vestibule. Le patron s'amène.

La pauvre veuve lui crie que son mari est mort.

Des locataires de la maison meublée descendent en toilette de nuit.

Alors se déroule une scène pénible devant le mort.

Le bistrot ne veut pas recevoir son client sous prétexte qu'il est tombé sur la voie publique.

Tout le monde prend partie contre le tenancier qui laisse monter le corps dans la chambre.

On le couche tout habillé sur le lit, encore recouvert de sa courte-pointe.

Notre rôle est terminé ; nous laissons la femme tout à sa douleur ; elle est trop troublée pour penser à nous remercier. Nous descendons l'escalier, mon confrère et moi.

Sur la dernière marche, le bistrot nous attend, l'œil mauvais.

Il repousse violemment la porte sur nous et nous l'entendons crier très fort :

« Ces s..... de médecins auraient bien pu
« conserver leur machabée ! C'est leur métier ! »

Dr R....

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations.

— **Hôtel-Dieu d'Orléans. Concours pour l'internat. Le mardi 14 décembre 1920, à deux heures et demie, pour 4 places d'internes titulaires.** — Les épreuves de ce concours consistent :

1° En une composition écrite sur un sujet d'anatomie, tiré au sort ;

2° En l'examen de deux malades, l'un de médecine, l'autre de chirurgie ; chaque examen d'une durée de vingt minutes, suivi, après vingt minutes de réflexion, d'une exposition orale d'une durée de dix minutes.

Une heure est accordée pour la composition écrite.

Seront seuls titularisés, les candidats qui auront obtenu le nombre de points fixé par le Jury.

Les candidats qui n'auront pas obtenu le minimum de points nécessaire pourront être admis à titre provisoire par l'administration, d'après le rang obtenu au concours. Ils auront les mêmes avantages matériels que ceux accordés aux internes titulaires ; mais ils ne jouiront ni du titre d'interne, ni des prérogatives qui s'y rattachent, c'est-à-dire : prix, gratifications, exemption du stage de spécialités.

L'entrée en fonctions aura lieu le 1er janvier 1921.

Les internes titulaires reçoivent, outre la nourriture, le logement, le chauffage et l'éclairage, une somme annuelle de 1,000 francs et des gratifications quand il y a lieu.

De plus, un prix spécial de 200 francs sera accordé à chacun des candidats ayant obtenu les 2/3 du maximum des points au concours, à la condition qu'ils aient donné toutes satisfactions à leurs chefs de services et à l'administration pendant leur première année d'internat.

Les internes titulaires sont nommés pour deux ans.

Ils ne doivent faire aucun remplacement médical sous peine de renvoi.

Sont admis au concours : tous les étudiants et étudiantes en médecine, français ou naturalisés français, ayant au moins huit inscriptions.

En cas d'insuffisance du nombre de candidats français, les étudiants et étudiantes étrangers, élèves d'une Faculté française, pourront être admis à concourir dans la limite où l'administration croira devoir le décider.

Pour s'inscrire au concours et pour tous renseignements, s'adresser au directeur des hospices d'Orléans.

Toutes facilités sont accordées aux internes pour les dissections et la médecine opératoire.

Les internes changent de service tous les six mois, d'après un roulement établi par l'administration.

Pendant la durée des vacances des élèves sages-femmes, les internes peuvent être appelés à tour de rôle à assurer le service de la Maternité.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Votre note est loin de nous paraître exagérée : à ce prix, vous ne devez pas gagner de l'argent, étant donnés les prix des pneus, de l'essence, etc.

Dans ces conditions, si l'assurance ne veut pas vous payer, assignez patron et ouvrier devant le juge de paix du domicile du patron et demandez qu'ils soient solidairement et conjointement condamnés à vous payer vos honoraires.

Dr P. B.

Rapports déontologiques avec les Médecins des Compagnies de Chemins de fer

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir répondre par la voix du *Concours* aux questions suivantes :

1) Oui ou non, les blessés des *Compagnies de chemin de fer* ont-ils le *libre choix* de leur médecin ou de leur chirurgien ?

J'ai toujours pensé que cette question devait être résolue par l'affirmative quand, il y a quelques jours, un confrère, personnage important de mon syndicat, me fit charitablement savoir qu'il n'en était pas ainsi et que les blessés de la Cie de l'Est relevaient *de lui seul.*

2) Un employé de chemin de fer malade a-t-il le droit de choisir son médecin. Le médecin choisi peut-il, sans enfreindre aux règles de la déontologie, le visiter, concurremment avec le médecin de la Cie ? Quelle conduite à tenir au cas où le médecin de la Cie refuse toute collaboration avec le médecin choisi ?

Je vous prie de donner des réponses précises à ces questions. Ces réponses feront peut-être réfléchir ceux de nos confrères syndiqués d'ailleurs qui, pour se tailler une situation prépondérante, font fi des principes qui sont à la base même du syndicalisme médical.

Dr M.

Réponse.

Un blessé du travail bénéficiaire de la loi du 9 avril 1898 a toujours le droit absolu de se faire soigner par le médecin de son choix.

Dans votre espèce, le médecin de la Compagnie de chemins de fer n'a que le droit de contrôler, chaque semaine, l'état du blessé et d'en rendre compte à ses chefs.

Mais, pour tourner la loi et ne faire donner les soins que par leurs médecins, les Compagnies de chemins de fer emploient souvent le truc suivant : si le blessé choisit son docteur, il ne touche que le demi-salaire, auquel lui donne droit la loi de 1898 ; mais s'il reçoit les soins du médecin de la compagnie, il touche son salaire plein. Je n'ai pas besoin de vous dire pour quel

intérêt les compagnies tournent ainsi les prescriptions de la loi.

Quant aux médecins des compagnies, ils sont obligés d'obéir aux ordres qui leur sont donnés par le médecin chef du service médical : ils doivent s'arranger pour que ce soient eux qui donnent les soins et non pas un médecin étranger à la compagnie.

De plus, certains confrères, très jaloux de leurs prérogatives et de leur autorité, menacent les employés de leurs foudres et représailles, s'ils avaient le toupet de se faire soigner par un autre praticien qu'eux-mêmes : leur intérêt et leur amour-propre en saigneraient.

Les malades de la compagnie n'ont pas le libre choix du médecin et doivent se laisser contrôler et soigner par le docteur-employé de la compagnie. A vrai dire, tout citoyen a le droit de confier sa peau aux soins de qui bon lui semble ; mais, en pratique, il n'en est pas de même.

La compagnie prétend avoir le droit de faire soigner son personnel par ses médecins à elle, en lesquels elle a confiance et que, par suite, elle impose.

Le docteur croit retirer un gros bénéfice en briguant la place de médecin de la compagnie : il a un fixe et le droit de voyager gratuitement, en première classe. Notre confrère ne voit pas qu'il enchaîne sa liberté et qu'il fait beaucoup plus de travail que ne comportent les quelque 200 francs annuels, que chichement on lui alloue et les quelque 40 ou 60 francs de son billet en première classe.

Si nos confrères faisaient le compte exact du travail effectué et calculé au tarif de la clientèle ordinaire et, qu'en face, ils placent leurs frais d'auto, de déplacement, etc., pour faire ce service de chemin de fer, puis les clients manqués, pendant les absences, le prix des billets lorsqu'ils voyagent rarement (car on ne peut pas souvent prendre des vacances, dans notre profession, si l'on veut conserver ses clients), ils verraient qu'en se faisant nommer médecin de chemin de fer, ils font un marché de dupe et qu'en accaparant cette clientèle pour eux seuls, ils font perdre de gros honoraires à toute la famille médicale du pays.

Quant aux conflits déontologiques qui peuvent survenir, il ne faut pas hésiter à les soumettre à l'arbitrage du conseil de famille du syndicat. Celui-ci s'entourera de tous renseignements et dépositions utiles, et souvent, en fin de compte, on découvrira que les malades ont intérêt à exciter deux médecins l'un contre l'autre, en colportant des racontars mensongers.

D[r] P. B.



L'application de la taxe de luxe dans les opérations entre non-commerçants.

Je viens de revendre une voiture automobile à un acquéreur de X... Qui doit payer la taxe de luxe ? Peut-on me la réclamer ? Que dois-je répondre ?

Cette question intéressera peut-être les lecteurs du *Concours.*

Dr X...

Réponse,

Aux termes de l'article 57 de la loi du 25 juin 1920, en cas de vente d'un objet classé comme étant de luxe (par exemple les automobiles servant au transport des personnes), intervenue entre non-commerçants, la taxe est acquittée par l'apposition de timbres mobiles sur la quittance, dont la délivrance est obligatoire quel que soit le montant du prix. Ces timbres sont immédiatement oblitérés par l'apposition à l'encre noire, en travers du timbre, de la signature de celui qui donne quittance. La signature peut être remplacée par une griffe à l'encre grasse.

Toute personne qui aura participé à une vente, soit comme vendeur, soit comme acheteur, sans qu'une quittance ait été délivrée et que la taxe de 10 % ait été acquittée, encourt personnellement une amende égale au triple de la taxe qui n'aura pas été payée, sans que cette amende puisse être inférieure à 100 fr. sans décimes. Le droit de timbre des quittances n'est pas applicable aux écrits constatant des paiements soumis à la taxe de 10 %.

En l'absence de convention contraire, la taxe est à la charge de l'acheteur. Mais, ainsi que vous le voyez, le vendeur est responsable de son paiement.

Les consultations du dimanche et les pansements multiples dans l'application de l'ancien Tarif Dubief,

Je fais partie du « Sou Médical » et à ce titre je vous prie de me donner les renseignements suivants :

1° Pour blessé du travail.

Je suis obligé de le voir le *dimanche*, à la consultation. Puis-je compter consultation d'urgence : 1 + 1 = 2 fr., car le dimanche je compte mes visites ou consultations doubles ?

Il a 3 doigts, donc trois pansements antiseptiques complets. Dois-je ou puis-je les compter double et comment ?

A) C'est-à-dire : C = 2 fr. P. a. c. = 2 C = 4 fr. 3 P. a. c. = 3 × 4 = 12 fr. Total 14 francs.

B) Ou bien encore compter :

3 C. + 3. P. a. c., c'est-à-dire une consultation pour chaque pansement antiseptique complet. Total = 18 francs.

C) Ou bien :
C. = 1 + 3 P. a. c. = 7 francs au total.
D) Ou bien : C. égalant 1, compter :
3 C. = 3 fr. ; 3 P. a. c. = 6 fr. ; Total = 9 francs.
Le tout multiplié par deux, évidemment, au nouveau tarif.

Donc, je vous prie, faites-moi connaître mon droit : 1° pour le dimanche, que je considère comme d'urgence ; 2° pour la manière d'établir cette note, avec exemple à l'appui.

Dr D.

Réponse.

L'ancien Tarif Dubief ne prévoit aucun régime spécial pour les consultations, visites et interventions faites le dimanche. Vous ne pourriez donc utilement compter le dimanche ni consultation d'urgence, ni intervention à un prix plus élevé qu'en semaine.

Par contre, la jurisprudence a admis que, lorsque plusieurs pansements étaient pratiqués au cours d'une même visite ou consultation, il pouvait être compté autant de fois l'honoraire du pansement qu'il a été fait de pansements distincts, fût-ce à plusieurs doigts de la même main. Voir Tribunal de Paix de la Ferté-Gaucher, 7 déc. 1911 (*Concours Méd.* 1912, p. 1243) ; Tribunal de Paix de Thisy, 6 juillet 1912), *C. M.* 1912, p. 1243) ; Trib. de P. de Noyon, 2 août 1912 (*C. M.* 1913, p. 225) ; Trib. de P. de Fleury-sur-Andelle, 4 nov. 1919 (*C. M.* 1920, p. 628).

Vous pouvez donc compter comme suit :

Consultation	1 fr.
3 pansements antiseptiques complets	6 fr.
Ensemble	7 fr.
Majoration de 100 %	7 fr.
Total	14 fr.

Honoraires pour accidents du travail.

Je vous serai obligé de vouloir bien me faire savoir à quel prix je dois tarifer, dans un cas de fracture des deux os de la jambe par accident du travail, la réduction avec pose d'un premier appareil devant permettre le transport du blessé à l'hôpital pour examen par les rayons et soins consécutifs, à quel prix également un rapport demandé en cours de traitement par la Cie d'assurances pour être renseignée sur l'état du blessé, sur la date prévue de consolidation et sur les conséquences probables de l'accident au point de vue de la capacité ouvrière.

Dr R.

Réponse

Vous devez compter d'après l'article J 4 du Tarif Dubief, pour réduction d'une fracture des deux os de la jambe, 60, 70 ou 100 francs, selon le prix de la visite dans votre commune, avec majoration de 100 %, si l'Assurance fait

partie du groupement qui a accepté l'arbitrage de M. Bienvenu-Martin.

Quant au rapport qui vous a été demandé en cours de traitement par cette Cie, vous ne deviez pas le délivrer. Il n'est pas prévu dans le tarif. Réclamez-en les honoraires à ceux qui vous ont mis en œuvre à ce propos.

Comptez-le comme un certificat descriptif, mais craignez de vous le voir discuter par la Cie, dont vous aurez peut-être du mal à vous le faire régler.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Arrêté Ministériel du 28 juin 1920 portant création d'un Comité technique.

Art. 1er. — Il est créé au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales un comité technique permanent,

Art. 2. — Ce comité technique permanent aura comme attributions :

Examen au point de vue technique, avant décision administrative, des questions relatives à l'hygiène publique, aux œuvres d'hygiène et de prophylaxie (subventions aux sanatoriums, dispensaires, etc.).

Détermination de questions pouvant être soumises, avec l'agrément du ministre, à l'étude du conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Propositions concernant des projets de lois, décrets, arrêtés ou règlements relatifs à l'hygiène publique,

Elaboration des directives techniques pouvant être données aux inspecteurs départementaux d'hygiène par l'intermédiaire du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques.

Rapports avec le comité national de défense contre la tuberculose, les œuvres de puériculture, de prophylaxie sanitaire, d'enseignement ou de propagande de l'hygiène.

Art. 3. — Sont nommés membres dudit comité ;

M. le professeur Calmette, sous-directeur de l'institut Pasteur.

M. Desmars, conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques.

M. le professeur Léon Bernard, conseiller technique ;

M. le docteur Jules Renault, conseiller technique.

M. le docteur Couvelaire (puériculture).

M. le docteur Faivre (prophylaxie sanitaire).

M. Martel (E-A.) (hydrologie).

M. Trillat (chimie, désinfection).

M. Louis Feine (architecture et technique sanitaire.)

M. Georges Cahen (œuvres d'hygiène sociale).

Art. 4. M. le professeur Calmette remplira les fonctions de président.

Art. 5. — M. R. Legendre, docteur ès-sciences, remplira les fonctions de secrétaire.

Art. 6. — Le conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

(*J. O.*, 18 juillet 1920.)

Un concours sur titres pour l'emploi *d'inspecteur départemental des services d'hygiène du Pas-de-Calais* aura lieu à Paris.

Les candidats devront être Français, âgés de trente ans au moins, de cinquante-cinq ans au plus et pourvus du diplôme de docteur en médecine,

Les demandes tendant à prendre part à ce concours, établies sur papier timbré, devront être adressées à M. le préfet du Pas-de-Calais et accompagnées ;

1° De l'acte de naissance du candidat ;

2° D'un certificat médical d'aptitude physique ;

3° D'une copie certifiée conforme de son diplôme de docteur en médecine ;

4° D'un exposé des titres du candidat comprenant ses états de services et le résumé de ses travaux ;

5° D'un exemplaire de chacune de ses principales publications ;

6° De l'engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à ses fonctions, de ne prétendre, en conséquence, à aucune autre fonction ou mandat public.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 20 *août* 1920.

Le traitement annuel attaché à cette fonction est fixé à 12,000 fr. plus 2000 fr. pour frais divers. (*J. O.*, 20 juillet 1920.)

ANTHOLOGIE MÉDICALE

L'offre.

Tu chassas de mon corps l'apostume sournois ;
En plein soleil, ou sous la nocturne Grande-Ourse,
Ton zèle, à mon appel, hâta toujours sa course
Tes soins me furent doux ; tes remèdes benoîts.

Que te donner ? Le vent loge seul en ma bourse
(Pareillement, les serfs n'avaient d'écus tournois).
Je ne puis m'acquitter qu'avec un sac de noix,
Trois œufs, deux giraumonts, le cresson de la source.

Ou bien encor, j'ai là, sous ce pin-parasol,
Un vieux coq déplumé se traînant sur le sol.
Prends-le donc : sincère est mon offre et fort civile.

Ne crains de me priver de ce gallinacé :
Perclus, chair coriace et le pilon cassé,
Il ne pourrait se vendre au marché de la ville

H. BROUTELLE.

QUARAN E-DEUXIÈME ANNÉE N° 33 DIMANCHE 15 AOUT 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE H DOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Sociét e CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
A. GASSOT, DIRECTEUR
OUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
D RAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
D NERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. D ESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Ru du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17



Quarante-deuxième année. N° 33 15 Août 1920

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Goddard, Kent-Gazet, Lel-ng.
Allevard-les-Bains, Boël.
Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Dresch, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. H. Bène.
Bagnoles-de-l'Orne. J. Arnaud, Joly, Pesnel.
Barèges. Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy, Bellœuf, Compin.
Bourbon - L'Archambault. Mansillon.
Bourbonne-les-Bains Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers**. Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains, Colbert. — Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, Bayrac, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Baillivet.
Eaux-Bonnes. Bajac.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Evaux-les-Bains. J. Gruzu, Lepage
Evian, L. Da'ard, Martinaud.
Forges-les-Eaux. Bernardicou
Gréoux (Basses-Alpes). C. Mathieu, Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule. Christin, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot.
Luchon, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Pelon.
Luxeuil-les-Bains. Bornèque, Cugnier, Gauthier, Picot, Rimey.
Martigny. Dedet. Payen.
Mont-Dore J. André, Débidour, Dubruel. Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard. Gillot. Hagen, de Langenhagen, Truelle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Chassagnard. Mougeot.
Salins-les-Bains Bourny.
Salies-de-Salat. Barbé.
Saint-Didier, (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Alphonsi. Baradat. E. Mallein, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte. Odin. Ségard.
St-Nectaire Serane, Siguret, Yersepuy.
St-Sauveur. Sabail.
Salies-de-Béarn. Callais, Coustère. David. Reynaud
Sermaize-les-Bains. Rousselot.
Thonon-les-Bains, Voillaume.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains, Chabannes, David.
Vichy. Cahen, Casteran, Chevreux, Cotar, Gannat, Guiuard, Gandelin, Reynes, Ed. Vidal.
Vittel, Constant, Mousseaux.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

MM. les docteurs :

Jougne (Doubs). Charlin.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). A. Dumont.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs :

Banyuls-sur-Mer. E. Parris.
Cassis-sur-Mer. Buges.
Chatelaillon. Barraud, Franck Duprat.
Douarnenez. Damey.
Paramé. Ronsin.
Quiberon. A. Grias.
Riva-Bella Gourceral.
St-Quay-Portrieux. Christian. Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.

AVIS. — Tout médecin sollicité de s'installer à Ségrie où à Vernie (Sarthe) est prié dans son intérêt le plus immédiat, de prendre des renseignements sur ce poste médical inexistant, auprès du Président des syndicats médicaux de la Sarthe, docteur Dieu, 37, avenue Thiers, Le Mans.

Il existe à Ségrie, un service régulier de consultations et de pharmacie qui ferait au confrère un tort considérable, enfin, on y compte douze médecins dans un rayon de 15 kilomètres.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou médical », de M. le docteur Gauthier, du Raincy (Seine-et-Oise), la somme de dix francs, pour bons offices de cette société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite, de quatre lignes au plus, aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans a caisse de la Société civile du **Concours Médical** *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 389. — A vendre Clément-Bayard 1914, 8 HP. 3 places, 4 cyl., sortant de révision, capote fermant complètement, roue de secours, pneus de rechange, Klaxon, compteur Stewart, 2 phares, bouteille d'air comprimé pour pneus, 3 lanternes, extincteur Pyrène, outillage complet, marche parfaite, peinture très fraîche. Dr Paturaud, 41, C. Postal, Bordeaux.

N° 390. — A vendre auto Zèbre, 6 HP., conduite intérieure, 2 places, 1914, roue de rechanga ; moteur vient d'être entièrement revu.

N° 391. — Livres d'occasion en excel. état à vendre : Traité de chirurgie Duplay et Reclus. Anatomie de Tillaux. Anatomie Testut. Obstétrique de Ribemont-Dessaigne et Lepage. Chirurgie d'urgence de Lejars. Bactériologie de Macé. Brouardel: Traité complet, Mracek el Hudelo. Aplailles, maladies de la peau. Chavasse : Petite chirurgie, etc.

N° 392. — A vendre cause double emploi: confort. coupé, cond. int. 2 pl. Bayard-Clément, 2 cyl., 9 HP, type A. C. 21 *bis* avec lant. phare. Ecl. élect. Klakson, acc. Bon fonction. Prix. 9.000 fr. S'ad. Dr Rauzy, Esbly (S.-et-M.).

N° 393. — 1 ou 2 enfants seraient pris en pension pour 2 ou 3 mois, campagne très saine près Rouen (tramway) par personne très sérieuse recommandée par Docteur.

N° 394. — Docteur, Ch. de la L. d'H., 30 ans de prat. aux Colonies, désire poste de demi-retraite. clinique, mais. de santé ou petite clientèle, Paris ou banlieue.

N° 395. — Jeune médecin actif ayant poste médical dans très jolie station balnéaire de l'Ouest. Rapport 16.000 fr. échangerait sa situation contre poste plus important. Conviendrait à médecin âgé où désirant prendre du repos.

N° 396. — Externe des hôpitaux de Paris, 8 inscriptions, la 1re jusqu'au 1er octobre, désirerait faire remplac. d'interne ou d'assistant dans établissement médico-chirurgical public ou privé.

N° 397. — A vendre auto Alba, 4 pl., torp. 10 HP. Ballot-Bosch Zenith, Ecl. élec. mod. rec. état neuf. Charrette anglaise. Coupé 2 pl., harnais, selles, le tout en état. Dr Mabille. La Rochelle.

N° 398. — Fille de médecin, 22 ans, instr. bonne éduc. sténo-dactylo ; connaissant anglais. demande poste secrétaire dans sanatorium ou mais. santé. Libre octobre.

N° 399. Abonné du *Concours* serait reconnaissant à confrère qui pourrait lui céder l'*Agenda-Memento du Praticien*, édition 1920.

N° 400. — *Docteur, 22 ans de pratique médecine*

générale ayant cédé clientèle province, désirerait collaborer avec confrère dans clinique ou entrerait dans affaire para-médicale disposant voiture, accepterait service extérieur.

N° 401. — A vendre : appareil Volta faradique de Gaiffe complet 40 fr, ; trocart de Laborde 3 branches 12 fr. ; canule avec mandrin de Péan sans manche 16 fr. ; pince d'avivement à anneaux droite 9 fr, ; ophtalmoscope avec manche plus une lentille dans un écrin 20 fr. ; boîte ronde en métal nickelé pour sonde, avec sonde du Dr Malécot à 2 ailettes 10 fr. ; élévateur à inclinaison 9 fr. ; miroir dentaire 4 fr. ; langue de carpe, manche ébène 4 fr. Ces instruments sont à l'état de neuf et vendus prix avant guerre. Collections du *Concours médical* de 1894 à 1913 reliées état de neuf, s'adresser à Mme veuve Arribat, La Salvetat (Hérault).

N° 402. — Docteur achèterait petite clientèle Paris ou banlieue.

N° 403. — Docteur désire acheter clientèle médicale dans le Midi, de préférence côte d'Azur, d'un rapport de 20.000 environ. Pourrait laisser en échange appartement à Paris.

N° 404. — Manipulateur ayant tenu poste de radiologie pendant 4 ans de guerre, photographe de profession, recherche place de radiographe dans clinique ou cabinet médical de province, ou pour plusieurs docteurs dans même ville.

N° 405. — Très bon poste de campagne à reprendre. Rapport 25.000 frs. touchés. Maison très agréable, petit loyer. long bail. Indem. à débattre. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 406. — Part dans clinique est offerte à médecin spécialiste voies urinaires. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du « **Pyréthane** » donné aux doses de 25, 50, 80 gouttes, en eau bicarbonatée, à renouveler, permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

CORRESPONDANCE

Prorogation de location verbale.

A quelle durée de prorogation de bail ai-je droit ? Je n'ai pas un bail à proprement parler, mais une location verbale.

J'ai été mobilisé du 3 août 1914 au 23 mars 1919.

Dr A.

Réponse

Si votre location verbale est antérieure au 1er août 1914, vous avez droit, exerçant la médecine dans les lieux loués, à une prorogation de la durée des hostilités.

Conformément à la jurisprudence actuellement en cours, cette prorogation devrait prendre son effet à la date à laquelle expirerait normalement votre location à la suite du congé que vous donnerait le propriétaire, suivant l'usage des lieux. Mais, pour bénéficier de la prorogation, vous devriez, dans ce cas, notifier votre volonté au propriétaire, par acte d'huissier, dans les vingt jours de la date dudit congé.

Si votre location est postérieure au 1er août 1914, et antérieure au 24 octobre 1919, vous n'auriez droit à une prorogation que si vous apparteniez aux catégories suivantes : mutilés ou réformés de guerre, ascendants de militaires ou marins morts pour la France, ayant recueilli la veuve ou les enfants de ceux-ci, bénéficiaires des lois sur les dommages de guerre, sinistrés dont l'habitation a été détruite ou rendue inhabitable par fait ou accident de guerre.

La prorogation n'aurait alors lieu que pour un délai assurant la jouissance jusqu'à l'expiration du délai de deux ans à partir de la date de la cessation des hostilités.

La notification au propriétaire doit être faite par ministère d'huissier dans les trois mois suivant la promulgation de la loi qui a établi ce droit spécial de prorogation, c'est-à-dire au plus tard le 5 août.

Certificat sur papier libre ou sur papier timbré ?

Le 7 janvier 1919, j'ai délivré sur papier *libre* un certificat de maladie à M. R. auquel je donnais mes soins ; ce Monsieur était sur le point de contracter mariage.

Le certificat stipule que M. R. est dans un état de maladie qui ne lui permet pas de quitter la chambre avant un délai de quinze jours. — *et signé*....

Le fameux certificat a sans doute été remis dans les papiers de l'acte de mariage à la mairie de M... et de là à la préfecture à C...., où il aurait été trouvé par un inspecteur d'enregistrement, et je reçois ces jours un avis d'avoir à payer une amende de 62 fr. 50, plus un fr. de timbre, pour avoir délivré ce certificat sur papier libre.

La désignation spéciale de ce certificat ne figure pas au tableau de Lutaud. — Voilà pourquoi je me permets de vous soumettre mon cas. Que dois-je faire ?...

J'ajoute que cet homme n'était pas encore libéré du service militaire à l'époque du certificat : il avait une permission en règle.

Dr L.

Réponse

Le certificat en question devait en effet être établi sur papier timbré. Vous ne pouvez faire autrement que d'acquitter l'amende qui vous a été infligée.

Mais en même temps, vous pouvez adresser à l'administration des finances, sur feuille de papier timbré de dimension, demande de remise partielle de cette amende, en plaidant votre bonne foi, et faisant valoir que, s'agissant d'un

militaire en activité de service, vous vous étiez cru autorisé à vous servir de papier libre. Il y a de grandes chances pour que cette remise vous soit accordée.

Le renouvellement des pensions temporaires.

Le 18 décembre 1915, j'ai été mis hors cadres ; depuis, tous les 6 mois, j'ai passé une visite et ai été mis hors cadres. Le 24 mars 1920, j'ai été proposé pour une pension. Le 12 mai, on m'a donné une pension temporaire (1 an) de 50 %. Le 12 juillet 1919, je reçois une lettre du ministre de la guerre, m'informant que je suis rayé des cadres. Dans ces conditions, je voudrais savoir si, puisque je suis rayé des cadres, j'ai droit à une pension définitive. Dois-je attendre que la pension temporaire soit finie (12 août 1921) ou dois-je faire une demande de suite ?

Dr T.

Réponse.

Aux termes de l'article 7 de la loi sur les pensions, à l'expiration de la période pour laquelle la pension temporaire vous a été accordée, vous serez convoqué de nouveau au centre de réforme le plus voisin de votre résidence, pour examens d'expertise. La pension pourra être renouvelée à un taux égal, supérieur ou inférieur, au taux primitif, soit convertie en pension définitive, suivant le degré de gravité ou d'incurabilité des lésions dont vous êtes atteint.

Vous n'avez donc rien à faire pour le moment qu'attendre. Dans un an, vous pourrez, si vous ne recevez pas de convocation dans les premiers jours d'août au plus tard, demander au médecin chef du C. S. R. s'il pense à vous appeler.

Tarifs médico-légaux au criminel.

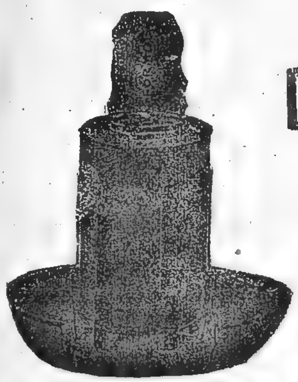
I

Pour mon instruction et celle de mes confrères souvent embarrassés comme moi, je vous serai infiniment reconnaissant de bien vouloir me fixer par la voie de notre vaillant *Concours Médical* sur les trois points suivants :

Comment établir mes notes d'honoraires et quels prix détaillés demander pour les opérations et constatations médico-légales suivantes. (Prix les plus forts bien entendu).

1° Sur réquisition écrite du maire d'une commune sise à 5 kilomètres de mon domicile, je suis allé procéder, en présence des autorités locales, à l'enlèvement du cadavre d'un nouveau-né trouvé dans un ruisseau et j'ai fourni sur papier timbré de 2 francs

(*Voir la suite page XXI-2049*)



PROPOS DU JOUR

A propos des honoraires médicaux.

Ayant reçu un petit fascicule intitulé : « Syndicat professionnel des médecins du Médoc (fondé en 1882, revisé en 1914 et 1919), Statuts », (imprimé à Pauillac, imprimerie du Médoc, Sourd 24, rue Richelieu), 1920 — nous avons cru devoir reproduire deux articles du règlement intérieur, placé à la suite des statuts, pages 18 et 19, qu'une main malicieuse avait soulignés au crayon rouge.

Nous avons à ce propos fait remarquer que, dans les Commissions officielles de tarification, notamment dans celle du tarif de la loi des pensions, il est pénible pour nous, quand nous affirmons catégoriquement que le chiffre des honoraires atteint un certain taux, de voir un représentant de l'Administration sortir un document officiel récent, émanant d'un syndicat, et nous donner un démenti. Nous ferons de nouveau remarquer dans quelle difficulté peuvent se trouver au prochain Congrès mutualiste d'Angers les représentants des Médecins, quand ils repousseront avec indignation toute proposition d'abonnement et de forfait au nom de *l'unanimité* du Corps médical, ce que nous avons toujours fait dans nos entrevues avec les mutualistes, et de très bonne foi, jusqu'ici.

Le Syndicat des médecins du Médoc, par une lettre de son secrétaire, M. le Dr Meignié, de Lesparre, nous donne les explications suivantes que nous nous faisons un devoir de publier :

SYNDICAT PROFESSIONNEL
DES
MÉDECINS DU MÉDOC

Lesparre, le 28 juillet 1920

Monsieur le Dr J. Noir,
Rédacteur en chef du *Concours Médical.*

Monsieur et honoré confrère,

Dans le dernier paragraphe de vos « Propos du jour » du *Concours* du 25/7, je reconnais que vous avez en vue le Syndicat des médecins du Médoc.

Mon devoir est de vous dire que la pierre que vous y maniez est trop lourde par rapport à l'objet visé ; elle écrase une mouche, ou plutôt, elle n'écrase rien du tout.

Ce petit syndicat, de 25 membres, a 40 ans d'existence ; il est composé de pas mal « d'anciens », avec leurs habitudes de clientèle, et d'autres « plus jeunes », très décidés au libre choix et au tarif à la visite.

Après des discussions mouvementées, commencées avant la guerre, prolongées de réunion en réunion, on arrive en 1919 à faire inscrire, *dans les statuts*, le « libre choix ».

Et voilà le premier pas.

Avant de faire le second : tarif à la visite, il y a des incertitudes ; faut-il tout « chambarder » ? Les anciens menacent de se retirer (respect des situations acquises) — et alors, plus de syndicat ! La situation topographique ne permet pas aux autres de s'affilier à un autre syndicat. Alors, nous concilions : augmentons le tarif *minimum*. Nous le *triplons* (avant 1919, 5 fr. par famille — aujourd'hui 10 fr. par tête) et faisons figurer cela, non dans les statuts, mais dans le *règlement intérieur*.

Et voilà expliquée votre « ironie de la restriction ».

Le troisième pas : suppression de tout abonnement et de tout monopole, n'est pas loin ; nous venons de supprimer les abonnements des douanes ; nous avons mis déjà quelques sociétés de secours mutuels au tarif de la clientèle, etc.

En un mot, nous *travaillons*, et nous arriverons.

Maintenant, j'attire votre attention sur ce qui suit :

Notre syndicat, dit du « Médoc », comprend *tous* les médecins du Médoc à l'exception de *deux*. Ces deux, nouveaux venus, invités par nous à se joindre à nous, ont décliné cette avance, l'un en termes peu confraternels, l'autre en termes *insolents*.

Le *Concours* du 6/6-20 a publié une lettre-réclamation de l'un d'eux, sur laquelle je me repens maintenant de n'avoir pas attiré votre attention, pensant que le confrère visé le ferait.

L'autre des « deux » pratique le rabais et la concurrence sous le prétexte qu'il y a encore des abonnements, ce qui l'empêcherait d'exercer convenablement !

Si donc, dans votre article, j'ai reconnu le Syndicat du Médoc, je crois avoir reconnu aussi la source de votre information.

Qu'elle vienne de là ou d'ailleurs, le fait reste le même : nous sommes en période de réorganisation ; nous avons respecté les situations acquises ; nous nous efforçons de mettre notre syndicat en harmonie avec les besoins actuels de la profession ; nous marchons lentement parce que nous ne pouvons pas aller plus vite.

Cette manière déplaît à certains, c'est leur droit.

Qu'ils remplissent de leurs doléances la rédaction de certains journaux (car vous n'êtes pas le premier), c'est leur tort.

Que le rédacteur en chef d'un journal comme le *Concours* accepte et hospitalise ces doléances sans plus ample information, n'est-ce pas un peu, aussi, mon cher confrère, le tort de celui-ci ?

Cela me fait penser aux avis que l'on voit maintenant à la 1re page de nos journaux et qui, dans le cas particulier, pourrait être :

Les rédacteurs sollicités de partir en guerre contre tel abus flagrant sont priés de demander des renseignements au Syndicat de...

J'espère que vous me croirez : notre majorité pense comme la majorité des praticiens et vous avez dû être, directement ou non, la victime d'un agité ou d'un mécontent.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur et honoré confrère, l'expression de mes sentiments confraternellement dévoués.

Le secrétaire,
Dr Meignié.
Membre du *Concours médical.*

Nous laissons à nos lecteurs le soin d'apprécier les arguments et les raisons que nous donne M. le Dr Meignié. En signalant le danger de l'abonnement aux soins médicaux dans le Médoc, nous n'avons voulu en aucune manière nous ingérer dans les questions locales qui peuvent diviser les confrères de cette région. Mais la publication d'un règlement intérieur, tel que celui qu'a publié le Syndicat du Médoc à la suite de ses statuts, peut avoir et a eu une répercussion sur les intérêts des médecins de la France tout entière, et à cela, nous avons le droit de nous intéresser. Ce sont des faits de ce genre qui nous ont obligés à renoncer à un tarif unique et suffisamment rémunérateur pour la France entière, et à nous résigner à accepter la discussion d'un tarif local dans chaque département, ce qui, à notre avis, ne constitue pas un progrès ; car, si les renseignements que nous avons reçus et les enquêtes que nous avons faites sont sincères, les conditions de l'existence sont sensiblement les mêmes à la campagne et dans les villes, en province et à Paris, et il n'y a aucune raison équitable pour que les tarifs y soient différents. Nous prions nos confrères du Médoc de réfléchir et, après un examen de conscience sérieux et sincère, de nous dire si, en acceptant l'abonnement dit de châteaux, à 10 francs par personne et par an et en l'inscrivant dans le règlement intérieur de leur syndicat, ils ne vont pas un peu loin dans la voie dangereuse de ce qu'ils appellent le *respect des situations acquises.*

Ici, l'on ne nous verra jamais flatter systématiquement nos lecteurs et nos amis. Le meilleur moyen, à notre avis, de leur témoigner notre affection est de leur dire ce que nous croyons être juste et vrai.

Nous ne prétendons pas être infaillibles, et, si nous nous trompons, nous n'hésitons jamais à reconnaître nos erreurs et à les rectifier.

Nous faisons ici nos confrères du Médoc et d'ailleurs juges de l'incident.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital des Enfants-Malades :
M. le prof. agrégé Nobécourt.

La dilatation des bronches chez les enfants

Je vais vous présenter deux petits malades du service atteints de dilatation des bronches. A leur propos, je vous exposerai quelques considérations cliniques sur cette affection.

Le premier malade est un garçon de 8 ans, entré il y a 3 mois à l'hôpital parce qu'il toussait et crachait depuis longtemps déjà. Son père est bien portant, sa mère est morte tuberculeuse. Le début de la maladie se serait fait vers l'âge de 3 ans par une bronchite qui n'a jamais guéri complètement. Au moment de l'entrée du petit malade dans le service, M. Hutinel a constaté une bronchite généralisée, de gros râles humides, de la submatité à la base droite et des signes d'adénopathie trachéo-bronchique. L'examen radioscopique a révélé l'existence d'une masse ganglionnaire dans le médiastin postérieur, un champ pulmonaire et des sommets clairs, et quelques travées opaques de sclérose. En outre, on voyait à la base droite une opacité assez marquée, l'amplitude du diaphragme de ce côté étant diminuée, indice d'un certain degré de symphyse pleurale. La recherche du bacille de Koch dans l'expectoration a donné un résultat négatif. Cependant, le petit malade est infecté par le bacille tuberculeux, puisque l'intra-dermo-réaction a été positive.

Une ponction faite à la base a ramené 2 cent. cubes de liquide clair, signature d'une petite réaction pleurale. Cet enfant n'a pas l'apparence de son âge (8 ans) et il offre un retard de croissance. Il devrait mesurer 1 m. 19, peser 21 kilogr, et il en est loin. Néanmoins, le rapport du poids à la taille (P/T = 145) est normal, ce qui indique que le petit malade n'a pas d'anémie notable. L'aspect général, d'ailleurs, n'est pas mauvais, Pas de stigmates d'hérédo-syphilis et Wassermann négatif.

Quand on examine le thorax, on constate une conservation de la sonorité, sauf à la base droite, qui est submate. L'auscultation révèle des râles de bronchite disséminés, et, à la partie postéro-inférieure, une respiration faible avec des râles sous-crépitants. On ne trouve plus l'impression de gargouillement qui existait à l'entrée.

Le deuxième malade est un enfant de 9 ans, admis dans le service il y a 15 jours. Le père est mort d'une affection pulmonaire, et un frère est actuellement dans un sanatorium. A l'âge de 2 ans 1/2 l'enfant eut la rougeole et, à partir de ce moment, il a toussé et craché, les hivers particulièrement. Il fit un premier séjour à l'hôpital en janvier, et l'on constata alors de l'expectoration purulente et des signes pseudo-cavitaires à la base droite. La radioscopie montra une volumineuse adénopathie trachéo-bronchique, mais des champs pulmonaires clairs. On notait des indices de nodules broncho-pulmonaires et de travées fibreuses. La base offrait de l'obscurité et l'on pensa à un foyer liquide : la ponction ne ramena rien. L'intra-dermo-réaction fut positive, mais l'examen des crachats ne décela pas de bacilles de Koch.

L'enfant quitta l'hôpital et y revint au bout de 2 mois. Nous avons retrouvé de la bronchite diffuse, des signes d'adénopathie et des signes pseudo-cavitaires. Le petit malade mesure 1 m. 18 et pèse 22 kilos. Il a un léger retard de croissance mais il n'est pas anémique. Son rapport P/T = 198, chiffre normal (la normale va de 150 à 200 entre 8 et 18 ans). Il n'y a pas de fièvre à proprement parler, seulement un petit état subfébrile (37°6) de temps en temps. La voûte palatine est ogivale ; les amygdales sont volumineuses. Pas de stigmates d'hérédo-syphilis.

La percussion est normale, sauf à la région hilaire et à la base droite, où l'on trouve de la sub-matité. On perçoit au niveau du hile, des signes d'adénopathie, une respiration soufflante, prolongée, avec petits foyers de râles sous-crépitants. On a donc, en somme, un tableau clinique qui se superpose à celui du précédent malade.

Contrairement à une opinion assez répandue, la dilatation bronchique n'est pas une affection spéciale de l'adulte ou du vieillard. Elle s'observe chez les enfants et même, comme elle n'entraîne pas souvent une issue fatale, il n'est pas exceptionnel de voir une dilatation bronchique d'adulte remonter au jeune âge.

La dilatation des bronches succède assez communément aux broncho-pneumonies, si communes chez l'enfant. Toutes les broncho-pneumonies n'aboutissent pas là. Ce sont surtout les broncho-pneumonies nodulaires, à noyaux disséminés, qui se terminent par dilatation bronchique. Les lésions des bronches, en pareil cas, sont suppuratives et destructives. Aussi, dès la période aiguë, constate-t-on des bronches dilatées. Ces broncho-pneumonies, d'allure subaiguë, traînent, et à leur suite s'installe un processus de sclérose bronchique et pulmonaire, avec souvent un élément pleural concomitant, à tendance scléreuse également (symphyse pleurale). Vous comprenez qu'alors les dilatations bronchiques vont offrir un aspect spécial, être multiples, et se verront sous forme de cavités plus ou moins étendues, du volume d'une lentille, d'un pois, d'une noisette, ou de tuyaux de largeur variable, au milieu d'un tissu pulmonaire plus ou moins altéré, constitué par de la broncho-pneumonie chronique.

Pendant que ce processus va évoluer, la symptomatologie se prononce. L'histoire clinique comprend deux périodes : 1° une période de broncho-pneumonie subaiguë et chronique ; 2° une période d'état.

La première période s'installe insidieusement. Le malade continue à tousser, d'une toux plus grasse. Si l'on examine le pharynx après la toux, on peut y apercevoir des crachats.

Si on lave à jeun l'estomac, on peut en retirer de l'expectoration déglutie. Quelquefois l'enfant sait cracher. Cette expectoration va devenir de plus en plus abondante. On constate, en outre, les signes de la broncho-pneumonie, des râles humides disséminés, à la base, aux aisselles, aux sommets même. Les modifications de la respiration varient avec l'état pulmonaire. La respiration est tantôt affaiblie, tantôt soufflante, cavitaire. L'état général, à ce moment, est assez touché. La fièvre s'élève parfois à 39° le soir et revêt, dans certains cas, le caractère de la fièvre hectique. Comme ces enfants maigrissent, sont infectés, perdent l'appétit et ont souvent de la diarrhée, on ne peut s'empêcher de penser à un processus tuberculeux en évolution, et c'est pour traduire cette analogie que M. Hutinel a proposé d'appeler ces états : broncho-pneumonies pseudo-tuberculeuses. La terminaison peut, d'ailleurs, être fatale.

Tous les cas, il est vrai, ne sont pas aussi sévères et l'on voit souvent les malades s'améliorer. La fièvre peut être plus légère, l'amaigrissement modéré. Le sujet entre dans la phase chronique, qui s'installe lentement et est souvent

entrecoupée de poussées aiguës. A la longue, au bout de quelques années, on arrive à la période d'état.

Dans cette période d'état, le tableau clinique offre des variations suivant les moments. Il est des temps où la situation paraît assez fâcheuse et d'autres, au contraire, où les troubles sont atténués. L'état général n'est pas mauvais, cependant. Les signes physiques sont peu caractéristiques. Ces bronches et ces poumons sont très sensibles. A l'occasion d'une maladie quelconque, on voit renaître des accidents aigus.

En période de calme, on trouve une série de troubles fonctionnels, des signes physiques, et de symptômes généraux. Les troubles fonctionnels sont principalement la toux et l'expectoration. La toux survient de préférence à certaines heures, le matin, une fois ou deux dans la journée et dans la nuit. Elle est pénible, par accès, grasse, s'accompagne d'expectoration. Retenez bien ce symptôme : l'expectoration. Elle est abondante, remplit un petit crachoir. Elle est muco-purulente, d'odeur fade, non fétide habituellement.

L'examen de la poitrine révèle assez souvent une amplitude respiratoire inégale : il y a des rétractions localisées, des symphyses pleurales. La sonorité est normale, parfois un peu forte, les parties saines étant emphysémateuses alors. En certains points, aux bases, parfois au sommet, d'un ou des deux côtés, il y a de la sub-matité. L'auscultation indique volontiers de la bronchite généralisée. Aux points submats, la respiration est variable, allant de la respiration faible aux signes caverneux, pseudo-cavitaires. D'ailleurs, des modifications peuvent se montrer d'un instant à l'autre. Des signes, très accusés avant une vomique se réduisent à peu de chose après. La radioscopie fournit des renseignements précieux et permet de reconnaître s'il n'existe pas autre chose. Les champs pulmonaires sont clairs ; on voit des travées fibreuses, quelques reliquats de noyaux broncho-pneumoniques. La radioscopie permet, en outre, de juger de l'état de la plèvre et de confirmer l'adénopathie trachéo-bronchique.

Ce qui frappe, c'est l'importance des signes physiques qui est en désaccord avec le peu de retentissement général. L'appétit reste bon, la fièvre fait défaut ordinairement. Cependant, les petits malades sont touchés, leur croissance est retardée. Il y a fréquemment des poussées aiguës, avec exagération des râles. Ces poussées aiguës durent plus longtemps que les mêmes états aigus chez un sujet sain.

La dilatation des bronches chez l'enfant a une tendance évolutive vers la guérison. Du fait de la croissance, les bronches se développent et il se produit une sorte de rétablissement de l'équilibre. En outre dans le jeune âge, les réparations des tissus sont plus faciles. On voit donc fréquemment les symptômes devenir de moins en moins accusés. Toutefois, des reliquats de l'affection persistent dans bien des cas.

La maladie peut aussi s'aggraver et présenter des formes cachectisantes, lorsqu'il s'agit de sujets vivant dans un milieu infecté (le milieu hospitalier, par exemple), de sujets porteurs d'amygdales ou de végétations adénoïdes infectées. Il s'ensuit parfois des pleurésies purulentes, de la gangrène des bronches, des processus septicémiques graves. Vous voyez combien complexe est le tableau symptomatologique.

La maladie a une longue durée et est susceptible de se prolonger autant que la vie. Le diagnostic doit être envisagé aux diverses phases : au début, à la période subaiguë, et à la période d'état. Au début, on peut penser à la pleurésie purulente ou à la tuberculose. Ce sont les pleurésies purulentes localisées (interlobaires, du sommet) qui prêtent à confusion. Il n'y a pas alors de souffle pleurétique, pas de pectoriloquie, pas d'abolition des vibrations. On trouve une respiration soufflante, du bruit de gargouillement quelquefois, qui attirent l'attention sur les bronches ; cela n'a rien d'étonnant, la pleurésie se compliquant de broncho-pneumonie. Un des meilleurs signes est la constatation d'une zone de matité franche, avec résistance sous le doigt. La ponction pourra trancher le diagnostic, mais elle peut être négative. La radioscopie montrera une opacité caractérisée.

Le diagnostic avec la broncho-pneumonie tuberculeuse subaiguë est délicat. On l'appuiera sur des nuances. Dans la tuberculose, la toux est plus sèche, il n'y a pas d'expectoration très notable. Le seul signe précis est la recherche du bacille. Si l'enfant ne crache pas, on pourra prélever l'expectoration dans le pharynx après une quinte de toux, ou par lavage de l'estomac à jeun. Là encore la radioscopie fournit des données intéressantes, et montre, dans la tuberculose, des nodules opaques farcissant les poumons, qui n'existent pas dans la broncho-pneumonie banale. On ne saurait tenir compte de la dermo-réaction qu'une adénopathie suffit à rendre positive.

A la période d'état, chez les grands enfants, on pose volontiers le diagnostic de bronchite chronique. Il faut penser à la dilatation des bronches, en particulier quand on apprend que l'enfant a eu une broncho-pneumonie et qu'il a continué depuis à tousser et à cracher. A cette période également, le diagnostic avec la tuberculose se présente et est un des plus embarrassants. Quand les signes physiques sont au complet, que l'état général est satisfaisant, on éloigne l'idée de tuberculose. Mais, il n'est pas exceptionnel de trouver des signes pseudo-cavitaires, au sommet par exemple. Là également, un examen répété des crachats, les résultats de la radiosco-

VALS SOURCE REINE

Souveraine dans la

Gastro - Entérite

des Enfants du 1er âge.



Mode d'administration de la REINE de Vals dans les diarrhées infantiles.

Chez les enfants élevés au biberon, ce qui est le cas le plus fréquent, il faut tout d'abord **supprimer absolument** le lait ou tout autre liquide plus ou moins nuisible qui est donné à l'enfant: eau de gruau, eau de pain, etc... Il faut encore nettoyer à fond le biberon. On donnera alors l'eau de la **Reine, froide, pure sans addition aucune.** La quantité variera selon l'âge de l'enfant: quart, tiers de biberon, moitié même; ce qui importe, c'est qu'on fasse boire l'enfant et non qu'on laisse un biberon à sa disposition.

Après un intervalle de temps convenable (une h. ou deux, suivant le cas) on réitère; puis nouvel intervalle et nouvelle ration d'eau, et ainsi de suite.

L'effet est immédiat : dès que l'enfant a bu l'eau, les vomissements s'arrêtent. Il est très rare de voir la première dose vomie et jamais la seconde ne l'est.

L'Eau de la Reine se trouve dans toutes les pharmacies, chez tous les marchands d'Eaux et dans les dépôts de la Cie fermière de Vichy. On peut également s'adresser à M. CHAMPETIER *à* VALS-LES-BAINS *(Ardèche).*

VALS SOURCE REINE

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. **Louis AUDEBERT**, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client. (*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien*, édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50	5 fr. »
Le 100	8 fr. »
Les 500	35 fr. »
Les 1000 ...	60 fr. »

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, *132, faubourg St-Denis. Paris.*

AVIS

TARIF DUBIEF

Le nouveau TARIF DUBIEF (tarif Breton), qui a paru dans notre précédent numéro sera tiré à part en brochure avec son répertoire alphabétique et mis en vente dans une quinzaine de jours, dans les bureaux du journal au prix de 1 fr., et *franco par poste* au prix de 1 fr. 50.

pie, l'unilatéralité des signes, guideront le clinicien. La difficulté est plus grande encore au cas de poussée aiguë. La coexistence, commune, de l'adénopathie trachéo-bronchique augmente aussi l'embarras. Il y a enfin des cas où la tuberculose pulmonaire coexiste avec la dilatation bronchique et l'on est conduit à lui attribuer toutes les lésions et une gravité plus grande si on ne fait pas la part de la dilatation bronchique.

Une recherche intéressante d'étiologie est celle de l'hérédo-syphilis. M. Hutinel a insisté sur la fréquence de la dilatation des bronches chez les hérédo-syphilitiques, le terrain spécifique favorisant le développement de la sclérose pulmonaire. Ceci est intéressant à connaître en pratique, au point de vue thérapeutique.

La dilatation bronchique chez les enfants pourrait être l'objet de bien d'autres considérations. Je ne vous ai indiqué que les principales. Je vous ai montré la dilatation des bronches s'installant peu à peu, à la suite d'une bronchopneumonie, l'enfant continuant à tousser alors, avec une expectoration abondante, des signes pseudo-cavitaires, une croissance retardée mais sans état cachectique, sans troubles généraux graves. Ces enfants ont un avenir incertain. S'il ne s'agissait que de la dilatation des bronches, on pourrait porter un pronostic favorable, mais n'oublions pas que ce sont des tuberculeux ganglionnaires, exposés à des processus évolutifs bacillaires.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

A TRAVERS LA PRESSE

Le traitement de la syphilis conceptionnelle et infantile.

La syphilis frappe l'enfant dans le sein maternel, soit que l'infection soit transmise de la mère au fœtus, soit que celui-ci soit atteint de débilité originelle, par suite de la faiblesse du germe d'un générateur ancien syphilitique.

Le traitement préventif s'adressera donc aux générateurs avant la conception. Après celle-ci, quelle que soit la réaction de Wassermann, il visera plus particulièrement la femme.

M. Bory le formule ainsi : au début de la grossesse, série d'attaque avec l'arsénobenzol renforcé par le mercure. L'arsénobenzol sera administré à doses prudentes et progressives, de 4 ou 5 jours en 4 ou 5 jours (0,10 - 0,15 - 0,20 - 0,30 - 0,45 - 0,45 - 0,60 - 0,75 - 0,75).

Après six semaines de repos, on recommence une série mercurielle de 20 à 25 jours. Un nouveau repos de six semaines sera accordé à la femme. Puis on recommencera l'arsénobenzol comme dans la première série, sans dépasser 0,60. Et on s'en tiendra là jusqu'à l'accouchement.

L'hérédo-syphilis infantile est surtout traitée par le mercure, soit en frictions, soit en ingestion de liqueur de Van Swieten, de solution de benzoate de mercure, de lactate de mercure, de poudre grise ou mercurium cum creta, soit en suppositoires de mercure métallique.

Les procédés et les doses varieront évidemment selon l'âge des enfants. On peut cependant continuer longtemps le traitement mercuriel, leur organisme le tolérant généralement très bien.

Si les arsénobenzols ne sont pas employés plus communément, c'est que l'injection intraveineuse, habituellement recommandée, est délicate chez l'enfant. L'auteur estime qu'elle est cependant moins difficile qu'on le pense. On pourrait utiliser les veines du cuir chevelu, en s'entourant des mêmes précautions que chez l'adulte. (*Prog. Méd.*, 20 mai 1920).

Les fièvres hyperthermiques.

MM. Lesne et Binet ont observé une malade atteinte de convulsions déterminées par une réaction méningée, au cours d'une tuberculose pulmonaire, et dont la température centrale s'éleva à deux reprises à 43°5 et 44°2 pendant quelques heures, et qui y survécut. (*Presse Médicale*, 12 mai 1920)

Elle présentait réunis trois des facteurs qui agissent sur la température centrale pour la faire monter exagérément : les contractions musculaires tétaniques ; les lésions des centres nerveux et les infections.

L'exagération de la température extérieure, le coup de chaleur, est le quatrième de ces facteurs.

Ces hyperthermies ne sont pas fatalement mortelles. Les cas recueillis dans la littérature médicale accusent 42 % de guérisons.

Dans la thérapeutique qu'ils réclament, on fera une large place aux nervins, le bromure et le chloral en particulier.

Il importe en effet de calmer l'excitation du système nerveux qui conditionne au premier chef l'hyperthermie.

Ce que nous retiendrons de ce travail, c'est que des températures dépassant largement les maxima que nous sommes habitués à observer en pratique peuvent exceptionnellement se rencontrer ; qu'elles ne comportent pas un pronostic nécessairement fatal, et qu'elles sont justiciables d'une thérapeutique facile à mettre en œuvre.

Séméiologie des œdèmes de la face.

Les téguments de la face sont souvent le siège d'œdèmes partiels ou généralisés, dont

certains sont faciles à rattacher à la cause qui les provoque, dont les autres, au contraire, demandent à être l'objet d'un diagnostic différentiel parfois délicat.

MM. Gastinel et Boutelier font une revue complète de cette question de médecine essentiellement pratique. (*Bull. Méd.*, 29 mai 1920).

L'œdème observé à la face, qui n'y est pas localisé, mais intéresse d'autres parties du corps peut être attribué 1° aux affections rénales (anasarque), 2° aux affections cardiaques (il s'accompagne de cyanose), 3° à l'insuffisance hépatique des cirrhotiques ; 4° à certaines infections avec processus éruptifs (variole), 5° aux intoxications exogènes (urticaires, eczéma, érythrodermies, érythème polymorphe), 6° aux intoxications endogènes, 7° à la cachexie, 8° aux dystrophies endocriniennes (myxœdème), 9° à certaines maladies du système nerveux, aux lésions cérébrales en foyer particulièrement.

Ces différentes variétés d'œdème facial font partie de complexus symptomatiques sur chacun desquels il est relativement facile de placer l'étiquette qui convient.

Quand l'œdéme, par contre, siège exclusivement à la face, il offre plus d'intérêt et sa signature étiologique et clinique est moins aisée.

1° Toutes les affections qui sont passées en revue à l'alinéa précédent peuvent engendrer des œdémes faciaux strictement localisés. Le type en est l'œdéme palpébral des néphrites.

2° Certains toxiques peuvent engendrer l'œdème de la face : la morphine, la digitale, les arsénobenzènes (avec ou sans crise nitritoïde), l'antipyrine.

3° Il en est de même de certaines affections locales de la face ou du crâne, les traumatismes, les piqûres d'insectes ou les morsures de serpents, le coup de soleil, le radiations X.

4° Le thapsia et la primevère déterminent des dermites artificielles simulant l'érysipéle, avec œdème considérable du visage. L'acide pyrogallique, la chrysarobine, le salol, les teintures capillaires, peuvent agir de la même façon.

A cette catégorie d'œdèmes doivent être rangés ceux que provoquaient les gaz vésicants de guerre (ypérite).

5° L'eczéma narinaire, auriculaire, l'eczéma érysipélatoïde, l'érysipèle, les lymphangites aiguës ou chroniques, la pustule maligne, la morve, les oreillons, les parotidites aiguës, s'accompagnent d'œdème plus ou moins marqué de la face.

6° Les suppurations faciales (furoncles, anthrax), les abcès dentaires, provoquent égalcment l'œdème facial, soit directement, soit indirectement, en causant des phlébites (sinus caverneux, veine ophtalmique).

7° Certaines affections chroniques de la peau, la névralgie faciale, le zona ophtalmique, sont parfois à l'origine de certaines infiltrations œdémateuses de la face, de même que, exceptionnellement, le trophœdème, le tabès, etc.

Enfin, il existe toute une classe d'œdèmes de la face se présentant comme localisation unique et manifestation isolée : l'œdème circonscrit des arthritiques. l'œdème arthritique des paupières, les nodosités rhumatismales de Féréol, de Meynet, la péliose rhumatismale, l'œdème aigu circonscrit de Quincke, « maladie « chronique à manifestations aiguës, héréditaire et familiale, durant toute la vie, caractérisée par un œdème blanc, rarement rose, « pouvant atteindre les muqueuses et évoluant sans température ni signes généraux. »

L'opothérapie en thérapeutique infantile.

L'action des glandes à sécrétion interne est beaucoup plus complexe chez l'enfant que chez l'adulte. Pour celui-ci, les endocrinines n'agissent que pour maintenir l'équilibre physiologique. Elles exercent en outre une influence directe sur le développement, la croissance et la sexualité de l'enfant.

M. Apert, qui met ces données physiologiques en parfaite lumière (*Presse méd.*, 29 mai 1920), développe très clairement comment agissent ces influences endocriniennes et les déductions qu'on en peut tirer au point de vue pathologique.

L'absence de corps thyroïde aboutit au myxœdème dont le « pacha de Bicêtre » est le prototype. « Dans les cas les plus accentués.... « l'être, profondément dégradé ne semble plus « guère appartenir à l'espèce humaine et est « certainement plus loin de nous, dans l'ordre « intellectuel, que ne sont les anthropoïdes. »

Les glandes surrénales doivent être envisagées dans leur portion médullaire et dans leur portion corticale. C'est la portion médullaire qui fournit l'adrénaline, laquelle ne représente pas à beaucoup près toute l'endocrinine surrénale.

L'endocrinine corticale de la surrénale influe sur le développement sexuel. Le virilisme, l'hirsutisme, le pseudo-hermaphrodisme féminin sont conditionnés par l'hyperplasie de la cortico-surrénale. L'atrophie, au contraire, se manifeste par la disparition de la graisse sous-cutanée et interstitielle, l'arrêt de la croissance en taille (type progeria).

L'opothérapie surrénale se réalise donc non pas par l'emploi de l'adrénaline, qui conserve ses propriétés hypertensives, mais par l'administration de la totalité de la glande.

Le gigantisme acromégalique, l'acrocéphalo-syndactylie sont conditionnés par l'hypophyse et ses lésions anatomiques (hypertrophie).

On note en outre un arrêt fonctionnel des facultés génitales.

De ce qui précède, l'auteur déduit les indications respectives de chacune des opothérapies correspondant aux différentes glandes endocrines.

Opothérapie thyroïdienne : arrêts et retards uniformes du développement général, et du développement sexuel.

Opothérapie surrénale : états languissants, affaiblissement et apathie avec croissance exagérée ; tendance au féminisme.

Opothérapie hypophysaire : obésité précoce, hirsutisme, puberté prématurée.

Comme il s'agit d'une médication particulièrement active, dont les effets principaux sont complétés par des effets accessoires, il y a intérêt à associer les trois opothérapies, afin de renforcer l'action cherchée, en neutralisant les actions gênantes accessoires. En même temps on peut ainsi administrer les doses nécessaires pour obtenir un résultat.

Ainsi, chez les enfants retardataires, on tire un excellent profit de l'association de la thyroïde à des doses minimes de surrénales. L'évolution du sujet est activée sans que se manifeste la tachycardie, l'émotivité, l'excitation générale, l'amaigrissement provoqués par la première de ces glandes. La surrénale modère certains effets secondaires de la thyroïde. Aux deux opothérapies précitées on adjoindra l'hypophyse, si l'on constate une accélération du développement sexuel plus marquée que le développement général.

Le mongolisme est une des principales indications de l'association des trois médications.

Les enfants dont l'évolution a été entravée par des maladies aiguës successives ou par la misère physiologique, ainsi que le fait a été si fréquent dans les régions envahies pendant la guerre, se trouvent excellemment de la polyopothérapie.

M. Apert conseille de procéder prudemment en débutant par de petites doses, administrées pour débuter trois jours par semaine, en surveillant le poids, le pouls et l'excitabilité. Si elles sont bien supportées, on augmente soit la dose quotidienne pendant trois jours consécutifs, soit le nombre de jours consécutifs pendant lesquels on continue la dose initiale.

On arrive ainsi à la dose de mise en train, qu'on ne continuera pas longtemps. On diminuera donc pour s'en tenir à la ration d'entretien.

A l'opothérapie ainsi prescrite, on aura avantage à adjoindre les médications adjuvantes : les glycérophosphates, la chaux, la magnésie, la strychnine, le cacodylate de soude.

Ordonnance pour enfant myxœdémateux âgé de 3 ans :

Corps thyroïde desséché et pulvérisé	5 ctgr.
Surrénale desséchée et pulvérisée	1 ctgr.
Hypophyse déssechée et pulvérisée	1 ctgr.
Glycérophosphate de chaux	10 ctgr.
Glycérophosphate de magnésie	5 ctgr.
Bioxyde de manganèse	2 ctgr.
Sucre en poudre	0 gr. 50

Pour un paquet. N° 3.

Un paquet à midi, trois jours consécutifs.

Les 4 autres jours de la semaine, injection sous-cutanée de 0,05 de cacodylate de soude. Ou, si l'injection n'est pas possible, une cuillerée à café de solution d'arrhénal à 0,30 pour 30 d'eau.

Augmenter les doses de poudres de glandes de semaine en semaine jusqu'à la mise en train. Diminuer ensuite.

Enfant mongolien de 4 ans :

Même pratique avec les doses suivantes dans les paquets :

Surrénale desséchée et pulvérisée	5 ctgr.
Corps thyroïde desséché et pulvérisé	āā 3 ctgr.
Hypophyse desséchée et pulvérisée	(āā 3 ctgr.)
Glycérophosphate de chaux	10 ctgr.
Bioxyde de manganèse	3 ctgr.
Sucre en poudre	0 gr. 50

Garçon de 13 ans, apathique, efflanqué, à puberté retardée :

Surrénale desséchée et pulvérisée	10 ctgr.
Corps thyroïde desséché et pulvérisé	3 ctgr.
Glycérophosphate de chaux	10 ctgr.
Bioxyde de manganèse	2 ctgr.

Pour un paquet, n° 4.

Un paquet midi et soir 4 jours consécutifs.

Pendant les trois autres jours de la semaine injection sous-cutanée quotidienne d'un cmc. de la solution.

Cacodylate de soude	1 gr. 50
Sulfate de strychnine	0 gr. 03
Eau	30 gr.

« Ces quelques exemples suffisent à montrer « combien la médication polyopothérapique peut « et doit être variée selon les résultats à obtenir, les sujets et les circonstances. » G. D.

APPAREILS IMPROVISÉS

Couveuse improvisée pour prématuré.

Appelé d'urgence auprès d'une malade atteinte d'abondantes hémorragies, je me rendis auprès d'elle vers une heure du matin et fis les constatations suivantes : primipare au 6e mois de sa grossesse, dont l'utérus dépassait légèrement l'ombilic ; fœtus vivant, mobile, en présentation du siège.

La malade avait eu au début de sa grossesse des hémorragies peu abondantes, mais répétées. Celles-ci s'étaient reproduites depuis une vingtaine de jours, augmentant progressivement d'intensité et prenant une tournure grave au moment de mon arrivée (faciès pâle, bourdonnements d'oreille, pouls irrégulier au-dessus de 110, de façon permanente).

Au toucher, je trouvai un col incomplètement effacé des dimensions d'une pièce de 2 francs, à travers lequel je pus percevoir une masse mollasse qui n'était autre que le placenta inséré sur le segment inférieur ; les hémorragies constatées ayant pour cause cette insertion vicieuse du placenta, je rompis largement et en tous sens les membranes ; je pus alors, à travers le col à peine dilaté, saisir un pied et l'amener à la vulve, parvenant ainsi par la combinaison des deux méthodes à arrêter l'hémorragie. Peu à peu, sous l'effet de tractions modérées, le col se dilata et je pus extraire *vivant* un foetus pesant 750 grammes. La délivrance s'opéra naturellement et les suites de couches furent normales.

Que faire de ce fœtus expulsé prématurément et qui, cependant, malgré sa débilité congénitale, paraissait viable ? L'entourer de coton, le réchauffer par des bouillottes renouvelées, tout cela ne me parut pas suffisant ; attendre le lendemain pour mettre cet enfant dans une couveuse, c'était lui faire courir de trop grandes chances de refroidissement ou d'infection.

Mais comment se procurer une couveuse à cette heure si avancée de la nuit ? Voici le dispositif que j'ai imaginé, que je recommande vivement, principalement aux praticiens de campagne, parce que, très simple à exécuter, il peut être réalisé par tous et partout.

Je demandai une caisse en bois de dimensions assez grandes (0,80 × 0,60 × 0,50) débarrassée au préalable de son couvercle, cette face reposant perpendiculairement au sol et formant la face antérieure de ce parallélipipède rectangle. Je la fis rapidement désinfecter par lavage des parois avec une solution étendue de crésyl, pratiquer deux à trois trous sur les deux faces latérales et la face supérieure ; accrocher un thermomètre de chambre au fond et suspendre à l'intérieur deux éponges humectées d'eau chaude. Au bord supérieur de la face ouverte, je fis clouer un rideau assez épais, qui, libre sur les deux autres côtés, pouvait se soulever et s'abaisser à volonté et à diverses hauteurs. Un petit coussin déposé au fond forma un lit sur lequel on déposa l'enfant. Ayant fait préparer par ailleurs deux veilleuses (verres sans pied remplis au 3/4 d'eau recouverte d'une couche d'huile), je les disposai aux deux coins opposés de la caisse. Par le jeu du rideau, en le relevant plus ou moins, je ne tardai pas à obtenir la température désirée. Je fus même obligé à un certain moment de retirer une veilleuse, la chaleur obtenue dépassant 38°.

J'avais réalisé ainsi, en peu de temps et facilement, un dispositif pouvant tenir lieu de la plus confortable couveuse.

J'ajouterai, pour être complet, que l'alimentation des premiers jours a été assurée par une faible quantité de lait maternel instillé goutte à goutte dans la cavité bucale, l'absence de mouvement de succion empêchant tout allaitement au sein ou à la cuillère.

Cet enfant dépassait à l'âge de quatre mois le poids de 3,000 grammes.

Dr Louis Scoffier (de Nice).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

L'épilepsie dans le diabète.

(MM. Marcel Labbé et Georges Guillain. *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Labbé relate quatre observations d'épilepsie diabétique. Des crises d'épilepsie peuvent survenir au cours du diabète grave et particulièrment du diabète compliqué d'acidose. Elles paraissent relever de l'intoxication acide, bien qu'on ait incriminé parfois dans leur genèse la pratique des injections intraveineuses de bicarbonate de soude. Quelques cas peuvent s'expliquer par une intoxication urémique concomitante, mais la majorité appartient en propre au coma acidosique du diabète. Cette épilepsie diabétique est rare.

M. Guillain en rapporte également une observation. Le malade n'avait reçu aucun traitement avant le début des crises et les injections de bicarbonate ne pouvaient par conséquent pas être mises en cause.

Que faut-il pour contracter la diphtérie ?

(MM. J. Renault et P. P. Lévy. — *Soc. méd. d. hôp.*)

L'étude de la diphtérino-réaction de Schick permet, on le sait, d'apprécier l'état de réceptivité d'un

sujet vis-à-vis de l'infection diphtérique. Connaissant cet élément et pouvant, d'autre part, déceler dans un pharynx la présence du microbe, doit-on conclure qu'un sujet en état de réceptivité et porteur de germes va contracter la diphtérie?

MM. Renault et Lévy ont étudié ce point particulier d'étiologie à propos des diphtéries secondaires, de la scarlatine, de la rougeole, de la coqueluche, etc... Ils ont vu, qu'en pareille circonstance, un troisième élément intervenait : l'état de la muqueuse. Ainsi, un sujet porteur de germes et réceptif (réaction de Schick positive), s'il a une gorge saine, ne prend en général pas la diphtérie. Un scarlatineux, à pharynx altéré, contracte une angine diphtérique, s'il réunit les deux autres conditions. Un rougeoleux, à larynx lésé, aura une diphtérie laryngée. Ces malades restent indemnes de diphtérie s'ils ne sont pas réceptifs (réaction de Schick négative) ou s'ils ne sont pas porteurs de germes.

M. Renault s'est posé une autre question. On connaît l'anergie constatée par M. Netter chez les rougeoleux pour la revaccination jennérienne, et la suspension des réactions agglutinantes du sérum des typhiques pendant l'infection morbilleuse, notée par MM. Bernard et Paraf. M. Renault s'est demandé si une anergie analogue ne se manifesterait pas dans la rougeole vis-à-vis de la diphtérie. L'étude des faits montre qu'il n'en est rien et que la réaction de Schick conserve ici toute sa valeur.

L'auteur estime pouvoir conclure qu'au cours des maladies contagieuses (rougeole, scarlatine, etc.), la diphtérie secondaire se produit quand il y a réunion des 3 conditions suivantes : présence de bacilles diphtériques virulents, réceptivité du terrain, adultération de la muqueuse.

Fréquence et diagnostic du pouls alternant.

(MM. C. Lian et Boulot. — *Soc. méd. des hôp.*)

Le phénomène du pouls alternant est généralement recherché par la méthode graphique, ce qui lui enlève la valeur d'un signe de pratique courante. M. Lian pense qu'on peut aussi l'apprécier par des moyens purement cliniques. La simple palpation de la radiale est insuffisante pour reconnaître le pouls alternant, mais on y parvient en employant un artifice clinique : en reliant une manchette comprimant le bras ou l'avant-bras à un oscillomètre ou en explorant l'aval d'un segment artériel comprimé.

Le pouls alternant serait un trouble assez fréquent chez les cardio-rénaux, et de pronostic grave s'il résiste au traitement.

Mort subite au cours d'une simple ponction pleurale exploratrice.

(MM. Apert et Vallery-Radot. — *Soc. méd. d. h.*)

Les accidents qui surviennent au cours des interventions sur la plèvre sont aujourd'hui bien connus, Ils se présentent sous trois formes : des hémiplégies, des convulsions, des syncopes. En 1892, M. Jeanselme a pu en rassembler 45 observations, avec 17 morts. En 1910, M. Cordier, en réunissait 87 cas, dont 37 mortels. La majorité concernent des empyèmes traités par les lavages, les lavages irritants surtout, mais un certain nombre aussi sont relatifs à des pleurésies séro-fibrineuses. Trois fois même il s'agissait de simples ponctions exploratrices de la plèvre, pour des lésions pulmonaires simulant l'épanchement pleural.

Divers facteurs étiologiques ont été invoqués pour expliquer ces accidents, si souvent mortels : les évacuations trop rapides de l'épanchement, les lavages pleuraux trop irritants ou sous trop forte pression, le facteur émotif exaspéré par le traumatisme de la ponction, les lésions organiques concomitantes trouvées parfois à l'autopsie.

Parmi ces lésions, pour ce qui concerne la syncope pleurale en particulier, une des plus importantes est l'état pathologique du cœur. Ainsi, dans 6 cas de mort au cours de ponction exploratrice ou de thoracentèse pour épanchement pleural séro-fibrineux, chez l'adulte, une fois on a trouvé un néoplasme du médiastin engainant les gros vaisseaux et 6 fois des lésions de myocardite et de péricardite.

MM. Apert et Vallery-Radot viennent d'observer, chez un enfant de 4 ans, une mort subite au cours d'une ponction pleurale exploratrice, dont l'histoire rentre dans ce dernier groupe étiologique de cas. Le petit malade avait eu, un mois avant d'entrer à l'hôpital, une angine. Il fut admis dans le service de M. Apert avec des signes de petits épanchements pleuraux aux deux bases. Une ponction faite à droite, l'enfant étant fortement maintenu, car il se débattait beaucoup, ramena un peu de liquide séreux, très fortement coloré. Le petit malade fut replacé sur son lit très pâle, vomissant, le pouls imperceptible. Malgré la respiration artificielle, la flagellation, les injections d'éther et d'huile camphrée, il mourut aussitôt. A l'autopsie, on constata des lésions de myocardite. La myocardite, rare dans l'enfance en dehors de la diphtérie et des grandes infections, relevait ici probablement d'une angine diphtérique méconnue.

Mal perforant plantaire chez une femme syphilitique sans signe de tabes.

(MM. Achard et Rouillard. — *Soc. méd. d. hôp.*)

On admettait, autrefois, pour expliquer les troubles trophiques du tabès, le rôle exclusif du système nerveux. Puis, on s'est efforcé de rattacher les arthropathies et les fractures tabétiques, par exemple, à des lésions artérielles spécifiques. Ces questions pathogéniques ne sont pas encore très bien précisées. Sans vouloir aborder cette controverse, M. Achard verse aux débats l'observation recueillie dans son service d'un cas de mal perforant plantaire chez

une femme syphilitique, en l'absence de tout signe positif de tabès.

Un cas d'argyrie.

(MM. Guillemot, Duval et Mme Michaux. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Guillemot présente une malade atteinte d'argyrisme. Cette femme, tabétique, prenait depuis dix ans, journellement, une pilule contenant un centigramme de nitrate d'argent. Son tabès n'avait pas été influencé par ce traitement, mais la malade offrait une teinte spéciale, foncée, des téguments, sans autre trouble attribuable à l'argyrie, d'ailleurs, malgré le long usage du médicament. La pigmentation cutanée s'observe sur les parties découvertes de la peau, ce qui se comprend étant donné l'origine photochimique de la coloration. M. Guillemot rappelle le cas du premier argyrique observé, un aumônier militaire comitial, dont la transformation en nègre par le traitement au nitrate fit au XVIIIe siècle le juste étonnement d'une reine suédoise.

Les cas d'argyrisme sont rares aujourd'hui. L'observation de M. Guillemot montre cependant que certains malades sont restés fidèles aux pilules de nitrate d'argent.

M. Rathery a vu dernièrement dans son service un malade soigné autrefois par Vulpian avec du nitrate d'argent pour des accidents tabétiques. Porteur d'une superbe barbe blanche et de cheveux blancs, la coloration ardoisée de sa peau est impressionnante. Le malade a cessé son traitement depuis des années, mais la pigmentation reste indélébile.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE HYDROMINÉRALE

Les eaux minérales alcalines.

Quelques progrès que fassent nos connaissances en pathologie digestive, quelques précisions que nous acquérions chaque jour sur le chimisme gastrique et sur l'intervention de ses perturbations dans le conditionnement des différentes affections de l'estomac, depuis la plus banale des dyspepsies, jusqu'au plus menaçant des ulcères, les alcalins demeurent à la base de la thérapeutique des gastropathies.

Et, comme on ne saurait dresser d'infranchissables barrières entre les altérations fonctionnelles et lésionnelles de l'estomac, d'une part, et les affections de l'intestin et du foie d'autre part, ce sont encore les alcalins qui font en grande partie les frais du traitement médicamenteux de la plupart des maladies de ces organes.

Si les alcalins occupent une place aussi importante dans ces différents traitements, c'est sans doute à leurs propriétés intrinsèques qu'ils le doivent, mais c'est encore et surtout à la façon dont ils se manient selon les cas. Leur succès dépend en effet des doses auxquelles ils sont prescrits, et des moments de la journée, par rapport au travail digestif, auxquels ils sont administrés.

C'est là qu'intervient la sagacité du clinicien qui, sachant l'effet qu'il désire obtenir, devra en jouer avec délicatesse, au gré des indications respectives de chacun des malades qu'il observe.

Tantôt excito-sécrétoires d'une muqueuse atone, tantôt saturateurs d'une acidité excessive, tantôt stimulants de la cellule hépatique et cholagogues, les alcalins ont, en outre de ces actions locales électives, une action générale sur le métabolisme cellulaire et sur les phénomènes intimes de la nutrition.

Ils semblent enfin doués de propriétés leucopoiétiques qui peuvent en expliquer les avantages, dans les infections contre lesquelles la lutte de l'organisme est d'autant plus victorieuse que ses moyens de défense, les globules blancs, sont plus nombreux et plus forts.

Ces aperçus généraux suffisent à justifier la prédilection du corps médical pour les eaux minérales alcalines, si nombreuses en France, et de composition assez variée en qualité et en quantité pour répondre à toutes les indications.

Le complexus minéral des eaux naturelles françaises est dominé tantôt par la soude, tantôt par la chaux, d'où deux grandes classes de bicarbonatées : les bicarbonatées sodiques, les plus nombreuses, et les bicarbonatées calciques.

A la classe des bicarbonatées calciques appartiennent Aix-en-Provence, et Alet, faiblement minéralisées, et Pougues, de minéralisation moyenne.

Dans la classe des bicarbonatées sodiques figurent Amphion et Saint-Galmier, faiblement minéralisées, Saint-Alban, moyennement minéralisée, Châteauneuf, Le Boulou et Vichy fortement minéralisées.

Quant à Vals, la particularité des sources de ce bassin tient à ce qu'elles forment une gamme harmonieuse, qui va de la plus faible à la plus forte des minéralisations, en passant par une moyenne très riche avec des gradations d'une extrême sensibilité.

Il va sans dire que, selon les sources et les bassins, la dominante minérale est accompagnée d'une minéralisation secondaire dont les variétés donnent à chacune une physionomie particulière et des actions plus nettement spécialisées.

***

Au nombre des sources du bassin de Vals, il

en est une qui mérite de retenir notre attention grâce aux qualités qui lui sont propres, et dont l'ensemble la désigne avec plus de faveur au traitement des gastro-entéropathies des enfants. Nous voulons parler de la Reine.

La Reine de Vals possède en effet une minéralisation totale de 3 gr. 20, dans laquelle le bicarbonate de soude figure pour 1 gr. 43, et l'acide carbonique libre pour 1,82.

Elle appartient ainsi à la catégorie des eaux froides moyennement minéralisées, avec cette remarque qu'elle est faiblement bicarbonatée.

Deux des qualités auxquelles nous faisons allusion plus haut demandent à être mises plus rigoureusement en évidence.

La première de ces qualités est sa teneur en acide carbonique, qui s'y trouve très intimement dissous, et s'en échappe à l'air libre, en bullettes dont la grande finesse et la multitude produisent des effets mécaniques particuliers.

La seconde, qui tient en partie à cette richesse carbo-gazeuse, est son goût agréable, avantage non négligeable en thérapeutique infantile.

Il en résulte que la Reine de Vals est parfaitement acceptée, et même recherchée, par les tout petits, qu'elle se montre d'une incomparable digestibilité, et qu'elle s'assimile si exactement qu'on a pu, à juste titre, la considérer comme un sérum minéral vivant.

***

On comprend dès lors pourquoi la Reine de Vals donne de si beaux résultats dans les affections digestives aiguës du nourrisson : la gastro-entérite, la diarrhée verte et le choléra infantile.

Nulle ne l'égale quand il s'agit de prescrire la diète hydrique, qui constitue l'indication primordiale et immédiate de ces maladies si meurtrières pour la première enfance, quand elles ne sont pas attaquées avec vigueur et opportunité.

Administrée exclusivement pendant une durée qui va, selon la gravité des cas et les effets obtenus, de 24 à 36 et même 48 heures, à raison de 3 à 4 cuillerées à café toutes les demi-heures, elle apaise la soif si vive et si pénible, dans ces états de déshydratation ; elle tempère la sécheresse de l'étage supérieur des voies digestives et rend à la langue son humidité normale.

Parvenue dans l'estomac, elle agit d'abord par son acide carbonique dont les mollécules se fixent sur la muqueuse et en insensibilisent les terminaisons nerveuses, calmant ainsi l'irritabilité de l'organe, les sensations douloureuses dont il est le siège et arrêtant les vomissements.

Mêmes effets sont produits sur le tractus intestinal, où les coliques sont supprimées.

En même temps, le bicarbonate de soude entre localement en jeu et sature l'acidité excessive ou anormale des sécrétions, restituant au milieu intestinal l'acalinité qui est le propre de sa réaction physiologique.

Comme conséquence importante de cette action, la pullulation et la virulence microbiennes de la faune digestive sont enrayées, l'infection qui en dérive étant à son tour et parallèlement dominée.

Enfin son passage dans le torrent circulatoire réalise un véritable bain de lavage qui, à la faveur des écluses rénales largement ouvertes et maintenues perméables, élimine rapidement au dehors les toxines préformées si redoutables pour l'état général.

Si nous ajoutons, à tous ces effets démontrés de la Reine de Vals, la stimulation probable qu'elle exerce sur la vitalité du leucocyte, et sur la phagocytose, nous aurons énuméré finalement tous les rouages du mécanisme d'action de cette eau minérale.

La conclusion s'impose désormais comme découlant nécessairement de ce qui précède : la Reine de Vals est la base même du traitement d'attaque des gastro-entéropathies de l'enfance. Elle n'en reste pas moins utile quand l'orage est passé. Et dans la convalescence, ses vertus eupeptiques faciliteront singulièrement la reprise progressive de l'alimentation et contribueront au succès définitif.

Dr E. D. GASTON.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des thèses.

Thèse de Montpellier.

Les fractures de la cavité cotyloïde dans les traumatismes de la hanche, par le Dr Louis GRILLÈRES. A. Redier et C. Heer, Toulouse, 1920.

1° Les fractures de la cavité cotyloïde sont souvent passées inaperçues.

2° Cependant leur diagnostic n'est pas difficile quand on songe à leur possibilité. Il suffit, pour le faire, de pratiquer le toucher rectal et surtout l'examen radiographique. Le premier donne de très grandes présomptions, le second peut et doit donner la certitude.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Le Syndicat organisateur du service médical des collectivités.

En dépit de ce que pensent et proclament certains antisyndicalistes notoires, qui voudraient faire sortir de leur rôle, nettement défini, des groupements médicaux strictement scientifiques ou mutualistes, le Syndicat est, aux termes mêmes de la loi de 1884, seul chargé de représenter et de défendre les intérêts professionnels du corps médical.

C'est le Syndicat qui doit être considéré comme l'expression légale et autorisée de la collectivité médico-professionnelle, évoluant et agissant parallèlement aux autres collectivités sociales, publiques et privées.

Or, comme ces collectivités ont besoin de médecins, soit pour assurer le secours médical à leurs membres, soit pour organiser un service de contrôle et de surveillance médicale, nous avons à maintes reprises exprimé l'opinion que, dans l'état actuel du rôle du médecin dans la Société, les accords relatifs à l'organisation de la médecine de soins aussi bien qu'à la médecine de contrôle, doivent se faire entre collectivités, traitant d'égal à égal, d'un côté la collectivité médicale représentée par le Syndicat, de l'autre la collectivité publique ou privée qui veut organiser un service médical.

L'un de nous, P. Boudin, ne cesse de préconiser, comme une sorte d'idéal, le contrat collectif de travail selon lequel le Syndicat se charge, sous sa responsabilité, d'organiser le service médical de tel service communal, départemental ou national, aussi bien que de telle société mutuelle, de telle industrie, etc.

Ces idées font leur chemin. Elles entrent de plus en plus dans la pratique, et les exemples dont nous avons connaissance ne peuvent qu'être encourageants.

Aussi faut-il les répandre publiquement dans le monde médical, afin qu'ils se multiplient.

C'est dans ce but que nous reproduisons les deux coupures suivantes, extraites du *Bulletin Officiel du Syndicat des Médecins de Marseille*, de juillet 1920.

Ils sont démonstratifs et se passent de commentaires.

G. DUCHESNE.

Le docteur Monteux a eu une entrevue avec le Président de l'Amicale de Sous-Agents des Contributions Indirectes au sujet de la succession du docteur Péraldi. Cette A. demande que notre Syndicat lui désigne un médecin exerçant la médecine générale, habitant le centre de la ville. Ce médecin serait ensuite assermenté. Le Syndicat ne peut, d'emblée, désigner ce confrère. Le Conseil décide de proposer un intérimaire devant fonctionner pendant deux mois. Pendant ce temps, les confrères seront avisés de la vacance et une liste des candidats à ce poste sera dressée. On procédera ensuite au tirage au sort pour la proposition à faire aux sous-agents de la Régie. Le docteur Monteux s'abouchera avec le Président à nouveau et fera pour le mieux dans ce sens.

***

Notre confrère, M. le docteur Ch. Platon, adjoint au Maire, avait prié le Président du Syndicat de venir s'entretenir avec lui de diverses questions médico-sociales qu'il a l'intention de réaliser avec l'aide du corps médical organisé.

L'entrevue, des plus cordiales, a eu lieu à la mairie, le samedi 5 juin 1920 ; le docteur Beltrami, secrétaire général, accompagnait notre président.

Le docteur Platon soumit aux représentants du Syndicat ses divers projets qui doivent être prochainement discutés par le Conseil Municipal :

1° Service médical de nuit ;

2° Inspection médicale des écoles ;

3° Surveillance médicale des spectacles (théâtres, concerts, fêtes publiques, etc.) ;

4° Représentation du Syndicat des médecins de Marseille à la Commission municipale d'assistance et d'hygiène.

Après un échange de vues des plus intéressants, le Président a félicité l'Adjoint à l'Hygiène de son activité, l'a remercié d'avoir bien voulu faire collaborer le Syndicat à toutes ces réformes qui s'imposent et l'a assuré de tout son concours.

II

Le service médical des grandes administrations.

Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien insérer le duplicatum d'une lettre que j'ai envoyée au Directeur des Tramways de.....

Il veut des médecins, mais, bien entendu, ne pas les payer.

Que tous refusent ! Soutenons-nous, faisons-nous payer ! Hélas ! je suis le seul des médecins de cam-

pagne à prendre 8 et 10 fr. pour une visite, les autres en sont encore au billet crasseux de cent sous. dont parle Collignon.

Ce n'est pourtant pas difficile de compter les kilomètres : chacun sait à combien çà revient.

Dr F.

A Monsieur le Directeur des Tramways de ...

Je n'ai pas eu le plaisir de vous voir lorsque vous êtes venu me proposer d'être médecin des tramways.

Vous m'offrez :

Une carte de circulation sur les tramways ;

1/2 tarif pour ma famille ;

1/4 de place sur les chemins de fer de l'Etat ;

1/2 tarif pour ma famille.

Examinons, voulez-vous, le prix de ce que vous m'offrez et le prix de ce que vous me demandez.

Ici, une disgression.

Quand un malade paye, il préfère se déranger pour aller chez le médecin, car la consultation coûte 6 francs, tandis que la visite en coûte 8 (prix moyen), plus 2 à 3 fr. par kilomètre aller.

Quand un malade ne paye pas, il préfère faire venir le médecin : mettez-vous à sa place, puisque c'est la princesse qui paie !

Vous savez pourquoi 154 médecins du département sur 158 ont donné leur démission de médecins de l'A. M. G. ; nous étions payés (je dis « payés » par politesse) 3 fr. 50 par an et par indigent, pour donner 2 consultations gratuites par semaine à notre cabinet ; nous ne devions faire de visites que dans les cas urgents et sur réquisition du maire.

En pratique, les indigents, auxquels on avait dit : « vous avez droit au médecin », le faisaient appeler à tout propos et hors de propos, mais aller à la consultation, jamais de la vie ! Alors, vous voyez cela, aller à x kilomètres plusieurs fois pour la forte somme totale de 3 fr. 50....

Nous avons demandé le tarif à la visite et au kilomètre.

Les malades non payants abusent : les statistiques nous donnent une moyenne de 1 consultation ou visite par personne et par an pour ceux qui paient, et 2 visites par an pour ceux qui ne paient pas.

Ceci dit, le jour où vos employés auront le médecin à l'œil, il faudra compter 2 visites par an et par employé.

Il y a, dans les 6 stations que vous m'offrez, 15 employés. Cela ferait donc 30 visites et 122 kilomètres aller, soit 244 kilomètres parcourus.

244 km. à 1 fr.	244 fr.
30 visites à 8 fr.	240 fr.
	484 fr.

J'estime à 484 fr. le prix de ce que vous me demandez.

Du tramway, je m'en suis servi une fois, mes deux machines étant en panne.

Mettons que j'en consomme pour 10 fr. par an.

Et ma femme pour 20 francs.

Pour le chemin de fer, en un an, je suis allé 4 fois à A., dont 3 fois par mes propres moyens.

En estimant à 100 francs par an (et je suis large), l'économie qui résulterait pour ma femme et moi des cartes sus-offertes, il me resterait à débourser : 484 fr. — 100 fr. = 384 francs.

384 francs de ma poche pour avoir l'honneur de soigner vos employés, sans compter que les gens qui ne payent pas critiquent toujours le médecin ! J'ai soigné des employés du chemin de fer qui m'appelaient parce que le médecin officiel était trop loin, il fallait les entendre : on a le temps de mourir ; le médecin ne veut pas se déranger, etc...

Je comprends que pour 200 fr. par an, pour peu que mes confrères aient une cinquantaine de gens à soigner, cela fait plus de 1.000 km. !

Vous me direz : ils n'ont qu'à ne pas accepter !

Evidemment, mais les médecins en général ne savent pas compter et ne savent pas faire la différence entre la monnaie de singe qui n'a pas cours chez l'épicier et le marchand de pneus, et les honoraires en monnaie de la banque de France, seuls susceptibles de payer intégralement le parcours kilométrique et le temps donné.

Pour ce qui me concerne personnellement, et je crois que c'est l'avis de la grande majorité de mes collègues, il n'y a qu'un tarif qui ne lèse pas les intérêts des malades et qui soit logique : le tarif à la visite et au kilomètre.

Que mes visites me soient payées par votre compagnie au lieu d'être payées par le malade, cela m'est égal.

Si, d'une clientèle, il faut retirer : les indigents, les enfants assistés, les nourrissons, les sociétés de secours mutuels, les réformés et les mutilés de la guerre, les veuves des tués, les pupilles de la nation, les employés des chemins de fer, les employés des tramways, à qui en fin de compte s'appliquera le tarif syndical ?

Non, Monsieur, voyez-vous, nous luttons pour la suppression de tous ces rabais, de toute cette charité qu'on fait sur notre dos. Nous voulons être honorés d'après notre travail, d'après nos frais généraux, d'après le capital englouti par nos années d'études et les frais d'installation, et d'après l'importance du service rendu.

Et il n'y a que deux procédés acceptables :

A. Le client paye son médecin au tarif correspondant à sa situation sociale.

B. Une administration ou une société se substitue au client pour payer en fin de trimestre ou d'année, peu importe, mais au tarif habituel.

Le boulanger ne nous fait pas de réduction, et pourtant nous avons fait la guerre, nous aussi ;

1.600 des nôtres y sont restés. Le tailleur, le boucher, le mercanti, le mécano, ne nous font pas de réduction ; tous nous font payer comme les autres, quand ce n'est pas plus cher, en espèces sonnantes et trébuchantes.

Pourquoi voulez-vous que nous fassions un rabais à Pierre, Paul, Jacques, et que nous acceptions d'être rémunérés en cartes de 1/4 ou de 1/2 circulation (il faut croire que c'est une denrée précieuse, puisqu'on ne nous en donne qu'une fraction), dont la valeur représente le 1/4 ou le 1/5 de ce que vous nous demandez en échange ?

C'est comme si vous nous demandiez 80 % de rabais sur notre tarif.

Non, en vérité, nous ne pouvons accepter cela.

Veuillez agréer, etc...

D F.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Admissions. — Sous réserve des publications statutaires, le Conseil prononce l'admission de MM. les Docteurs :

4471 Blanchard, Uzès (Gard.)
4472 Dubosc, Sceaux (Seine).
4474 Janin, Paris, 12, boul. de Port-Royal.
4475 Mallet. Vergt (Dordogne).
4476 Cayla, Laguiole (Aveyron).
4477 Azémar, Carmaux (Tarn).
4478 de la Roche Féline, Bordj'R'Dir (Constantine.
4479 Bocquillon, Raismes (Nord).
4480 Péré, Queyrac (Gironde).
4481 Mirabail, Baugy (Cher).
4482 Gaymard, Paris, 344, rue de Vaugirard.
4483 Casedevant, Bayonne (Basses-Pyrénées).
4484 Guillaume, Paris, 88 rue Rochechouart.
4485 Lassance, Paris, 75 rue La Boëtie.
4486 Barnaud, Rives (Isère).
4487 Abrial, Le Puy (Haute-Loire).
4488 Bourg, Fouras (Charente-Inférieure).
4489 Chevallier, Le Péage-de-Roussillon (Isère).
4490 Ruais, Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire).
4491 Tournant, Compiègne (Oise).
4492 Frère, Cherbourg (Manche).
4493 Tronc, Bessancourt (Seine-et-Oise).
4494 Jacob Munier, Paris, 35 Bd de Grenelle.
4495 Fourquier, Vaucresson (Seine-et-Oise).
4496 Maffre, Montbron (Charente).
4497 Fournier, Blérancourt (Aisne).
4498 Lépinay, Rabat (Maroc).
4499 Raillard, Marseille, 2 Bd Th.-Thurner.
4500 Bréhier, Château-Thierry (Aisne).
4501 Martin, Gauray (Manche).
4502 Testot-Ferry, Mâcon (Saône-et-Loire).
4503 Bonifay, Salernes (Var).
4504 Recours, Fumel (Lot-et-Garonne).
4505 Pintaud-Desallées, Larochefoucauld (Charente).
4506 Delacourt, Lens (Pas-de-Calais).
4507 Aubry, Mésanger (Loire-Inférieure).
4508 Costé, Vertolaye (Puy-de-Dôme).
4509 Pégeot, Mélisey (Haute-Saône).
4510 Dunoyer, Le Dorat (Haute-Vienne).
4511 Ginestet, Stenay (Meuse).
4512 Soulié, St-Seurin-sur-l'Isle (Gironde).
4513 Barreau, Donges (Loire-Inférieure).
4514 Thébault, Paris, 2 rue de Palestine.
4515 Veaudelle, La Cambe (Calvados).
4517 Ségard, St-Honoré-les-Bains (Nièvre).
4518 Micheleau, Coutras (Gironde).
4519 Desfour, Montpellier (Hérault).
4520 Vigouroux, Paris, 34 Bd Sébastopol.
4521 Laroy, Zegers-Cappel (Nord).
4522 Boivin, Saumur (Maine-et-Loire).
4523 Hubert, Jarnac (Charente).
4524 Gauthereau, Paris, 64 rue Oberkampf.
4525 Robert, Revigny-sur-Ornain (Meuse).
4526 Leduc, Thiant (Nord).
4527 Ozanon, Romenoy (Saône-et-Loire).
4528 Hernette, St-Martin-de-Ré (Charente Infre)
4529 Plagniol, Montpellier (Hérault).
4530 Masson, Ligny-en-Barrois (Meuse).
4531 Barraud, Châtel-Aillon-les-Bains (Charente-Inférieure).
4532 Lavalée, Vincennes (Seine).
4533 Veaux, Niort (Deux-Sèvres).
4534 Clément, Nice (Alpes-Maritimes).
4535 Bridoux, Mézières (Ardennes).
4536 Jesson, Gerbeviller (Meurthe-et-Moselle).
4537 Lebas, Azay-sur-Cher (Indre-et-Loire).

Conseil supérieur de la Mutualité. — Une communication de la Préfecture de la Seine invite le « Sou » à désigner ses délégués pour l'élection d'un représentant des Syndicats Médicaux au Conseil Supérieur de la Mutualité.

Sont désignés comme délégués : MM. Vimont, Noir, Duchesne, Boudin et Mallet.

Remplacement. — Le Dr X... de Paris, demande l'appui du « Sou » pour poursuivre un ancien remplaçant, qui exerce dans sa clientèle malgré l'engagement contraire qu'il a signé.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr X pour l'action à intenter contre son ancien remplaçant.

Honoraires des Experts. — M. Noir donne connaissance d'une lettre adressée par le Ministre de la Justice à l'Union des Syndicats, à la suite de la démarche faite auprès de lui sur l'initiative du « Sou », et de laquelle il résulte que le nouveau tarif des expertises va être décrété

prochainement et qu'il sera établi de manière à laisser aux magistrats la plus large faculté d'appréciation possible.

Question d'honoraires. — Le Dr C. (Seine-et-Marne) avait obtenu, antérieurement à son adhésion au « Sou », en justice de paix et en appel, la condamnation d'un patron cultivateur à lui payer des honoraires pour soins donnés à l'un de ses ouvriers, blessé au cours de son travail. Il adhéra ensuite au « Sou », croyant cette affaire terminée, mais il apprit plus tard que le patron, ou plutôt son assurance, profitant d'un vice de forme dans le jugement, s'était pourvue en cassation, et que son pourvoi avait été admis par la Chambre des Requêtes.

Le « Sou » saisi de l'affaire, lui promit de prendre à sa charge les frais judiciaires qu'il pourrait avoir à supporter à l'avenir, à la condition qu'il ne se défendît pas, la cassation du jugement d'appel étant certaine.

Le jugement fut en effet cassé, de sorte que le Dr C. est invité à rembourser le principal et les intérêts qu'il a touchés, et à payer pour frais la somme de 321 fr. 83, dont le Conseil, conformément à ses engagements, ordonnance le versement.

En outre, l'affaire sera poursuivie, toujours aux frais du « Sou », devant le Tribunal auquel la Cour de Cassation l'a renvoyée, de manière à faire restituer au Dr C. le principal et les intérêts qu'il avait reçus une première fois et qu'il a dû rendre.

Le Dr S. (Loire-Inférieure) demande l'appui pécuniaire pour faire appel d'un jugement qui a réduit une note d'honoraires, sous le prétexte qu'il ne s'était pas déplacé exprès, alors que ses livres prouvent le contraire.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire demandé en limitant à 100 fr. la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Le Dr E. (Hérault) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement d'une note d'honoraires de 2.210 francs pour soins donnés à un ouvrier agricole blessé au cours de son travail. La Cie d'assurances, qui a payé le pharmacien, reconnaîtrait, paraît-il, le principe de la responsabilité du patron, mais elle refuse de payer parce qu'elle trouve la note trop élevée, mettant le médecin dans l'obligation de faire les frais pour poursuivre le patron devant le tribunal civil, compétent, vu l'importance de la somme.

Le Conseil accorde au Dr E. l'appui pécuniaire demandé, en limitant à 100 francs la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Accidents du travail. — Le Dr V. (Hérault), ayant obtenu en justice de paix la condamnation d'un patron au paiement intégral d'une note d'honoraires accidents visée au préalable par le « Sou », est traîné en appel par son adversaire.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour défendre à cet appel, avec limitation à 100 francs de la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Le Conseil ordonnance le paiement au fils du Dr V. (Nord), décédé, de la somme de 50 fr., montant des honoraires de l'avocat qui a plaidé une affaire d'accidents du travail pour laquelle l'appui pécuniaire lui avait été accordé.

Le Conseil ordonnance le paiement à l'avoué du Dr B. (Seine), de la somme de 20 fr. pour honoraires dans une affaire d'accidents du travail.

Le Conseil ordonnance le paiement des sommes suivantes dans deux affaires soutenues par le Dr G. (Gard), en justice de paix, puis en appel, d'abord contre le patron d'un blessé du travail, ensuite contre un expert qui avait examiné sa note d'honoraires :

1re affaire. Frais............	101 fr. 25
2e affaire. Frais............	191 fr. 70
Honoraires de l'avocat, dans les deux affaires	250 fr.
Honoraires de l'avoué, dans les deux affaires...........	100 fr.
Total....	642 fr. 95

Loyers. — L'appui pécuniaire est accordé au Dr B. (Orne), pour former un pourvoi en Cassation contre un arrêt de la Commission arbitrale des loyers, qui l'a condamné à payer intégralement ses loyers, bien qu'il ait été mobilisé pendant toute la durée de la guerre. Cette décision, d'après l'avis de Me Gatineau, n'est pas légalement justifiée, car elle ne constate pas que le propriétaire a fourni la preuve que le locataire, qui avait été mobilisé, était en mesure de payer son loyer.

Exercice illégal. — Le Dr P. (Indre) demande l'appui pécuniaire pour se porter partie civile dans une poursuite pour exercice illégal de la médecine intentée par le Ministère public contre un curé.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire demandé en limitant à 75 frs la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Autos. — Le Conseil est saisi de plusieurs différends entre médecins et fabricants d'auto-

mobiles, qui ne livrent pas les voitures dont ils ont accepté la commande au prix ferme qu'ils ont accepté.

Une jurisprudence paraissant s'être formée, notamment devant le Tribunal de Commerce de la Seine, pour condamner des vendeurs à des dommages-intérêts à défaut de livraison au prix convenu, le Conseil décide en principe de donner l'appui pécuniaire à ceux des membres du « Sou » dont l'affaire présentera de sérieuses chances de succès, à la condition que les frais et honoraires exposés seront remboursés au « Sou » sur le montant des dommages-intérêts obtenus.

Responsabilité civile. — Le Dr X... (Charente), ayant cité un client en justice de paix en recouvrement d'honoraires, est l'objet d'une demande reconventionnelle en 30.000 fr. de dommages-intérêts pour responsabilité civile.

L'appui pécuniaire lui est accordé dans le conditions des Statuts et Règlements.

Divers. — Le Conseil d'Etat, sur le recours formé avec l'appui du « Sou », a porté de 10.000 à 20.000 fr. l'indemnité allouée aux héritiers du Dr C. (Maine et Loire), qui avait été écrasé par une voiture militaire.

Le Conseil ordonnance le paiement de la somme de 60 fr. 10, pour enregistrement de la décision du Conseil d Etat.

Le Dr Y. (Algérie) a été débouté par le Conseil d'Etat du recours formé contre une décision qui avait supprimé l'indemnité de logement qu'il touchait d'une commune, comme médecin de colonisation.

Le Conseil ordonnance le paiement de la somme de 81 fr. 35 pour enregistrement de l'arrêt du Conseil d'Etat.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Réunion du Conseil d'Administration

29 *juin* 1920.

Présents : MM. Maurat, *Président* ; Vimont ; Mignon ; Gassot ; Noir ; Huguenin ; Duchesne ; Pamart et Boudin, *secrétaire*.

Le Trésorier a envoyé à tous les sociétaires une circulaire leur indiquant le chiffre nouveau de la cotisation qu'ils auront désormais à payer en conséquence des modifications statutaires votées par l'Assemblée générale extraordinaire du 8 mai dernier.

Il donne ensuite lecture de la lettre de mise en demeure qui, conformément à l'article 42 des Statuts, a été envoyée aux sociétaires qui ne sont pas encore en règle avec la Combinaison MA.

Monsieur et Cher Confrère,

A plusieurs reprises, nous avons exposé les raisons pour lesquelles les sociétaires mobilisés devaient payer toutes leurs cotisations : la principale est que, s'il n'en avait pas été ainsi, la société n'existerait plus.

Nous avons accordé aux retardataires le délai le plus long qu'il nous a été possible et nous avons constitué une petite caisse de secours pour venir en aide à ceux qui ont été le plus éprouvés. Mais nous sommes maintenant dans l'obligation de présenter à notre actuaire une situation qui lui permette un inventaire aussi complet qu'indispensable : nous avons donc fixé au 31 décembre 1920 la limite extrême du délai accordé aux sociétaires, membres des combinaisons M A ou B, pour se libérer de leurs cotisations arriérées.

Conformément à l'article 42 des statuts, nous sommes contraints de vous informer que, si vous ne vous étiez pas mis en règle à cette date du 31 décembre 1920, nous devrions prononcer votre radiation. Nous pensons le faire avec un délai suffisant pour qu'il n'y ait pas surprise.

Vous devez les cotisations depuis le ....
Vous avez donc à verser, pour vous libérer, la somme de ..... représentant :

Cotisations . . . .
Intérêts moratoires. . . . . .
Timbre et frais de rappels . . .

Le mieux serait certainement de vous libérer au plus tôt pour reprendre vos droits, mais vous avez aussi la faculté de le faire en plusieurs versements fractionnés ; dans ce dernier cas, la quittance vous serait adressée au dernier versement.

Si vous estimez devoir faire appel à la caisse de secours, nous vous prions de vouloir bien en informer le Trésorier qui vous enverra un questionnaire spécial à remplir.

Si, contre notre attente, vous preniez la décision de vous retirer de la société, nous vous serions reconnaissants d'en prévenir également le Trésorier, sans attendre la limite extrême.

Veuillez agréer, Monsieur et cher Confrère, l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Le Conseil d'Administration.

Monsieur le Docteur ..... à .....

Le Président ajoute que le Conseil sera certainement peiné des démissions qui pourront se produire, mais qu'il a conscience d'avoir sauvé la société.

Indemnité Maladie.

Sur le rapport du secrétaire général, le conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

31	Calmels	Aveyron	3 mois	300	»
32	Laurent	Seine-Inférieure	3 mois	300	»
34	Parmentier	Var	3 mois	300	»
80	Pardoux	Paris	3 mois	300	»
100	Coqueret	Aube	3 mois	300	»
101	Letarouilly	Manche	57 jours	570	»
106	Roger	Ille-et-Vilaine	3 mois	300	»
117	Dollard	Hérault	38 jours + 1 mois et 22 jours chr.	553	25
142	Duclaux	Alpes-Maritimes	3 mois	300	»
162	Bilhaut	Paris	27 jours	270	»
171	Laguens	Gironde	3 mois	300	»
173	Gaucherand	Alpes-Maritimes	3 mois	300	»
186	Collinet	Charente-Inférieure	3 mois	300	»
193	Colin	Finistère	10 jours	100	»
206	Puitg	Pyrénées-Orientales	3 mois	300	»
209	Decléty	Pas-de-Calais	20 jours + cure thermale	300	»
247	Doret	Loiret	2 mois et 21 jours chr.	270	»
251	Mignon	Seine-et-Oise	4 jours	40	»
255	Demmler	Oise	3 mois	300	»
302	Charrin	Drôme	14 jours	140	»
311	Rouvier	Isère	3 mois	300	»
357	Mathieu	Paris	3 mois	300	»
359	Scheydt	Hérault	60 jours + un mois	700	»
379	Marty	Bouches-du-Rhône	un mois	100	»
416	Chabert	*Gard*	*60 jours*	*600*	»
429	Siguan	Bouches-du-Rhône	3 mois	300	»
440	Capitrel	Orne	2 mois	200	»
465	Baudron	Loir-et-Cher	11 jours	110	»
466	Laffite	Paris	8 jours	80	»
504	Delucq	Gers	3 mois	300	»
516	Bardon	Corrèze	10 jours	100	»
535	Cunnac	Tarn	un mois et 2 jours chr.	166	65
549	Terrien	Loire-Inférieure	3 mois	300	»
597	Sellerin	Aube	un mois et 19 jours chr.	163	25
606	Bourrus	Gironde	*13 jours*	130	»
611	Morel	Savoie	3 mois	300	»
628	Manificat	Rhône	60 jours + 28 jours chr.	693	25
647	Bellin	Isère	55 jours	550	»
748	Bougon	Eure	25 jours	250	»
770	Caudron	Paris	3 mois	*300*	»
796	Vabre	Aveyron	16 jours	160	»
837	Bécourt	Nord	trente mois	3.000	»
861	Laugier	Alpes-Maritimes	3 mois	300	»
878	Sallé	Somme	6 mois	600	»
893	Souleyre	Oran	3 mois	300	»
914	Bêne	Hautes-Pyrénées	60 jours + 2 jours chr.	606	65
954	Paumès	Haute-Garonne	3 mois	300	»
965	Mitifiot	Bouches-du-Rhône	3 mois	300	»
993	Boutard	Eure	10 jours	100	»
999	Meurice	Nord	7 jours	70	»
1001	Chenouard	Indre-et-Loire	49 jours	490	»
1005	Mallet	Seine-et-Marne	18 jours	180	»
1029	Vimont	Paris	5 jours + 2 jours chr.	56	65
1088	Bondet	Ain	12 jours	120	»
1200	Thiers	Drôme	6 jours	60	»
1205	Secheyron	Haute-Garonne	3 mois	300	»
1215	Bruneau	Meurthe-et-Moselle	30 jours + 4 jours chr.	313	20
1259	Pulhac	Aube	3 mois	300	»
		A reporter		19.293	20

		Report		19.293 20
1272	Molinéry	Hautes-Pyrénées	2 mois	200 »
1294	Freyche	Ariège	un mois et 25 jours chr.	156 40
1300	Gaillard	Cantal	60 jours + 19 jours chr.	663 25
1308	Launay	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1321	Sourice	Maine-et-Loire	6 jours	60 »
1343	Le Bras	Finistère	16 jours + 13 jours chr.	203 30
1363	Bernard	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1376	Rayrolles	Cantal	47 jours	470 »
1408	Grandou	Eure	3 mois	300 »
1416	de Kérangal	Cher	21 jours	210 »
1492	Ardillaux	Yonne	31 jours	310 »
1573	Lecouillard	Manche	1 mois et 8 jours chr + 25 jours chr	216 55
1622	André	Bouches-du-Rhône	13 jours + 23 jours chr.	206 60
1627	Mosnier	Gard	8 jours + 2 mois et 22 jours chr.	353 25
1691	Soulé	Gironde	14 jours	140 »
1741	Le Pipe	Morbihan	5 jours	50 »
1766	Mabilais	Loire-Inférieure	37 jours	370 »
1774	Riou	Haute-Loire	40 jours	400 »
1793	Conte	Aude	3 mois	300 »
1809	Leblanc	Alpes-Maritimes	38 jours	380 »
1834	Ficat	Lot-et-Garonne	30 jours	300 »
1894	Barthez	Aude	60 jours + 8 jours chr.	626 65
1900	Boudant	Haute-Garonne	41 jours	410 »
			Total	26.269 20

Une amende de quarante francs est infligée à un sociétaire pour n'avoir pas envoyé de ses nouvelles en mars.

Le Docteur Mignon fait don de son indemnité à la Caisse auxiliaire. Le Conseil lui adresse ses remerciements.

Combinaison R.

Le Conseil ordonne le remboursement à la succession du Dr Le Bras de la somme de 973 fr. représentant le total des cotisations contre-assurées qu'il avait versées pour la retraite.

Combinaison V.

Le Conseil alloue à Mesdames Beauxis-Lagrave et Lepage la somme de cent vingt francs pour leur pension du 2e trimestre 1920. Cette somme leur sera versée sur la production d'un certificat de vie au 1er juillet 1920.

Admissions.

Sur le rapport du Secrétaire Général, le Conseil prononce les admissions suivantes :

Combinaison MA.

MM. Verne (Marius), de Rians (Var).
Julhiet (Louis), des Laumes (Côte-d'Or).
Carte (Jean), de Chantelle (Allier).
Kent-Monnet (John), de Nice.
Romieu (André), d'Avignon.
Bache (André), de Sos (Lot-et-Garonne).

Combinaison P.

M. Bache (André), de Sos (Lot-et-Garonne).

Combinaison R.

MM. Louart (Marcel), de Wattignies (Nord).
Dabasse (Edouard), de Beaumont de Lomagne (Tarn-et-Garonne).

Combinaison V.

MM. Romieu (André), d'Avignon.
Barbier (François), de Blain (Loire-Infre).
Miroudot (Pierre), de Villersexel (Hte-S.).

Le Conseil vote des allocations sur la caisse de secours à plusieurs sociétaires pour les aider dans le paiement de leurs cotisations en retard.

Combinaison double.

M. le Dr Mignon, secrétaire général, a reçu un certain nombre d'adhésions au principe d'une combinaison nouvelle qui donnerait une indemnité double de celle que donnent MA et B. D'autre part, un certain nombre de Confrères attendent, pour entrer à la Mutualité Familiale, la création de cette combinaison ; enfin les Compagnies d'assurances font près des médecins une propagande intense pour recruter des adhérents.

Dans ces conditions, le Dr Mignon trouve bien éloignée la date du 1er janvier 1922. Sans doute, c'est à cette époque seulement, après l'inventaire actuariel, que la nouvelle combinaison aura son existence définitive, mais il pense qu'on pourrait la faire fonctionner à titre provisoire

dès le 1er janvier 1921 après le vote de l'assemblée générale de novembre.

Il serait entendu que les tarifs pourraient être modifiés par l'actuaire, que des modifications pourraient être introduites par l'Assemblée générale extraordinaire de 1921 et que les sociétaires admis au cours de cette année 1921 devraient s'y soumettre.

Assurément ce mode de faire donnerait satisfaction à de nombreux confrères.

Le Conseil, après une discussion de laquelle il ressort que le principe de la proposition du Dr Mignon est acceptée, renvoie la question à l'étude d'une commission composée du Président, du Secrétaire général et du Trésorier.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire : P. Boudin.

Le Président : A. Maurat.

AUTOMOBILISME PRATIQUE

Le véhicule médical en 1920-1921...

III

Puisque nous parlions du moteur dans notre dernier article, disons rapidement ici que nous éliminons les deux temps sans soupape qui sont avantageux uniquement pour le constructeur.

Non pas que nous condamnions le deux temps en général, qui a certainement un très bel avenir : nous faisons seulement des réserves pour le type courant actuel, à compression dans le carter et déflecteur de piston, tel qu'on l'emploie ordinairement sur les motocyclettes légères : leur consommation est inévitablement exagérée, par suite de la perte de gaz frais, et le ralenti médiocre : nous en avons déjà parlé.

Les études des ingénieurs se portent maintenant vers des deux temps à soupapes, à tiroirs, etc., dont le rendement est bien meilleur que le type précédent ; mais la complication et le prix de revient sont alors aussi élevés que dans les quatre temps classiques.

Etant donné que nous devons user des solutions connues, familières au moindre mécano, nous attendrons pour adopter ces louables essais.

Aujourd'hui que l'essence est si chère, il n'est pas avantageux de gagner même la moitié sur l'achat d'un moteur si l'on consomme un tiers en plus : donc, l'emploi d'un engin à bon rendement s'impose, d'où pistons en aluminium, roulements à billes ou galets, culasses hémisphériques avec culbuteurs pour les soupapes — on les fait robustes — bonne compression, larges orifices d'admission et d'échappement avec le moins de coudes possible, de façon que la respiration se fasse sans efforts ; graissage soigné.

Ce que nous disons du moteur, nous le répéterons pour un organe important qui est la transmission.

Pour la plupart des automobilistes, la question ne se pose même pas : on a un arbre à la cardan et des pignons d'angle dans le pont arrière ; c'est en effet la règle pour les voitures classiques, mais n'oublions pas qu'il s'agit ici de modèles réduits, le meilleur marché possible — tout en restant solides.

Alors les combinaisons sont infinies.

En Angleterre, pour le genre cycle-car — au-dessous de 350 kos.. comme en France, et 1.100 de cylindrée — et même chez nous, la courroie a trouvé des adeptes.

Il est évident que c'est une transmission bon marché, silencieuse, souple, légère, facilement réparable ; avec des poulies d'un diamètre suffisant et l'emploi de la toile caoutchoutée, les glissements sont minimes, juste ce qu'il faut pour servir d'amortisseur et de différentiel en cas des deux courroies latérales — une pour chaque roue.

En en employant une seule centrale, sur des poulies extensibles, on a en plus un changement de vitesse idéalement simple et progressif.

Sans même aller jusqu'au changement de vitesse, on peut adopter — et cela est fait pratiquement — une large courroie plate qui travaille en somme dans de bonnes conditions, pourvu qu'elle soit à l'abri de la poussière et de la boue ; la transmission est ainsi très souple et légère, mais dans ce cas, l'avantage sur l'arbre à cardan est nul et plutôt négatif au point de vue rendement, car on ajoute ainsi un relai toujours mauvais, tandis qu'avec la transmission classique, la grande vitesse est en prise directe.

Quant aux poulies extensibles ou cônes inversés, nous n'en pensons rien de bon au point de vue intermédiaire de transmission, car l'usure des courroies est alors très rapide et le patinage exagéré et inévitable en petite vitesse, juste au moment où l'effort est maximum et où on aurait besoin d'une grande adhérence.

Si l'on prend une section très forte pour cette courroie centrale, elle perd de sa souplesse et absorbe uue puissance considérable, tout en patinant encore davantage.

Et nous ne parlons pas des allongements de ces courroies, de leur mauvaise situation quand elles sont latérales, recevant une bonne partie des projections des roues, de leur rendement médiocre dès que les poulies sont un peu déformées à l'usage, les angles d'ouverture de la courroie neuve et de la poulie ancienne — qui dure au moins dix fois plus que la courroie — ne correspondant plus.

Si on les tend à bloc, pour s'éviter de trop fréquents et fastidieux raccourcissements, il y a un trop gros tirage sur les axes avec les inconvénients que l'on devine.

Bref, la courroie n'est admissible — et nous avons déjà vu ses défauts, même dans ce cas — que pour des motocyclettes légères de 2 ou 3 chevaux.

Pour le cycle-car et les petites voiturettes, malgré son bon marché relatif pour la première mise — nous n'en dirons peut-être pas autant pour l'entretien — nous rejetons nettement ce mode de transmission, bon tout au plus pour des modèles de sport où, après deux ou trois cents kilomètres, on fait une révision générale.

Nous devons, nous, ignorer notre transmission ou presque, les joints du cardan flexibles constituant sous ce rapport un gros progrès.

Que dirons-nous de la chaîne ?

A la vérité, elle n'est que rarement employée, parce que bruyante dès qu'elle est un peu grosse, et difficile à protéger.

Son usure, quoique lente, nécessite un réglage de tension pas toujours aisé à rendre accessible ; avec la motocyclette et les trois roues, c'est, tout compte fait, une bonne solution comme nous l'avons déjà montré ; avec quatre roues le problème se complique, car il faut deux chaînes également tendues et peut-être d'autres qualités délicates qui font reculer plus d'un constructeur, puisqu'en pratique, on ne voit pour ainsi dire plus cette solution. Nous la regretterons à un point de vue : c'est qu'avec elle, le pont arrière pouvait être fait très léger — une simple barre — ne renfermant plus de couple conique, et la suspension très bonne par suite de cette grande diminution du poids nonsuspendu.

Y reviendra-t-on devant le mauvais état de nos routes ? C'est peu probable, car avec la suppression du différentiel déjà conseillée et une voie étroite, on arrive sensiblement au même résultat tout en conservant le bon rendement et la longévité de pignons d'angle trempant dans l'huile.

Nous signalerons cependant la disposition ingénieuse qui consiste à installer un groupe moteur à l'arrière et à transmettre directement à l'essieu la puissance du moteur au moyen d'une courte chaîne centrale, de préférence du type dit « silencieuse », avec carter étanche faisant également bain d'huile.

Le rendement se trouve ainsi amélioré au maximum avec la chaîne silencieuse, comme nous l'avons souvent constaté. Le seul point délicat est le refroidissement du moteur, mais on y arrive assez bien : plusieurs modèles en Angleterre et en France circulent ainsi.

Pour que cette chaîne et son carter travaillent dans de bonnes conditions, il faut les isoler des secousses directes de la route ; sans cela, tout se disjoindrait rapidement, les amplitudes d'oscillations étant trop considérables par rapport à la faible longueur de ce carter ; le meilleur moyen est de rendre les pignons centraux, transmetteurs de la puissance, solidaires du châssis, et d'employer ensuite les fameux cardans transversaux qui permettent tous les sauts possibles aux roues sans que le centre porteur des engrenages moteurs soit directement influencé.

Avec une bonne construction, on doit avoir des résultats supérieurs par ce système, mais en France, les conceptions nouvelles ou originales ne sont pas beaucoup encouragées et il nous faudra attendre encore.

En adoptant le moteur à l'arrière, on peut aussi transmettre la puissance directement du pignon moteur au grand pignon de l'essieu arrière, ce qui, avec une denture silencieuse, ne doit pas être mauvais ; la voiturette la meilleure marché d'Angleterre est ainsi conçue et on ne voit pas quel système serait plus solide et sûr.

Mais nous sommes en France, et tout compte fait, il faut en revenir au classique : couronne dentée dans le pont arrière ; d'abord, on est certain que ça marche bien, puis le rendement n'en est pas mauvais avec un bon graissage, facile à faire par les larges bouchons de visite prévus maintenant d'une façon générale.

Le différentiel une fois supprimé, nous ne voyons pas ce qui pourrait donner des ennuis dans ce pont arrière très solide désormais.

Donc, adoptons. Dr DE VAUBERCEY.
(*A suivre.*) Miribel (Ain).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations.

Casse-tête chinois donné en guise de problème aux candidats à l'Ecole normale d'Instituteurs de la Seine en l'an de grâce 1920. — Ecrivez le nombre indiquant le jour où vous êtes né. — Ajoutez-y 2. — Doublez, puis multipliez par 50. — Ajoutez le nº d'ordre du mois dans lequel vous êtes né. — Multipliez par 100. — Soustrayez le nombre d'années que vous avez atteint ou devez atteindre au cours de l'année 1920.

Du nombre ainsi trouvé retranchez 19.980. Partagez le reste de la soustraction en tranches de 2 chiffres à partir de la droite, ces tranches lues à partir de la gauche donnent le jour, le mois et l'année de votre naissance.

Expliquez pourquoi ?

Et dire qu'il y a des esprits subversifs qui osent demander la réforme de notre enseignement à tous les degrés ! Les malheureux ! !

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON, THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

un certificat que les gendarmes réclamaient au maire. Dans ce certificat, assez long, j'ai indiqué, avec motifs à l'appui, qu'à mon point de vue il y avait eu infanticide.

2° Le lendemain, en l'absence du médecin légiste de l'arrondissement, j'ai été commis par le juge d'instruction en présence du Juge de paix délégué, pour pratiquer l'autopsie (durée 3 heures) du corps du nouveau-né dont j'ai parlé plus haut — nouveau transport à 5 kilomètres de chez moi, même commune. J'ai établi par ordre un rapport de 4 pages sur papier timbré de 2 francs, établissant la viabilité et les causes de la mort de l'enfant. Ce, après m'être dérangé pour prêter serment entre les mains du Juge de paix.

3° Le surlendemain, toujours dans les mêmes conditions, j'ai été commis le matin (2 heures de dérangement) pour examiner chez moi une chemise de femme tachée de sang dans le bas et de colostrum à la hauteur des mamelles. Sur mes conclusions, je me suis transporté, toujours commis par le parquet dans une autre commune du canton (sise également à 5 kilomètres de mon domicile) pour y examiner minutieusement une jeune fille accusée d'être l'auteur de l'infanticide signalé la veille et qui, après mon examen, a avoué sa culpabilité (3 heures de dérangement).

J'ai néanmoins établi un second rapport circonstancié de 4 pages, toujours sur papier timbré de 2 francs.

Par conséquent 3 actes médicaux bien distincts, à jours différents, dont le dernier comporte deux phases.

Nous, médecins syndiqués, recevons 15 fr. pour une visite simple (transport compris) dans les deux communes visées.

Les tarifs médico-légaux trouvés dans mes livres spéciaux datent d'avant-guerre et me paraissent dérisoires.

Vous serez bien aimable de me tirer d'embarras.

Dr B.

Réponse

Hélas ! C'est toujours le même tarif désuet aujourd'hui qui est en vigueur pour les expertises médico-légales.

Voici comment vous pouvez établir le mémoire de vos honoraires :

1re *opération*. Comme il y avait présomption de crime, vous avez été légitimement requis par le maire, agissant comme officier de police judiciaire.

Examen d'un cadavre de nouveau-né ..	10 fr.
Rapport	5 fr.
Indemnité kilométrique (10 km. à 0,40).	4 fr.
	19 fr.

2e *opération*. Autopsie du même nouveau-né.

Autopsie avant inhumation	15 fr.
Rapport (2 vacations)	10 fr.
Indemnité kilométrique	4 fr.
	29 fr.

3o *opération*. Examen de la chemise.

Opération autre que l'autopsie	10 fr.
Rapport (une vacation)	5 fr.
	15 fr.

4e *opération*.

Examen de la femme................	8 fr.
Rapport	5 fr.
Indemnité kilométrique	4 fr.
	17 fr.

Vos rapports n'avaient pas besoin d'être sur timbre. Vous en réclamerez cependant le montant, ainsi que celui de toutes les fournitures reconnues nécessaires pour les opérations. Celles-ci vous doivent être remboursées sur mémoire, ou sur factures acquittées.

Votre mémoire sera établi en double exemplaire sur modèle réglementaire. Vous l'adresserez ensuite à l'autorité qui vous a requis, pour visa et autorisation d'être payé par le Receveur de l'enregistrement.

II

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire par la voie du *Concours Médical* si la loi de juin 1811, concernant le tarif des réquisitions, est toujours en vigueur, ou si, comme je le crois, elle a été modifiée.

Dans ce cas, quel est le nouveau tarif ?

Dr D.

Réponse

Le décret de 1811 sur les réquisitions n'a pas encore été modifiée et les tarifs désuets de cette époque lointaine restent toujours en vigueur.

On s'occupe au Ministère de la Justice de les améliorer.

Nous avons tout lieu de redouter que l'amélioration ne soit pas du goût des médecins.

Il serait en effet question de laisser les juges du fond libres de tarifer les expertises selon leur bon plaisir.

Honoraires médico-légaux au civil.

Désigné par un jugement de tribunal de R. comme expert chargé d'examiner avec deux confrères un accident du travail, employé du réseau des Chemins de fer de l'Etat, domicilié dans mon arrondissement, je viens vous demander quels honoraires je puis exiger pour les opérations ci dessous :

1º Prestation de serment devant M. le Président du tribunal de J.. ?

Indemnité kilom. pour une distance de 18 kilomètres ?

2º Examen du malade à J. ?

Indemnité kilom. (18 kil.)

Rapport (20 vacations)

Le rapport doit-il être rédigé sur timbre ?

A qui adresser la note d'honoraires ? Au Président du tribunal de J. ou à celui de R. ?

Veuillez me dire en outre si les médecins-propharmaciens sont assujettis au nouvel impôt sur le chiffre d'affaires ?

Dr G.

Réponse

Le Tarif de 1807, qui est toujours en vigueur pour les honoraires médicaux en matière civile, n'accorde d'indemnité de déplacement que si l'expert est domicilié à plus de deux myriamètres du lieu de l'expertise. Comme vous ne comptez que 18 km. de La F. à J., vous ne pouvez revendiquer cette indemnité.

Par contre, en raison de l'éloignement de ce lieu, vous pouvez facilement compter 4 vacations pour l'opération d'expertise proprement dite.

Voici comment nous vous conseillons d'établir votre mémoire :

Prestation de serment à J. : 2 vacat. à 6 fr.	12 fr.
Expertise: 4 vacations à 6 fr.	24 fr.
Rédaction du rapport : x vacations à 6 fr.	....
Dépôt du rapport : 2 vacations	12 fr.
Total.....	....

Je doute que le parquet accepte de vous accorder 20 vacations pour la seule rédaction du rapport, ce qui représenterait 60 heures de travail ; vous ferez bien, je crois, de diminuer ce chiffre.

Vos mémoires doivent être établis en double exemplaire sur un modèle réglementaire.

Vous les adresserez pour visa à l'autorité qui vous a requis comme expert.

Ils vous seront ensuite retournés, et vous en toucherez le montant chez le Receveur de l'Enregistrement, qui en déduira vraisemblablement les droits de timbre.

Les médecins-pharmaciens sont soumis à l'impôt sur le chiffre d'affaires, à raison seulement des médicaments, objets de pansement et produits divers qu'ils achètent et revendent à leur clientèle.

Pour l'impôt sur le chiffre d'affaires, voyez le décret du 24 juillet, paru à l'*Officiel* du 25.

Le recensement des automobiles est obligatoire.

Quousque tandem

J'ai reçu ces temps derniers une invitation à présenter ma voiture automobile à la commission de recensement de B. à 11 kilomètres d'ici.

Je ne m'y suis pas rendu. Au gendarme chargé d'enquêter, j'ai donné comme raison que j'étais tenu par un accouchement. Cette affaire deviendra ce qu'elle voudra ; là n'est pas la question.

Mais je dis ceci : Est-il admissible qu'après m'avoir fait payer pendant la guerre des impôts pour une voiture professionnelle inutilisée, on puisse venir exiger de moi un déplacement de 22 kilomètres, avec perte d'une demi-journée par dessus le marché, alors que je m'éreinte — et beaucoup comme moi — à faire du vélo pour éviter des frais d'automobile ?

Qu'en pensent les confrères ?

Dr G.

Réponse.

La loi est la loi. Et vous ne pouvez vous dispenser de vous soumettre à ses exigences, nonobstant le cas de force majeure, nettement justifié.

Il en est du recensement des animaux et des véhicules, comme de la révision des conscrits. L'intérêt national prime toutes autres considérations et demande aux intérêts particuliers, d'ailleurs parfaitement légitimes, certains sacrifices, qu'il est impossible de ne pas consentir.

Délai d'expiration de l'ancien Tarif Dubief.

Veuillez, je vous prie, avoir l'obligeance de me dire si je peux continuer à envoyer mes notes d'honoraires. — Accidents du travail en appliquant le tarif Dubief majoré de 100 %. Ai-je ce droit jusqu'à ce que le nouveau tarif entre en vigueur ?

Conseillez-vous, ou déconseillez-vous l'envoi actuel des notes ?

Dr R.

Réponse.

Jusqu'au 1er septembre prochain, c'est l'ancien Tarif Dubief qui demeure toujours en vigueur, avec la majoration de 100 %, au regard des assurances qui ont accepté l'arbitrage de Bienvenu-Martin.

Vous pouvez donc établir vos notes en conséquence et les envoyer sans attendre.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'acné rosacée.

S'il existe des pustules, les toucher *légèrement* avec la plus fine pointe du thermocautère de Paquelin.

On aura au préalable lavé les parties atteintes à l'eau très chaude dans laquelle on dissoudra une cuillerée à bouche de borate de soude par litre.

Laisser sécher.

Oindre alors, pour la nuit, les mêmes parties avec la pommade suivante, que je formule depuis 20 ans :

Savon vert	âã 30 gr.
Lanoline	
Vaseline neutre	
Soufre précipité pulv.	âã 10 gr.
Résorcine	
Carbonate de chaux	
Oxyde de zinc	
Talc	
Naphtol B..............	âã 5 gr.
Dermatol	

Quelques épidermes sensibles ne peuvent supporter cette pommade que pendant quelques heures. Lorsque la douleur sera trop vive, le patient s'essuiera avec un linge très propre et se lavera ensuite à l'eau très chaude, 45° ou 50°, pour enlever l'excédent de corps gras.

Il se poudrera ensuite avec :

Talc	20 gr.
Oxyde de zinc	20 gr.
Benzoate de bismuth	10 gr.
Dermatol	5 gr.
Amidon pulv.	15 gr.
Carmin d'Indigo......	q. s. pour colorer (fard rose).

F. S. A. La poudre porphyrisée et passée au tamis de soie n° 1.

Pour l'acné localisée : bain sulfureux (à la sulfurine inodore).

Pour l'acnée généralisée : grand bain, avec 100 ou 150 grammes de pentasulfure de potassium (KS^5) ou avec la sulfurine.

Régime : lacto-végétarien.

Traitement interne : 1° ferments lactiques ; 2° comprimés de sels d'Etain (canitol ou stannoxyl). — En alternant, à jour passé.

Excellentes aussi les injections de collobiases stanniques.

Dr GALAND (de Cambrai).

DOCUMENTS OFFICIELS

L'assistance aux colonies. — Une loi du 15 juillet 1920 (*Journal Officiel* du 22 juillet) a rendu applicable aux colonies de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Réunion et de la Guyane, certaines dispositions de :

1° la loi du 15 juillet 1893 sur l'organisation de l'assistance médicale gratuite ;

2° la loi du 27 juin 1904 sur le service des enfants assistés ;

3° la loi du 28 juin 1904, relative à l'éducation des pupilles de l'assistance publique difficiles ou vicieux ;

4° la loi du 14 juillet 1905, relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources ;

5° la loi du 14 juillet 1913 relative à l'assistance aux familles nombreuses.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

L'ivrogne.

Fervent du jus fameux des vignes de l'Helvie,
Dont Cœsar a connu le rubis éclatant,
L'Ivrogne respectable a, plus de quarante ans,
Offert à Dionysos le meilleur de sa vie.

L'écarlate splendeur de sa trogne fleurie,
D'un violet blafard se ternit maintenant
Et la cirrhose insidieuse va gonflant
Son abdomen d'une eau qui n'est jamais tarie.

Et chaque fois que j'ai, d'un trocart acéré,
Posé le robinet à son ascite énorme,
J'ouïs le malheureux dignement murmurer,

Tournant des yeux navrés vers son ventre difforme
Et accusant Bacchus d'un trop injuste abus :
« D'où vient toute cette eau, moi qui n'en ai pas bu ? »

J.-M. Archimbaud,
d'Aubenas-en-Vivarais.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 34 — DIMANCHE 22 AOUT 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS

Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

VALS SOURCE REINE

Souveraine dans la

Gastro - Entérite

des Enfants du 1er âge.



Mode d'administration de la REINE de Vals dans les diarrhées infantiles.

Chez les enfants élevés au biberon, ce qui est le cas le plus fréquent, il faut tout d'abord **supprimer absolument** le lait ou tout autre liquide plus ou moins nuisible qui est donné à l'enfant : eau de gruau, eau de pain, etc... Il faut encore nettoyer à fond le biberon. On donnera alors l'eau de la **Reine, froide, pure sans addition aucune.** La quantité variera selon l'âge de l'enfant : quart, tiers de biberon, moitié même; ce qui importe, c'est qu'on fasse boire l'enfant et non qu'on laisse un biberon à sa disposition.

Après un intervalle de temps convenable (une h. ou deux, suivant le cas) on réitère; puis nouvel intervalle et nouvelle ration d'eau, et ainsi de suite.

L'effet est immédiat : dès que l'enfant a bu l'eau, les vomissements s'arrêtent. Il e[illegible] très rare de voir la première dose vomie et jamais la seco[illegible] ne l'est.

L'Eau d[illegible] *les pharmacies, chez tous les marchands d'Eaux et dans les dépôts de la Cie ferm*[illegible] *t s'adresser à M.* **CHAMPETIER** *à* **VALS-LES-BAINS** *(Ardèche).*

[illegible]ALS SOURCE REINE

Quarante-deuxième année. — N° 34 — 22 Août 1920

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur MARTIN, de Flers (Orne), la somme de vingt-cinq francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite, de quatre lignes au plus, aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Toute demandes de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 407. — Torpedo moderne, 4 places à strapontin, consommant 9 litres à échanger contre voiture (torpedo ou conduite intérieure) plus forte. S'adresser aux Etablissements de l'Auto fauteuil, à Blois (L.-et-Cher).

N° 408. — Suis acheteur d'une petite auto Zèbre, ou similaire, mobilier et instruments de chirurgie. Dr Kaminka, à Gandelu, Aisne.

N° 409. — A céder, Somme, poste 16.000 fr. on pourrait faire 1/3 de plus en faisant pharmacie. Conditions, reprise du bail et légère indemnité.

N° 410. — A vendre salon Louis XVI, 5 pièces, laqué crème, recouvert à neuf, velours bleu à côtes, intérieur crin.

N° 411. — Région Nord-Est, clinique de physiothérapie à céder valeur du matériel. Centre industriel, 60.000 habitants. Installation très complète datant de 6 mois, grosse clientèle assurée. Loyer d'avant-guerre, bail 10 ans. S'adresser E. Didier, 148, faubourg St-Denis, Paris, 10e

N° 412. — Poste de campagne rapport 30.000 fr., à céder de suite dans le Loiret, 100 kil. de Paris. On fait la pharmacie.

N° 413. — Ouest. Bon poste de campagne, ch.-l. de canton. Maison avec jardin. Rapport au-dessus de 20.000. Chasse et pêche. Indemnité 2.000 comptant ; reprise du bail.

N° 414. — A céder bon poste campagne, région Midi, seul médecin pouvant faire la pharmacie. Rapport 20.000 fr. Indemnité 6.000 comptant.

N° 415. — Céd. pour oct. cond. intér. Darracq, 4 cyl. 12 × 16, Zénith, Bosch, très confortable, rapide, robuste, service très régulier. Tous accessoires. Pas roulé guerre. Photo sur demande. Dr Petit, Valenciennes.

N° 416. — Docteur, 28 ans, Fac. Paris, cherche, Paris ou banlieue immédiate, assoc. avec conf. âgé ou fatig. en vue succession avec achat clientèle.

N° 417. — A céder de suite poste médecin-pharmacien donnant 25.000 fr., clientèle facile, bicyclette suffirait, petite maison à louer meublée un an. Conviendrait à célibataire ou ménage ayant peu d'enfants. Chasse et pêche. Proximité grande ville universitaire. Conditions 3.000 fr. comptant. Dr Marsat, à Lavilledieu-du-Clain (Vienne).

N° 418. — Docteur achèterait petite clientèle Paris ou banlieue.

N° 419. — Très bon poste à reprendre dans chef-lieu de canton à 2 h. 1/2 de Paris, seul médecin, gros rapport. Médecin du chemin de fer, petit loyer, maison agréable. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 420. — Poste demi-repos à céder dans grande banlieue parisienne, desservi actuellement avec bicyclette, grande maison confortable. Indem. 6000 fr., poste ancien susceptible de grosse augmentation. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

La médaille commémorative

Je lis, dans le numéro du 18 juillet du *Concours Médical*, p. 1828, qu'une médaille commémorative de la guerre peut être réclamée par les médecins et administrateurs bénévoles ayant servi aux armées ou à l'intérieur.

Cette médaille concerne-t-elle par exemple un médecin ou un administrateur bénévole non militarisé qui a, pendant toute la durée de la guerre, ou presque, dirigé des formations sanitaires où 1.000 blessés ont passé ?

A qui s'adresser en ce cas pour cette médaille commémorative ?

Dr T.

Réponse

Si la formation sanitaire que vous avez dirigée, sans être militarisé, appartenait, comme c'est probable, à une des Sociétés de la Croix-Rouge, ou si seulement elle recevait et hospitalisait des blessés de guerre, elle était forcément inspectée par l'autorité militaire et par le service de santé.

Dans ces conditions, les médecins qui se trouvaient à la tête de telles organisations ont droit au port de la médaille commémorative ainsi que le personnel infirmier, à condition de pouvoir justifier à toute réquisition de ce droit par la production d'une pièce établissant authentiquement l'emploi qu'ils ont ainsi tenu.

Enregistrement et visa du diplôme de docteur en médecine,

Je désirerais savoir si je suis obligé par la loi à faire enregisterer mon diplôme à la mairie, ainsi qu'on veut m'y obliger.

Dr T.

Réponse.

Voyez l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892, modifié par la loi du 14 avril 1910, ainsi conçu :

« Les docteurs en médecine sont tenus dès « leur établissement et avant d'accomplir aucun « acte de leur profession, de faire enregistrer « sans frais leur titre, à la préfecture ou sous- « préfecture, au greffe du Tribnnal civil de leur « arrondissement, et de le faire viser à la mairie « du lieu où ils ont leur domicile ».

Vous devez vous conformer à la loi et soumettre votre diplôme au visa municipal ainsi édicté.

L'impôt sur le chiffre d'affaires est-il applicable aux médecins ?

Le receveur des contributions indirectes vient de me remettre un bulletin concernant la déclaration sur le chiffre d'affaires ; est-ce que le médecin est obligé de tenir un registre comme le commerçant et faire chaque mois sa déclaration concernant cet impôt ?

Dr R.

Réponse.

Si vous faites la propharmacie, vous êtes assujetti à l'impôt de 1,10 % sur votre chiffre d'affaires, seulement en ce qui concerne les ventes que vous faites à vos clients des marchandises que vous achetez vous-même.

Mais au point de vue strictement médical, la loi ne permet pas de soutenir que les médecins sont redevables de cet impôt.

Admission des malades aisés dans les hôpitaux.

Existe-t-il quelque part un petit recueil des lois, décrets, règlements et circulaires concernant les hôpitaux ? Je n'ai là-dessus que les renseignements fournis par l'Agenda du *Concours*, qui ne donne que les grosses choses.

Avez-vous connaissance d'un questionnaire envoyé aux commissions des hospices pour les prier de donner leur avis sur le mode de rétribution des médecins par les malades payants ? Ici, la commission nous a donné lecture de quelques questions, et nous a demandé notre avis avant de répondre. Le questionnaire manque absolument de précision, et n'explique pas si les mutilés, les accidentés du travail, etc, sont parmi les « malades payants ».

Réponse.

L'Agenda du *Concours*, 1914, contient les textes législatifs et réglementaires, concernant les hôpitaux (et ces textes ne sont pas nombreux). D'autre part, la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance, 49 rue de Miromesnil, a édité un opuscule, contenant les textes se rapportant à l'assistance, à la bienfaisance et à l'hospitalisation.

Mais, il faut savoir lire ces textes et les interpréter, car la loi date de 1851 et le règlement modèle n'est qu'une circulaire ministérielle.

Quant au questionnaire dont vous parlez, il a été envoyé par M. Ricordeau, vice-président des hospices de Nantes, pour faire aboutir une enquête auprès des hôpitaux d'une certaine

importance. Le Conseil supérieur de l'assistance publique s'est occupé de cette question à sa dernière session, en juin et, avec le Dr Bellencontre, nous avons obtenu que les syndicats médicaux seraient à leur tour interrogés sur ce problème de l'admission des malades aisés dans les hôpitaux et le mode de rémunération des médecins.

C'est pour répondre à M. Ricordeau, que j'ai fait le rapport que nous avons publié dans l'avant-dernier *Concours*.

Dr P. B.

Accidents du travail. Tarif des radiographies.

J'ai fait au commencement de décembre 1919 des radiographies de blessés par accidents de travail aux Aciéries de France. Quelques jours plus tard, un agent de la Caisse Syndicale des Forges de France est venu, en mon absence, demander mon tarif de radiologie. J'ai envoyé aussitôt le tarif de l'Agenda du *Concours* de 1920.

Au mois de février 1920, radiographie d'un autre blessé, et quelques jours plus tard une réponse à mon relevé du 4e trimestre 1919 m'informant que la Caisse Syndicale ne pouvait payer un tarif plus élevé que celui voté par le Syndicat des médecins radiologistes pour l'année 1920.

Ce tarif est-il applicable pour les radiographies de décembre 1919 lorsqu'il n'existait pas encore, et pour celle du février 1920, deux mois après que j'avais averti que j'appliquais le tarif de l'Agenda-Memento de 1920 ?

Dr E.

Réponse.

En principe, aucun tarif n'est imposable aux médecins. Pour les accidents du travail, vous êtes libre d'appliquer les prix que bon vous semble. Si c'est l'ouvrier et non son patron qui vous a désigné, le chef d'entreprise, c'est-à-dire son assurance, ne supporteront que la part mise à leur charge, c'est-à-dire les chiffres prévus au tarif Dubief (en l'espèce, pour votre spécialité, les chiffres indiqués par le tarif du syndicat des électrologistes). C'est le blessé qui supportera la différence entre le tarif Dubief et votre propre tarif.

Si au contraire vous avez été mis en œuvre par le chef d'entreprise ou par son assurance, c'est celui qui a commandé qui paye et non plus le blessé.

Dr P. B.

Les V. E. M.

Veuillez me faire savoir si : 1° les voyages d'Eaux minérales, créés par M. Carron de la Carrière, avant 1914, fonctionnent cette année ou fonctionneront l'an prochain.

2° Si le *Concours* en fait part.

Dr D.

Réponse du Dr M. Jouaust,
Secrétaire des V. E. M.

Mon cher confrère,

En réponse à votre lettre du 2 courant concernant les V. E. M., je ne peux que vous confirmer ce que nous avons annoncé à la fin de notre rapport à Monaco, le Dr Carron de la Carrière et moi. *Les V. E. M. reprendront l'année prochaine, en* 1921, *par un voyage aux stations du centre.*

Cette année, en dehors de la question hôtels, les Compagnies de chemin de fer nous ont pressenti pour remettre à l'année prochaine nos tournées.

Il vous sera adressé toutes les communications en temps utile, mais vous pouvez déjà annoncer pour l'an prochain le voyage aux stations du Centre, ainsi que l'ont fait certains journaux.

Recevez, etc. Dr Jouaust.

Comment faire augmenter les tarifs ridiculement bas de l'A. M. G. ?

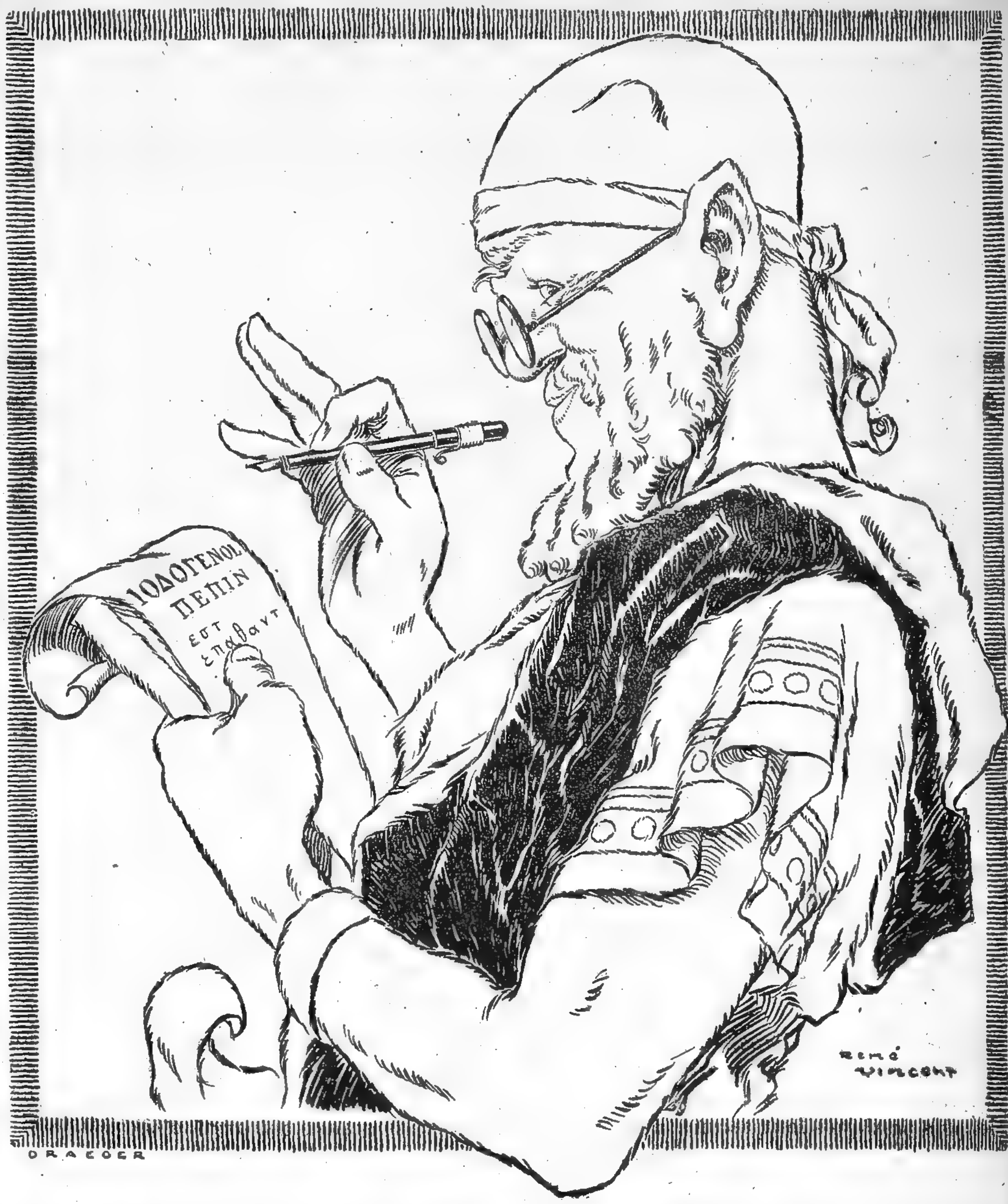
L'assistance médicale gratuite dans mon département est réglementée par un tarif datant du 1er juillet 1911. Au retour de la guerre, j'ai appris par le pharmacien que le prix de la consultation ou visite, depuis le 6 février 1918 avait été élevé de 1 fr. à 2 fr. (quel effort !) par conséquent majoré de 100 p. 100. Au cours du 2e trimestre 1920 j'ai eu l'occasion de pratiquer une thoracentèse. Sur ma facture, j'ai cru pouvoir faire la même majoration de 100 p. 100 et tarifer 40 fr. au lieu de 20 fr. qui est le tarif de 1911. C'était logique, mais audacieux, car ma facture m'est retournée réduite de 20 fr. J'ai écrit à M. le Directeur de l'A. M. G. Pas de réponse. Je sais qu'administrativement je n'ai qu'à subir ce tarif draconien où l'accouchement normal est à 10 fr. (*sic*) et l'opération de la hernie etranglée à 30 fr. (*sic*). Mais je désirerais savoir par qui est établi le dit tarif afin de pouvoir en réclamer la révision, en soumettant bien entendu ma proposition à mon syndicat.

Dr P.

Réponse

Le tarif de l'A. M. G. est discuté, voté par le conseil général du département, puis appliqué par le préfet. Si les médecins veulent obtenir des tarifs qui ne soient pas ridicules et qui puis-

(*Voir la suite page XXIX-2113*)


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
RENÉ VINCENT
DRAEGER

PROPOS DU JOUR

Les questions d'hygiène et de médecine sociales et les relations médicales internationales.

Nous avons entrepris l'organisation d'un office pour développer les relations médicales entre la France et les autres pays. Ceux qui collaborent à cette tâche font, à notre avis, œuvre de bons Français ; ils participent à la grande œuvre de paix internationale dont le monde a plus besoin que jamais, car les médecins nous semblent les plus désignés pour resserrer les liens entre les hommes de bonne volonté.

Au cours des discussions qui eurent trait au développement des relations médicales internationales, nous fîmes remarquer qu'il était évidemment nécessaire et très intéressant de bien recevoir en France les médecins étrangers, de leur faire apprécier l'enseignement de nos Universités, connaître les recherches de nos savants, les travaux de nos laboratoires et de nos grandes institutions scientifiques, qu'il serait excellent et utile de les promener à travers notre beau pays, de leur faire admirer ses sites merveilleux, découvrir ses richesses hydrominérales, ses avantages climatiques, mais que nous avions personnellement une autre préoccupation : celle de créer un vaste office international de renseignements sur tout ce qui concerne les questions d'hygiène et de médecine, sociales et professionnelles, questions qui se pénètrent de plus en plus.

Ce nouvel aspect de la question n'avait été envisagé par personne. Beaucoup le trouvèrent intéressant ; d'autres sourirent, considérant cela comme un hors-d'œuvre ou une réalisation à faire dans un temps indéterminé. Si la question n'était pas aussi sérieuse et pressante, nous aurions le droit à notre tour d'apprécier avec une pointe d'ironie les projets de ceux qui pensent que le meilleur moyen d'établir des relations durables avec les médecins étrangers à l'époque tragique que nous traversons, est de joindre à l'enseignement des divertissements, *utile dulci*, et de les conduire le soir au Grand Guignol après leur avoir fait savourer le matin la plus brillante leçon d'un de nos meilleurs maîtres.

Dans le *Concours médical* du 1er août 1920, page 1933, notre ami P. Boudin relève dans l'*Officiel* les articles 23 et 24 du Pacte de la Société des Nations ; ces articles prévoient l'examen des conditions d'hygiène dans lesquelles doivent s'effectuer le travail, s'intéressent au trafic des drogues nuisibles ; ils exigent qu'on s'occupe des moyens de prévenir et combattre les maladies.

Se basant sur ces articles, avec de nombreux exemples à l'appui, le Dr Paul Boudin démontre combien serait utile l'organisation d'une société internationale qui discuterait toutes ces questions et proposerait des solutions pratiques.

Or, malgré la situation politique encore si imprécise et si troublée du monde, la Société des Nations ne s'est pas bornée à publier ce Pacte. Son conseil s'est réuni tout dernièrement à Saint-Sébastien, et un des premiers rapports discutés a été celui de M. da Cunha, délégué du Brésil, sur la création d'une organisation internationale d'hygiène, prévue par le traité de Versailles.

Cette organisation doit être le conseil d'hygiène de la Société des Nations. Elle devra donner des informations rapides pour permettre de prendre à temps des mesures prophylactiques contre les maladies et les épidémies, conclure ou réviser les accords internationaux touchant à l'hygiène, protéger les travailleurs, collaborer à l'organisation internationale du travail, former des missions médicales, etc., etc.

Déjà ont été jetées les bases de cette grande organisation internationale d'hygiène. Elle sera composée :

1° D'une commission d'études comprenant les délégués des Etats qui prirent part à la conférence de Rome en 1907 ;

2° D'un comité permanent ne comprenant que les délégués des Etats adhérents à la Société des Nations ;

3° Le budget de la Société des Nations doit couvrir les frais de cette grande organisation.

Rentrant immédiatement dans l'ordre des réalisations pratiques, le Conseil de la Société des Nations s'est préoccupé de la lutte contre le typhus en Pologne et des frais qu'elle peut nécessiter ; le conseiller technique français, le Pr Léon Bernard, a proposé au Conseil de s'intéresser aux fléaux sociaux, tels que les mala-

dies vénériennes et la tuberculose au même titre que les maladies pestilentielles.

Dans l'état politique actuel de l'Europe, il est permis de ne pas être encore très fixé sur l'avenir de la Société des Nations ; mais, quelle que soit l'issue de la tourmente que nous traversons, les temps sont proches où les peuples comprendront qu'ils ont mieux à faire que de s'entretuer dans des buts égoïstes ou chimériques, de plus en plus imprécis ; ils cesseront ces guerres cruelles à la fin desquelles l'état du vainqueur n'est guère meilleur que celui du vaincu.

Alors, de quelque façon qu'on s'y prenne, l'on continuera ou l'on recommencera de chercher à réaliser le programme d'hygiène et de médecine sociales de la Société des Nations.

Quelle que soit la confiance que puisse nous inspirer, à nous, médecins, les conseillers techniques que voudront bien désigner nos gouvernements présents et à venir, nous sommes personnellement trop intéressés dans toutes les questions d'hygiène et de médecine sociales pour que nous nous en reposions sur eux et que nous nous désintéressions de ces choses. Il faut que nous étudions toutes les solutions de concert avec nos confrères étrangers ; il faut que nous soyons sérieusement documentés sur ce qui se passe ailleurs, et non pas seulement par les rapports et les statistiques officielles, mais par l'appréciation des médecins de chaque pays.

Nous pensons que la nouvelle association pour le développement des relations médicales entre la France et les pays alliés et amis est toute désignée pour nous permettre d'atteindre ce but. Et c'est pour cela que nous avons réclamé dans cette association la prompte organisation d'une section de renseignements sur les questions d'hygiène et de médecine sociales, et sur tout ce qui peut intéresser la médecine professionnelle.

J. Noir.

***

Le professeur Hartmann a émis le projet, qui nous paraît excellent, d'organiser par l'intermédiaire de l'A. D. R. M., des *semaines*, où tout médecin s'y intéressant serait admis à venir donner son avis sur une *seule* question médicale, mise à l'ordre du jour. M. Hartmann, qui n'envisageait que le côté scientifique, a eu là une idée très pratique.

En ce qui nous concerne, nous pensons qu'une *semaine* où l'on convierait les médecins de divers pays à venir discuter sur *l'assurance-maladie au point de vue médical* serait d'un grand intérêt tant au point de vue général qu'à celui présent des praticiens français.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE.

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades :
M. le Professeur Marfan.

L'allaitement par nourrice mercenaire.

La coutume de faire nourrir les enfants par d'autres femmes que les mères remonte à une date éloignée. Elle ne semble pas, cependant, avoir été très répandue dans l'antiquité. Les anciens s'adressaient généralement dans ce but aux esclaves et, si l'on en croit les auteurs, lorsqu'une femme libre consentait à devenir nourrice mercenaire, elle s'abaissait presque au rang de la prostituée.

A l'époque romaine, l'allaitement mercenaire devint plus en faveur : malgré le christianisme, il se répandit, parmi les nations latines surtout, car certains pays, l'Angleterre et l'Allemagne en particulier, eurent recours de préférence à l'allaitement artificiel.

Quoiqu'il en soit, jusqu'au XVIII[e] siècle, les inconvénients de l'allaitement mercenaire ne furent pas très considérables, la vie agricole étant alors de beaucoup la plus répandue. Mais, avec le développement des villes et surtout le travail féminin hors du foyer, les conditions changèrent et cette question devint une question sociale.

Il existe deux catégories de nourrices mercenaires : les nourrices à distance et les nourrices sur lieu. La nourrice à distance emporte le nourrisson chez elle et l'élève avec son propre enfant. Autrefois, ce système était très en honneur parce que l'éloignement n'était pas très grand. Généralement, les parents habitant la ville choisissaient une nourrice dans un faubourg, dans la banlieue, où ils pouvaient visiter leur enfant fréquemment et le surveiller. Peut-être, aussi, les nourrices avaient-elles une conscience très nette du haut devoir qu'elles remplissaient. Aujour-

d'hui, quand on confie un enfant à une nourrice à distance, celle-ci habite loin et la surveillance des parents devient impossible. En principe, l'enfant de la nourrice doit avoir 6 à 7 mois et pouvoir être mis à l'allaitement mixte. En fait, il arrive trop souvent que la femme continue à allaiter son enfant et donne à son nourrisson du lait de vache.

Cet allaitement à distance, pour ce motif, cause une mortalité très grande, plus grande que les autres formes d'allaitement.

La nourrice sur lieu se rend au domicile des parents et y séjourne pour donner le sein au nourrisson. C'est un mode d'allaitement en faveur dans les grandes villes. Deux conditions sont venues le modifier. Tout d'abord, l'organisation de l'industrie nourricière. Il s'est créé des agences ayant pour but de procurer et de placer les nourrices. Les agences en question se mirent en rapport avec les pays de province où la natalité était élevée, le Morvan, le Limousin, la Bretagne. Leurs correspondants envoyaient aux bureaux les mères, qui y arrivaient avec leurs enfants. Dès que les femmes se trouvaient placées, les enfants étaient ramenés au village où on les élevait au biberon. Ils mouraient dans des proportions énormes. Aussi, vers 1860, un cri d'alarme fût-il poussé par un médecin de ces régions.

Une autre condition a été le développement du travail féminin hors du foyer. Les femmes qui travaillent comme employées ou ouvrières ne peuvent pas allaiter leurs enfants, ni payer les frais d'une nourrice sur lieu. Elle les confient à des éleveuses qui les nourrissent au biberon à la campagne, avec une mortalité considérable.

Tout ceci attira l'attention des pouvoirs publics et aboutit à la loi de 1874, dite de protection des enfants du premier âge, ou loi Roussel. Son objet est de faire exercer une surveillance administrative sur les enfants ainsi élevés, hors du domicile des parents, par une nourrice salariée, et jusqu'à l'âge de 2 ans. Là où la loi Roussel est bien appliquée, elle donne de bons résultats, mais souvent il n'en est pas ainsi.

Je veux retenir de cette loi son article 8. Il stipule que toute femme ne peut se placer que si son enfant est âgé de 7 mois ou est allaité au sein par une autre femme. Cet article, dont le but est d'assurer la protection de l'enfant de la nourrice, soulève en pratique de telles difficultés qu'il est souvent violé et que beaucoup de maires et de médecins inspecteurs ferment les yeux à son sujet. On a demandé sa modification. C'est ainsi qu'en 1913 et 1914, l'Académie de médecine s'en est occupée et a adopté un rapport de M. Achard proposant de fixer la limite à 4 mois. La loi, si elle s'arrêtait à ce chiffre de 4 mois, serait beaucoup mieux applicable, sans inconvénient grave pour l'enfant de la nourrice. Si on voulait, en effet, n'accepter aucune dérogation à l'article 8, on aboutirait à supprimer le recrutement des nourrices. Cette conséquence, je le sais, réjouirait quelques-uns de nos collègues. Moi-même, jadis, j'y eus souscrit. Mais, l'expérience m'a rendu plus circonspect. J'ai cherché à savoir, par exemple, ce que faisaient ces femmes qui autrefois vivaient de leur état de nourrice et j'ai fait une enquête dans leurs pays, en Bretagne et dans le Limousin. J'ai appris que si, à cette époque, elles désiraient des grossesses, actuellement elles n'ont plus d'enfants, ou, lorsqu'elles en ont, les élèvent au biberon pour pouvoir travailler en usine. De sorte que leur lait, en réalité, ne profite à personne.

En définitive, il n'est peut-être pas désirable de poursuivre l'application stricte de l'article 8. J'accepterai volontiers les conclusions de l'Académie. J'irai plus loin, même. J'accepterai que dans certains cas déterminés le médecin-inspecteur puisse accorder une dérogation. Prenez une fille-mère, sans ressources. Mal nourrie, elle n'aura pas de lait et son enfant en souffrira gravement. Nourrice, elle touchera des mensualités qui lui permettront de faire élever son propre enfant. L'allaitement au sein par une nourrice mercenaire est évidemment fâcheux, au point de vue moral, mais c'est un mal nécessaire... tant que la croisade pour l'allaitement maternel n'aura pas donné son plein effet. Il y a des moyens, d'ailleurs, d'atténuer les objections à l'allaitement mercenaire. Le premier est d'autoriser la nourrice à garder près d'elle son enfant, au moins dans les premiers temps. Dans beaucoup de familles on a conscience de remplir un devoir social en gardant l'enfant de la nourrice. En général, cet enfant a déjà 3 ou 4 mois et il peut recevoir l'allaitement mixte en prenant un peu le sein de la mère, ce qui ne nuit pas au nouveau-né qui, au début, n'a pas besoin de beaucoup de lait. Quand on voit que l'enfant de la nourrice peut supporter l'allaitement artificiel, on le renvoie à la campagne. Un autre système, pratiqué en Italie, est celui de l'aide-nourrice. Cette aide-nourrice continue à habiter chez elle, mais elle se rend deux ou trois fois par jour au domicile d'un autre enfant pour lui donner le sein. C'est là une pratique intéressante qui n'est pas toujours réalisable, il est vrai, et qui demande une certaine surveillance pour éviter les contagions.

J'arrive à des questions plus médicales. D'abord le choix de la nourrice. Vous serez consultés à ce sujet et il faut que vous sachiez comment vous fixerez ce choix. On a à envisager deux ordres de considérations. Les premières, sociales, regardent la famille. Qu'il s'agisse de fille-mère ou de femme mariée, cela importe peu au médecin. Les secondes sont médicales. Autrefois, les familles parisiennes qui cherchaient une nourrice s'adressaient à leurs relations à la campagne.

Aujourd'hui, cette méthode est beaucoup moins usitée et il faut, en général, faire un choix extemporané. On dit que la nourrice doit avoir au moins 20 ans et au plus 30 ans. Au-dessous de 20 ans, on la considère comme légère et inexpérimentée, au-dessus de 30 ans comme indocile. C'est là évidemment une condition qui n'est pas *sine qua non*. Autrefois, on demandait 2 ou 3 allaitements et l'on n'aimait pas beaucoup les primipares. Le 2e ou le 3e allaitement sont ceux qui conviennent le mieux en général.

Quel âge du lait choisir ? La loi Roussel demande 7 mois, mais je vous ai dit que cette exigence était le plus souvent violée en pratique. Dans le public, on croit qu'un lait de 7 mois ne convient pas à un enfant nouveau-né. C'est une erreur et j'ai vu, dans ces conditions, des enfants prospérer très normalement. J'ai vu aussi des enfants de 7 mois se trouver bien d'une nourrice ayant un lait de 3 ou 4 semaines. J'ai vu également des nourrices allaiter deux enfants de la même famille nés à un an de distance. J'ai même vu une femme allaiter 3 enfants venus à une année de distance, sans une nouvelle fécondation pour elle. L'âge du lait n'a donc pas une très grande importance.

Ce qu'il faut surtout, c'est examiner la santé générale de la femme, l'état de ses mamelons et de ses seins. La nourrice doit être de bonne santé générale, ni trop grasse, ni trop maigre, de bon aspect, blonde ou brune. Jadis, on accordait la préférence aux brunes, mais ceci n'offre pas grand intérêt. Vous ferez un examen méthodique de la femme, en recherchant les traces de tuberculose ou de syphilis. Tout soupçon de syphilis ou de maladie contagieuse doit faire écarter les candidates d'une façon absolue. Il est regrettable que l'on ne puisse pas examiner les organes génitaux, au point de vue gonococcique en particulier, pour pouvoir éviter le danger de contagion des yeux.

Souvenez-vous que les mamelles les plus grosses ne sont pas les meilleures. Il faut que le mamelon soit assez saillant et sans gerçures. Avec la main, vous ferez la « traite » de la mamelle, qui doit provoquer un jet abondant de lait, par plusieurs orifices. Vous assisterez à la tétée de l'enfant de la nourrice et vous vous assurerez que cet enfant est normal. Enfin, inquiétez-vous du sort de cet enfant : il y a un devoir social à s'y intéresser. C'est une question d'humanité et aussi de tranquillité d'esprit pour la femme, d'où son influence sur l'allaitement.

L'allaitement par une nourrice mercenaire se fera comme l'allaitement maternel. Cependant, lorsque le lait de la femme est un peu âgé, méfiez-vous de la suralimentation, qui pourrait produire des vomissements et de la diarrhée. Il arrive quelquefois aussi que l'enfant étant très jeune, ne tette pas bien. Le lait diminue, et au bout de 8 ou 10 jours il n'y en a presque plus. L'état moral de la nourrrice peut jouer un rôle à ce sujet. Il est bon alors d'encourager celle-ci. Dites-lui que son lait remontera. Les raisons de changer les nourrices sont, en effet, rares. On les accuse souvent à tort d'être insuffisantes. Si l'on patiente, si l'on cherche les motifs de la diminution du lait, on se rend compte que généralement ils sont transitoires.

Il me reste une question à envisager : celle des rapports de la syphilis et de l'allaitement. Un enfant syphilitique peut contagionner sa nourrice et réciproquement. La première éventualité est de beaucoup la plus fréquente. La syphilis des nouveau-nés se manifeste par des lésions du nez, des lèvres, de la face, susceptibles d'inoculer le sein. Quand un enfant est issu de parents suspects, il ne faut jamais lui donner de nourrice. Il doit être allaité par sa propre mère. On sait (loi de Colles) que jamais une mère n'est contagionnée par son enfant nouveau-né. On attribuait cela jadis à une sorte d'immunité : on sait maintenant que la mère est en ce cas atteinte de syphilis latente, ce qu'a montré le caractère positif du Wassermann. La loi de Colles est complétée par celle de Profeta, d'après laquelle une mère syphilitique n'infecte pas son enfant, sain en apparence, sauf si la syphilis maternelle a été contractée dans les trois derniers mois de la grossesse, ce qui est assez exceptionnel. Le Wassermann est positif chez le nourrisson de cette catégorie.

Tout nourrisson syphilitique ou suspect de syphilis ne doit donc jamais être confié à une nourrice pour être allaité. Cependant, il faut envisager l'éventualité où la contagion est consommée. Consulté dans un cas de ce genre, la conduite est délicate. Surtout, ne faites pas renvoyer la nourrice. Le mieux est de la garder, de la soigner et de l'indemniser. Elle n'a plus rien à craindre, en effet, et si elle part, elle risque de contagionner un autre enfant. Conduite difficile pour le médecin, et qui soulève des problèmes embarrassants et angoissants même. Ne parlez pas, gardez le secret et soignez la femme. Cette situation conduit parfois à des procès où les parents et même les médecins ont pu être condamnés à des dommages-intérêts.

Dans un deuxième cas, plus rare, c'est la nourrice qui contagionne le nourrisson. On sait que le spirochète est susceptible de s'éliminer par le lait, mais c'est peu commun et il ne semble pas qu'il puisse se faire ainsi une contamination. L'enfant peut être infecté de diverses manières, par des contacts multiples. La syphilis de la nourrice peut être latente et ainsi se pose la question du Wassermann. Si la chose était réalisable, il serait intéressant, dans l'examen de la nourrice, de comprendre la recherche du Wassermann. Positif, il trancherait la difficulté. Négatif,

il ne serait pas concluant. L'étude du Wassermann dans le lait (qui simplifierait l'examen) n'a pas abouti à des conclusions fermes.

Enfin, dernière règle. Une femme ne doit jamais donner le sein à un enfant qu'elle ne connait pas, pour rendre service, dans les asiles et les maternités par exemple. Au point de vue administratif, cela soulève une question de responsabilité qui se résout par la négative lorsque la femme a agi d'elle-même, sans y être incitée par un avis régulier.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

A TRAVERS LA PRESSE

Les injections intra-trachéales par la voie inter-crico-thyroïdienne.

D'après M. Canuyt (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 6 juin 1920), cette méthode est à la portée de tous les médecins généraux, et ne nécessite aucune instrumentation spéciale.

La voie de pénétration dans la trachée est située dans l'espace triangulaire qui sépare le bord inférieur du cartilage thyroïde, du bord supérieur du cartilage cricoïde.

L'aiguille (courbe ou droite) pénètre dans cet espace, sur la ligne médiane, immédiatement au-dessus du cricoïde. Il suffit de l'enfoncer d'un bon travers de doigt pour être assuré qu'on est bien dans la lumière de la trachée, ce que la liberté de la pointe démontrera.

On peut alors pousser l'injection, dans le larynx (aiguille dirigée de bas en haut, presque verticalement) ; dans la trachée (aiguille dirigée de haut en bas) ; dans les bronches (le liquide glissera dans l'une ou l'autre bronche, en couchant le malade latéralement à droite ou à gauche).

Les inconvénients de ce procédé sont insignifiants. On évitera de faire une fausse route, en pénétrant dans la cavité laryngo-trachéale ; de piquer la paroi postérieure du larynx ; de laisser sortir l'aiguille à la faveur d'un mouvement de déglutition.

Avec ces injections, on peut insensibiliser suffisamment le larynx et la trachée pour pratiquer la thyrotomie, la trachéotomie, la laryngectomie totale.

On introduit aussi des liquides médicamenteux dans les voies respiratoires pour traiter la dilatation des bronches, la tuberculose pulmonaire, les abcès du poumon, la gangrène pulmonaire, l'asthme, les grippes à forme respiratoire, la laryngo-trachéite atrophique.

Le liquide médicamenteux (solutions d'adrénaline, de novocaïne, huile goménolée, mentholée, eucalyptolée) est injecté à une dose variant de 5 à 10 cmc. selon le malade et le résultat cherché.

Infection puerpérale traitée par le sulfate de cuivre ammoniacal.

M. Noire a eu l'occasion de traiter et de guérir quatre cas d'infection puerpérale au moyen d'injections intra-veineuses de sulfate de cuivre ammoniacal (*Presse Méd.*, 5 juin 1920).

On injecte, par la voie endo-veineuse, matin et soir, jusqu'à l'apyrexie, 2 cmc. de solution de sulfate de cuivre ammoniacal à 4 %.

« Pour préparer le sel... on met du sulfate de « cuivre anhydre et de l'ammoniaque liquide « dans un flacon bouché : la solution doit être « saturée. On ajoute à une quantité donnée de « cette solution son volume d'alcool à 90°, les « deux liquides étant séparés par un papier « à dyaliser. Au bout de 24 heures, les cristaux « de sulfate de cuivre ammoniacal sont formés. « On les sèche rapidement entre deux feuillets de « buvard après lavage à l'alcool et on les conser- « ve dans des flacons bien bouchés... L'injec- « tion doit être exclusivement intra-veineuse, « la moindre goutte sous la peau provoquant une « escarre. »

Traitement conservateur de la rupture du segment inférieur de l'utérus pendant le travail d'après le procédé d'E. Boero.

Le *Journal des praticiens* publie un travail complet sur ce procédé qui donnerait de remarquables résultats (5 juin 1920).

Le foetus étant extrait, ainsi que le placenta, sans pénétrer dans la cavité péritonéale, le vagin étant débarrassé des caillots et des liquides qui s'y trouvent, la main gauche est introduite prudemment dans le segment inférieur et va à la recherche de la plaie, la main droite abaissant et maintenant l'utérus à travers la paroi abdominale. Le pouce et l'index saisissent le bord supérieur de l'un des angles de la plaie, et le descendent vers le vagin de manière à ce que sa face péritonéale s'adosse à la muqueuse du bord inférieur. La prise digitale est alors remplacée par une pince de Museux à quatre dents qui mordra toute l'épaisseur de la lèvre.

Même manœuvre sur l'autre angle de la plaie. L'utérus se contracte énergiquement. « En tirant en bas les deux pinces, on parvient à « adosser la lèvre supérieure qui reste imbri- « quée sur l'inférieure, fermant la communica- « tion utéro-péritonéale. »

Les pinces étant maintenues par un aide, l'opérateur effectue un tamponnement du segment inférieur avec une bande de gaze iodoformée de 10 m de long sur 0.10 à 0.15 de large, qui fixe les pinces en position. Un drain est placé entre les pinces.

Tamponnement solide du vagin. L'extrémité libre des pinces est entourée d'un linge.

Glace sur le ventre. Régime lacté. Sérum. On fait deux toilettes vulvaires par jour. 48 à 72 heures après, on retire le tamponnement, les pinces, le drain et on fait une irrigation vaginale sous faible pression.

Plus tard, on procédera à l'hystérectomie pour éviter les accidents d'une grossesse ultérieure.

« C'est un procédé ne nécessitant qu'une « instrumentation réduite, à la portée de tout « praticien, surtout à la campagne, où il rend « des services spéciaux ».

Deux cas d'idiotie mongolienne.

M. Baboneix relate l'observation détaillée de deux cas d'idiotie mongolienne qu'il vient de recueillir (*Gaz. des Hôp.*, n° 50, 1920). Dans le premier de ces cas, on peut invoquer étiologiquement les émotions et les soucis survenant au cours et à l'occasion de la grossesse. Dans le second, l'alcoolisme paternel serait en cause.

Traitement des anthrax par les bouillons de Delbet.

Les bouillons de Delbet, dont il a déjà été question dans ces analyses, sont constitués par le mélange de cultures, vieilles de 15 jours, de streptocoques, de staphylocoques et de B. pyocyaniques, stérilisées par la chaleur.

On les injecte à la dose de 4 cmc. représentant environ 13 milliards de microbes, à la face externe de la cuisse, profondément, sous les muscles, en ayant soin de recouvrir le lieu de l'injection d'un grand pansement humide.

L'injection occasionne une douleur supportable, et qui disparaît rapidement, au bout de quelques heures.

Dans les heures qui suivent, la température monte progressivement, et atteint son maximum vers la sixième heure, s'accompagnant de frissons, pour rediminuer ensuite, en même temps que des modifications se manifestent du côté de la lésion.

On renouvelle l'injection au bout de trois jours. Il est rare qu'on soit forcé de recourir à une troisième, également à trois jours d'intervalle, s'il persiste une température élevée.

M. Lory a employé cette méthode dans un grand nombre de cas d'anthrax. Elle lui a donné pleine satisfaction.

Elle supprime immédiatement la douleur. La guérison est beaucoup plus rapide, surtout si la peau est intacte : 15 à 18 jours sont suffisants.

Elle rend inutile l'incision et l'extirpation en masse, qui ne sont pas sans inconvénients.

La même méthode serait applicable à d'autres infections, les abcès du sein, la furonculose, les brulures infectées, l'érysipèle, l'ostéomyélite aiguë, les salpingites aiguës. « On peut « juger par cette simple énumération de l'ave- « nir qui paraît s'ouvrir à cette méthode et quel « bénéfice on peut légitimement espérer en « retirer dans la lutte contre les infections chi- « rurgicales. » (*L'Hôpital*, juin 1920 A).

Le radium dans le fibrome utérin.

M. Gagey recommande la radiumthérapie dans le traitement des fibromes utérins petits ou moyens, avec ménorrhagies plus ou moins abondantes (*Journ. de Méd. et de Chir. prat.* 25 maie 1920).

Cette méthode rend d'inappréciables services aux femmes qui pourraient, en raison de leur situation et de leur habitat, se rendre difficilement aux centres radiothérapiques, pour se soumettre régulièrement pendant 12 à 15 semaines à l'action des rayons X. Il l'a employée et vu employer avec un plein succès et sans aucun danger.

« La technique est simple. Après désinfec- « tion soignée, dilatation à la bougie de Hogar « jusqu'au n° 10 ou 12, introduction dans la « cavité utérine d'une sonde en gomme conte- « nant le radium en un, ou mieux, plusieurs « tubes, à la dose de 120 milligr. pendant 24 « heures, filtrés avec 1/2 milligr. de platine. »

Une seule application est suffisante. Les hémorragies ne cessent pas brusquement, mais disparaissent en 4 à 6 semaines.

« La tumeur commence alors sa régression, « qui atteint sa limite au bout de trois mois en « moyenne. »

Le tétanos et les enseignements de la guerre.

M. Berard a observé 4 malades qui succombèrent au tétanos alors qu'ils n'étaient atteints que de traumatismes insignifiants, et auxquels la sérothérapie préventive anti-tétanique n'avait pas été appliquée. De plus, les premiers signes de l'infection, — trismus —, ont, dans deux cas, passé inaperçus.

Les conclusions qu'il tire de ces faits, c'est que les moindres érosions de la peau doivent être traitées sérieusement, et que l'injection anti-tétanique préventive doit toujours être pratiquée. La crainte d'accidents sériques est généralement chimérique, et en tous cas, ceux-ci ne sont pas assez sérieux pour faire renoncer à cette précaution. On les évite d'ailleurs en recourant aux injections d'épreuve fractionnées à 1 à 2 cmc., quelques instants avant l'injection efficace.

En tous cas, avec ou sans la sérothérapie, ce qu'il importe de faire immédiatement, c'est la toilette de toutes les plaies. Nettoyage, ébarbage des plaies, excision des téguments sus-

pects, ablation des moindres corps étrangers, souillures, etc., ouverture des phlyctènes, arrosage à l'alcool iodé à 1 % suivi d'un dernier essuyage. Autant que possible, pas de suture.

On n'oubliera pas, en outre, quand on sera appelé à intervenir secondairement en raison des suites d'un traumatisme soupçonné tétanifère, de procéder, avant l'opération, à une nouvelle injection de sérum anti-tétanique. (*Presse Méd.*, 9 juin 1920)

Rachianesthésie par barbotage arachnoïdien.

La rachianesthésie, entre les mains de certains chirurgiens, est devenue une méthode, courante qui permet de pratiquer les opérations les plus délicates et les plus mutilantes, sans courir les dangers ou tout au moins les risques de l'anesthésie générale par le chloroforme, l'éther, ou les mélanges pronés par certains maîtres.

Cependant, elle ne serait pas elle-même exempte d'inconvénients : céphalée hyperthermie, troubles respiratoires et circulatoires, vomissements. M. LE FILLIATRE attribue ces accidents à l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, au cours de la rachi-cocaïnisation. Pour les éviter, il préconise le procédé du barbotage arachnoïdien.

Il emploie la solution à 2 % de cocaïne chimiquement pure, dont il injecte 2 cmc. 1/2 pour anesthésier la partie sous-mammaire du corps, et 3 cmc. pour la partie supérieure, tête comprise.

Il est bon de faire précéder la rachi-cocaïnisation d'une injection d'hypoesthésine (scopolamine-morphine-sulfates neutres de strychnine et de spartéine).

La cavité médullaire étant ponctionnée au lieu d'élection : on évacue de 25 à 30 cmc. de liquide céphalo-rachidien, selon l'étendue de l'anesthésie que l'on veut obtenir. Puis, on procède au barbotage de la façon suivante : l'injection anesthésiante étant poussée dans la cavité, on laisse le piston de la seringue revenir en arrière, et la seringue se remplir. On réinjecte la totalité de son contenu. On recommence cette manœuvre 3 ou 4 fois. On enlève l'aiguille. On touche à la teinture d'iode et on couche le malade sur la table. (*Journ. de Méd. de Paris*, 5 juin 1920).

Albuminurie posturale.

M. DACO rapporte l'observation d'un jeune sujet de 14 ans, atteint d'albuminurie transitoire, apparaissant et disparaissant selon les postures qu'il prend, couché, debout, couché sur un coussin qui amplifie l'ensellure lombaire, couché sur le ventre, à genoux, les mains au dos (*Liège médical*, 12 juin 1920), et chez lequel l'albuminurie disparut définitivement, quand son état général, très défectueux, se fut amélioré.

Il examine, à ce propos, la pathogénie des albumines dites orthostatiques, ou posturales.

Du résultat de cet examen, il conclut :

« 1° L'albuminurie intermittente posturale « est une affection se rencontrant de préférence « chez des sujets en période de croissance, le « plus souvent en âge d'école, et atteints de « débilité rénale ; sa recherche systématique « doit être faite au même titre que l'examen des « différents organes.

« 2° La position des bras au dos, adoptée « dans certaines classes comme position de re- « pos, peut-être préjudiciable à certains élèves.

« 3° Cette albuminurie a un pronostic habi- « tuellement favorable, à distinguer de celui des « albuminuries symptomatiques des néphrites.

« 4° Elle n'exclut pas absolument le mariage « chez les personnes qui en sont atteintes, la « contraction d'une assurance sur la vie ou « l'admission dans une école supérieure.

« 5° Le régime lacté est contre-indiqué. Le « régime mixte, reconstituant, est de rigueur. »

La fonction respiratoire. L'épreuve du maximum d'apnée volontaire.

Un sujet fait une inspiration profonde, puis retient sa respiration aussi longtemps que possible. C'est l'apnée volontaire. De la durée de cette période d'apnée volontaire, on peut déduire la puissance respiratoire.

Chez les adultes normaux, la durée de cette période varie de 40 à 100 secondes, avec une moyenne de 25 à 50 secondes.

MM. L. BINET et BOURGEOIS ont transporté cette épreuve, utilisée pendant la guerre pour la sélection des élèves pilotes aviateurs, sur le terrain clinique. (*Presse médicale*, 12 juin 1920).

Ils ont mesuré la durée de l'apnée volontaire des bronchiteux chroniques, des emphysémateux, des tuberculeux, des cardiaques, compensés ou non, des rénaux.

Ils ont constaté, en thèse générale, que « toutes les fois qu'il y a des troubles de la fonc- « tion respiratoire, par l'atteinte du poumon ou « par défaillance du cœur, l'apnée volontaire se « trouve diminuée à un degré qui traduit l'im- « portance de l'altération de cette fonction... « Pratiquement, la durée d'apnée volontaire « traduit la puissance respiratoire d'un sujet « et sa détermination mérite d'entrer dans la « pratique courante, soit dans l'établissement « des fiches qui traduisent l'état de santé d'un « sujet, soit dans l'examen clinique d'un mala- « de à respiration troublée. »

Le traitement des ictères par le goutte à goutte sucré urotropiné.

M. P. Emile-Weill se déclare partisan enthousiaste du goutte à goutte sucré dans le traitement des infections médicales. Les résultats qu'il en a obtenus dans la fièvre typhoïde et dans les pneumonies, l'ont déterminé à l'essayer dans les ictères.

Les ictères catharraux bénins en ont retiré d'inappréciables avantages : diurèse rétablie rapidement, recoloration des selles, disparition rapide de la teinte ictérique, ainsi que du prurit, retour presque immédiat de l'appétit, engraissement des malades.

Il en est de même des ictères toxiques bénins, dont les ictères arsénobenzolés sont le type.

Les ictères lithiasiques sont différemment impressionnés par cette méthode de traitement. Elle augmente cependant la diurèse et semble faciliter l'expulsion du calcul.

Les ictères cirrhotiques par contre, comme ceux des néoplasies, n'en sont guère modifiés dans leur évolution.

L'auteur utilise un litre d'eau bouillie tiède contenant 45 gr. de sucre et 1,50 d'urotropine.

D'après lui, c'est le sucre et l'eau qui agissent sur la fonction rénale, la rétablissent et l'exaltent, en même temps que le sucre excite la fonction glycogénique, et par contre-coup, la fonction biligénique du foie, et détermine une véritable chasse biliaire. L'urotropine n'interviendrait que comme antiseptique biliaire.

La technique, à défaut d'instrumentation spéciale, est des plus simples. Le récipient est maintenu à 40 cm. au-dessus du plan du lit et relié à une sonde de Nélaton n° 14-18. Le robinet est règlé de manière à permettre l'écoulement, goutte à goutte, et l'absorption complète de la dose en 4 heures. (*Bull. Méd.*, 12 juin 1920.)

Traitement de l'intolérance aux sucres.

Certains sujets ne supportent pas le sucre, sous quelque forme que ce soit. Ils éprouvent des sensations désagréables et pénibles qui vont du simple écœurement, du vague état nauséeux au vomissement. Comme le sucre est un aliment considérable, sans parler des sensations gustatives appréciables qu'il procure, il y a intérêt à vaincre cette intolérance.

M. Sardou (*Journ. des Prat.*, 12 juin 1920) a eu l'idée de traiter ces intolérants par la méthode Besredka. Il leur faisait prendre la plus petite quantité de sucre qu'ils pouvaient supporter sans dommage. Quelques instants plus tard, ces sujets pouvaient absorber une quantité plus considérable. Et, après un entraînement de quelques semaines, ils arrivaient à pouvoir faire figurer le sucre, les fruits sucrés notamment, dans leur alimentation.

Dans d'autres cas, il a eu recours aux injections sous-cutanées d'une solution étendue de saccharose, et les effets en ont été remarquables.

L'auteur envisage différentes explications pour justifier ces résultats (anaphylaxie et antianaphylaxie, entraînement des organes digestifs, insuffisance hépatique, etc.), sans prendre parti, et concluant pratiquement qu'il s'agit là d'un procédé simple, utile à connaître et qui mérite d'être signalé. G. D.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

Le traitement de la grippe épidémique. Quelques réflexions sur sa prophylaxie.

M. le Dr Stanislas Limanowski a, dans son excellente thèse sur l'*Epidémie de grippe de* 1918-1919 observée à la Pitié, dans le service du Dr Thiroloix (1), résumé le traitement de cette maladie, tel que le prescrivait son maître et, d'après les résultats obtenus. Nous allons lui emprunter quelques pages interressantes.

***

Voici le traitement que M. le Dr Thiroloix a institué, dans son service, dès le début de l'épidémie, et qui indique la conduite à tenir en présence d'un individu qui éprouve les premiers malaises et dont la température est entre 37° et 38°.

1° S'aliter, un seul grippé par chambre, et se faire soigner de préférence par un ancien grippé.

2° Matin et soir, les 2 premiers jours, puis le matin seulement les jours suivants, prendre un lavement fait avec un litre d'eau (1/2 litre pour les enfants) et 20 grammes de feuilles d'eucalyptus. *Ne pas se purger* ; s'il y a constipation, user de suppositoires.

3° Mettre matin et soir, dans chaque narine, gros comme un pois de vaseline goménolée à 1 %. Puis, dans la matinée, dans l'après-midi et dans la soirée, faire des inhalations avec de l'eau bouillante et des feuilles d'eucalyptus : inhaler les vapeurs pendant dix minutes.

4° En cas de rougeur de la gorge, de douleur et de difficulté à avaler, faire matin et soir un grand lavage de la gorge avec un litre d'eau auquel on ajoutera 6 cuillerées à soupe de liqueur de Labarraque ou d'eau oxygénée (si l'on emploie l'eau oxygénée, ajouter une bonne pincée de borate de soude et un peu d'alcool de menthe).

Si l'angine persiste ou augmente, faire toutes les 2 heures un badigeonnage sévère de toute la gorge avec de l'huile phéniquée à 1 %.

(1) Thèse de Paris, 1920. Vigot, frères, éditeurs.

5° En cas de toux, appliquer sur la région du larynx des compresses ou cataplasmes chauds, puis prendre matin, midi et soir, une tasse d'infusion d'eucalyptus (une feuille par tasse) sucrée avec une ou deux cuillerées à soupe de la potion suivante :

Sirop de tolu...........	ââ 100 grammes
Sirop de coquelicot........	
Sirop capillaire.........	

6° A douze heures et à dix-neuf heures, avec l'infusion, prendre un cachet de :

Sulfate neutre de quinine........	0 gr. 25
Aspirine........................	0 gr. 50

(Pour ne pas abuser des antithermiques, on peut remplacer ce cachet par 2 à 3 grammes de poudre de quinquina gris ou jaune délayée dans du vin sucré).

7° Appliquer chaque soir sur la poitrine, devant et derrière, des ventouses sèches, une fois, ou des cataplasmes sinapisés, deux fois par jour. Pour ces derniers, employer la farine de lin (3/4) et de la farine de moutarde (1/4). Ajouter la farine de moutarde à la farine de lin bien cuite et ne jamais faire bouillir la moutarde.

8° S'alimenter avec lait, bouillon de légumes, infusions chaudes sucrées et légèrement alcoolisées, puis, dès la défervescence, s'alimenter rapidement en commençant par : œufs, jambon, purées de légumes, fruits cuits, confitures.

Le traitement que nous venons de citer a le grand avantage de convenir à toutes les formes de grippe. Suffisant pour les formes bénignes, il conserve toute son utilité dans les cas graves. Aussi, pourra-t-il être continué avec succès dans les formes graves, tout en étant associé à une médication plus énergique. Dans cette première phase du traitement, il faut surtout éviter tout ce qui peut contribuer à augmenter la dépression du malade.

Or, à ce point de vue, nous avons remarqué que les purgations et l'abus des antithermiques, en affaiblissant l'organisme, augmentaient la virulence de l'infection et agissaient nocivement sur le cœur.

Dans les formes graves, la dépression nerveuse et l'asthénie jouent un très grand rôle. Nous lui avons opposé tout ce que la médication classique sthénique pouvait nous offrir. Les meilleurs résultats nous ont été fournis par les injections d'huile camphrée seule ou d'huile camphrée éthérée. Nous les avons employées à doses fortes et répétées, jusqu'à 20 centimètres cubes par jour. Quelquefois, nous y ajoutions une injection journalière de sulfate de spartéine, à dose de 0 gr. 05 par jour. Contre l'asthénie, nous avons employé surtout l'adrénaline, dont nous donnions trente gouttes par jour d'une solution de chlorhydrate au millième, et, parfois la strychnine, à dose de 0 gr. 002 de sulfate neutre par jour.

Enfin, dans tous les cas où il nous a paru que le cœur menaçait de flancher, nous avons eu recours à la digitale, en l'administrant de préférence par petites doses prolongées, par 3 ou 5 gouttes, chaque jour, jusqu'à 50 gouttes. Dans d'autres cas, ou, chez des malades ayant déjà eu de la digitale, nous avons employé le strophantus en granules dosés à 1/10 de milligramme de strophantine, à raison de 2 granules par jour.

Il est notoire que l'alcool, à petites doses, n'est pas à dédaigner au cours d'une épidémie de grippe, dans son rôle de stimulant général. C'est sous la forme de potion de Todd, avec adjonction d'acétate d'ammoniaque, que nous l'avons employé dans presque tous les cas.

Dans les formes pulmonaires graves, nous avons eu recours aux ventouses scarifiées, nombreuses et répétées. Ayant pratiqué la saignée, dans quelques cas graves, tout au début de l'épidémie, et ayant constaté la mort de nos malades dans les 2 ou 3 heures qui avaient suivi cette intervention, nous avons préféré la remplacer par les ventouses scarifiées, à raison de 10 ou 12 scarifications journalières. Il nous a semblé que cette médication était moins dangereuse en ne faisant pas subir les risques d'une perte de sang trop brutale, à des malades ordinairement en hypotension.

Contre les associations microbiennes, nous avons employé les sérums antipfeiffer, antipneumococcique et antistreptococcique. Dans certains cas, nous avons employé ces 3 sérums simultanément, en injections intra-musculaires, à doses de 20 centimètres cubes chaque, mais, dans la majorité des cas, nous n'avons employé que l'antipneumococcique, à dose de 40 centimètres cubes à la fois, pendant 3 jours. Nous avons également employé le vaccin G, préparé à l'Institut Pasteur avec le pneumocoque, le streptocoque, le Pfeiffer et le micrococcus aureus. Après avoir dilué ce vaccin au 1/100, nous en injections des doses de 1 centimètre cube pendant les 2 premiers jours, sous la peau de la région de l'avant-bras. Les injections étaient en général donloureuses le premier jour, surtout dans les formes peu graves. Dans des cas très graves, nous sommes allés jusqu'à injecter 1 centimètre cube de ce vaccin G, non dilué, sans avoir d'accident. Mais les résultats obtenus n'ont pas été très affirmatifs. Il semble qu'il y ait dans les formes graves une limite, au delà de laquelle les vaccins et les sérums plus ou moins spécifiques n'ont plus aucune action. Quant au vaccin antipneumococcique, si sa valeur est discutable au point de vue curatif, il est certain qu'injecté primitivement, il constitue la meilleure arme à opposer aux complications pulmonaires. Contre l'infection même, nous avons délaissé les métaux colloïdaux dont les réactions sont par trop violentes. Seul, le rhodium a été employé et semble avoir eu un résultat favorable. Nous avons également obtenu quelques succès avec l'argent colloïdal appliqué en pommade sur les mollets et sous les genoux, selon la formule suivante :

Argent colloïdal............	1 gr. 50
Lanoline................	ââ 4 grammes
Vaseline................	

Mais les meilleurs résultats ont été obtenus par les *injections intra-musculaires de lait bouilli, filtré froid et stérilisé à* 110°, que M. le Dr Thiroloix a mises en pratique dans son service, dès le début de l'épidémie, en août 1918.

Dès cette date, tout malade soupçonné de grippe recevait, à son entrée, une injection de 5 ou 10 centimètres cubes de lait et ces injections étaient répétées jusqu'à ce que la défervescence ait été obtenue, à intervalles plus ou moins espacés. Cette médication, n'offrant pas le moindre danger, nous a paru activer la défervescence (en 2 ou 3 jours) et diminuer véritablement la gravité de la forme. Dans certaines formes traînantes, l'injection de lait, en ramenant la température à la normale, semblait véritablement déclancher la guérison. Au lait pur a été substitué par la suite le *lait peptoné, à raison de* 50 *grammes de peptone par litre de lait,* et toujours en injections de 5 ou 10 centimètres cubes, dans la fesse.

Enfin les abcès de fixation provoqués par l'injection sous-cutanée, à la région antéro-externe de la cuisse, de 2 centimètres cubes d'essence de térébenthine, nous ont semblé constituer, dans plusieurs cas, non seulement un élément de pronostic, mais aussi un agent leucogène de premier ordre.

En ce qui concerne les complications, à part l'urotropine dans les cas d'anurie, il y a peu à dire, les complications suivant généralement l'évolution de la grippe ou comportant des indications trop en dehors de notre sujet. Nous voulons seulement ajouter ici que dans les cas d'alopécie, nous avons eu recours au traitement de M. le Dr Sabouraud c'est-à-dire que pour activer la repousse des cheveux, nous faisions frictionner le cuir chevelu chaque jour 10 minutes, avec une brosse demi-dure mouillée dans la solution suivante :

Alcoolat de lavande.... }
Acétone anhydre....... } ââ 30 grammes
Eau distillée........... }
Nitrate de potasse..... } ââ 0 gr. 40
Nitrate de pilocarpine.. }
Alcool à 90, q. s. pour 300 cent. cubes.

***

Après ce très intéressant résumé du traitement de la grippe épidémique qui ne peut être que symptomatique, puisque l'on ignore l'agent pathogène de la grippe, M. le Dr Limanowski traite avec raison très rapidement, de la prophylaxie de la maladie. Isolement, désinfection sont les seuls procédés dont on dispose, et combien sont-ils difficiles, et disons-le franchement, impossibles à appliquer sérieusement dans une pandémie comme la grippe qui se propage avec une rapidité foudroyante et fait si promptement un nombre tel de victimes que les hôpitaux, encombrés au bout de quelques jours, ne peuvent plus les recevoir ! L'isolement en ville, surtout dans les milieux populaires où des familles de 5 et 6 personnes disposent le plus souvent d'une seule pièce, tout au plus de deux, où les enfants couchent parfois jusqu'à trois dans le même lit, reste et restera encore longtemps un problème insoluble.

Pour la grippe, comme pour la tuberculose, comme pour la rougeole, comme pour toutes les maladies transmissibles dont on ne peut atteindre la cause, le problème de la prophylaxie reste lié à celui de l'habitation et ce dernier est bien loin d'être résolu dans nos grandes villes. Nous dirons même qu'avec l'encombrement actuel de Paris et la crise des loyers, la situation sur ce point est loin de s'améliorer et nous ne constatons, hélas ! aucun effort dans ce but. Ne nous berçons donc pas d'illusion sur l'isolement à domicile.. Certains hygiénistes en chambre ont préconisé l'isolement individuel des grippés au moyen de draps de lits suspendus en paravent. Ceux qui soignent des malades indigents, nécessiteux ou peu aisés, chez eux et non à l'hôpital, qui connaissent les milieux où ils vivent et les moyens dont disposent leurs familles, en lisant ces naïvetés, n'ont pu s'empêcher de sourire. Avant de donner des conseils en hygiène et prophylaxie, il convient d'étudier et de connaître les milieux où ils doivent être appliqués.

J. Noir.

MÉDECINE TECHNIQUE

A propos de la rachi-anesthésie (1)

Par M. Ch. Lefèbvre

Chef de clinique chirurgicale.

Nous utilisons la novocaïne à la dose moyenne de dix centigrammes chez la femme, douze centigrammes chez l'homme, huit centigrammes chez l'enfant.

Nous avons abandonné les solutions anesthésiques préparées d'avance et nous devons à l'amabilité du pharmacien de l'Hôtel-Dieu, M. Valdiguié, des ampoules de 5 à 10 cmc, renfermant les doses en poudre sèche. Ces ampoules, en verre neutre, sont stérilisées par tyndallisation à 80°. Nous diluons la substance, au moment même de la ponction lombaire, dans 4 à 5 cmc. du liquide céphalo-rachidien du malade lui-même. Nous obtenons ainsi une solution fraîche et aussi près que possible des conditions physiologiques des espaces méningés où va pénétrer la préparation.

L'opéré ne doit pas être à jeun ; il faut qu'il ait déjeuné 3 à 4 h. avant l'intervention et pris une tasse de café fort. Cela évite le plus souvent les quelques nausées qu'offrent les malades au début de l'intervention.

(1) Toulouse, 15 juillet 1920.

Il est de toute nécessité de tâter le moral du patient et de le préparer à l'acte opératoire de façon à ce que rien ne l'effraye à ce moment ; c'est ce que nous appelons volontiers « l'anesthésie morale ». Nous avons de cette manière amputé sous leurs yeux des blessés examinant volontairement nos mouvements avec l'intérêt que l'on comprend. Cette attention portée sur le moral de l'opéré doit se continuer pendant l'acte opératoire, où l'on ne doit causer pas plus de la technique que des organes anatomiques rencontrés, que des artères qui saignent, que d'instruments qui fonctionnent mal ou de catgut qui casse ! Il est bon d'encourager le patient et de le distraire au besoin par des conversations éloignées de la maladie ou de l'opération.

La ponction lombaire se pratique dans les deuxième, troisième et quatrième espaces lombaires, suivant la hauteur où l'on veut faire arriver l'anesthésie. Le malade est de préférence assis, mais peut aussi rester couché sur un côté.

Nous utilisons des aiguilles de Tuffier en nickel pur, de 7 à 9 centimètres, avec mandrin résistant.

Après toilette attentive de la peau à l'éther et à l'iode, nous ponctionnons sur la ligne médiane, droit devant nous, la peau d'abord, puis les plans profonds jusqu'à sensation de résistance du ligament intervertébral ; ce dernier franchi, nous arrêtons l'aiguille, retirons le mandrin qu'il faut laisser en place pendant l'introduction. Nous ne nous occupons pas de la quantité de liquide céphalo-rachidien qui s'écoule durant les manœuvres ; elle va de 10 à 15 cmc ; nous recueillons dans une seringue en verre de 5 cmc. munie d'un embout et d'une aiguille de 7 à 8 cm de long, et dont le piston est retiré, 4 à 5 cmc de liquide, qu'une fois le piston introduit, nous envoyons dans l'ampoule renfermant la novocaïne. La dissolution est presque instantanée. Après un ou deux brassages, le liquide anesthésique est aspiré, l'aiguille enlevée de l'embout, et ce dernier est assujetti à l'aiguille restée en place dans le dos du malade. Nous poussons l'injection sans trop de hâte, en une demi-minute environ. Nous aspirons de temps en temps en cours d'injection un peu de liquide céphalo-rachidien pour nous rendre compte que nous ne sommes pas sortis des espaces méningés. Cette manœuvre a l'avantage de produire un brassage relatif et partant, une meilleure diffusion de l'anesthésique. Ceci est surtout utile en cas d'intervention sur l'abdomen.

L'injection achevée, l'aiguille est retirée net, l'orifice touché à l'iode et le malade mis immédiatement en position opératoire. Le Trendelenburg est parfaitement faisable, sans inconvénient dû au mode d'anesthésie.

L'opération terminée, les opérés peuvent s'alimenter à leur gré. Ils prennent en général lait, bouillon et surtout du café fort.

Nos résultats ont été aussi satisfaisants que possible.

L'anesthésie est parfaite ; quelques très rares cas douteux ont coïncidé avec l'issue de l'aiguille en dehors du rachis, échec que nous avions prévu en cours d'injection. Elle dure au minimum 30 à 35 minutes, mais le plus souvent 45 minutes à une heure et quelquefois plus.

Pendant ce temps, nous ne notons le plus souvent aucune modification de l'état général ; le pouls reste semblable à lui-même. Rarement il existe quelques malaises par parésie diaphragmatique modifiant le rythme respiratoire habituel, et un peu moins rarement quelques nausées, exceptionnellement un vomissement vite achevé.

Nous avons eu quelquefois un peu d'incontinence du sphincter anal, ce qui n'a d'inconvénient que chez les malades à intestin mal vidé.

Nous ordonnons en principe un à deux cachets d'antipyrine le soir.

La mobilité, qui quelquefois persiste en partie pendant l'intervention, revient au bout de 1 à 2 heures environ, avec les mictions volontaires.

Nous n'avons eu que quelque cas de céphalée peu accentuée, passagère et cédant facilement aux médicaments. La préparation de la novocaïne en tube de verre ordinaire nous avait donné auparavant quelques céphalées tenaces.

Nous n'avons pas observé consécutivement de paralysie intestinale.

Nous pratiquons des rachi-anesthésies depuis plusieurs années ; nous n'avons pas eu l'occasion de revoir d'opérés porteurs d'accidents tardifs imputables au mode d'anesthésie que nous rapportons. Nous avons pratiqué chez un blessé deux rachi-anesthésies consécutives à un jour d'intervalle, chez un autre trois rachi-anesthésies dans une semaine, sans aucun inconvénient, ni immédiat, ni secondaire, ni tardif.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paris.

La vaccination précoce des nouveau-nés.

(M. L. Camus. — *Académie de médecine.*)

On sait que le décret du 27 juillet 1903 a prescrit de ne comprendre sur la liste de la première vaccination que les enfants ayant plus de 3 mois.

Cette restriction se base sur les arguments suivants :

1° Les inconvénients, assez nombreux, de la vaccination pratiquée avant trois mois ;

2° La fréquence des insuccès vaccinaux à cette période de la vie ;

3° La rareté tout à fait extrême de la variole chez les nouveau-nés.

Les arguments en question sont exacts. Il est réel que les enfants de 0 à 3 mois n'ont à peu près rien à craindre de la variole (ils ont un certain degré d'immunité, d'ailleurs, pour beaucoup de maladies infectieuses) et que la vaccination est souvent suivie d'insuccès, chez eux. Mais, on doit tenir compte aussi du fait que nombre de nouveau-nés, s'ils n'étaient vaccinés dans les maternités, ne le seraient pas ultérieurement par la négligence de certains parents. On peut se demander dès lors, s'il convient de conseiller ou de déconseiller la vaccination avant 3 mois.

Déjà, il y a deux ans, M. Wurtz proposait une modification au décret de 1903, et il demandait que sur la liste des primo-vaccinations fussent portés tous les enfants ayant plus de dix jours. M. Camus est partisan de la même suggestion, qu'il complète en recommandant le choix d'un vaccin spécialement actif.

Un vaccin, bon pour un enfant de 6 mois, n'est pas nécessairement bon pour un enfant de moins de 3 mois. On possède des moyens d'apprécier expérimentalement la valeur d'un vaccin donné. Pour le tout jeune âge, il convient de choisir un vaccin d'une activité plus grande. On obtiendra ainsi 100 p. 100 de succès au lieu de 40 ou 50 p. 100. Les inconvénients de la vaccination précoce, d'autre part, hors certains cas particuliers (débilité congénitale, dermites, etc.), sont de trop peu d'importance pour justifier une proscription dans ces conditions.

La crise hémoclasique dans la maladie de Raynaud.

(MM. Souques et Moreau. — *Académie de médecine.*)

MM. Souques et Moreau ont recherché, chez trois malades atteints de maladie de Raynaud, les phénomènes de la crise hémoclasique.

En provoquant chez ces sujets des accès d'asphyxie des mains par une immersion dans l'eau froide, ils ont étudié l'état de la pression sanguine et le chiffre des leucocytes. Dans un cas, ils ont trouvé de la leucopénie et de l'abaissement de la tension, alors qu'aucun de ces phénomènes n'a été noté dans les deux autres cas. Ils concluent qu'au point de vue humoral comme au point de vue clinique, il y a au moins deux variétés de maladie de Raynaud : l'une, caractérisée par des accès d'asphyxie et de gangrène symétrique purs et simples ; l'autre, vraisemblablement plus rare, compliquée de phénomènes généraux avec crise hémoclasique.

M. Pierre Marie remarque que sous l'appellation de maladie de Raynaud, on comprend un certain nombre d'espèces morbides diverses.

Trois cas d'oblitération de l'aorte.

(MM. Achard, Leblanc et Rouillard. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

M. Achard rapporte trois cas d'oblitération de l'aorte : un de l'aorte thoracique par thrombose, et deux de l'aorte abdominale par embolie. Dans le premier cas, l'obstruction presque complète resta cliniquement méconnue. Dans les deux autres, l'obstruction artérielle se traduisit par les troubles qu'elle entraîne habituellement, dans les membres inférieurs : douleur et impotence, refroidissement avec cyanose, suppression des battements artériels, gangrène.

La mort est la conséquence ordinaire des oblitérations de l'aorte. On cite cependant quelques exemples de guérison spontanée. On a proposé, dans ces derniers temps, diverses interventions précoces : écrasement par le massage du caillot embolique (Pierre Merklen), extirpation chirurgicale des caillots.

Gangrène pulmonaire guérie par le sérum antigangréneux.

(MM. Rathery et Bordet. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Au mois de février dernier, M. Dufour a relaté une observation de gangrène pulmonaire traitée et guérie par les injections intra-veineuses de sérum anti-gangréneux de l'Institut Pasteur (40 cent. c. de sérum anti-perfringens, 20 c. c. de sérum anti-œdématiens, 30 c. c. de sérum anti-vibrion septique et 10 c. c. de sérum anti-tétanique). MM. Rathery et Bordet ont traité, avec succès également, un malade atteint de gangrène pulmonaire par le même mélange de l'Institut Pasteur, mais, à l'aide d'une technique un peu différente, en utilisant à la fois les voies intra-trachéale, intra-veineuse et intra-musculaire. L'amélioration leur a semblé plus particulièrement marquée lorsqu'ils se sont servis de la voie intra-laryngée et intra-trachéale.

Le traitement auto-hémothérapique de la maladie de Quincke.

(M. Schulmann. — *Société médicale des hôpitaux.*)

La pathogénie de la maladie de Quincke n'est pas encore bien nettement établie. On l'a expliquée en faisant intervenir une diathèse, des troubles endocriniens, et enfin des phénomènes anaphylactiques. Cette dernière théorie, récente, range la maladie de Quincke, avec l'asthme, l'urticaire, l'hémoglobinurie paroxystique, la migraine, dans le groupe des maladies par choc anaphylactique.

Partant de cette notion, on a cherché à appliquer un traitement anti-anaphylactique. Récemment, MM. Achard et Flandin ont eu recours à la désensibilisation par auto-sérothérapie. M. Schulmann propose une méthode plus simple, l'auto-hémothérapie. Il injecte sous la peau le sang total du malade, à faibles doses de 2 et 1 centim. cubes. Il prélève le sang dans la veine et il l'injecte dans le tissu sous-cutané, où il provoque une ecchymose. Il n'a pas observé d'accident.

Typhus et injections intra-veineuses d'urotropine.

(M. Glatard, d'Alger. —
Société médicale des hôpitaux.)

Les constatations de M. Glatard lui permettent de conclure que, dans le typhus, l'injection intra-veineuse d'urotropine favorise la défervescence. Elle provoque une diurèse abondante, facilitant l'élimination des toxines.

Enchevillement des fractures du col du fémur.

(M. Pierre Delbet. — *Société de chirurgie.*)

S'appuyant sur les faits de sa pratique, M. Pierre Delbet pense que l'enchevillement, dans les fractures du col du fémur, peut rendre d'énormes services, même à des gens très âgés. Sans doute, le résultat fonctionnel n'est pas assuré. Mais, d'une part, l'opération est sans danger ni inconvénient. D'autre part, l'abstention dans les fractures cervicales vraies conduit sûrement les malades à l'infirmité définitive, tandis que l'opération leur donne de grandes chances de récupérer une activité fonctionnelle suffisante. M. Delbet en a vu de nombreux exemples chez des sujets de 65 à 80 ans. Ce vissage du col est fait sans arthrotomie, sous l'anesthésie locale.

La méthode sclérogène dans le traitement des tumeurs blanches.

(M. Charrier, de Bordeaux. — *Société de chirurgie.*)

M. Walther lit un rapport sur un travail de M. Charrier intitulé : trois observations de résultats éloignés du traitement des tumeurs blanches par la méthode sclérogène. Dans ces trois cas, la guérison a pu être vérifiée dix et douze ans après le traitement.

De l'emploi en chirurgie du bouillon de Delbet.

(M. E. Potherat. — *Société de chirurgie.*)

M. Potherat a employé chez six malades atteints d'anthrax, phlegmon, abcès du sein, le « bouillon de Delbet ». Les résultats obtenus ont été remarquables de simplicité et de durée.

L'injection doit être généralement répétée 3 fois, de trois en trois jours. Elle est douloureuse ; aussi, les malades ne s'y prêtent-ils pas facilement quand il s'agit de la renouveler. L'injection est suivie de très près d'une haute réaction thermique, à 39°, 40°, et même au-delà. Cela n'a pas d'importance réelle, car ces phénomènes sont de courte durée et, dès le lendemain, la courbe thermique a considérablement baissé. L'injection est faite à la cuisse, profondément.

Tumeurs fibreuses consécutives à des injections d'huile camphrée.

(M. Lenormant. — *Société de chirurgie.*)

M. Lenormant signale un cas nouveau de tumeurs fibreuses des deux bras consécutives à des injections d'huile camphrée préparée avec des huiles *minérales*. Il s'agit d'une jeune femme qui reçut, comme traitement d'un état de dépression générale, une série de 10 injections d'huile camphrée. Six mois plus tard, des nodosités dures se montrèrent au niveau des régions injectées : elles grossirent et, dans la suite, fusionnèrent nécessitant une intervention chirurgicale.

P. L.

Province.

(*Société d'obstétrique et de gynécologie de Toulouse.*)

M. Laurentié communique un cas de *vomissements incoercibles de la grossesse* d'allures très rapidement graves, où la guérison ne put être obtenue que par l'avortement provoqué.

M. Fournier donne lecture de quelques observations de *dilatation aiguë de l'estomac et de shock* survenus immédiatement après l'accouchement. Il envisage ensuite la pathogénie et le traitement de ces complications.

M. Claverie rapporte un cas de *shock et d'inertie utérine.*

M. Mériel présente une observation de *compression péri-rectale et d'obstruction intestinale par une tumeur pelvienne.* L'intervention chirurgicale montra qu'il s'agissait d'un double kyste hématique suppuré de l'ovaire droit.

MM. Audebert et Claverie communiquent un cas d'*avortement spontané* par hémorragie rétro-placentaire d'origine traumatique.

M. Gilles présente un *monstre thoracopage* et profite de cette occasion pour passer en revue un certain nombre de cas de monstruosités.

M. Audebert rapporte un cas de *phlébite* minime chez une accouchée en dehors de toute infection utérine, et dont l'origine doit être rapportée à une complication grippale.

M. Mériel a eu l'occasion d'observer un cas très intéressant de tumeur abdominale représentée par un *kyste ovarien* dont le pédicule s'était rompu spontanément par torsion, et qui s'était greffé sur l'épiploon.

M. Laurentié communique une observation de *rhumatisme blennorrhagique,* à forme grave, évoluant chez une femme enceinte. L'accouchement prématuré coïncida avec une aggravation de l'affection, puis il y eut une apparition assez tardive, au 30e jour, d'une phlegmatia alba dolens.

MM. Mériel et Poux rapportent un cas de *grosse tumeur fibro-kystique de la trompe* incluse dans le ligament large droit, dont le diagnostic fut particulièrement délicat à poser.

MM. Claverie et Gay présentent un cas très intéressant d'*infection puerpérale* se compliquant de psychose, et où la mort survint par œdème aigu du poumon.

Société anatomo-clinique de Toulouse.

MM. DUCUING et BOULARAN communiquent un cas d'*invagination intestinale*, observée chez un homme âgé de 32 ans, siégeant au niveau de la région iléo-cæcale et où la désinvagination fut effectuée par expression et non par traction.

MM. DUCUING et BOULARAN rapportent une observation de *diverticule congénital de la vessie* relevé chez une malade opérée de fibrome utérin enclavé dans le ligament large.

M. Jean TAPIE présente un malade atteint de *tabès* et offrant de plus une *atrophie myélopathique du membre supérieur droit à type Erb-Duchenne*. Il ne s'agit pas là d'une atrophie névritique, complication banale, mais d'une atrophie dépendant d'une poliomyélite subaiguë associée au tabès.

M. ROUQUET fait une communication sur un cas d'*endocardite maligne à pneumocoque* observé chez un malade âgé d'une cinquantaine d'années et dont le diagnostic clinique put être vérifié à l'autopsie.

MM. MÉRIEL et LEFÈBVRE communiquent un cas de *fracture de l'extrémité inférieure du radius compliquée de luxation du poignet* survenue par retour de manivelle automobile (arrachement en hyperextension de la main).

M. LEFÈBVRE rapporte une observation de *fracture de la rotule sans déplacement*, l'absence d'écartement des fragments étant due à la conservation des ailerons et surtout du péri-rotulien.

MM. DUCUING, ESCANDE et TAPIE présentent un enfant de 9 ans atteint d'*arthrite hémophilique* du cou-de-pied gauche.

Société de chirurgie de Toulouse.

M. MÉRIEL communique un mémoire sur le *diagnostic et le traitement des ulcères chroniques non perforés de la petite courbure de l'estomac*. S'appuyant sur quatre observations personnelles, il étudie le diagnostic clinique que vint confirmer l'examen radiologique. Le traitement de choix consiste dans la gastro-entérostomie suivie de la résection de l'ulcère : l'auteur repousse le procédé de Balfour (enfouissement après thermocautérisation), et juge l'exclusion du pylore inutile.

MM. DAMBRIN et GINISTY rapportent un cas de *luxation complète du genou en avant*, ne s'accompagnant pas de lésions vasculaires et nerveuses. La réduction fut obtenue facilement sans anesthésie générale, et le résultat fonctionnel fut parfait.

MM. ESCANDE et LEFÈBVRE présentent une observation de *luxation en haut de l'os iliaque* sans fracture du bassin et sans complications viscérales. Il s'agit là d'un cas assez rare, puisqu'en 1911, on n'en rapportait que 22 observations.

M. MÉRIEL fait une communication sur le traitement de la *stase intestinale chronique par la cæco-sygmoïdostomie*. Après avoir insisté sur la symptomatologie de cette affection, presque toujours confondue avec l'appendicite chronique, et dont le diagnostic se fait surtout par l'examen radiographique, il passe en revue les différentes interventions chirurgicales qui ont été préconisées : la cæco-sygmoïdostomie lui paraît être l'opération de choix.

M. LEFÈBVRE rapporte deux observations d'*iléo-sygmoïdostomie* : il envisage les différents cas où cette intervention d'exception lui paraît indiquée et qui tiennent, soit à un obstacle haut situé sur le côlon, soit à un obstacle par inertie d'une longue portion colique.

MM. DAMBRIN et GINISTY communiquent un cas de *plaie transfixiante sèche de l'artère fémorale* par balle de revolver siégeant au niveau du triangle de Scarpa. La ligature de l'artère n'amena aucun trouble dans la circulation du membre.

M. LEFÈBVRE a eu l'occasion d'observer un cas de *plaie sèche de l'artère poplitée par balle de carabine Flobert*. La ligature de l'artère ne fut suivie d'aucune complication.

M. MÉRIEL rapporte un cas de *recto-colite hémorragique* très amélioré par l'établissement d'un anus iliaque. Après avoir montré la difficulté du diagnostic, particulièrement avec le cancer, il envisage la question du traitement, où la mise au repos du rectum par dérivation des matières fécales lui paraît constituer le meilleur procédé.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Traitement des diarrhées et dysenteries estivales.

A cette période de l'année où les diarrhées et les dysenteries sont particulièrement nombreuses, nous pensons faire œuvre utile en signalant à l'attention de nos confrères une médication appelée à rendre de réels services. Elle a donné entre les mains de ceux qui l'ont employée judicieusement des résultats que n'avaient pu encore obtenir les traitements classiques jusqu'ici en usage.

Cette médication (à base d'extrait de garcinia composé) fut primitivement et exclusivement employée contre les dysenteries d'origine amibienne, où elle se montra d'une très grande *efficacité, même contre les kystes amibiens* **qui, on le sait, résistaient à tous les traitements (1). Au point de vue prophylactique, déjà, elle pré-**

(1) NOC. — Les dysenteries tropicales et leur traitement spécifique. *Revue d'Hygiène*, Paris, 1915, t. XXXVII, p. 747-752.

sente donc une importance capitale, les kystes étant le stade de propagation de l'amibiase (1).

Utilisée ensuite dans des cas d'*entérites chroniques rebelles* (quelques-uns remontant à plusieurs années) qui avaient été améliorés mais non guéris par les divers traitements suivis, elle amena une guérison définitive : les troubles gastro-intestinaux disparurent complètement et les malades purent reprendre le régime normal et augmentèrent de poids.

Enfin, dans les *dysenteries et les diarrhées estivales*, dont les causes sont multiples et les agents variés, cet extrait fluide, dénommé « Amibiasine », donna des résultats rapides et constants.

Nous savons très bien qu'avec le seul régime approprié et les médicaments usuels (purgatifs salins, bismuth, opiacés, etc..) les formes légères s'amendent généralement très vite. Souvent cependant, elles se prolongent et, imparfaitement soignées, deviennent chroniques. Parfois même, elles prennent soudain cette gravité que présentent, dès leur début, les formes suraiguës à allure cholériforme avec évacuations alvines fréquentes, vomissements, adynamie. *C'est surtout dans ces cas que l'Amibiasine est le médicament de choix et que son action bactéricide et tonique en même temps est particulièrement appréciable.* Sous son influence, rapidement les symptômes alarmants disparaissent et l'état général s'améliore, tandis que les selles redeviennent normales (2). Nous ne jugeons pas utile d'insister plus longuement sur les résultats obtenus dont de nombreuses observations ont été recueillies et publiées (3). Nous nous bornerons à indiquer ici le mode d'administration facile de ce médicament.

C'est une solution hydro-alcoolique d'extrait de plantes tropicales, à saveur amère et de couleur brune. Elle ne présente *aucune toxicité ni contre-indication*. Elle s'administre par la voie buccale.

Dans les formes légères, elle se prescrit à la dose de 3 à 6 cuillerées à café par jour, administrées à jeun, pendant trois à quatre jours de suite.

Dans les formes graves, la dose est de 10 à 12 cuillerées à café, données dans la même journée par doses fractionnées d'une cuillerée à café de demi-heure en demi-heure. Il est bon d'ajouter que les résultats sont d'autant meilleurs qu'on a eu soin de proscrire du régime le lait, et de le remplacer par du thé très léger fortement sucré.

Nous voyons, par ce rapide exposé, les avantages offerts par cette médication qui nous est d'un grand secours contre les affections gastro-intestinales de *toutes origines*. Nous insisterons sur ces derniers mots, car, très souvent, nous nous trouvons embarrassés pour choisir dans l'arsenal thérapeutique le médicament approprié pour lutter efficacement contre l'agent pathogène des diarrhées, lorsque nous ne disposons pas d'un examen bactériologique pour le préciser.

Il va sans dire que, dans les cas de dysenterie bacillaire identifiée, le sérum antidysentérique de Dopter et Vaillard garde toute sa valeur, tout en trouvant un précieux adjuvant dans l'Amibiasine.

Dr SALANIER, de Paris.

(1) LANDOUZY et DEBRÉ. — Les porteurs de germes. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1914, n° 12, p. 439.

RAVAUT. — Epidémie de dysenterie amibienne. *Bulletin société médicale*, 1915, n° 29-30, p. 847.

SIR RONALD ROSS. — The treatment of dysentery. *Lancet*, London, 1916, t. I, p. 7.

(2) *Journal des Praticiens*, 26 janvier 1918.

Progrès Médical, 7 septembre 1918.

(3) *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 2 février 1917 (A. FLORAND et L. MALTERRE). Thèse de Paris, G. VINCANT, juin 1919.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des thèses

Thèse de Lyon

Docteur Léon-Benoit JEANNIN. — **Contribution à l'étude des anévrismes traumatiques de la carotide primitive par blessure de guerre.**

De cet intéressant travail nous extrayons les conclusions opératoires préconisées par l'auteur :

« Le traitement consiste généralement dans l'évidement de l'hématome anévrysmal ou l'extirpation de l'anévrysme avec double ligature ; méthode qui peut être considérée comme le traitement classique et qui offre une grande sécurité et des résultats certains.

Les autres procédés opératoires, telle que la simple ligature en amont ou en aval, peuvent trouver leur indication lorsque la méthode précédente est inapplicable.

L'anévrysmoraphie oblitérive, restaurative ou reconstructive, sont des opérations qui peuvent rendre des services lorsque la poche anévrysmale est difficilement extirpable.

Quant à la suture, elle reste l'opération idéale ; mais elle exige, pour être pratiquée en toute sécurité, des conditions également idéales d'asepsie et des lésions minimes. Il est possible qu'à l'avenir, elle trouve des indications plus nombreuses avec les perfectionnements de la technique ».

Dr Frédéric CORRET. — **Le gargouillement cæcal dans l'appendicite chronique.**

M. F. Corret pense que le gargouillement cæcal a une valeur diagnostique réelle de l'appendicite chronique et c'est pourquoi il a voulu

nous en donner une étude aussi approfondie que possible. Mais, dit l'auteur, pour que ce signe ait de la valeur, il faut qu'il ait été constaté chez le malade, à plusieurs reprises et dans les mêmes conditions (absence de diarrhée, de purgation, de lavement).

Au point de vue opératoire, l'existence du gargouillement, ajouté aux autres symptômes plus ou moins frustes de l'appendicite chronique, doit faire préconiser une intervention chirurgicale : on donnera la préférence à l'incision de Jalaguier. Enfin au point de vue suites post-opératoires, l'existence du gargouillement cæcal chez le malade peut être la cause de tiraillements douloureux dans la fosse iliaque, persistant pendant quelques mois après l'intervention.

Thèse de Montpellier.

Dr Jules Desfour. — **Une théorie pathogénique des accidents provoqués par les sérums précipitants. — Extension à la pathogénie des accidents anaphylactiques et à la pathogénie des états morbides infectieux.**

« Les accidents produits par les arsénobenzènes, ceux connus sous le nom de crises anaphylactiques et les symptômes des maladies infectieuses, paraissent avoir une pathogénie commune explicable par les propriétés des sérums précipitants.

Des arsénobenzènes ou des antigènes biologiques introduits dans un organisme provoquent, dans cet organisme, la formation d'anticorps ayant la propriété de précipiter ces antigènes.

Ces précipités sont constitués par des produits insolubles, résultant de l'action chimique des anticorps sur leurs antigènes.

Ces précipités, emportés par le courant sanguin, vont former des embolies dans les capillaires, embolies entraînant mécaniquement les accidents dont nous cherchons à établir la pathogénie.

Ces accidents ne seraient autre chose que le résultat d'une « indigestion » dans le milieu intérieur ».

Telles sont les conclusions de M. J. Desfour.

La syphilis vertébrale (pseudo-mal de Pott syphilitique), par le Dr Claude Chenivesse. Montpellier, Firmin et Montane, 1920.

La syphilis vertébrale, dont beaucoup de cas sont certainement connus et considérés comme des tuberculoses vertébrales, peut se rencontrer dans la syphilis héréditaire et frapper des enfants, mais c'est essentielleent une localisation de la syphilis tertiaire qui se rencontre de préférence chez l'adulte.

La région cervicale est le siège de choix de la syphilis vertébrale qui peut créer à ce niveau une variété de torticolis, et les lésions anatomiques sont des ostéo-périostites simples, ou plus souvent des productions gommeuses altérant parfois profondément les corps vertébraux.

Le tableau clinique de la syphilis vertébrale est celui du mal de Pott : douleurs, rigidité vertébrale, gibbosité, symptômes de compression médullaire.

Le diagnostic repose sur l'étude des antécédents du malade, sur le caractère des douleurs, qui présentent parfois des exacerbations nocturnes, sur l'association fréquente d'autres lésions syphilitiques, sur l'absence d'abcès par congestion, sur la réaction de Wassermann et l'efficacité du traitement d'épreuve. Le pronostic, moins grave que celui du mal de Pott, s'assombrit par une redoutable complication, la luxation vertébrale, qui, étant donné le siège cervical de l'affection, peut déterminer la mort subite.

Traitement double : de la syphilis, par la médication spécifique régulière, et de la déformation par le décubitus dorsal, l'extension continue, le corset ou la minerve.

Thèse de Paris

La spirillose intestinale, par Dr Raphaël Pecker, Imprimerie N. L. Danzig, Paris.

Le tractus intestinal peut être infecté par des spirilles présentant des caractères morphologiques variables : espèces différentes, analogues au spirochœta eurygyrala et établissant la transition entre le spirochœta dentium et le spirochœta Vincenti.

On constate la présence du spirille intestinal dans les fèces, soit par un examen ultramicroscopique, soit après coloration, ou mieux encore après imprégnation par des sels d'argent.

Le spirille intestinal peut devenir pathogène, constituant une parasitose intestinale accompagnée de phénomènes morbides variés. En même temps que sous l'influence du traitement, les spirilles intestinaux disparaissent, l'état général et les signes locaux s'améliorent.

Si on observe une rechute clinique, elle s'accompagne de la réapparition des spirilles dans les selles.

L'administration par voie buccale du Novarsénobenzol enrobé paraît être le traitement spécifique de l'affection.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MUTUALITÉ FAMILIALE

L'indemnité journalière de 20 francs.

La Commission nommée par le Conseil d'administration, dans sa séance du 29 juin, s'est réunie sous la présidence du Dr MAURAT.

Elle a examiné toute la correspondance reçue par le secrétaire général et le trésorier ainsi que les travaux préparatoires faits par eux en vue d'éclairer la discussion.

Elle a reconnu qu'il y avait le plus grand intérêt :

1° A ouvrir, à la première section de la Mutualité Familiale, une combinaison nouvelle donnant l'indemnité journalière de 20 francs ;

2° A ouvrir cette combinaison dans le plus bref délai possible.

D'autre part, elle a constaté l'impossibilité de créer cette combinaison d'une manière régulière sans le vote d'une Assemblée générale émis en conformité de l'avis formulé par l'actuaire après son inventaire général.

Dans ces conditions, elle a décidé de proposer l'ouverture de la combinaison nouvelle au 1er janvier 1921, mais seulement à titre provisoire, l'organisation définitive étant renvoyée au 1er janvier 1922.

Elle a pensé que cette solution pourrait donner satisfaction au désir légitime de nombreux sociétaires, tout en sauvegardant les exigences statutaires.

Voici d'ailleurs le texte du projet de délibération qu'elle a adopté.

COMBINAISON M A D.

Il est créé, à la section 1 de la Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français, une combinaison nouvelle M A D donnant une indemnité double de celle qui est spécifiée à l'article 44 des statuts, c'est-à-dire 20 francs pendant soixante jours à partir du 5e jour de la maladie et 200 francs par mois (6 fr. 66 par jour) au delà du 60e jour et quelle que soit la durée de la maladie.

Cette combinaison fonctionnera, à titre provisoire, à partir du 1er *janvier* 1921, *et, à titre définitif à partir du* 1er *janvier* 1922 *après le vote d'une Assemblée générale extraordinaire qui sera spécialement réunie après l'inventaire actuariel.*

Pendant cette période provisoire, le fonctionnement de la combinaison M A D sera soumis aux règles particulières suivantes :

I

L'admission des membres est prononcée en deux fois par le conseil d'administration.

La première fois, elle n'est que provisoire : les noms des sociétaires ainsi admis sont publiés au *Concours médical* et, pendant trois mois, tous les anciens sociétaires sont admis à formuler leurs observations. Ce conseil ordonne, s'il est nécessaire, un nouvel examen des candidats et statue d'une manière définitive dans sa séance suivante.

II

Les sociétaires versent, dès leur admission provisoire, le droit d'entrée et la cotisation annuelle. S'ils ne sont pas admis définitivement, cette cotisation leur est remboursée.

Tableau des cotisations annuelles.

Age d'entrée		Age d'entrée	
24 ans........	135 fr.	35 ans........	168 fr.
25 —........	138 —	36 —........	172 —
26 —........	141 —	37 —........	176 —
27 —........	144 —	38 —........	180 —
28 —........	147 —	39 —........	185 —
29 —........	150 —	40 —........	190 —
30 —........	153 —	41 —........	195 —
31 —........	156 —	42 —........	200 —
32 —........	159 —	43 —........	205 —
33 —........	162 —	44 —........	210 —
34 —........	165 —	45 —........	215 —

Ces chiffres sont augmentés de 10 % pour frais de gestion.

III

Les chiffres portés au tableau ci-dessus pourront être modifiés selon les indications de l'actuaire lors de l'établissement définitif de la combinaison.

Dans ce cas, au mois de décembre 1921, les sociétaires admis devront régulariser leur situation en conformité des nouveaux chiffres : s'ils ont versé en moins, ils devront faire le versement complémentaire nécessaire ; s'ils ont versé en trop, la caisse leur tiendra compte de la différence.

IV

La limite d'âge pour l'entrée à la combinaison M A D est fixée à 45 ans.

L'âge de sortie est fixé à 65 ans.

V

Le droit à l'indemnité commence six mois après l'admission provisoire.

Exceptionnellement les indemnités du 2e semestre 1921 seront réglées seulement fin décembre, après l'organisation définitive de la combinaison M A D.

VI

Une demi-combinaison M A D est ouverte pour les membres actuels de la combinaison M A auxquels elle est exclusivement réservée.

Il est accordé à ces sociétaires un délai d'une année (jusqu'au 31 décembre 1921) pour s'y faire inscrire. Passé ce délai, la 1/2 combinaison M A D sera fermée.

Ils sont soumis, pour l'admission, aux mêmes conditions que les membres de M A D (examen médical, étape, droit d'entrée, etc..). Les membres de la demi-combinaison M A D paient demi-cotisation pour recevoir demi-indemnité.

VII

Les dispositions générales des statuts de la Mutualité Familiale et les dispositions spéciales à la combinaison M A sont applicables à la combinaison M A D en tant qu'elles ne sont pas contraires aux présentes règles particulières.

Toutefois :

1° Les sociétaires qui quittent la France cessent de faire partie de la combinaison M A D et n'y peuvent rentrer qu'à la faveur d'une admission nouvelle.

2° Les intérêts que devront payer les sociétaires en retard pour le versement de leurs cotisations seront calculés à raison de 0 fr. 50 % par mois.

3° Les amendes prévues à l'article 47 des statuts pour retard dans les déclarations seront portées à 5 fr. par jour.

Le secrétaire général,
H. MIGNON.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Le médecin et les grèves.

Je m'excuse de me voir dans l'obligation de rouvrir le débat, que je croyais clos.

Nous avons en effet reçu la lettre suivante que nous aurions scrupule à ne pas publier, même si son auteur ne faisait pas appel à notre impartialité.

Monsieur et cher confrère,

Je vous adresse cette note et je compte sur votre impartialité pour bien vouloir la publier.

Croyez, etc.

Dans un article du *Concours*, intitulé : « le Médecin et les Grèves », le Dr Duchesne déclare que l'opinion des médecins qui n'exercent pas n'a aucune valeur. Je ne puis m'empêcher de protester de toute mon énergie de vieux militant contre cet ostracisme, contre cette appréciation. A l'opposé du Dr Duchesne, j'estime que cette opinion a d'autant plus de valeur qu'elle est désintéressée et qu'elle s'appuie sur une longue expérience. J'ajoute, pour me servir de l'expression du Dr Duchesne, qu'il y a un certain chic, de la part d'un médecin qui n'exerce pas, à s'intéresser à des questions qui, pratiquement, devraient le laisser indifférent et qu'il y aurait lieu d'accueillir sa collaboration, sinon avec reconnaissance tout au moins avec la déférence due à l'âge et à un long passé de services loyaux rendus à la cause professionnelle. Je regrette que le Dr Duchesne se croie autorisé à traiter un confrère d'extrémiste, avec le sens désobligeant qui s'attache actuellement à ce terme, uniquement parce qu'il ne pense pas comme lui, et qu'il lui inflige gratuitement l'affront de supposer qu'il professe telle opinion, parce qu'il n'aura jamais à mettre ses actes d'accord avec ses paroles. Je m'étonne enfin que le *Concours*, tribune ouverte à tous les médecins, n'ait pas jugé à propos de publier la note dans laquelle je développais la thèse contraire à celle dont il s'est fait le champion ; dois-je en conclure que, pour le *Concours*, j'appartiens à la catégorie des médecins dont l'opinion n'a aucune valeur, bien qu'abonné à ce journal depuis 1894, et bien que comptant actuellement 25 années de vie syndicale active ?

Ceci dit, et pour répondre aux faits fictifs imaginés par le Dr Duchesne contre la grève des médecins, il me suffira de leur opposer des faits réels : les nombreuses victimes causées par les dernières grèves, parmi les enfants, les vieillards et les malades ; il me suffira d'évoquer par la pensée quel en eût été le nombre, si ces grèves s'étaient généralisées, si elles s'étaient prolongées, et surtout si elles avaient atteint le but poursuivi et avoué par leurs auteurs : l'instauration du régime des soviets par la révolution.

En somme, toute l'argumentation des non-interventionnistes en matière de grèves tient dans cette formule : « La grève, cela se dit, mais cela ne se fait pas, le médecin se trouvant dans l'impossibilité morale de refuser ses soins ». Cette formule, déjà discutable au point de vue absolu et en temps normal, ne l'est plus, à mon sens, lorsque le pays tout entier est menacé de ruine, lorsque toute une classe de la société est condamnée à disparaître, lorsque les intérêts supérieurs de l'humanité sont en péril. Personnellement, je suis convaincu que, dans certains cas bien déterminés, en présence de grèves affectant les

Lactéol du Dr BOUCARD Entérites

Lactéol

du Dr BOUCARD

œuvres vives de la nation et à tendance nettement révolutionnaire, les devoirs sociaux du médecin doivent l'emporter sur ses devoirs professionnels et que la formule précédente doit céder la place à celle-ci : « Grève contre grève ».

Cette question du rôle du médecin dans les grèves, dans laquelle le *Concours médical* a pris nettement parti, ne manquera pas de se poser à nouveau : elle ne saurait être tranchée par quelques articles de journal, et sa solution, à défaut d'un référendum, me paraît devoir être laissée à l'initiative des Syndicats.

Dr S.

Je ne trouve rien à changer à ce que j'ai écrit précédemment et qui me vaut la réplique de notre honorable correspondant.

Il m'adresse deux reproches que je ne puis passer sous silence :

« Je m'étonne que le *Concours*, tribune ou-
« verte, n'ait pas jugé à propos de publier la
« note dans laquelle je développais la thèse
« contraire à celle dont il (moi) s'est fait le cham-
« pion », écrit le Dr S.

Il fait erreur, sans doute parce qu'il ne lit pas notre journal avec toute l'attention désirable. Qu'il veuille bien se reporter au nº du 4 juillet dernier, il y trouvera, page 1707, sa première communication sur le droit au médecin de faire la grève des soins médicaux, reproduite *in extenso*.

Premier reproche immérité, M. S. en conviendra très certainement

Deuxième reproche qui tend à me prêter des intentions, pour le moins nettement désobligeantes, à l'égard de certains médecins qui ne penseraient pas comme moi : j'aurais traité un confrère d'extrémiste, expression particulièrement choquante et péjorative aujourd'hui.

J'admire que M. le Dr S., qui n'a pas peur des gestes, puisqu'il est partisan de la grève des soins médicaux envers les grévistes et leur famille, s'offusque à ce point du mot qui sert à les qualifier.

Si la grève est une mesure *extrême* qu'emploient les travailleurs pour lutter contre leurs employeurs, comment doit-on qualifier ceux qui en arrivent à de telles *extrémités*.

Serait-ce que le diplôme de docteur en médecine aurait le privilège de conférer à ses détenteurs une sorte de grâce d'état, par quoi se lénifieraient leurs actes les plus rudes ?

Mais, qu'à cela ne tienne. La phrase qui a choqué M. S., était ainsi construite : « Ils ne risquent rien (certains médecins) à se montrer extrémistes. »

Je la retire en la remplaçant par la suivante : « Ils ne risquent rien à montrer leurs préférences pour ces mesures extrêmes que sont les grèves ».

Cette question de pure forme réglée, fort de l'approbation de mes collègues du *Concours médical* dont, en la circonstance, je suis le représentant et l'interprète, je maintiens intégralement mon argumentation qui rencontre, à cette heure, plus de partisans que de détracteurs, si je m'en tiens aux nombreuses lettres que nous recevons, ainsi qu'aux opinions qui se font jour dans différents organes de la presse médicale.

Voici deux de ces lettres :

I

Je viens de lire dans le dernier *Concours* vos réflexions très justes sur la question, depuis quelque temps si discutée, du droit de grève pour les médecins et je me permets de vous adresser ces quelques mots.

Je réprouve la grève en général, le grève politique en particulier, cette grève dont les cheminots nous ont donné dernièrement un si bel exemple.

Il n'est pas raisonnable, que je sache, en dehors de toute considération humanitaire, de faire soi-même ce que l'on réprouve chez les autres. Les partisans de la grève des médecins ne font pas autre chose, puisqu'ils veulent la grève comme punition de la grève.

Je ne suis donc pas partisan de la grève des médecins et cela également, pour toutes les raisons que le *Concours* a exposées. Mais j'estime néanmoins qu'il est bon de montrer que nous avons l'intention bien nette de prendre certaines mesures en face, au moins de certaines grèves, et voici le système que j'ai employé à la dernière grève des cheminots.

Un gréviste s'est présenté à mon cabinet pour une plaie infectée d'un doigt. Je l'ai pansé et, lorsqu'il m'a demandé le prix de mes soins, je lui ai déclaré : « Mon ami, c'est quinze francs, somme totale qui se décompose ainsi : cinq francs pour la consultation, cinq francs pour le pansement ainsi qu'il est normal, et cinq francs pour la grève, lesquels cinq francs iront à la laiterie coopérative dont vous gênez le ravitaillement, état de choses dont souffrent les enfants et les malades ».

Le blessé, d'abord ahuri, a payé et est revenu autant de fois qu'il était nécessaire en payant chaque fois son impôt, alors qu'il pouvait se rendre chez trois autres confrères. Bien plus, depuis, je reçois plusieurs fois par semaine des cheminots qui viennent me consulter en payant, alors que deux médecins d'ici les soigneraient gratis en temps que médecins de la Compagnie, ce que je ne suis pas.

Je n'ai pas eu d'autre occasion d'appliquer ce système, mais le cas échéant, je me propose fermement de recommencer, car je ne crois pas avoir commis une mauvaise action ni contre ma conscience, ni contre les médecins en général, ni contre la société.

Dr M.

II

Voulez-vous prêter vos colonnes à un médecin socialiste, en l'excusant d'ajouter un adjectif au mot de médecin ... Mais la question débattue est *spécifiquement politique* et n'a aucun rapport *vrai* avec l'exercice de la profession d'Esculape.

Ceux de nos confrères partisans du refus de soins aux grévistes et à leurs familles ne parlent pas en médecins, mais en *politiciens*.

Ils sont victimes d'un de ces déplacements, de ces décalages de pensée, si communs dans nos temps de confusion, de déséquilibre et d'incohérence. La guerre, l'âpre lutte pour la vie, l'ardeur des passions politiques,sociales ou religieuses,les expliquent ; mais il est regrettable de percevoir de pareils symptômes jusque dans la classe de la société qui, professionnellement, devrait être à l'abri de telles défaillances morales et intellectuelles.

Comme vous, je reste convaincu que ceux qui préconisent les représailles ne refuseront pas leurs soins aux Français placés de l'autre côté de la barricade, puisque barricade il y a entre Français.

Ils n'oseront pas laisser mourir une mère française, donnant un enfant à son pays, eux qui ont soigné avec conscience l'allemand tombé à côté des nôtres.

Dans certains moments d'excitation verbale ou épistolaire, on se vante, mais le médecin a été , est et restera un NEUTRE.

***

Vous avez constaté, comme nous, combien est prodigue de clichés le vocabulaire de nos confrères. Il comporte une richesse exubérante d'expressions, qui exigent explications et précisions.

A employer des mots sans en définir le sens exact, on commence par discuter sans se comprendre et on finit par se disputer en parlant de choses totalement différentes. Tels sont les mots fatidiques et rabattus qui courent dans notre grande presse : *Bolchevisme, Révolution, ordre social,* etc...

De quoi s'agit-il exactement ?

Avec l'aimable confrère conservateur social, qui m'en donnera les définitions objectives et m'en tracera un cadre exact, défini, précis, immuable, nous serons bien près de nous entendre !! Pour l'instant, j'ai le droit de me désoler en voyant des médecins, hommes de science, esprits critiques, observateurs de métier, nager, s'ébattre et se débattre dans les généralités inconsistantes et embrouillées. S'ils veulent faire un effort de compréhension et le faire loyalement, ils verront que leur départ pour la grande croisade sociale, au nom de l'ordre et du patriotisme, est une bonne galejade ou un mouvement de mauvaise humeur, et non un acte de justice.

***

Des ouvriers, des agents techniques assis à la même table que les représentants de l'*Etat*, de la *Haute Banque* ! Monstruosité ! horreur ! abomination ! Cela fait frémir certains d'entre nous, les indigne au point de refuser des soins aux enfants malades de ces *bolchevistes*.

Et pourtant, confrères, je croyais que l'accord du capital et du travail était le programme de la formule nouvelle du conservatisme social.

L'occasion était bonne de mettre les éternels mécontents face à face avec les lourdes responsabilités de la direction des affaires. On aurait eu la bonne chance d'enregistrer l'impuissance native des travailleurs à se hausser au niveau d'un banquier de Francfort ou de Paris. Car les conseils d'administration, maîtres absolus de nos chemins de fer, sont formés par l'élite du capitalisme européen.

Les annuaires spéciaux vous apprendront que les faiseurs d'affaires de Bruxelles, Londres, Madrid, Milan, même et surtout Francfort, prennent part à la direction de nos grandes sociétés : chemin de fer, mines, assurances, etc. Le patriotisme en sera peut-être outré, mais peut-être aussi en deviendra-t-on plus conciliant, moins agressif envers ceux qui osent croire que l'*ordre français* n'est pas l'ordre actuel établi au profit des seuls intérêts de ces messieurs de la Grande Finance internationale.

***

Que dire alors des médecins praticiens syndiqués qui prétendent faire partie des commissions chargées de l'étude des lois intéressant la santé publique, et qui croient nécessaire que des spécialistes de médecine dirigent et administrent ce qui touche l'hygiène du pays ?

Est-ce vraiment être révolutionnaire, anarchiste, que de mettre en doute l'omniscience de nos banquiers, tour à tour assureurs, cheminots, marins, et de croire que les techniciens et les professionnels peuvent discuter avec eux, sinon les remplacer avantageusement ?

Si donc *bolchevisme* veut dire égalisation du capital et du travail, les trois quarts des francais sont *bolchevistes* consciemment ou inconsciemment ; s'il veut dire suprématie du travail sur le capital, un bon tiers l'est actuellement en attendant mieux.

Dr S.

Quant aux opinions de presse, la dernière en date est formulée dans la *Gazette Limousine* (juillet 1920).

Le signataire, Dr Simonin, pense comme nous que la grève des soins médicaux envers les malades grévistes ou leur famille, est insoutenable. Mais il annonce, par contre, qu'il élargira le débat, et envisagera prochainement sans doute ce que nous avons appelé la *grève administrative*.

Que les médecins, décidés à ne pas se laisser

asservir par une collectivité quelconque, publique ou privée, se mettent d'accord pour se refuser à remplir les formalités que ces groupements réclament du corps médical, nous ne pouvons que les approuver et les encourager dans cette voie, à une condition toutefois, c'est que *les malades n'aient pas à en souffrir.*

Les médecins sont faits pour les malades. L'intérêt de ceux-ci, l'intérêt immédiat tout au moins, passe avant toutes autres considérations.

Mais revenons à la lettre de Mr. S.

Puisque notre confrère estime que c'est surtout affaire aux Syndicats de se prononcer sur l'opportunité et la légitimité de la grève des soins médicaux, je lui recommande l'extrait suivant du procès-verbal de la séance du Conseil d'administration du syndicat de la Seine, du 11 mai 1920, et notamment, l'opinion du Pr Hartmann :

Les grèves et l'exercice de la profession médicale. — M. Cibrie proteste contre les grèves actuelles qui troublent profondément la vie économique du Pays, ainsi que l'exercice de la profession médicale et demande que les membres du Syndicat des médecins de la Seine interviennent pour ne pas donner leurs soins aux grévistes et à leur famille.

MM. Hartmann *et* Pierrot *protestent contre cette mesure en disant que le Syndicat, ne devant pas faire de politique, n'a pas à prendre parti pour ou contre les grèves.*

Plusieurs membres du Conseil : MM. Coldefy, Sénéchal, Durand, A. Lévy, Le Fur, font remarquer que, en se plaçant sur le terrain strictement professionnel, le syndicat a le droit et même le devoir de signaler la perturbation apportée à l'exercice de la médecine par les dernières grèves, notamment celles des transports, perturbation qui met en danger la santé publique et intéresse à ce titre, non seulement les médecins de Paris, mais encore toute la population parisienne.

Il y a donc lieu de demander aux pouvoirs publics de prendre des mesures pour faciliter l'exercice de notre profession et nous permettre de répondre à l'appel de nos malades.

Certains membres du Conseil font remarquer que, s'il n'y a pas lieu de transmettre nos vœux à des organisations ouvrières comme la C. G. T. dont l'action a été jugée sévèrement par le pays et qui sont en ce moment, sous le coup d'inculpations et de poursuites de la part du Gouvernement, il y aurait en revanche intérêt à les communiquer aux Syndicats professionnels intéressés en l'espèce, ceux des transports en commun, taxis, autos, etc....

M. Hartmann présente alors l'ordre du jour suivant, qui sera envoyé à la Presse (journaux politiques et journaux médicaux), et qui est adopté à l'unanimité :

« Le conseil d'Administration du Syndicat des « médecins de la Seine, constatant la grande difficul- « té que les grèves des moyens de transport apportent « à l'exercice de la médecine en empêchant le médecin « de se rendre à l'appel du malade et du blessé ;

« Signale aux pouvoirs publics et aux Syndicats « professionnels intéressés, la nécessité qu'il y a, dans « l'intérêt de la santé publique, d'assurer d'urgence « et en toutes circonstances le transport rapide du « médecin près de ses malades ».

G. Duchesne.

LÉGISLATION PRATIQUE

Les nouveaux impôts.

Les nouveaux impôts, ou, pour employer l'expression même du titre de la loi du 25 juin 1920, « les nouvelles ressources fiscales », qui viennent de s'ajouter, en faisant plus que les doubler, aux impôts préexistants, constituent un facteur trop important dans l'existence du contribuable français pour qu'il néglige de les connaître, sinon tous, tout au moins ceux qui nécessitent de sa part une collaboration quelconque avec l'administration fiscale à laquelle il appartient de les recouvrer.

Continuant l'habitude prise depuis quelques années, lorsque l'impôt général sur le revenu est venu apporter une modification importante dans notre système fiscal, nous allons exposer succinctement ceux des nouveaux impôts qui atteignent plus particulièrement les médecins, notamment dans l'exercice de leur profession.

Nous suivrons simplement, dans cet exposé, l'ordre de la loi nouvelle.

Impôt sur le revenu.

Impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non commerciales. — Après avoir apporté des modifications aux articles de la loi du 31 juillet 1917 réglant le calcul de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, de l'impôt sur les bénéfices de l'exploitation agricole, de l'impôt sur les traitements publics et privés, les indemnités et émoluments, les salaires, les pensions et les rentes viagères, la loi aborde l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, au nombre desquelles on sait que figure la médecine.

L'article 31 de la loi du 31 juillet 1917 est modifié en ce sens que l'impôt ne porte plus que sur la partie du bénéfice net dépassant :

4.000 fr. si le contribuable est domicilié dans une commune de 50.000 habitants et au-dessous ;

5.000 fr. si le contribuable est domicilié dans une commune de plus de 50.000 habitants, ou située dans un rayon de 15 km. à partir du pé-

rimètre de la partie agglomérée d'une commune de plus de 50.000 habitants ;

6.000 fr. si le contribuable est domicilié à Paris ou dans une commune de la banlieue dans un rayon de 25 km. à partir du périmètre de l'octroi de Paris.

En outre, pour le calcul de l'impôt, la fraction du revenu imposable comprise entre le minimum exonéré et la somme de 8.000 fr. est comptée seulement pour moitié.

Le taux de l'impôt est fixé à 6 p. 100 (au lieu de 3.75 %).

Exonérations. — Sur les impôts cédulaires perçus par voie de rôle (notamment celui sur les bénéfices des professions non commerciales), ainsi que sur l'impôt foncier, chaque contribuable a droit, en ce qui concerne la part de l'Etat, à une réduction réglée comme il suit :

1° Pour tout contribuable dont le revenu net total, défalcation faite pour situation et charges de famille, n'est pas supérieur à 10.000 fr., 7.50 pour cent pour chaque personne à sa charge jusqu'à la deuxième et 15 p. cent pour chacune des autres personnes à partir de la troisième.

2° Pour tout contribuable dont le revenu net total, tel qu'il est défini ci-dessus, est supérieur à 10.000 fr., 5 p. 100 pour chacune des trois premières personnes à sa charge et 10 p. 100 pour chacune des autres personnes à partir de la quatrième, sans que le montant total de la réduction puisse dépasser 300 fr. par personne à la charge du contribuable,

Impôt général sur le revenu. — Sont affranchis de l'impôt général sur le revenu :

1° Les personnes dont le revenu imposable n'excède pas la somme de 6.000 fr. (au lieu de 3.000 fr.), majorée, s'il y a lieu, comme on le verra ci-après :

2° Les mutilés, veuves et ayants droit des morts de la grande guerre pour les pensions dont ils sont titulaires en vertu de la loi du 31 mars 1919.

Les contribuables mariés ont droit en outre, sur le revenu annuel, à une déduction de 3.000 fr. (au lieu de 2.000 fr.)

La même déduction est accordée, en cas de décès de l'un des époux, au conjoint survivant non remarié et ayant à sa charge un ou plusieurs enfants issus du mariage.

En outre, tout contribuable a droit, sur son revenu annuel, à une déduction de 1.500 fr. (au lieu de 1.000 fr.) par personne à sa charge, si le nombre des personnes à sa charge ne dépasse pas cinq. Toutefois, pour chaque enfant au dessous de vingt et un ans, resté à la charge de ses parents et pour chaque personne au-delà de la cinquième, quel que soit son âge, la déduction sera portée à 2.000 fr.

Sont considérés comme personnes à la charge du contribuable à la condition de n'avoir pas de revenus distincts de ceux qui servent de base à l'imposition de ce dernier :

1° Les ascendants âgés de plus de 70 ans ou infirmes ; toutefois cet âge est abaissé à 60 ans à l'égard des femmes veuves vivant sous le même toit que leur fils ou leur fille et à leur charge exclusive ;

2° Les descendants ou enfants par lui recueillis, s'ils sont âgés de moins de vingt et un ans ou s'ils sont infirmes.

Le calcul de l'impôt a été l'objet d'un remaniement complet.

Pour ce calcul, toute fraction du revenu inférieure à 100 fr. est négligée. Est tenue en outre pour nulle la fraction du revenu qui, défalcation faite des déductions pour situation et charges de famille, n'excède pas 6.000 fr.

L'impôt est ensuite calculé en comptant :

Pour 1/25 la fraction comprise entre 6.000 et 20.000 fr. ;

Pour 2/25 la fraction comprise entre 20.000 et 30.000 fr. ;

Et ainsi de suite, en augmentant de 1/25 par tranche de 10.000 fr. jusqu'à 100.000 fr., par tranche de 25.000 fr. jusqu'à 400.000 fr. et par tranche de 50.000 fr. jusqu'à 550.000 fr. ; la fraction du revenu excédant 550.000 fr, est comptée pour l'intégralité.

Le taux à appliquer au revenu taxable ainsi obtenu est de 50 pour cent (1).

Sur l'impôt ainsi calculé, chaque contribuable a droit à des réductions pour charges de famille, selon les règles suivantes :

Tout contribuable dont le revenu net total, défalcation faite des déductions prévues pour situation et charges de famille, n'est pas supérieur à 10.000 fr. a droit à une réduction d'impôt de 7.50 p. 100 pour chaque personne à sa charge jusqu'à la deuxième, et de 15 p. 100 pour chacune des autres personnes à partir de la troisième.

Tout contribuable dont le revenu, défalcation faite des dites déductions, est supérieur à 10.000 fr. a droit à une réduction d'impôt de 5 p. 100 pour chacune des trois premières personnes à sa charge, et de 10 p. 100 pour chacune des autres personnes à partir de la quatrième, sans que toutefois le montant de cette réduction puisse excéder 2.000 fr. par personne à la charge du contribuable.

---

(1) En plus de la majoration de 10 % à défaut de déclaration dans le délai légal (3 premiers mois de l'année), en cas d'insuffisance de déclaration, le contribuable est tenu, s'il n'établit sa bonne foi, de verser en sus une somme égale au quadruple de la partie des droits correspondant au revenu non déclaré, si l'insuffisance est supérieure au dixième du revenu imposable. (Loi du 31 juillet 1920, art. 2 modifiant l'art. 18 de la loi du 15 juillet 1914).

Le montant de l'impôt général sur le revenu est majoré de 25 p. 100 pour les contribuables âgés de plus de 30 ans qui sont célibataires ou divorcés et qui n'ont aucune personne à leur charge.

Le même montant est majoré de 10 p. 100 pour les contribuables âgés de plus de 30 ans, mariés depuis 2 ans au 1er janvier de l'année de l'imposition, lorsque, à la même date, ces contribuables n'ont pas d'enfant ni aucune personne à leur charge.

Mais les deux dispositions qui précèdent ne sont pas applicables aux contribuables des catégories visées, titulaires d'une pension prévue par la loi du 31 mars 1919 pour une invalidité de 40 p. 100 et au-dessus, ni aux contribuables dont tous les enfants sont morts à la guerre.

Toutes les dispositions analysées ci-dessus sont applicables à partir du 1er janvier 1920, par conséquent aux déclarations de revenus faites au cours de la présente année (Art. 11).

Contribution sur les bénéfices de guerre.

Puisque, après une longue controverse, il a été jugé par le Conseil d'Etat que les médecins étaient assujettis à la contribution sur les bénéfices supplémentaires de guerre, il n'est pas inutile d'indiquer les modifications que la loi du 25 juin 1920 a apportées au régime de cet impôt spécial.

Et d'abord, la contribution instituée par la loi du 1er juillet 1916 a cessé d'être applicable aux bénéfices réalisés après le 30 juin 1920 (Art. 12).

Ne seront pas soumises à cette contribution pour les bénéfices réalisés depuis le 11 novembre 1918, date de l'armistice, si elles n'ont pas antérieurement produit des bénéfices donnant lieu à l'application de cette contribution :

1° Les entreprises créées ou non avant le 1er août 1914 dont l'exploitant a été mobilisé depuis le 1er août pendant un an au moins ou a été réformé depuis cette date pour blessure reçue ou maladie contractée au service ;

2° Les entreprises situées dans les régions qui ont été envahies ou qui, s'étant trouvées dans la zone des opérations militaires, ont été arrêtées pendant six mois consécutifs au moins du fait desdites opérations.

3° (Sans intérêt pour les médecins).

4° Les entreprises dont le déficit par rapport au bénéfice normal, pour la période du 1er août 1914 au 31 décembre 1918, est supérieur aux bénéfices exceptionnels ou supplémentaires réalisés en 1919 et jusqu'au 30 juin 1920.

Sont également exonérés de la contribution extraordinaire, à partir du 1er janvier 1919, les contribuables qui ont été mobilisés dans les conditions du 1° qui précède et dont le bénéfice total annuel, à dater du 1er janvier 1919, n'a pas été supérieur à 30.000 francs (Art. 13).

Si l'on veut bien considérer que le mot « entreprises », employé par le législateur en cette circonstance, s'applique à l'exercice de la profession médicale, il est bien certain que les dispositions que nous venons de résumer sont de nature à exonérer un grand nombre de médecins de la contribution extraordinaire sur les bénéfices supplémentaires de guerre.

Mais pour ceux qui y resteront soumis, une nouvelle pénalité a été ajoutée à celle de 10 p. 100 de la contribution dont sont frappés les contribuables qui n'ont pas fait leur déclaration en temps normal. Ceux qui, dans un nouveau délai de trois mois à dater de la promulgation de la loi du 25 juin, n'auront pas souscrit leur déclaration pour tous les exercices écoulés, seront frappés d'une surtaxe de 25 p. 100 sur la contribution afférente aux exercices antérieurs à 1918, de 20 p. 100 sur la contribution afférente à l'exercice 1918, de 10 p. 100 sur la contribution afférente à l'exercice 1919.

En cas de déficit par rapport au bénéfice normal, révélé par un des bilans de la période de guerre, le contribuable aura droit, sur sa demande, à une détaxe, correspondant à l'importance de ce déficit, qui sera déduite du total des impositions, sans que la déduction puisse excéder la moitié de ce total. Cette détaxe devra être demandée dans le délai imparti pour produire la déclaration relative à la dernière période d'imposition.

Cette disposition peut être intéressante pour les médecins qui auraient fait des bénéfices supplémentaires taxables depuis la fin des hostilités, alors que pendant la période de guerre leurs bénéfices auraient au contraire été inférieurs aux bénéfices normaux d'avant-guerre.

Droit de visite des pharmacies.

Ce droit, auquel les médecins propharmaciens sont actuellement soumis, puisqu'ils doivent subir l'inspection, est porté, à dater du 1er janvier 1920, de 6 fr. à 10 fr. pour les pharmacies des villes de moins de 100.000 habitants, qui seules nous intéressent ici (Art. 23).

Enregistrement. Baux et locations.

Le droit d'enregistrement des baux de meubles et d'immeubles est porté à 0 fr. 60 pour cent, sans addition de décimes (Art. 26).

La déclaration à l'enregistrement et par suite le payement des droits ne sont plus obligatoires pour les locations verbales consenties suivant l'usage des lieux ou pour une durée ne dépassant pas trois ans et dont le prix n'excède pas 2.000 fr. à Paris et 1.000 fr. dans toutes les autres localités (Art. 27).

Le principal des divers droits fixes d'enregistrement et des droits minima auxquels sont assujettis par les lois en vigueur les actes civils,

administratifs, judiciaires ou extra-judiciaires, quels qu'ils soient, est porté au double, mais n'est plus soumis aux décimes (Art. 28).

Papier timbré.

Les prix des feuilles de papier timbré sont actuellement les suivants : 12 fr., 8 fr., 6 fr., 4 fr. et 2 fr. (Art. 36).

Ce dernier prix est celui de la feuille simple (demi-feuille de petit papier) qui sert habituellement pour la rédaction des certificats médicaux qui ne sont pas exempts de timbre. Ce prix, qui avait été longtemps de 60 centimes, avait été élevé depuis peu à 1 franc. Il est donc de plus en plus intéressant pour les médecins de se faire rembourser, en plus de l'honoraire proprement dit du certificat, le prix du papier timbré sur lequel il est établi, ou mieux de se faire fournir ce papier en nature par le client qui désire un certificat.

Les nouveaux prix sont applicables le premier jour du deuxième mois qui suivra celui de la promulgation de la loi, c'est-à-dire, la loi a yant été promulguée le 26 juin, le 1er août 1920 (Art. 40).

Impôt sur les intérêts des créances.

L'impôt sur les intérêts, arrérages et autres produits des créances, dépôts et cautionnements (actuellement de 10 p. 100), est dû par le seul fait du payement des intérêts ou de leur inscription au débit ou au crédit d'un compte. Il est alors acquitté par l'apposition de timbres mobiles, soit sur la quittance, soit sur le compte. Ces timbres mobiles spéciaux sont différents des timbres-quittances dont nous allons parler ci-après. Ils sont à la charge exclusive du créancier, nonobstant toute clause contraire ; toutefois, le créancier et le débiteur en sont tenus solidairement, à peine d'une amende de 50 fr. à la charge de chacun des contrevenants, indépendamment du payement par le créancier d'une amende égale au quintuple des droits dont le trésor a été privé pour chacune des années antérieures à celle de la découverte de l'infraction, et ce, pendant dix années au maximum (Art. 52 et 53).

Au point de vue particulier où nous nous plaçons, ces dispositions doivent être prises en considération par le médecin qui, à la suite d'un jugement, par exemple, touchera, outre le principal de ses honoraires, les intérêts de ce principal à compter de la demande en justice. Il ne devra pas manquer d'apposer sur la quittance, outre le timbre-quittance proprement dit, les timbres spéciaux représentant 10 pour cent des intérêts qu'il encaissera, et d'oblitérer les uns et les autres timbres.

Timbres-quittances.

La taxe de vingt centimes par cent francs, qui avait été instituée par la loi du 31 décembre 1917, est supprimée, et remplacée par un timbre-quittance de :

0 fr. 25, de 10 à 100 fr. ;
0 fr. 50, de 100 à 1000 fr. ;
1 fr. au-dessus de 1000 fr.

Sont frappés de ce droit les titres, de quelque nature qu'ils soient, signés ou non signés, faits sous signatures privées, qui constatent des payements ou des versements de sommes, quels que soient le caractère civil ou commercial du payement ou du versement et la qualité de celui qui le reçoit ou l'effectue. Les honoraires médicaux sont compris dans cette énumération.

Est également porté à 0 fr. 25 le droit de timbre exigible sur les titres comportant reçu pur et simple, libération ou décharge de titres, valeurs ou objets (Art. 55).

Taxe de luxe.

Sont soumis à une taxe de 10 pour 100 les payements des prix des ventes intervenues entre non-commerçants, sous quelque forme et dans quelque condition que ce soit, et s'appliquant à des marchandises, denrées, fournitures ou objets désignés comme étant de luxe.

La taxe doit être acquittée par l'apposition de timbres mobiles sur la quittance, dont la délivrance est obligatoire, quel que soit le montant du prix. Ces timbres sont oblitérés par l'apposition, à l'encre noire, en travers du timbre, de la signature de celui qui donne quittance, ainsi que de la date de l'oblitération. La signature peut être remplacée par une griffe à l'encre grasse.

Toute personne qui aura participé à une vente, soit comme acquéreur, soit comme vendeur, sans qu'une quittance du prix ait été délivrée et que la taxe de 10 p. 100 ait été acquittée, sera punie personnellement d'une amende égale au triple de la taxe qui n'aura pas été payée, sans que cette amende puisse être inférieure à 100 fr. Le droit de timbre des quittances ne sera pas applicable aux écrits constatant des payements soumis à la taxe de 10 p. 100 (Art. 57)

Par exemple, le médecin qui vendra ou achètera une automobile d'occasion à un confrère ou à une autre personne non commerçante, devra remplir ces formalités et payer la taxe de 10 p. 100 ou s'assurer que son acheteur ou son vendeur ont satisfait à la loi. En effet, le décret du 28 juin 1920 qui a opéré un nouveau classement des objets de luxe, y a conservé, sans aucune exception au profit de qui que ce soit, les automobiles, neuves ou d'occasion, servant au transport des personnes, leurs châssis, leurs carrosseries, garnitures et accessoires, en exceptant seulement, contrairement à la classification antérieure, les pièces détachées exclusivement destinées aux réparations.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs:

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Goddard, Kent-Gazet, Leleng.
Allevard-les-Bains. Boël.
Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Dresch, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. H. Bene.
Bagnoles-de-l'Orne. J. Arnaud, Joly, Pesnel.
Barèges. Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy, Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault Mansillon.
Bourbonne-les-Bains Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains, Colbert. — Hamant.
Capvern Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, Bayrac, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Riberolles, Saint-René-Bonnet.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Baillivet.
Eaux-Bonnes. Bajac.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Evaux-les-Bains. J. Gruzu, Lepage.
Evian, L. Dagard, Martinaud.
Forges-les-Eaux. Bernardicou.
Gréoux (Basses-Alpes). C. Mathieu, Rigal.
Hendaye Th. Casenave.
La Bourboule. Cristin, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy.
La Roche-Posay-les-Bains. Barret. Guyot.
Luchon, Drouet, Dutech, Germès. Molinery (ne fait que la physiothérapie), Pelon.
Luxeuil-les-Bains. Bornèque, Cugnier, Gauthier, Picot, Rimey.
Martigny. Dedet. Payen.
Mont-Dore J. André, Débidour, Dubruel, Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard. Gillot. Hageu, de Langenhagen, Truelle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Chassagnard. Mougeot.
Salins-les-Bains Bourny.
Salies-de-Salat. Barbé.
Saint-Didier, (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Alphonsi. Baradat. E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte. Odin. Ségard.
St-Nectaire Serane, Siguret, Yersepuy.
St-Sauveur. Sabail.
Salies-de-Béarn. Callais, Coustère. David. Reynaud.
Sermaize-les-Bains. Rousselot.
Thonon-les-Bains, Vuillaume.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains, Chabannes, David.
Vichy. Cahen, Casteran, Chevreux, Cotar, Gannat, Guiuard, Gandelin, Reynes, Ed. Vidal.
Vittel, Constant, Mousseaux.

Impôt sur le chiffre d'affaires.

L'art. 59 institue « un impôt sur le chiffre des affaires faites en France par les personnes qui, habituellement ou occasionnellement, achètent pour revendre, ou accomplissent des actes relevant des professions assujetties à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux institué par le titre Ier de la loi du 31 juillet 1917, ainsi que les exploitants d'entreprises assujetties à la redevance proportionnelle prévue par l'article 33 de la loi du 21 avril 1810. » (loi sur les mines).

De toute évidence, les médecins n'entrent pas dans cette énumération : ils n'achètent pas pour revendre ; ils sont assujettis à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, et non à celui sur les bénéfices industriels et commerciaux ; ils ne sont point enfin exploitants de mines. Ils ne sont donc pas assujettis à la taxe sur le chiffre d'affaires.

Mais en est-il de même des médecins propharmaciens ?

Ceux-ci ne sont pas commerçants, il est vrai, ni assujettis à l'impôt sur les bénéfices des professions commerciales. Mais le nouvel impôt sur le chiffre d'affaires ne vise pas que les industriels et les commerçants, et le législateur a visiblement voulu atteindre, outre ces derniers, toutes les personnes qui vendent des choses qu'elles n'ont pas produites elles-mêmes, alors même qu'elles ne le font qu'occasionnellement et que cette revente ne constitue pas un acte de commerce.

Or, il faut bien reconnaître que les propharmaciens achètent les produits pharmaceutiques pour les revendre et entrent dans la définition très large, donnée par la loi Il est plus que probable que si, dans les circonstances actuelles, on voulait discuter leur assujettissement à l'impôt sur le chiffre d'affaires, les tribunaux se prononceraient pour cet assujettissement et ce, avec des motifs beaucoup plus plausibles qu'ils ne l'ont fait en ce qui concernait l'assujettissement des médecins à la contribution sur les bénéfices de guerre. Dans ce dernier cas, le législateur avait voulu placer en dehors de cette contribution la plupart des professions libérales, et notamment les médecins. Actuellement, au contraire, il a voulu frapper le plus d'assujettis possible et si les médecins propharmaciens n'ont pas été spécialement visés par lui, il serait difficile, nous le répétons, de soutenir qu'ils ne sont pas atteints (1). Mais, bien entendu, seules, les ventes de médicaments sont soumises à cet impôt, et les honoraires médicaux proprement dits y échappent.

(1) La même argumentation peut s'appliquer aux médecins dentistes, pour les appareils de prothèse qu'ils fournissent à leurs clients, ainsi qu'aux cliniques et maisons de santé.

Déjà l'administration fiscale a mis en demeure certains d'entre eux (nous le savons par des lettres de nos abonnés) de se conformer à la loi nouvelle.

Les médecins propharmaciens devront donc, comme les personnes qui ne sont pas inscrites au rôle de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, souscrire une déclaration au bureau du receveur des contributions indirectes dans le ressort duquel ils exercent leur profession, s'ils habitent une commune dont la population d'après le dernier recensement ne dépasse pas 5000 habitants, et dans le cas contraire au bureau du receveur de l'enregistrement. Cette déclaration doit être souscrite dans le mois à partir du 1er juillet 1920 (1). (Art. 61 et décret du 24 juillet 1920).

Pour la liquidation de l'impôt, le chiffre d'affaires est constitué par le montant des ventes effectivement et définitivement réalisées (Art. 62).

Le taux de l'impôt est de 1 pour cent, avec un décime au profit des départements et des communes, soit 1,10 pour cent du total du chiffre d'affaires (Art. 63).

Toute personne redevable de l'impôt devra, si elle ne tient pas habituellement une comptabilité permettant de déterminer son chiffre d'affaires (ce qui est le plus généralement le cas des propharmaciens), avoir un livre aux pages numérotées sur lequel elle inscrira jour par jour, sans blanc ni rature, chacune des ventes qu'elle a effectuées (Art. 66).

Chaque inscription doit indiquer la date, la désignation sommaire des objets vendus, ainsi que le prix de vente. Toutefois les opérations au comptant pour des valeurs inférieures à 100 fr. pourront être inscrites globalement à la fin de chaque journée.

Le livre prescrit ou la comptabilité en tenant lieu, ainsi que les pièces justificatives des opérations effectuées, notamment les factures d'achats, devront être conservés pendant un délai de 3 ans à compter du 1er janvier de l'année durant laquelle le livre a été commencé ou durant laquelle les pièces ont été établies.

Le montant des opérations inscrites sur le livre sera totalisé à la fin de chaque mois et le relevé du chiffre d'affaires effectué durant le mois précédent sera remis au bureau du receveur des contributions indirectes, ou lui sera envoyé par lettre affranchie.

(1) Ce délai est actuellement expiré, mais il y a lieu de signaler que le décret qui fixe ce délai est daté du 24 juillet et a été publié au *Journal officiel* du 25 juillet, c'est-à-dire six jours avant son expiration. Il faut espérer que l'administration ne se montrera pas trop stricte pour son application et ne recourra pas trop rigoureusement aux sanctions sévères (1000 fr. d'amende) prononcées par la loi.

Le payement de la totalité de l'impôt exigible d'après le relevé sera fait au moment de la remise ou de l'envoi du relevé, soit en numéraire, soit au moyen d'un chèque postal, d'un mandat-poste ou mandat-carte émis au profit du receveur de l'administration compétente, soit par virement à son compte de chèques postaux.

Si le versement à effectuer excède 100 fr., il pourra être fait au moyen d'un chèque barré portant « Banque de France », entre les deux barres.

Par exception, le premier relevé ne sera envoyé et le premier versement de l'impôt ne sera effectué que le troisième mois qui suivra celui de la promulgation de la loi, c'est-à-dire au mois de septembre prochain (Art. 67).

Les redevables dont le chiffre d'affaires mensuel n'a pas excédé 1000 fr. pourront être affranchis de l'obligation des relevés mensuels, moyennant le versement d'un forfait annuel déterminé d'après leur chiffre d'affaires de l'année précédente. Cette dispense sera accordée par le directeur départemental.

Les affaires conclues avant le 1er juillet 1920 et dont le payement serait effectué après cette date devront être portées sur un état spécial et ne donnent pas lieu au payement de l'impôt, à charge par les redevables de fournir toutes les justifications réclamées par l'administration.

Toute contravention aux dispositions des articles concernant le chiffre d'affaires sera punie:

1° Si elle n'a privé le Trésor d'aucune fraction de l'impôt à la charge du contrevenant, d'une amende fiscale de 1000 fr. ;

2° Si elle a entraîné le défaut de payement dans le délai légal de la totalité ou d'une partie de l'impôt, d'une amende fiscale égale, pour chaque mois ou fraction de mois de retard, au montant de l'impôt non payé dans le délai légal, avec minimum de 1000 fr.

En cas de récidive, il peut être prononcé des peines correctionnelles allant jusqu'à 3 mois de prison (Art. 68).

Le refus des communications prescrites par les articles 66 et 67 peut être puni d'une amende de 500 à 5000 fr. et en outre le redevable pourra être condamné à représenter les pièces et documents non communiqués sous une astreinte de 100 fr. au minimum par jour de retard.

Droit sur les eaux minérales.

Le droit de consommation sur les eaux minérales et de laboratoire est porté à 5 centimes par litre ou fraction de litre, lorsque le prix de vente à la sortie de l'établissement de production est égal ou inférieur à 30 centimes par bouteille, et à 10 centimes par litre, lorsque ce prix est supérieur à 30 centimes par bouteille.

En outre il pourra, sur leur demande, être perçu au profit des communes sur le territoire desquelles sont situées des sources d'eaux minérales une surtaxe d'un centime par bouteille (Art. 86).

Automobiles.

Tout propriétaire d'automobile servant au transport des personnes ou des marchandises devra, pour chaque voiture mise en circulation, être muni d'un permis délivré à la recette buraliste de sa résidence, sur la déclaration de l'intéressé et la représentation du récépissé remis par la préfecture et donnant lieu, à partir du 1er janvier 1920, au payement du droit ci-après (Art. 99).

Droits pour les autos servant au transport des personnes :

a) Droits prévus par la loi du 30 décembre 1916, majorés de 50 p. 100 ;

b) Taxe de circulation.

Pour les automobiles de :

12 HP et au-dessous...........	100 fr.
13 à 24 HP..................	200 fr.
25 à 36 HP..................	300 fr.
37 à 60 HP..................	400 fr.
61 HP et au-dessus	500 fr. (1).

Les automobiles employées pour l'exercice d'une profession agricole ou patentée payeront seulement la moitié des droits visés au paragraphe *a*. La taxe supplémentaire leur sera appliquée intégralement.

Les droits perçus par l'Etat (taxe de circulation non comprise) sur les automobiles, seront majorés de 25 p. 100 et le produit de cette majoration servira à constituer un fonds commun qui sera réparti entre les départements (Art. 100).

Les droits déterminés à l'article 100, afférents aux périodes trimestrielles écoulées depuis le 1er janvier 1920 ou en cours au moment de la promulgation de la loi, sont immédiatement exigibles. Pour l'avenir, les droits sont exigibles par trimestre et d'avance. Les intéressés ont la faculté de se libérer par an et d'avance.

En cas de cession de la voiture, la carte de circulation est transférée par l'administration des contributions indirectes au nom du nouveau propriétaire, sur déclaration faite par lui au bureau de la régie (Art. 101).

Les agents des contributions indirectes et des octrois et tous autres agents ayant qualité pour dresser procès-verbaux en matière de roulage, constateront les contraventions aux dispositions ci-dessus rapportées. Les conducteurs de voitures devront leur représenter, à toute réquisition, le permis de circulation, sur la voie publique, dans les établissements ouverts au public et en tous lieux où ces agents ont accès.

(1) Side-cars : 50 fr. ; cycle-cars : 100 fr. (Loi du 31 juillet 1920, art. 36).

Les contraventions constatées et poursuivies comme en matière de contributions indirectes seront punies d'une amende de 50 à 200 fr. en principal, indépendamment de la confiscation et du quintuple des droits fraudés ou compromis (Art. 102).

Pénalités générales.

Quiconque se sera frauduleusement soustrait ou aura tenté de se soustraire frauduleusement au payement total ou partiel des impôts établis par les lois au profit du Trésor public sera puni d'une amende de 1000 fr. au moins et de 5.000 fr. au plus, sans préjudice des droits du Trésor.

En cas de récidive dans un délai de cinq ans, il sera puni, en outre, d'un emprisonnement d'un an au moins et de cinq ans au plus, et pourra en outre être privé de certains droits civiques.

Le tribunal pourra, de plus, ordonner la publication et l'affichage du jugement aux frais du condamné.

L'article 463 du Code pénal sur les circonstances atténuantes pourra être appliqué (Art. 112).

J. DUMESNY.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Camouflage mutualiste.

Les sociétés mutuelles sont actuellement très impressionnées par les campagnes menées dans le corps médical en faveur du libre choix du médecin et du payement à la visite.

Elles voient avec terreur le moment où ces deux principes seront inscrits dans la loi sur l'invalidité-maladie, comme ils le sont dans la loi sur les accidents de travail, grâce à notre ami Diverneresse, et la loi des pensions, grâce surtout au Dr Pacaut, alors député. Elles savent qu'elles ne pourront éluder ces principes intangibles : aussi cherchent-elles par avance à les déformer et, pour employer une expression plus moderne, à les camoufler.

Vous connaissez la fable du bon Lafontaine, *La chauve-souris et les deux belettes* :

> Je suis oiseau, voyez mes ailes,
> Je suis souris, vivent les rats.

Elle s'applique au mieux à la Mutualité.

Vous réclamez le libre choix du médecin et le payement à la visite, rien de mieux : nous partageons votre façon de voir, nous adhérons à vos revendications.

Pour le libre choix du médecin, nous reconnaissons impossible l'imposition d'un médecin à un malade ; ce dernier doit le choisir lui-même ; nous lui accordons donc le libre choix parmi les médecins agréés par nous. Entre les médecins qui adhèrent à nos conditions, nous en choisissons un certain nombre, ceux qui ont l'échine assez souple pour être nos fonctionnaires, pour être agréés par nos conseils d'administration.

Ce sont nos administrateurs, qui connaissent les besoins des sociétaires, qui nomment (bien qu'ils n'aient jamais recours à eux en aucun cas) ces employés médicaux. Les sociétaires qui s'en servent ne sont pas jugés aptes à les choisir. Donc, plus de médecin désigné pour un quartier, mais un certain nombre de médecins nommés pour la localité, parmi lesquels le malade pourra choisir, soit en le changeant selon son bon plaisir, soit en faisant son choix au début de l'année. Hypocrisie mutualiste.

Même façon de procéder en ce qui concerne le payement des honoraires à la visite. Les médecins ne veulent à aucun prix le forfait et les mutualistes n'aiment pas le payement à la visite ; essayons un système qui puisse donner satisfaction à tous, le forfait avec payement à la visite. Le médecin aura ainsi satisfaction morale et les sociétés pourront continuer à serrer les cordons de leur bourse.

Il sera attribué pour les médecins une somme à forfait de tant par an, le quart, le cinquième du chiffre de la cotisation annuelle globale ou individuelle. Les médecins se partageront cette somme entre eux au prorata des visites et des consultations. Ce système est déjà en usage dans plusieurs sociétés.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler ici toute l'immoralité du forfait, même de ce genre de forfait, qu'on pourrait appeler par répartition, opposé au forfait individuel.

Plus les médecins font de visites et de consultations, plus les taux de ces actes médicaux diminuent et perdent de leur valeur ; ils ont donc tout intérêt à ne pas soigner leurs malades, à les visiter le plus rarement possible, à s'en débarrasser pour les envoyer à l'hôpital. Si c'est ainsi que les Sociétés prennent l'intérêt de leurs adhérents ! ! !

Si le système des médecins agréés et du forfait par répartition était adopté, le médecin honnête serait dupe de sa conscience professionnelle.

Pourquoi voir souvent son malade, puisque chaque visite faite diminue le montant des honoraires ? Pourquoi un médecin appelé par la confiance d'un malade irait-il faire un déplacement onéreux dans un quartier éloigné du sien ? Il n'aura rien de plus pressé que d'engager son client à prendre le médecin agréé le plus rapproché de chez lui. Ainsi le libre choix sera vite illusoire pour le malade.

Mais pourquoi discuter ces diverses modalités ? les mutualistes proposent, les médecins disposent, telle est la seule formule à employer.

Dr VIMONT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations.

— La tombola au bénéfice de la Maison du médecin autorisée par le préfet de police est maintenant complètement organisée. Cinq mille billets à deux francs.

Un nombre respectable de lots artistiques d'une valeur peu commune : bon pour un portrait par Pierre Carrier-Belleuse, par Frédéric Lauth, par Thomas Porter-Miller. Aquarelles, pointes sèches, pastels Dagnan-Bouveret, Helleu, Dewanbez, Steinlen, etc. Bronzes, objets d'art.

Tirage le 15 octobre.

Demander directement des billets au siège social de l'œuvre, 9, rue d'Astorg, en envoyant le montant.

Ceux qui désirent participer au placement des billets — et nous espérons que beaucoup de confrères y penseront pendant leurs vacances — n'auront qu'à demander des listes de billets.

Ces listes remplies, ils n'auront qu'à les retourner avec les fonds, au siège social, qui enverra directement les billets à leurs propriétaires.

— Distinctions honorifiques. — La *médaille de la Reconnaissance française* vient d'être conférée à notre ami le Dr Molinéry, avec la citation suivante :

« Bien qu'ayant subi l'amputation de la cuisse, s'est, au moment de la déclaration de la guerre, engagé dans la Croix-Rouge de la 17e région, et n'a cessé de coopérer, avec autant de dévouement que de compétence, au Service de Santé, en remplissant les fonctions de médecin et de chirurgien dans divers hôpitaux militaires de Paris et de Barèges, à titre absolument bénévole, sauf pendant les trois derniers mois de son patriotique concours. »

Nos sympathiques félicitations.

— Un milliard pour la Syrie !... Trois millions ridicules pour lutter contre la tuberculose et la syphilis... et rien du tout pour les maisons ouvrières !...

La plus belle colonie — et la plus profitable — serait pourtant une France sans tuberculose et sans syphilis, où chaque homme, chaque femme, chaque enfant aurait la possibilité de se loger gaîment, sainement.

Dans la finance publique française il n'y a que pour les dépenses inutiles ou pernicieuses qu'on ne lé sine pas.

Le Progrès civique.

— *Nécrologie.* — Le mercredi 4 août, avait lieu à Nort-sur-Erdre les obsèques du docteur Henri Charrier, décédé à l'âge de 68 ans au Pouliguen, où il était allé prendre un peu de repos.

La haute estime en laquelle le tenaient ses confrères leur avait fait, dans cette triste circonstante, un devoir de venir en grand nombre lui donner un dernier témoignage de leur sympathie et de leur admiration.

Grâce à son activité, le docteur Henri Charrier jouait un rôle des plus importants dans la défense des intérêts professionnels et, dernièrement encore, ce fut lui qui, par son tact et sa pondération, solutionna heureusement le conflit aigu qui s'était élevé entre l'autorité administrative et les médecins de la Loire-Inférieure au sujet de l'assistance médicale gratuite.

Il ne se tint jamais à l'écart d'aucune des œuvres philanthropiques destinées à venir en aide aux confrères malheureux et à leurs veuves éprouvées par le sort.

Sur sa tombe, au nom du Syndicat médical de la Région nortaise, le Dr de Sallier retraça avec émotion la biographie du défunt, auquel il était attaché par une très solide et très ancienne amitié.

Il rappela la notoriété considérable que le Dr H. Charrier sut acquérir parmi ses confrères, notoriété qui, en 1902, lors de sa formation, le fit élire président du Syndicat médical de la région et le fit choisir encore pour présider la Fédération des médecins de la Loire-Inférieure, fonction qu'il ne quitta qu'en janvier 1920, lorsqu'il sentit ses forces l'abandonner.

« Votre existence, mon cher et vieil ami, ajouta le Dr de Sallier, votre existence que nous avons vue se dérouler sous nos yeux, laissera parmi nous le souvenir d'une vie pleine d'enseignements et servira d'exemple aux générations qui vous suivront, parce que nous avons reconnu en vous le modèle du médecin loyal, dévoué et consciencieux ».

— L'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine va ouvrir prochainement le préventorium du Glandier (Corrèze). Messieurs les docteurs en médecine de nationalité française désirant poser leur candidature au poste de médecin directeur sont priés d'adresser, avant le 1er septembre prochain, une demande accompagnée d'un extrait des titres, à M. le préfet de la Seine (Office public d'hygiène sociale), 9, place de l'Hôtel de Ville.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

sent concorder avec les augmentations du coût de la vie, ils n'ont qu'à mettre la question à l'étude dans les syndicats du département, puis envoyer un travail écrit au président du conseil général, à chacun des conseillers généraux et enfin au préfet.

Si les syndicats ne sont pas prêts à étudier d'abord, puis à agir énergiquement, ils n'obtiennent pas satisfaction, parce qu'on paye les docteurs en belles paroles, telles que : sacerdoce, altruisme, solidarité sociale et autres balançoires qui n'ont pas cours chez le percepteur, lorsqu'il faut acquitter nos impôts.

Aucun médecin n'est contraint d'accepter de faire le service de l'A. M. G., même s'il est seul dans sa commune. Le praticien contracte pour le louage de ses services, conformément au règlement départemental ; mais, comme ceci constitue un contrat d'accession, c'est-à-dire à prendre ou à laisser en bloc, le médecin qui n'est pas content des conditions de rémunération n'a qu'à ne pas accepter de faire le service,

Si nous nous persuadions bien tous que le règlement départemental ne nous est imposable qu'autant que nous voulons bien l'accepter, si nous savions bien qu'il ne s'agit là que d'un contrat de louage de services ordinaire, si la majorité de ceux qui se plaignent refusaient de faire le service, force serait au conseil général de donner des honoraires médicaux moins ridicules. Mais, combien, tout en se plaignant, gardent des services mal rétribués de l'A. M. G., des enfants assistés, de la protection du 1er âge, des vaccinations, etc., parce qu'ils savent qu'un autre confrère prendrait de suite la place, ce qui n'empêcherait pas celui-ci, à peine nommé, de reprendre à son compte les doléances de son devancier.

C'est pour cela que seule l'union, c'est-à-dire le syndicat, est capable de représenter la profession, pour la faire honorer comme il convient.

Dr P. B.

Le spina ventosa est-il un accident du travail ?

Je donne mes soins à un ouvrier qui s'est piqué au doigt à l'occasion de son travail et qui a contracté un spina-ventosa.

Cette affection est d'une longueur désespérante : j'ai mis l'ouvrier à demi-incapacité journalière, depuis quelques jours, car il peut travailler un peu. J'ai fait au début de la maladie le diagnostic de panaris suite de piqûre. La Compagnie d'assurances ne rejettera-t-elle pas l'accident si je fais un rapport concluant à un spina-ventosa déterminé par la piqûre ?

Je pense bien que votre réponse me confirmera que le spina-ventosa peut être provoqué par une piqûre, comme la tuberculose causée par le trau-

matisme, mais je tiens à être bien fixé, et je sais que, grâce à vous, je le serai.

Dr V.

Réponse.

La jurisprudence a toujours considéré comme accident du travail tout traumatisme causé par l'action soudaine et brusque d'une cause extérieure. C'est donc le cas de votre ouvrier, dont la lésion initiale a été une piqûre septique.

Mais, dira-t-on, le spina ventosa est presque toujours de nature tuberculeuse et le traumatisme n'a fait qu'éveiller une diathèse antérieure, plus ou moins en sommeil.

On répond alors par un arrêt de cassation, du 27 mai 1909 déclarant que les prédispositions morbides de la victime, qu'elles aient facilité l'accident, ou qu'elles en aient aggravé les suites, ne doivent pas être prises en considération pour la détermination de l'indemnité qui lui est due. D'ailleurs, nombreuses sont les décisions de justice se rapportant à la tuberculose et à la syphilis.

Un jugement d'appel du tribunal civil de Lille, du 30 mars 1911, considère que, dans certains cas, l'ostéomyélite peut être un accident du travail.

Dans votre cas particulier, pourquoi devez-vous faire un rapport, si l'ouvrier n'est pas guéri et si personne ne vous le demande ? Le patron ou son assureur doivent, aux termes de la loi, se faire renseigner, chaque semaine, par le médecin de leur choix. Ils n'ont qu'à faire faire cette enquête.

Mais, considéreriez-vous l'ouvrier comme consolidé, que vous devez lui faire un certificat final, constatant sa blessure, son infirmité et, puisque son spina ventosa lui constitue une incapacité permanente partielle de travail, établissez ce document, que l'ouvrier remettra lui-même au juge de paix du lieu de l'accident, chargé de faire l'enquête, en cas d'infirmité durable.

Si l'assurance conteste sa responsabilité, c'est à elle qu'incombera la preuve.

D'autre part, par qui avez-vous été mis en œuvre pour donner vos soins ?

Le chef d'entreprise ou son assurance a-t-il usé de son droit de contrôle, pendant la durée des soins ? Vous a-t-on prévenu à un moment quelconque que les responsables déclinaient la responsabilité des conséquences de l'accident ?

Tenez-nous donc au courant.

Dr P. B.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Cour de Cassation. — Chambre civile.

12 *juillet* 1920.

Accidents du travail. — Frais médicaux et pharmaceutiques. — Compétence du Juge de Paix en dernier ressort et à charge d'appel. — Délai de l'appel. — Applicabilité aux jugements de compétence comme aux jugements sur le fond.

D'après l'article 15, § 4, de la loi du 9 avril 1898, « le juge de paix connaît des demandes relatives au payement des frais médicaux et pharmaceutiques jusqu'à 300 francs en dernier ressort, et à quelque chiffre que ces demandes s'élèvent, à charge d'appel dans la quinzaine ».

Ce délai de quinzaine est applicable aux appels sur la compétence, aussi bien qu'aux appels sur le fond, le texte précité ne faisant aucune distinction, et il court du jour de la décision si elle est contradictoire, ou de la date de sa signification si elle est par défaut.

Cassation, au rapport de M. le conseiller Sachet, et sur les conclusions conformes de M. l'avocat général Blondel, d'un jugement du Tribunal de Chinon, du 21 décembre 1912, rendu au profit de la Société des ciments de Portland, contre M. Lapeyre.

Réflexions.

Nos confrères font trop souvent appel au « Sou médical », à l'effet de se faire défendre contre la chicane, la procédure et la mauvaise foi, pour que nous ayons besoin d'insister sur l'importance de l'arrêt ci-dessus.

En effet, pour essayer de prouver leur utilité aux yeux de leurs chefs, les contentieux de certaines compagnies d'assurances contre les accidents du travail, non seulement contestent les notes d'honoraires médicales, mais en justice de paix, contestent encore la compétence du juge, pour se réserver la faculté de traîner le médecin en appel, pour toutes notes inférieures à 300 francs.

Que de fois le « Sou médical » a dû accorder son appui moral et pécuniaire pour résister à ces procédés, uniquement destinés à lasser les médecins consciencieux et, soit à leur faire accepter les yeux fermés les conditions des assureurs, soit à les dégoûter à tout jamais de donner des soins aux blessés du travail.

Or, l'article 15 de la loi du 9 avril 1898 n'accorde que quinze jours, pour faire appel, à partir, non de la signification, mais du prononcé du jugement. Pour gagner du temps et faire traîner les choses en longueur, les assureurs prétendaient que l'appel sur compétence relevait du droit commun et non de la loi de 1898 :

par suite le délai d'appel devrait être d'un mois et non de quinze jours. De même, le point de départ des délais d'appel devrait dater de la signification et non du prononcé du jugement.

Il était possible, de la sorte, de tenir un médecin en haleine, en tergiversant pour l'exécution du jugement qui donnait raison au docteur ; puis, sans se presser, l'assurance faisait appel sur la compétence, histoire de faire faire des frais à ce praticien imprudent, qui osait réclamer son droit et son dû.

Grâce à l'arrêt précité, nous saurons une fois de plus que la loi du 9 avril 1898 est une loi d'exception, dont certaines règles dérogent au droit commun, comme par exemple, la prescription de nos honoraires, qui est d'un an et non de deux ans, comme la compétence illimitée des juges de paix, pour le quantum de nos honoraires, etc.

Aussi, ne saurions-nous trop recommander aux membres du « Sou médical » de nous tenir immédiatement au courant de toutes les phases de leurs discussions et procès, pour que notre Ligue de défense professionnelle puisse leur venir en aide et leur faire rendre justice.

Dr Paut BOUDIN.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

L'application de la loi du 7 septembre 1919 sur les sanatoriums.

4046. — M. MASSON, député, demande à M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR : 1° pour quelles raisons le décret d'application de la loi du 7 septembre 1919, concernant les sanatoria n'est pas encore paru ; 2° pour quelles raisons les conditions d'admission dans les sanatoria publics ne sont pas encore officiellement établies conformément à l'esprit et à la lettre de cette loi, ajoutant qu'il y aurait grand intérêt dans la lutte contre la tuberculose à prendre d'urgence les décrets précités. (*Question du 2 juillet* 1920).

Réponse. — 1° Le projet de décret d'application de la loi du 7 septembre 1919 a dû être soumis, conformément aux prescriptions mêmes de la loi (art. 4), à la commission permanente de la tuberculose. Cette commission n'a pu émettre un avis définitif que tout récemment. Le décret était prêt à être transmis à la signature de M. le président de la République, pour être ensuite inséré au *Journal officiel*, lorsque les services compétents ont été avisés que le

groupe médical parlementaire s'était saisi de la question et avait émis des suggestions. Il n'a pas paru possible, dans ces conditions, de publier le décret avant que ces suggestions, mises en avant par le groupe susvisé et non encore parvenues à l'administration, aient pu être examinées par elle ; sous ces réserves, la promulgation du décret est imminente ; 2° Les conditions d'admission dans les sanatoria publics ne peuvent être fixées, conformément aux propositions de l'article 4 susvisé de la loi, que par le décret dont il s'agit. Mais en attendant et depuis un assez longtemps déjà, il est procédé à une application anticipée de la loi, en ce sens que tous les tuberculeux indigents peuvent, par les soins des préfets, être placés dans les stations sanitaires affectées aux militaires réformés ou en instance de réforme, dans la limite des lits disponibles, et aux frais de l'assistance médicale gratuite. La plupart des stations sanitaires sont appelées à devenir des sanatoria départementaux.

(*J. O.*, 11 *juillet* 1920).

Arrêté ministériel du 30 juin 1920,

Art. 1er. — Il est constitué au ministère du travail une commission chargée de procéder à *l'étude d'un projet sur les assurances sociales en cas de maladie, d'invalidité et de vieillesse.*

Cette commission est composée de la façon suivante :

MM. Albert Peyronnet, sénateur ; Paul Strauss, sénateur ; Bonnevay, député ; le Dr Grinda, député ; Mairat, député. Gauthier, conseiller d'Etat ; Richard, conseiller d'Etat ; Georges Cahen, directeur des retraites ouvrières et paysannes au ministère du travail ; Delatour, directeur général de la caisse des dépôts et consignations ; Denoix, directeur du budget au ministère des finances ; Durand, directeur de la mutualité, au ministère de l'hygiène, de l'assurance et de la prévoyance sociales ; Demars, directeur de l'assistance et de l'hygiène publique au ministère de l'hygiène , de l'assurance et de la prévoyance sociales ; Emile Dollfus, vice-président de l'office général des assurances d'Alsace-Lorraine ; Imbs, vice-président de l'office général des assurances sociales d'Alsace-Lorraine ; Simyan, directeur du travail et de la prévoyance sociales d'Alsace-Lorraine ; L. Guyot, directeur de l'office général des assurances sociales d'Alsace-Lorraine ; Mabilleau, président de la fédération nationale de la mutualité. le Dr GASCUEL, *président du syndicat des médecins de la Seine et des communes limitrophes* ; le Dr LEGRAS, *représentant des syndicats médicaux de France au conseil supérieur de la mutualité* ; Merrheim, secrétaire général de la fédération des métaux ; Frédéric Simon, membre du conseil supérieur

du travail ; Vaillant, sous-directeur au ministère du travail ; Roux, chef de bureau au ministère du travail ; Merklen, chef de bureau au ministère du travail.

Secrétaire : M. J. Laurent, sous-chef de bureau au ministère du travail.

Secrétaire adjoint : M. G. Garcia-Ramon, rédacteur au ministère du travail.

Art. 2. — MM. Paul Strauss et Bonnevay sont désignés comme vice-présidents pour remplacer le ministre, président, en cas d'absence.

(*Journal Officiel*, 23 juillet 1920.)

ANTHOLOGIE MÉDICALE

« **Homo sum** ».

I

Quand la douleur inexorable étreint ton corps,
Tout mon être, pour toi, tressaille en chaque fibre ;
A ta plainte, à tes cris, à ta hurlée, il vibre
Comme l'écho frémit au lamento du cor ;

Quand ton sang, par tressauts saccadés, jaillit hors
De l'artère coupée, ouverte à plein calibre,
Je crois voir, sous mes yeux, palpiter à l'air libre
Mon propre sang qui gicle en défaillants efforts ;

Quand l'âpre toux te point, *j'ai mal à ta poitrine* ;
Quand le trépas, guettant ton souffle en ta narine,
Vient te frôler dans quelque indicible danger,

Mon destin m'apparaît dans ton destin fragile,
Et je sens que *de toi rien ne m'est étranger*,
— Car nous sommes pétris tous deux de même argile.

II

C'est pourquoi, dès qu'en ta souffrance ou ton *angor*,
Tu râleras d'horreur en appelant à l'aide,
J'accourrai, apportant, en hâte, le remède
Et la pitié, consolatrice des plus forts.

Comme Jacob dans son tragique corps-à-corps
Avec l'ange inconnu qu'il enlace et qui cède,
J'étreindrai l'invisible ennemi qui t'obsède,
Et je me dresserai pour toi devant la Mort.

Je me ceindrai de triples airains et de rouvre
Pour écarter de ta cabane ou de ton louvre
La redoutable Pourvoyeuse des enfers.

Que m'importe si tu me hais ou si tu m'aimes !
Ton péril, à mon cœur, soudain te rendra cher ;
Et je te défendrai comme un autre moi-même.

Honoré BROUTELLE.

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR,
RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. N° 35

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours ».

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Goddard, Kent-Gazet, Lel ng.
Allevard-les-Bains, Boël.
Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Dresch, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. H. Bène.
Bagnoles-de-l'Orne. J. Arnaud, Joly, Pesnel.
Barèges. Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy, Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Tesievuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains, Colbert. — Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, Bayrac, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Baillivet.
Eaux-Bonnes. Bajac.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Evaux-les-Bains. J. Gruzu, Lepage.
Evian, L. Da'ard, Martinaud.
Forges-les-Eaux. Bernardicou
Gréoux (Basses-Alpes). C. Mathieu, Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule. Christin, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot.
Luchon, Drouet, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Pelon.
Luxeuil-les-Bains. Bornèque, Cugnier, Gauthier, Picot, Rimey.
Martigny. Dedet. Payen.
Mont-Dore. J. André, Débidour, Dubruel, Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard. Gillot. Hagen, de Langenhagen, Truelle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Chassagnard. Mougeot.
Salins-les-Bains Bourny.
Salles-de-Salat. Barbé.
Saint-Didier, (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Alphonsi. Baradat. E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte. Odin. Ségard.
St-Nectaire. Serane, Siguret Versepuy.
St-Sauveur. Sabail.
Salies-de-Béarn. Callais, Coustère. David, Reynaud.
Sermaize-les-Bains. Rousselot.
Thonon-les-Bains, Vuillaume.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains, Chabannes, David.
Vichy. Cahen, Casteran, Chevreux, Cotar, Gannat, Guiuard, Gandelin, Reynès, Ed. Vidal.
Vittel, Constant, Mousseaux.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

MM. les docteurs :

Jougne (Doubs). Charlin.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). A. Dumont.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs :

Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Cassis-sur-Mer. Buges.
Chatelaillon. Barraud, Franck Duprat.
Douarnenez. Damey.
Paramé. Ronsin.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Quiberon. A. Grias.
Riva-Bella Gourceral.
St-Quay-Portrieux. Christian. Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur Dieu, du Mans (Sarthe), la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite, de quatre lignes au plus, aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Toute demandes de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 421. — Bayard-Clément 1910, 10 ch., 4 cylindres, torpedo 4 places, arrière démontable. Revue complètement récemment.

N° 422. — Abonné du *Concours* serait reconnaissant à confrère qui pourrait lui céder l' « Agenda-Memento du Praticien de 1920 ».

N° 423. — A vendre auto Hurtu, monocylindre, 8 HP., 2 places, 2 phares Blériot, roue Stepney, moteur et changement de vitesse remis à neuf. Peinture très fraîche. Docteur Jean Lecointre, Bressuire, Deux-Sèvres.

N° 424. — Suis acheteur : 1° du Livre des Merveilles par Nathianiel Hantome, chez Hachette, bibliothèque rose, deux tomes ; 2° de la Semaine des enfants, cartonné, années 1857 à 1870.

N° 425. — Confrère serait acheteur d'un piano d'occasion.

N° 426. — Charente-Inférieure. A vendre au plus offrant : 1° un phare auto générateur B. R. C. Alpha n° 10 ; 2° une pompe d'auto « Sclaverand » à double effet avec manomètre.

N° 427. — A céder dans grande banlieue de Paris, bonne clientèle médicale, 25.000 frs. touchés, à reprendre maison et auto.

N° 428. — Cèderais ravissante petite chienne griffon belge, 1er prix exposition, vraie miniature, santé parfaite, Docteur J. Goëan, Luché-Pringé, (Sarthe).

N° 429. — Docteur désire acheter voiture 4 cylindres, 10 HP. maximum, marque connue de Dion, Peugeot, Renault, Bayard. Pas antérieure à 1914. Fonctionnement garanti. Dr Giffard, Andresy, S.-et-O.

N° 430. — Paris. A vendre, fauteuil spéculum Dupont, état neuf, quatre fauteuils de bureau en chêne sculpté, un cartonnier acajou 1 m. × 0.55.

N° 431. — Région Nord-Est, clinique de physiothérapie à céder valeur du matériel. Centre industriel, 60.000 habitants. Installation très complète datant de 6 mois, grosse clientèle assurée. Loyer d'avant-guerre, bail 10 ans. S'adresser E. Didier, 148, faubourg St-Denis, Paris, 10e.

N° 432. — A céder de suite poste médecin-pro-pharmacien donnant 25.000 fr., clientèle facile. bicyclette suffirait, petite maison à louer meublée un an. Conviendrait à célibataire ou ménage ayant peu d'enfants. Chasse et pêche. Proximité grande ville universitaire. Conditions 3.000 fr. comptant. Dr Marsat, à Lavilledieu-du-Clain (Vienne).

N° 433. — Poste de campagne rapport 30.000 fr., à céder de suite dans le Loiret, 100 kil. de Paris. On fait la pharmacie.

N° 434. — Bel appart., 9e arrt., occ. dep. 1908, beau mob., client. de 18 ans à échang. c. équiv. ds ville climat doux, Alger préf. Adr. Jal. Urgent. Dr Chadzynska, 8, r. Thimonnier.

N° 435. — A vendre cause double emploi : torpedo 4 places, 10 HP., moteur Buchet, capote et carrosserie état de neuf, chambres et pneus de rechange. Prix 8.000 fr. S'ad. Dr Eloy, Manancourt-Etricourt, par Ytres (Somme).

N° 436. — Petit coupé moteur Berliet 1912, en bon état, 12,000 francs. Docteur Abelly, 66, rue Bonneterie, Avignon.

N° 437. — A céder. état neuf, monobloc, stéréo-panor. Krauss-Tessar 4, 5, 6 × 13, 3 châssis-magasins, écran et portes-plaques pour photo-couleurs, bonnettes d'approche : 1.300 frs. Dr Lauquin Pierre, (Saône-et Loire).

N° 438. — Docteur, désireux de se reposer après 15 ans de clientèle dans sous-préfecture de l'Ouest, cèderait installation complète, maison agréable avec jardin (bail 2 ans 1/2 d'avant-guerre), auto, instruments, bibliothèque. Très pressé. Indemnité à débattre.

N° 439. — Landaulet Renault, 2 cylindres, 8-10 HP. Très bon état. A enlever : 8.600 fr.

N° 440. — Docteur cherche bonne clientèle Paris, comptant.

N° 441. — Dr 34 ans, désire situation médicale dans station thermale ou balnéaire, Pyrénées de préférence, aiderait confrère en vue succession.

N° 442. — A céder à Paris pour raisons de santé, clientèle d'un rapport de 50.000 frs. environ, tenu pendant guerre. Appartement très bien situé, loyer avantageux. S'adresser MM. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 443. — Cabinet de consultations avec traitement de maladies chroniques diverses, à céder à Paris. Très belle installation radiologique et radioscopique et de laboratoire tout à fait moderne. Grand appartement professionnel avec petit loyer, gros rapport assuré. S'ad. MM. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 444. — A vendre Clément-Bayard, 8 HP. 1914, 4 cylindres, 7 l. essence, torpedo 3 places, dont 1 strapontin, 5 pneus neufs, 8 ch. à air 710/90. Complètement remise à neuf. Docteur Nouvian, Fismes, Marne.

N° 445. — Médecin demande personne dévouée et d'excellente éducation pour aider la maman d'une fillette malade et collaborer à sa surveillance.

N° 446. — A vendre par suite de décès : matériel complet de pharmacie, en pitchpin. S'adresser chez Mme Vve Euvrard, à Vigny, Seine-et-Oise.

CORRESPONDANCE

Morsure d'animal. Responsabilité du propriétaire.

Je vous serai obligé de bien vouloir me dire si ma responsabilité est engagée dans le cas suivant. Dernièrement, tandis que j'étais absent pour quelques jours, le chat de ma maison qui, je le suppose, venait de se battre avec d'autres bêtes, a mordu très légèrement ma tante et un voisin qui cherchaient à s'approcher de lui. *Je n'ai pas entendu dire qu'il y avait de cas de rage dans la contrée et il n'y avait pas d'arrêté de pris pour tenir renfermés ou attachés les chiens et les chats.* Toutefois la chose ayant fait grand bruit et d'autre part l'animal ayant été abattu sur-le-champ, on ne put donc le tenir en observation. Dans ces conditions, pour apaiser les esprits et donner confiance au voisinage, je crus bon de faire faire des prélèvements du chat, prélèvements que j'envoyai à Paris. Je conseillai également à ma tante de se rendre à l'Institut Pasteur pour y recevoir le traitement antirabique. Le voisin manifesta le désir de recevoir le même traitement et partit avec ma tante. Je vous prie de me dire, si dans ces circonstances, je suis pécuniairement responsable à l'égard du voisin dans la limite des frais de voyage, séjour à Paris et temps de chômage ? Le voisin ne m'a

rien demandé jusqu'à *présent* et je ne crois pas qu'*il* le fasse, s'il n'est pas conseillé dans ce sens par différentes personnes toujours prêtes à s'occuper des affaires des autres avant les leurs. Mon intention, même s'il ne m'était rien demandé, était d'indemniser le voisin d'une partie de ses frais, mais tout en lui faisant remarquer que si j'agis ainsi, c'est uniquement par gentillesse et non parce que c'est un droit.

A mon avis, en effet, je ne me crois guère responsable que moralement ; toutefois, c'est pour en être tout à fait sûr que je désire avoir votre consultation à ce sujet.

Dr V.

Réponse.

Aux termes de l'article 1385 du code civil vous êtes responsable des dommages causés par votre animal, même lorsqu'il n'est pas sous votre surveillance.

Mais il faudrait que votre voisin puisse démontrer pourquoi il a été mordu. S'est-il spontanément porté au secours de votre parente ? ou a-t-il été appelé par elle ?

A-t-il été mordu en essayant de caresser l'animal, ou n essayant de le prendre pour jouer ?

La respon abilité du maître de l'animal est donc subordo née aux circonstances, surtout lorsqu'il s'agit d'un animal aussi ombrageux que le chat.

Les médecins, hommes d'affaires pitoyables.

A propos de votre article sur la Maison Médicale de Paris, voulez-vous me permettre de vous soumettre quelques réflexions ;

« Nous voyons, dites-vous, des confrères sceptiques sourire et demander : ignorez-vous la défiance qu'inspirent aux médecins toutes les questions financières qui ont des médecins à leur tête ? Ne savent-ils pas leurs que confrères sont de pitoyables hommes d'affaires et de mauvais organisateurs ? Voilà beaucoup de préjugés qu'il convient de détruire et de légendes qu'on répète parce qu'on les a entendu ressasser à tort et à travers, mais qui ne sont guère justifiées. »

Je veux bien, moi ; mais, cependant, les faits sont là ; que puis-je penser après avoir observé ceci ?

Le 1er janvier 1914, je m'abonne pour un an aux journaux suivants : la *C.* publiée par X et rédigée par 5 ou 6 médecins des hôpitaux de Paris ; le *L.*, et l'*O*, l'*A. M.*, le *M. de P.*, le *R. M.*, l'*A. M.*, etc., soit 7 publications médicales. Vient le 1er août 1914, tout le monde disparaît naturellement. Depuis, je n'ai jamais entendu parler de rien, ni de personne. Pas un mot d'excuse ou d'*explication* ! Quoique légèrement blasé, j'ai de la peine à trouver normale cette manière de mettre la clef sous la porte employée par des médecins ayant eu la prétention

de diriger ou d'enseigner les autres. C'est la guerre, évidemment ; toutefois, nulle part ailleurs je n'ai rencontré ce procédé, qui serait qualifié durement partout ailleurs : sans doute, la vie est-elle difficile ; certaines formes du temps passé avaient du bon. Trop de sans-gêne laisse une impression regrettable.

Par profession, vous aimez à être documenté. Sans intention de polémique, j'ai pris la liberté de vous soumettre ce petit renseignement.

Dr L. M.

Réponse

Nous publions votre lettre, parce qu'il ne peut s'agir que d'une négligence, facilement explicable : le plus grand nombre des m decins journalistes ayant été mobilisés, ne sont-ils pas excusables d'avoir perdu de vue la responsabilité des obligations dont ils avaient dû laisser l'accomplissement à l'administration proprement dite de leurs publications (éditeur, imprimeur, etc.) à qui vos reproches s'adressent bien plus valablement ?

Ouvrier boulanger. Accident du travail.

Un ouvrier boulanger, travaillant seul, n'ayant pas de pétrin mécanique, s'enfonce une écharde dans le doigt en pétrissant ; est-ce là un accident industriel soumis au tarif Dubief ainsi que le prétend l'Assurance ?

Dr C.

Réponse.

Si cet ouvrier travaille pour le compte d'un patron boulanger, son accident relève de la loi du 9 avril 1898. Il n'en serait pas de même si cet ouvrier était un tâcheron, travaillant pour lui-même, en tant que patron boulanger : la loi ne serait plus applicable

Quant au tarif à appliquer, car il est probable que c'est l'occasion du conflit, vous êtes toujours en droit d'appliquer votre tarif personnel. S'il s'agit d'un accident du travail, le patron n'est tenu que jusqu'à concurrence du tarif Dubief et c'est l'ouvrier qui paye la différence, à moins que vous puissiez prouver que c'est sur la demande du patron que vous avez donné vos soins au blessé

Dr P B

Honoraires médico-légaux. Par qui se faire payer?

Je viens encore faire appel à votre conseil, étant embarrassé sur la marche à suivre pour faire régler des visites que j'ai dû faire à la réquisition du commissaire de police de C. La première fois, il y a 2 ou 3 mois, pour examiner dans le violon municipal un aliéné dangereux ; la deuxième fois, le 10 juillet dernier, pour aller examiner à domicile une réfugiée

(Voir la suite page XXI-2161)

PROPOS DU JOUR

L'hygiène, religion nouvelle.

Dans son excellent petit livre, les *Principes d'Hygiène* (1), le Dr René Martial fait de la morale la base de l'hygiène. Son introduction, qui mérite d'être lue et méditée, est une véritable profession de foi.

L'hygiène, dit en propres termes R. Martial, est l'altruisme opposé à l'égoïsme.

C'est le respect de la vie du prochain sous tous ses aspects et dans toutes ses manifestations. C'est dans ce but de respect du prochain, tout autant que pour le respect de soi-même, que l'hygiène exige la propreté individuelle.

C'est pour cela que l'hygiéniste voue à la vindicte publique le tuberculeux qui crache, le patron qui, s'alcoolisant, donne un exemple néfaste à ses employés, le médecin qui, pour ne pas perdre un client, laisse une épidémie se développer en ne déclarant pas une maladie transmissible, le boulanger qui s'oppose à la déclaration de la diphtérie de son enfant (fait qui aurait été constaté), le propriétaire qui loue des taudis, le mari syphilitique qui contamine sa femme et devient la souche d'une race de dégénérés, l'électeur, le député, le fonctionnaire qui, pour des raisons d'intérêt ou de quiétude, ne s'inquiètent pas de la défense sanitaire. Il est indispensable, affirme René Martial, que la connaissance morale et la connaissance scientifique se donnent la main chez l'hygiéniste. Et il conclut avec une inéluctable logique que, malgré leurs complexités, toutes les applications de l'hygiène tendent à la protection de la santé humaine ; que, pour protéger cette santé humaine, il convient avant tout de connaître les maux qui la menacent ou l'altèrent ; que l'hygiéniste, s'il a un besoin absolu des connaissances de l'ingénieur, du chimiste, de l'architecte, du juriste, de l'administrateur et d'une foule d'autres compétences techniques, doit, avant tout, être un pathologiste et un médecin.

Nous ajouterons à ce que déclare René Martial, que si l'hygiéniste ne peut à lui seul réunir les connaissances infinies dont il a besoin de faire l'application, il doit tout au moins bien connaître le but qu'il se propose d'atteindre et le milieu dans lequel il doit opérer : c'est dire qu'au point de vue de la réalisation, l'hygiène, basée sur le bon sens, la morale et la science, ne peut être efficace sans l'intervention active du médecin praticien.

(1) *Principes d'Hygiène*, par René Martial, Directeur départemental d'Hygiène de l'Aisne, ancien adjoint technique de l'armée, médecin sanitaire maritime. O. Doin, édit. 8, place de l'Odéon.

***

Quand on réfléchit tant soit peu aux campagnes hygiénistes qui, sous forme de prédications, de croisades contre tel ou tel fléau, se mènent un peu partout dans les nations civilisées, quand on lit le petit livre de Martial, véritable catéchisme de l'hygiène, on est tenté de croire que nous assistons à l'éclosion d'une religion nouvelle. N'a-t-elle pas eu son Prophète avec Pasteur ? N'a-t-elle pas ses Pontifes, grands et petits, souverains et secondaires ? N'a-t-elle pas son *Credo*, ses dogmes, ses orthodoxes, ses hérétiques, ses doctrines et ses rites? Elle a mieux, elle a ses missionnaires et ne voyons-nous pas René Martial, lui-même, quittant Laon et les régions libérées, où, sans doute, il a été quelque peu déçu dans ses généreux projets, aller porter à Fez, au Maroc, chez les Infidèles, la bonne parole et faire acte de prosélytisme en faveur de la nouvelle religion.

***

L'hygiène sociale actuelle (et tout acte hygiénique est devenu à l'heure actuelle un phénomène d'ordre social) a tous les caractères d'une religion.

Durkeim (1) définit la religion une union intime de croyances obligatoires à des pratiques obligatoires. Et plus nous nous avançons dans le développement de l'hygiène, plus nous voyons s'établir le principe de l'obligation.

Nos hygiénistes, convaincus, nous imposent leurs doctrines comme un *Credo* et justifient leur pratique par leur croyance.

Comme dans toute religion, « l'obligation dont cette croyance est l'objet est effectivement sanctionnée, soit par des peines qu'édicte la loi religieuse ou civile, soit par le blâme de l'opinion intolérante dont la pression s'exerce

(1) Durkeim. — La définition des phénomènes religieux (*Année sociologique*, t. II, p. 22).

en matière de dissidence religieuse avec une rigueur dont elle n'est pas capable en d'autres cas» (1).

L'idée de sacré (*sacer* des Romains) dans le sens primitif, c'est-à-dire d'interdit, de tabou, est à la base de notre hygiène comme à la base des religions.

La définition de l'hygiène sociale pourrait être la définition que Salomon Reinach donne de toute religion (2) : un ensemble de scrupules qui font obstacle au libre exercice de nos facultés.

N'étant, par principe, ennemis d'aucune religion, nous ne saurions l'être de l'hygiène, religion nouvelle ; nous sommes même prêts à devenir ses apôtres, surtout si on lui donne pour base l'altruisme. Mais nous y posons quelques conditions. C'est que le fanatisme et l'intolérance, souillures qui ont terni la réputation de toutes les religions, soient bannis du nouveau culte ; c'est que ce dernier soit basé sur la persuasion, le bon exemple, et non sur la persécution ; c'est que ses prosélytes aient recours à l'éducation, fassent appel à la raison et aux bons sentiments de chacun et non à la brutalité du bras séculier.

Et nous ne voulons à aucun prix qu'on puisse appliquer aux origines de l'Hygiène, notre religion nouvelle, la boutade de Voltaire :

« Qui fut celui qui inventa l'art de la divination ? Ce fut le premier fripon qui rencontra un imbécile (1). »

J. Noir.

(1) Chantepie de la Saussaye. — Manuel d'Histoire des religions. Introduction à la traduction française par M. Hubert, page XLI.
(2) Salomon Reinach. — Orpheus.

(1) Essai sur les mœurs.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le professeur Hartmann.

L'occlusion intestinale.

L'occlusion intestinale, maladie caractérisée par l'ensemble des symptômes qui succèdent à l'arrêt du cours des matières dans l'intestin, est en réalité un syndrome à causes multiples.

Une de ces causes est la paralysie de la musculature intestinale. L'expulsion des matières fécales est due aux contractions de l'intestin. Lorsque celui-ci est paralysé, il en résulte un arrêt, une stase des matières. La maladie où se produit le plus souvent la paralysie intestinale est la péritonite. Vous connaissez la loi de Stokes d'après laquelle, sous une séreuse enflammée, la musculature se paralyse. On a décrit aussi des paralysies intestinales réflexes, par inhibition. On les observe à la suite de la torsion d'un kyste de l'ovaire, par exemple. A la vérité nous ne savons pas s'il y a, en pareil cas, paralysie réflexe ou élément inflammatoire. Quelquefois, la paralysie réflexe est indiscutable : il en est ainsi dans la paralysie intestinale observée à l'occasion d'une colique néphrétique. Il ne saurait alors être question d'inflammation.

Il est donc certain que l'on peut voir par action réflexe une inhibition intestinale et de l'occlusion. Une autre origine, rare, de paralysie intestinale tient à des troubles circulatoires, embolie, thrombose mésentérique. Dans tous ces cas, l'occlusion est un épiphénomène au cours d'une autre maladie. Aussi mérite-t-elle alors l'appellation de pseudo-occlusion. Son traitement est aussi particulier.

Je laisserai de côté cette pseudo-occlusion pour ne m'occuper que de l'occlusion vraie. Elle reconnait des causes diverses. Une des plus fréquentes est la compression de l'intestin. La compression, qu'elle soit due à une disposition congénitale ou à une lésion acquise, agit de la même manière. Une seconde cause réside dans la simple coudure du tractus intestinal. Vous pouvez avoir également des torsions, du volvulus, dont le lieu d'élection est le côlon pelvien, côlon pelvien qui est souvent d'ailleurs abdominal, chez l'enfant en particulier. L'occlusion peut tenir encore à la pénétration d'un segment intestinal dans le segment contigu, ce que l'on nomme l'invagination. Elle est quelquefois le fait d'une oblitération par corps étranger, d'autant plus qu'au corps étranger se surajoute la contraction spasmodique de l'intestin. Les corps étrangers en question sont variés : pièces de dentier, tumeur polypeuse de l'intestin, masses fécales durcies, etc.

Enfin, une dernière cause d'occlusion tient à l'altération de la paroi intestinale elle-même, par tumeur, cancer, par cicatrice, lésion tuberculeuse. Cette variété donne une symptomatologie spéciale, car elle n'est pas brusque en général. Elle se fait lentement et non soudainement.

Quelques mots sur les lésions qui accompagnent l'occlusion. Une fois celle-ci produite,

d'autres altérations, dues à l'oblitération intestinale, à la compression des vaisseaux, viennent s'y associer. Comme dans l'étranglement herniaire, on voit des gangrènes de l'intestin apparaître dans la zone coudée, invaginée, étranglée. Il y a aussi des lésions à distance. Lorsqu'on ouvre le ventre, on est frappé de la différence d'aspect des anses intestinales situées au-dessus de l'occlusion et des anses situées au-dessous : les premières sont dilatées, vascularisées, les secondes sont petites, blanches, décolorées. Ceci est intéressant et guide le chirurgien dans la recherche du siège de l'occlusion. Au bout de quelque temps, la paroi intestinale s'altère et il peut s'ensuivre une ulcération et une perforation. Pour le cas du volvulus, il est fréquent de voir la distension bornée à l'anse tordue.

J'arrive à la symptomatologie. Elle est variable évidemment. Il est un symptôme que vous rencontrerez toujours : c'est la gêne au cours des matières. Elle est plus ou moins complète. A ce point de vue, il faut distinguer l'occlusion intestinale aiguë, qui est ordinairement primitive, et l'occlusion intestinale lente, qui est au contraire habituellement secondaire. Dans quelques cas d'ailleurs, les accidents aigus apparaissent au cours d'une obstruction lente.

L'occlusion aiguë, que j'ai surtout en vue aujourd'hui, offre un début brusque. Elle se montre chez un individu qui n'accusait aucun trouble jusque-là ou, parfois, chez un sujet ayant déjà quelque chose d'intestinal. Ce début se fait par une douleur abdominale aiguë, violente, à siège variable. Puis, presque immédiatement se montrent quelques vomissements alimentaires et bilieux, avec ou sans hoquet. A la douleur initiale plus ou moins fixe, s'associent ensuite des coliques, des douleurs de ventre mobiles. Il y a arrêt des gaz et des matières. Dans le cas d'invagination, cependant, certains malades ont des envies d'aller à la garde-robe et ils rendent, à diverses reprises, des selles composées de glaires et de sang : ce symptôme est caractéristique de l'invagination intestinale.

Bientôt, les accidents s'aggravent, le pouls s'accélère, devient mauvais, filiforme, sans fièvre en général. Le ventre augmente de volume et, lorsque sa paroi n'est pas trop épaisse, vous constatez un signe particulier caractéristique : des mouvements onduleux de l'intestin, dus aux contractions péristaltiques des anses. Ce signe disparaît dans la suite, quand l'intestin se paralyse, et vous avez alors de la distension abdominale, comme dans la péritonite.

A la période presque terminale, surviennent les vomissements fécaloïdes. C'est un symptôme *tardif* et il est navrant d'entendre parfois des élèves, quand on les interroge sur la symptomatologie de l'occlusion intestinale, répondre qu'elle comprend l'arrêt des matières et des gaz et les vomissements fécaloïdes. Lorsque ces derniers apparaissent, le malade est presque toujours perdu. Retenez qu'il y a des vomissements fécaloïdes à la période avancée, mais ne les attendez pas pour faire le diagnostic et instituer le traitement. Enfin se montrent de la cyanose, du refroidissement, les urines deviennent rares, et, avec ou sans complication pulmonaire, le malade succombe à un ensemble d'accidents locaux et généraux.

On attribuait autrefois ces accidents généraux à une action réflexe. Puis, vint la période microbienne et on leur donna pour origine la pénétration des microbes dans l'intestin. Plus récemment on mit en avant la théorie stercorémienne. Dans ces dernières années enfin, M. Roger a défendu la notion de l'auto-intoxication par résorption d'extraits intestinaux. La sécrétion intestinale, qui ne peut être évacuée, serait résorbée et en raison des propriétés toxiques des extraits intestinaux, causerait, d'après Roger, les accidents de l'état général.

Quelques mots sur l'occlusion intestinale à marche lente. Son début est insidieux. Vous avez bien une douleur en un point fixe de l'abdomen, mais cette douleur n'est pas violente. On trouve quelques coliques, un léger ballonnement, des vomissements, une gêne à l'évacuation des gaz et des matières, suivie de débâcle ; puis, les mêmes phénomènes recommencent. On a ainsi, une série de petites crises, à intervalles variables, des alternatives de constipation et de diarrhée.

A l'égard de ces obstructions chroniques, il faut distinguer celles de l'intestin grêle et celles du gros intestin. Dans les obstructions du grêle, on voit se produire une dilatation énorme de l'anse sus-jacente, qui peut atteindre la grosseur du bras et même d'une cuisse, remplissant alors presque tout l'abdomen. Mathieu et Delbet ont insisté sur ce sujet. Au niveau du gros intestin, on ne rencontre rien de tout cela, sans qu'on puisse donner une explication à ces différences. Pour le gros intestin, vous sentirez quelquefois une tumeur dure, assez étendue, sujette à des changements assez considérables de volume (pseudo-tumeur), dans laquelle la contracture de l'intestin au dessus de l'obstacle joue un rôle.

Dans l'occlusion chronique, la répétition des crises finit par retentir sur l'état général. Les malades maigrissent, se privent souvent de nourriture (l'alimentation exagérant les douleurs) et, si une intervention opportune ne se produit pas, la cachexie s'installe.

Envisageons la question du diagnostic. Quand vous verrez un malade présenter de l'arrêt des matières, des douleurs et des vomissements, vous devrez penser d'abord à un étranglement herniaire. La première chose à faire sera d'explorer toutes les régions herniaires. D'autre

part, un examen toujours nécessaire en pareil cas est celui du rectum, par le toucher rectal.

Le diagnostic avec l'étranglement herniaire est en général simple. Le diagnostic délicat est celui avec la péritonite. On opérait souvent autrefois des pseudo-occlusions par péritonite, croyant avoir affaire à une occlusion véritable. Lorsque vous êtes en présence d'un arrêt des matières, que vous constatez un pouls petit, filiforme, avec une température de 38°, 38°5 (au lieu de la normale), prenez garde, pensez à la péritonite. Il n'y a pas de température, ni de modifications importantes du pouls, habituellement, dans l'occlusion vraie.

Est-il possible d'aller plus loin et de diagnostiquer la variété d'occlusion à laquelle on a affaire ? Pratiquement, d'une façon générale, ce n'est pas possible. On y parvient cependant dans certains cas. Si vous notez des selles glaireuses, sanguinolentes, chez un très jeune enfant surtout, vous serez amenés à conclure à l'invagination. L'obstruction par calcul biliaire sera soupçonnée lorsque l'interrogatoire révèlera une colique hépatique sans ictère. L'obstruction par calcul n'est pas due à la migration d'un calcul par les voies naturelles. Il faut, pour bloquer l'intestin, un gros calcul qui ne saurait passer par le cystique ou le cholédoque et qui doit faire effraction au travers d'une perforation directe. D'où l'absence d'ictère.

Reste le traitement. On a décrit un traitement médical de l'obstruction intestinale. Beaucoup de médecins appelés auprès d'un malade atteint d'obstruction, qui souffre beaucoup, font immédiatement une injection de morphine. Je le veux bien, mais à la condition de ne pas répéter l'injection, sinon vous endormiriez la symptomatologie et vous laisseriez passer le moment d'agir. Une deuxième médication employée au début est le purgatif. Que dans les pseudo-occlusions ou les occlusions chroniques vous administriez un purgatif, je l'admets, mais je le repousse dans les occlusions aiguës. Et encore, ce ne doit jamais être un grand purgatif : il faut s'en tenir aux petites doses d'huile de ricin, répétées tous les jours pendant 2 ou 3 jours.

On recommande également le lavement électrique. Il n'est admissible que dans un cas : chez les vieillards, où le diagnostic n'est pas ferme, où vous vous demandez s'il ne s'agit pas d'une paralysie intestinale sénile ou d'un cancer, et où l'opération serait grave. Chez un sujet jeune, l'opération est seule logique.

L'opération, objecte-t-on, donne une mortalité considérable. C'est vrai, en bloc. Si on analyse les faits, on voit que la mortalité est forte pour les cas opérés aux 4e, 5e, 6e jours. Elle est faible ou nulle pour les cas opérés dans les 24 heures. La mortalité tient non à l'opération, mais au retard apporté à l'opération. Il est d'ailleurs étrange que les médecins, qui sont unanimes à faire opérer immédiatement les hernies étranglées, n'adoptent pas la même pratique pour l'obstruction intestinale qui est tout à fait comparable à la hernie étranglée. Auriez-vous l'idée de donner un lavement électrique dans un étranglement herniaire ?

Au cours de l'anesthésie, prenez garde aux vomissements et au reflux de matières stomacales dans les voies respiratoires. Le mieux est de laver l'estomac avant l'opération.

Sauf certains cas rares où le siège de l'obstruction est connu et où vous incisez à cet endroit, vous ferez d'une façon générale l'incision médiane. Le ventre ouvert, le chirurgien ne doit pas chercher au hasard, mais se guider. On prend le cœcum. Il est ou vide, blanc ou dilaté. S'il est vide, vous concluez que l'obstacle est sus-jacent. S'il est distendu, vous allez dans la fosse iliaque gauche examiner le côlon iliaque, recherchant sa vacuité ou son ectasie. Vous arriverez ainsi, avec ces points de repère, et en remontant, jusqu'à l'obstacle.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

A TRAVERS LA PRESSE

I

Presse française.

Spléno-pneumonie et pleurésie interlobaire.

La splénopneumonie, maladie décrite naguère par Grancher, dont elle porte encore le nom, est caractérisée cliniquement par des signes stéthoscopiques analogues à ceux de la pleurésie de la grande cavité pleurale, avec épanchement.

Ces signes étant observés, si l'on veut les confirmer par des ponctions *exploratrices*, simples ou avec deux aiguilles accouplées selon la technique de Mosny, et que ces ponctions renouvelées plusieurs fois restent blanches, on porte le diagnostic de splénopneumonie.

Il arrive d'autre part, que ces prétendues splénopneumonies s'éternisent, que l'état du malade s'aggrave, qu'il arrive à la cachectisation qui fait penser à une évolution tuberculeuse, en même temps que, à un moment donné, se fait un rejet purulent, soit sous la forme d'une vomique caractérisée, soit sous forme parcellaire de crachats plus ou moins nummulaires. Puis, l'état s'améliore, et la guérison survient.

Forts de deux observations dont ils rapportent les détails les plus complets, MM. ARDIN-DELTEIL et RAYNAUD émettent l'opinion que la splénopneumonie de Grancher ne doit être considéréee le plus souvent que comme une réaction du parenchyme pulmonaire au contact

AVIS

TARIF DUBIEF

Le nouveau TARIF DUBIEF (tarif Breton), qui a paru dans un précédent numéro sera tiré à part en brochure avec son répertoire alphabétque et mis en vente incessamment, dans les bureaux du journal au prix de 1 fr., et *franco par poste* au prix de 1 fr. 50.

d'un épanchement pleural interlobaire, foyer séreux ou suppuré. (*Paris médical*, 12 juin 1920.)

Les recherches qu'ils ont faites dans la littérature leur ont permis de retrouver, dans une foule de cas étiquetés splénopneumonies, l'évacuation purulente concomitante, passée souvent inaperçue, et qui, pour eux, n'est autre que l'affection primordiale dont la congestion splénopneumonique du poumon n'est que la conséquence.

Le diagnostic est délicat. Aussi, sont-ils d'avis que, dans les cas de splénopneumonies prolongées, longuement fébriles, « l'on suspecte toujours l'abcès interlobaire, qui se cache souvent ; que l'on demande à tous les moyens d'investigation une précision plus grande du diagnostic, que l'on soit à l'affût de la vomique, si discrète soit-elle. »

Et de conclure : 1° La pleurésie interlobaire ne répond pas toujours au tableau magistral qu'en a tracé Dieulafoy.

« 2° Elle se traduit assez souvent par un autre « syndrome clinique, syndrome pseudo-pleu« rétique de la grande cavité pleurale.

« 3° Derrière toute splénopneumonie, il « faut systématiquement suspecter l'existence « possible d'une collection enkystée interlo« baire, généralement purulente, à évacuation « retardée, de volume très variable, qui peut « être jugée par une vomique, parfois par une « heureuse ponction exploratrice, plus rare« ment par la radioscopie.

« Mais le volume de l'abcès scissural peut « être si minime que ni les ponctions explora« trices répétées, ni l'examen radioscopique, « ni même la vomique, ne peuvent le déceler ; « seule la nécropsie, heureusement exception« nelle dans ces conditions, pourrait en révé« ler l'existence. »

Diagnostic clinique du typhus exanthématique.

Nous avons déjà eu l'occasion de signaler les travaux publiés dans la presse médicale sur le typhus exanthématique, dont des manifestations ont été constatées en France, pendant et depuis la guerre.

Voici une excellente étude de M. Rieux (*Paris Méd.*, 5 juin 1920), qui donne une description très claire de l'affection et en précise le diagnostic différentiel.

Après avoir insisté sur le début assez brusque pour que le malade indique nettement le jour où il s'est senti malade, il décrit l'exanthème caractéristique, envahissant tout le corps, en débutant par les flancs, et formé de taches ressemblant à celles de la rougeole, mais s'en distinguant en ce que, dès le premier jour, elles deviennent plus fournies et plus sombres, non saillantes, ne disparaissant pas à la pression, sans contours déterminés, se détachant sur le fond améthyste du reste du tégument, donnant au toucher une sensation de sécheresse et de velouté, devenant généralement pétéchiales vers le 10e jour.

Il signale également l'importance des troubles nerveux, l'odeur spéciale des malades, enfin la terminaison brusque , à la fin du second septénaire , soit par la mort, soit par la guérison avec rapide convalescence.

Le *diagnostic, parfois difficile* pour des praticiens non prévenus, se fait avec la méningite aiguë, la rougeole, la grippe, le paludisme à forme pseudo-continue, le typhus récurrent, la fièvre typhoïde.

C'est surtout avec cette dernière que la confusion est surtout possible : on l'évitera en se souvenant que, dans la fièvre typhoïde, le début est insidieux, le malade ne précisant pas quel jour il s'est senti malade, le pouls est à 80-90, en discordance avec la température, la bronchite est presque constante, il y a souvent de la diarrhée.

Dans le typhus exanthématique, par contre, le début est plus ou moins brusque, mais toujours connu du malade, le pouls à 110-120-130, concordant avec la température, les conjonctives sont injectées, souvent en pinceau correspondant avec la fente palpébrale, sans symptômes abdominaux ni pulmonaires.

La notion d'épidémicité, de contagion — le pou étant le vecteur de l'infection — auxquelles s'ajoutent les examens de laboratoire (sérodiagnostics, hémocultures), complètent les notions précédentes, et permettent d'arriver au diagnostic dont la connaissance précoce est d'autant plus nécessaire que « la transmissibilité de l'affection est très grande et que sa prophylaxie par l'épouillage est absolument efficace. »

L'urée du liquide céphalo-rachidien dans les crises d'hystérie et d'épilepsie.

Est-il possible de faire le diagnostic entre la crise d'épilepsie et la crise d'hytérie, notamment chez les sujets qui présentent le type qualifié crise d'hystéro-épilepsie ?

On comprend l'intérêt de la question, puisque la thérapeutique tirera de la réponse de précieuses indications.

MM. Laures et Gascard se sont livrés à des recherches sur la teneur en urée du liquide céphalo-rachidien des malades en état de crise.

Ils sont arrivés à cette constatation que : « le taux de l'urée dans le liquide céphalo« rachidien, quel qu'il soit en dehors des crises, « est diminué pendant la crise hystérique et « augmenté pendant la crise épileptique. »

On savait qu'en ce qui concerne l'épilepsie,

✦✦

il en est de même de *l'urine des malades*. Mais comme il est souvent impossible de recueillir celle-ci, il est intéressant de posséder un procédé qui permet de tirer du liquide céphalo-rachidien le renseignement que l'urine répandue ne peut donner. (*Presse Méd.*, 16 juin 1920.)

Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées d'arsénobenzènes.

Au début de l'emploi du 606 comme médicament spécifique, on utilisait la voie sous-cutanée. On dut y renoncer et lui préférer la voie endo-veineuse, en raison des escarres qui en étaient souvent la conséquence, et des douleurs qui l'accompagnaient.

Quant à l'injection intra-musculaire, elle n'est pas moins douloureuse, mais est moins escarrifiante.

MM. Emery et Morin ont fait des essais avec le sulfarsénol, d'injections sous-dermiques, et s'en déclarent très satifaits.

Il est des cas en effet où l'intra-veineuse est très difficile, surtout entre des mains insuffisamment exercées. En outre, l'absorption rapide du médicament explique les réactions parfois observées, telles que les crises nitritoïdes et la fièvre.

La même rapidité d'absorption existant avec l'intra-musculaire, en raison de la richesse de vascularisation du muscle, ils expliquent ainsi leur préférence, dans un but de simplification technique, pour la sous-cutanée profonde, tout en faisant remarquer que la crise nitritoïde, peut quand même se manifester, mais à échéance retardée.

Ils injectent une solution isotonique de sulfarsénol, à 5,63 p. 1000, en prenant les précautions suivantes.

L'aiguille est enfoncée seule d'abord dans le tissu cellulaire. La seringue chargée y est ensuite adaptée, puis l'injection est poussée. On la termine par l'injection d'une petite quantité d'air qu'on aura eu soin d'emmagasiner dans la seringue en arrière du liquide. De cette façon, ni à l'aller ni au retour on est exposé à injecter le liquide dans le derme lui-même. (*Bull. Méd.*, 16 juin 1920.)

La cryothérapie.

C'est l'utilisation du froid au traitement de certaines dermatoses.

La réfrigération était obtenue primitivement avec l'air liquide, remplacé plus tard par la neige carbonique.

Pour utiliser les propriétés de la réfrigération avec la neige carbonique, M. Lortat-Jacob a construit un appareil qu'il appelle le cryocautère à chargement direct (*La Médecine*, juin 1920), dans lequel la neige carbonique peut être recueillie directement.

« Après avoir muni l'appareil de la pointe « la mieux adaptée à la surface à traiter, on l'applique sur le point choisi en notant la durée « de l'application et la pression exercée lue sur « l'index. Cette durée et cette pression varient « suivant les cas et il est difficile de poser des « règles précises. »

Sous l'influence de la réfrigération ainsi pratiquée, la surface traitée devient blanche et dure comme de la porcelaine. On la badigeonne avec du néol. La circulation se rétablit rapidement. Une zone érythémateuse apparaît sur laquelle se forme une phlyctène, ou parfois une simple pellicule qui se dessèche et tombe. La guérison de la zone traitée s'obtient en 8 jours.

Les affections qui ont été ainsi soignées, avec des résultats des plus encourageants, sont le lupus érythémateux, le lupus tuberculeux, les épithéliomas superficiels, les nœvi vasculaires et les angiomes, la folliculite nodulaire hypertrophique, les chéloïdes.

Les effets sont à retenir également dans les radiodermites, les tatouages, le xéroderma pigmentosum, le lymphangiome, la kératose pilaire, le chloasma, le lentigo, le xanthome, etc.

Traitement de l'aérophagie.

L'aérophagie aiguë n'est autre que la dilatation aiguë de l'estomac que l'on rencontre chez les opérés, chez les accouchées. Le traitement comporte, selon M. G. Leven (*L'Hôpital*, juin 1920 B), le cathétérisme évacuateur avec le tube de Faucher, le coucher sur le ventre. Les bains chauds, la morphine conviennent à certains cas, l'huile camphrée, la caféine et la spartéine, à ceux qui se compliquent d'accidents cardiaques.

L'aérophagie chronique est accompagnée ou non de sialorrhée. On soignera celle-ci en en soignant les causes : obstacles respiratoires nasopharyngés, pharyngites chroniques, troubles de la dentition, appareil dentaire, goitre, etc., facteurs extra-gastriques, et les affections œsophagogastriques, facteurs gastriques.

Contre le tic d'avalement lui-même : chez l'adulte maintenir entre les dents un bâtonnet, un fume-cigarettes bouché, qui gêne l'avalement inconscient. Chez la femme, un ruban modérément serré autour du cou, au-dessus de la pomme d'Adam, tel que sa striction s'exagère à l'occasion des mouvements de déglutition et avertissent ainsi l'intéressée ; chez l'enfant trop jeune pour être soumis aux procédés, tamponnement des fosses nasales.

On traitera l'insuffisance diaphragmatique par des exercices respiratoires appropriés.

Au point de vue médicamenteux, seuls sont à retenir le bromure de sodium (1 gr. deux fois par jour pendant 20 jours, au milieu des repas) et le carbonate de bismuth :

Carbonate de bismuth.......	10 gr.
Gomme arabique...........	20 gr.
Eau distillée stérilisée.......	300 gr.

par cuillerées à soupe, toutes les heures, d'abord, puis toutes les deux, trois, quatre et cinq heures, selon les progrès ou les besoins.

Le régime alimentaire sera surveillé et adapté à chaque cas : diète hydrique, régime lacté, lacto-végétarien. Supprimer le pain, les alcools, les boissons gazeuses, les poissons gras, les légumes verts, etc. Boire avec un chalumeau.

Pour remédier à l'aérophagie des nourrissons, on améliorera les conditions de la tétée, en s'assurant que le bout de sein de la nourrice est bien formé, que la tétine du biberon n'est pas défectueuse. On tiendra l'enfant bien droit pendant qu'il tétera pour que l'air qui pénétrerait dans son estomac soit expulsé au fur et à mesure.

G. D.

II

Presse anglaise.

Traitement radiothérapique de l'acné vulgaire.

L'acné vulgaire paraît dépendre, en grande partie, de l'activité du microbacille de Sabouraud. Les comédons contiennent de ces bacilles en culture plus ou moins pure. L'acné pustuleuse est le résultat de la contamination du comédon par des microorganismes de la suppuration, entre autres le staphylocoque.

M. Semon (*British med. Journ.*, 22 mai 1920) pense que l'acné au début peut être améliorée par les vaccins et les applications de pommades soufrées, résorcinées ou mercurielles. Mais, pour lui, la guérison ne saurait être obtenue que par un traitement judicieux aux rayons X. Les variétés kéloïdienne et nodulaire de la maladie ne peuvent être modifiées que par la radiothérapie. La récidive, après une cure de rayons X, est rare. Si elle se produit, il suffit de reprendre les irradiations.

Les fonctions rénales dans la scarlatine.

Pour dépister à son début la néphrite scarlatineuse, faut-il se contenter de l'examen systématique des urines au point de vue albuminurie, ou est-il préférable d'étudier la fonction rénale par les épreuves ordinaires d'élimination ? Weeden et Johnston (*Americ. Journ. of diseas. of child.*, mars 1920) ont examiné 72 cas de scarlatine dont 2 cas compliqués de néphrite, en étudiant parallèlement les épreuves d'élimination et l'albuminurie. Ils ont vu que l'albuminurie apparaissait plus tôt que les troubles d'élimination, et ils concluent qu'il vaut mieux s'en tenir à la vieille pratique de la recherche de l'albuminurie chez les scarlatineux.

La contagion tuberculeuse par les ustensiles de table.

M. Cumming (*Amer. Journ. of med. Assoc.*, 17 avril 1920) a fait une série d'expériences sur la contagiosité des ustensiles de table (cuillers, fourchettes) utilisés par des malades tuberculeux. Injectant à des cobayes l'eau ayant servi à laver les objets en question, il a vu onze sur 31 cobayes ainsi traités mourir tuberculeux. Trois cobayes ont également succombé à l'inoculation des produits obtenus en lavant les mains de phtisiques. Cumming pense qu'il y a là un moyen de contagion qui n'est pas à dédaigner.

Tumeurs d'huile camphrée.

Les injections d'huile camphrée sont aujourd'hui d'un usage courant et banal dans le traitement d'un grand nombre de maladies accompagnées de tendance au collapsus cardiaque. Hook et Wander (*Arch. of derm. and syph.*, mars 1920) rapportent six cas de tumeurs consécutives à des injections d'huile camphrée. Les tumeurs en question apparurent longtemps après les piqûres, dans un délai variant de 2 semaines pour les plus précoces à 18 mois pour les plus tardives. Leur volume allait de la taille d'une noix à la grosseur d'une orange, avec des lobulations. Le siège était celui des injections (bras, épaule, cuisse). Quelques-unes étaient perceptibles seulement par la palpation.

En réalité, il s'agissait de néoplasies de l'ordre des « vaselinomes », des « paraffinomes ». Il semble bien, d'ailleurs, que ces tumeurs étaient dues non au camphre ni à l'huile végétale qui dissout le camphre, mais à *l'huile de vaseline*, qui est quelquefois utilisée comme véhicule pour ces piqûres.

La dysesthésie dans les affections médullaires.

M. W. Mott (*British med. Journ.*, 26 juin 1920) étudie les principaux phénomènes dysesthésiques dans les affections médullaires.

La dysesthésie, au niveau des membres, des membres inférieurs en particulier, se traduit par des sensations de lourdeur, d'engourdissement, de cuisson, de chaleur, de froid, de piqûres d'aiguilles, etc. On connaît les effets désagréables qui se montrent lorsqu'on est resté longtemps assis sur un siège dur. Au moment où l'on se lève, le membre inférieur est lourd, engourdi, et ressent des sensations de picotement. Ceci est dû à une compression du nerf sciatique

qui amène une interruption temporaire des sensations normales fournies par ce nerf.

La dysesthésie s'observe dans des conditions variées. Elle peut relever de modifications locales transitoires de la circulation, de spasme vaso-moteur, comme dans la maladie de Raynaud, ou de troubles de la circulation artérielle dus à l'athérome, à l'endartérite, à l'artério-sclérose. Elle est causée, d'autres fois, par le refroidissement, par une névrite (traumatique, toxique, infectieuse). On l'observe aussi dans la neurasthénie. On la rencontre, enfin, dans les maladies de la moelle, souvent comme phénomène précoce. Les affections spinales qui peuvent provoquer des sensations dysesthésiques des membres (lourdeur, engourdissement, picotements) sont nombreuses : tumeurs intra ou extra médullaires, méningite spinale, myélite, poliomyélite, méningo-myélite syphilitique, scléroses médullaires, etc. C'est un symptôme fréquemment précoce et qui doit inciter à un examen minutieux du malade.

Les troubles mentaux dans la vieillesse.

L'état mental offre chez bien des vieillards certaines particularités. M. Savage (*Journ. of mental and nerv. dis.*, mars 1920) s'est attaché à décrire les variétés de cet état mental et ses complications possibles. Chez les sujets âgés, il y a communément perte de la mémoire des faits récents. L'esprit s'attache alors volontiers aux petites choses, les centres intellectuels élevés ayant perdu une partie de leur pouvoir de contrôle. Un exemple familier est celui de la vieille dame qui n'est jamais satisfaite de la propreté de sa maison et qui change constamment la disposition de son appartement en faisant pour cela une forte poussière. C'est la même perte du pouvoir de contrôle des hautes facultés intellectuelles qui amène certains vieillards hommes à se croire en bon état de puissance sexuelle, à fréquenter des femmes de toutes conditions et de tout âge, à se remarier, parfois même à se livrer à des actes indécents envers des petites filles ou des petits garçons, ce qui mérite toute l'attention du médecin-légiste. M. Savage affirme que la masturbation peut être fréquemment pratiquée, même par des nonagénaires.

Un autre phénomène mental de la vieillesse est l'insomnie. Communes aussi, chez les gens âgés, sont les hallucinations de la vue, de l'odorat, etc.

Le diabète en chirurgie.

Foster (in *Annals of Surgery*, mars 1920) discute les rapports du diabète et de la chirurgie. Dans les infections chroniques, la glycémie augmente, et, même si le patient prend peu de nourriture, la glycosurie s'exagère. Les diabétiques, d'autre part, sont menacés d'acidose post-anesthésique. On connaît la moindre résistance des tissus à l'infection dans le diabète. Il est intéressant pour le chirurgien, avant d'opérer un diabétique, de tenir compte non seulement de la glycosurie, mais encore de la glycémie et de l'acidose.

Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac.

Nous avons publié, il y a quelque temps, une leçon du professeur Gosset sur le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac. Le même sujet a été mis en discussion à la réunion annuelle de la *British medical Association* (Cambridge, 30 juin 1920). Des chirurgiens particulièrement compétents, Sir Berkeley Moynihan, de Leeds ; Charles Mayo, de Rochester (U. S. A.) ; Paterson, de Londres, etc., ont exposé leur opinion sur la question.

Dans son rapport, le prof. Moynihan signale les principales opérations qui s'adressent à l'ulcus gastrique ou duodénal :

1° La gastro-entérostomie ;

2° L'excision ;

3° La gastro-entérostomie combinée à l'excision au bistouri ou à la thermo--cautérisation (opération de Balfour) ;

4° La gastro-entérostomie combinée avec la jéjunostomie ;

5° La résection d'une partie de l'estomac ;

6° La gastrectomie partielle.

L'auteur qui a pratiq ué, jusqu'à ce jour, 808 opérations pour ulcère gastrique ou duodénal (avec une mortalit é de 1,23 %) donne la préférence actuellement à la gastrectomie partielle toutes les fois où elle peut être faite avec une sécurité suffisante.

M. Charles H. Mayo insiste sur la valeur des rayons X dans le diagnostic de l'ulcère gastrique ou duodénal. A la clinique de Rochester, où opèrent les frères Mayo, le Dr Carman fait le diagnostic radiologique de l'ulcère dans une proportion de 95 % des cas. Ceci est important en raison de l'imprécision de la symptomatologie chez beaucoup de patients.

M. Ch. Mayo, dont l'expérience s'étend sur plus de 5.700 opérations pour ulcère gastro-duodénal, conclut ainsi son rapport :

« S'il est vrai, dit-il, que la majorité des cas d'ulcère duodénal et gastrique ont une durée moyenne assez longue, variant pour un bon nombre entre 20 et 30 années (beaucoup, d'ailleurs, restent méconnus), il s'ensuit qu'on a peut-être exagéré la notion du danger de l'ulcus pour la vie. Peu de malades meurent de perforation ou d'hémorragie, plus cependant qu'il n'en succombe à l'opération. Ces patients, toutefois, souffrent, leur santé est altérée et ils doivent être soulagés. L'opération reste, dans ces conditions, le traitement le plus radical de la maladie. »

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

Mon traitement de la grippe.

Chacun apporte au traitement de cette pandémie sa petite contribution. Mais parmi toutes les médications offertes et les résultats publiés, je ne rencontre rien de comparable à ce que j'ai obtenu. Voici ma méthode :

1° Traitement précoce, y insister.

2° Désinfection répétée du nez, de la gorge, etc. PLUSIEURS fois par jour.

3° Enveloppements humides, alcoolisés, répétés.

4° Enveloppement humide sinapisé de 3/4 d'heure, quotidien.

5° 20 gouttes de teinture d'iode le matin et le soir dans du café au lait.

6° Adrénaline ou extrait *surrénal*.

7° 20 centimètres cubes de sérum antistreptococcique, diphtérique, ou même tétanique, ainsi formulé :

Sérum anti-x..........	20 cc.
Julep...................	250

par cuillerées à soupe en 24 heures.

8° De l'acétate d'ammoniaque, 4 gr. par jour.

Jamais de saignée.

Peu d'huile éthérée camphrée.

En 3 mois, j'ai vu près de 3.000 grippes dont 250 pneumonies simples ou doubles, congestions pulmonaires, ou pneumococcies.

J'ai eu 15 décès au total : huit les deux premiers jours de l'épidémie, malades mal soignés, femmes de peuple, fatiguées et *imprudentes*.

Les sept autres, morts parce que tarés antérieurement par des néphrites chroniques, de la tuberculose, de l'urémie chronique.

Eh bien ! il y a eu là un résultat étonnant qui contrastait vivement avec celui des cantons environnants.

Je crois que l'ensemble du traitement a sa valeur, mais je tends à attribuer la plus grosse part curative au sérum.

Depuis longtemps, à l'étonnement du reste de tous les pharmaciens, je prescris le sérum *per os* dans toutes les infections.

J'ai prescrit sous cette forme le sérum antidiphérique dans un cas de diphtérie infantile, dans l'impossibilité absolue où j'étais d'obtenir immédiatement du sérum et de revenir avant de longues heures.

Le résultat fut favorable.

Tel est le fruit d'une expérience qui a sa valeur, puisque le traitement a été unique, dans un seul canton, pour une même maladie.

Dr P. DUPUY.
(de Noailles de l'Oise).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Le virus de l'encéphalite épidémique.

(MM. LEVADITI et HARVIER. — *Société de Biologie.*)

MM. Levaditi et Harvier, poursuivant leurs recherches sur le virus de l'encéphalite épidémique, ont pratiqué une série d'inoculations de ce virus, par voie nasale chez le lapin. Ils ont vu que l'inoculation ne donne pas de résultat lorsque la muqueuse nasale est saine. Elle est, au contraire, positive si la muqueuse est enflammée ou si elle a été, au préalable, scarifiée.

On peut supposer, chez l'homme, dit M. Levaditi, qu'il y a envahissement de la muqueuse nasale à la faveur d'une lésion ou d'une inflammation de la pituitaire. Le virus suivrait les filets nerveux du nerf olfactif, de même qu'on le voit se propager le long du nerf optique. La voie nerveuse serait également le chemin d'élimination dudit virus.

Ces recherches, insuffisantes encore pour conclure, sont un premier pas dans l'étude de la pathogénie de l'encéphalite.

L'anaphylaxie et les eaux minérales.

(MM. KOPACZEWSKI et ROFFO.— *Société de Biologie.*)

La valeur anti-anaphylactique des eaux minérales a été appréciée différemment selon les auteurs. Tandis que Billard et ses collaborateurs ont observé la suppression des accidents anaphylactiques par les eaux de Royat, de La Bourboule et de Vichy, Chassevant et Gobert n'ont pas trouvé de propriétés désanaphylactisantes aux eaux de Thonon, du Mont-Dore, etc.

MM. Kopaczewski et Roffo, s'adressant à l'eau de Royat, ont sensibilisé une série de 4 cobayes avec 0 cc. 1 de sérum anti-diphtérique et leur ont injecté ensuite, pendant 30 jours, 3 cc. d'eau de Royat. Les cobayes furent, à ce moment, soumis à l'épreuve d'une nouvelle injection intra-veineuse de sérum. Tandis que le témoin succombait en 2 minutes, les 4 cobayes traités par l'eau minérale n'ont présenté aucun trouble anaphylactique. Si, au lieu d'eau minérale, on emploie des solutions alcalines (carbonates ou bicarbonates alcalins), on arrive aux mêmes résultats. Les auteurs voient là l'explication des divergences signalées sur cette question. Pour eux, la suppression du choc anaphylactique par certaines eaux minérales est attribuable, non aux propriétés vitales des eaux, mais à la présence de carbonates ou bicarbonates alcalins.

La perte par dessiccation du pouvoir antiscorbutique des végétaux frais.

(MM. MOURIQUAND et MICHEL. — *Société biologique de Lyon.*)

La dessiccation à température douce, sans stéri-

lisation, d'une herbe douée d'un haut pouvoir antiscorbutique lui fait perdre ce pouvoir. Cette perte coïncide avec la disparition de l'eau de végétation vivante. L'immersion de l'herbe dans l'eau distillée ne lui rend pas les propriétés disparues. Tout se passe comme si l'eau de végétation « vivante » était nécessaire au métabolisme calcique, comme d'ailleurs à la vie de l'organisme tout entier.

L'action oligo-dynamique des métaux.

(M. Casimiro Affonso. — *Société biologique de Lisbonne.*)

On désigne sous le nom d'action oligodynamique des métaux la propriété qu'ont ceux-ci d'agir par leur simple présence et à distance, sur le développement des bactéries. Il y a action bactéricide sans modification, apparente du moins, du métal. On connaît l'expérience de Raulin qui, ayant fait un ensemencement microbien dans un milieu nutritif contenu dans un vase d'argent, n'obtint aucune culture, aucun développement.

M. Casimiro Affonso a recherché quelle était l'action oligodynamique de différents métaux (or, argent, cuivre, zinc, etc.) et il a vu que les métaux impurs semblaient plus actifs que les métaux purs. Quant à l'explication de ces propriétés oligodynamiques, l'auteur croit à une sorte de diffusion du métal dans le milieu soit sous la forme colloïdale, soit sous la forme de sels.

L'action oligo-dynamique des métaux appliquée à la stérilisation des eaux.

(M. C. Affonso. — *Société biologique de Lisbonne.*)

Saxl a signalé l'application possible de l'action oligo-dynamique des métaux à la stérilisation des eaux. Remplissant d'eau une bouteille de verre et y introduisant un fil d'argent, laissant le tout en repos pendant plusieurs jours, il a vu que l'eau était à ce moment stérilisée. Elle posséderait même, selon lui, ainsi que la paroi de la bouteille, des propriétés antiseptiques,.

M. Affonso a recommencé les expériences de Saxl. Il a également constaté les propriétés antiseptiques de l'eau ainsi conservée (ayant à son intérieur un fragment de métal), mais il ne lui a pas semblé que les mêmes propriétés aient été acquises par la paroi de la bouteille de verre.

La réaction de Schick dans les paralysies diphtériques.

(MM. de Lavergne et Zoeller. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Chez quatre malades atteints de paralysies diphtériques, MM. de Lavergne et Zoeller ont recherché la diphtérino-réaction de Schick et ils l'ont trouvée toujours négative. Cette constatation signifie que le malade est immunisé contre la diphtérie et que son sérum contient (d'après Schick) plus de 1/30e d'unité anti-toxique par centimètre cube.

L'immunité, chez les patients de MM. de Lavergne et Zoeller, n'est pas une immunité passive, due aux injections de sérum, puisqu'une immunité de cette sorte ne dure que vingt à vingt cinq jours et que la réaction négative de Schick a été constatée ici deux mois après la maladie. C'est une immunité active, réaction cellulaire ou humorale de l'organisme contre la toxine diphtérique.

Un individu peut donc être immunisé contre la diphtérie et présenter des paralysies post-diphtériques. *A priori*, il semblerait inutile de traiter par le sérum ces paralysies avec Schick négatif. En fait la question est plus complexe et demande des investigations plus définitives.

Amaurose tabagique, avec changement de coloration de l'iris.

(M. Pagniez. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Pagniez rapporte un cas de crises d'amaurose unilatérale, d'origine tabagique probable, avec changement de coloration de l'iris.

Le patient se plaignait de troubles de la vision, survenant par accès, caractérisés par une amblyopie marquée (sensation de voile devant l'œil droit) durant plusieurs heures. En même temps, l'iris, de teinte normale marron, prenait une couleur virant sur le jaune. Ces altérations s'expliquaient par des spasmes vasculaires portant sur l'artère de la rétine (amblyopie) et sur les vaisseaux iriens. L'origine des crises a paru relever nettement du tabagisme, bien que le patient fût atteint d'une légère néphrite albumineuse simple, sans hypertension.

M. Laubry a observé récemment, chez un fumeur invétéré, relativement jeune, non syphilitique, des manifestations de claudication intermittente, dues à des crises vaso-constrictives des membres inférieurs, qui ont disparu avec la suppression du tabac.

Le liquide céphalo-rachidien dans l'encéphalite épidémique.

(M. Boverie, de Pavie. — *Société méd. des hôpitaux.*)

M. Boverie conclut, d'une série d'examens, que le liquide céphalo-rachidien ne saurait être considéré comme absolument normal dans l'encéphalite épidémique. Les altérations de ce liquide, toutefois, sont contenues entre des limites étroites, soit au point de vue cytologique, soit au point de vue des corps albuminoïdes. Les éléments anormaux, plus abondants au début, sont généralement peu développés.

La pauvreté des altérations du liquide céphalo-rachidien et leur uniformité dans toutes les phases

de la maladie constituent deux phénomènes de haute importance diagnostique, car ils aident à différencier l'encéphalite des différentes formes de méningite. Il n'y a aucun caractère particulier à noter dans les divers types cliniques de la maladie : type léthargique, type myoclonique, type mental.

Septicémie coli-bacillaire.

(MM. WIDAL, LEMIERRE et BRODIN. — *Société méd. des hôpitaux.*)

M. Widal relate 4 observations de septicémie coli-bacillaire, démontrée par l'hémoculture.

L'observation I concerne un homme qui, consécutivement à une poussée d'entérite, fut atteint d'une affection à type de fièvre continue. L'observation II est relative à une femme chez qui la septicémie a débuté quatre jours après un accouchement à terme et s'est compliquée d'arthrite et de phlébite. Bien qu'on ait signalé des fièvres puerpérales coli-bacillaires, on peut se demander si l'infection,chez cette malade,n'a pas eu une origine intestinale. Les observations III et IV ont trait à des ictères infectieux ayant débuté par des troubres gastro-intestinaux.

La symptomatologie , dans ces différents cas, a été variée, sans signe pathognomonique. Le diagnostic a été posé par l'hémoculture qui a montré des coli-bacilles dans le sang. Les coli bacilles ont été retrouvés plusieurs fois chez chaque patient ; on a pu les isoler encore alors même que l'apyrexie était définitive.

P. L.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des livres.

MASSON et Cie, éditeurs à Paris.

Dr ROBERT. — **Thérapeutique oculaire.**

L'ouvrage comprend 14 chapitres traitant les maladies suivantes : Les conjonctivites. — Les kératites. — Les opacités de la cornée. — Les sclérites. — Les blépharites.— Les maladies des voies lacrymales. — Les iritis. — Les cataractes. — Le glaucome. — Les plaies de l'œil. — Les lésions intra-oculaires. — Le décollement de la rétine. — Les lésions nerveuses portant sur l'appareil de la vision. — Les méthodes d'anesthésie.

Si l'auteur s'est efforcé d'être pratique,il s'est également efforcé d'être *complet*, et à ce titre son livre sera utile aux spécialistes auxquels il donnera, *sous une forme dépouillée de toute bibliographie stérile*, la substance de tout ce qui a paru concernant la thérapeutique oculaire dans la littérature française et étrangère de ces dernières années.

A. MALOINE et fils, éditeurs, Paris.

Dr Félix COSTE. — **Du symptôme à la maladie. 4e édition.**

Trois éditions n'ont pas épuisé le succès de cet intéressant ouvrage et nous pensons que la 4e édition, qui vient de paraître, ne tardera pas elle-même à être épuisée. C'est que le livre de F. Coste, ainsi que le disait le regretté prof. Grasset, constitue réellement « le livre de chevet, et le livre de route du praticien ».

Dans cette quatrième édition, le lecteur trouvera, à côté de nombreuses additions, quatre chapitres entièrement nouveaux sur : les syncopes, les fétidités de l'haleine, les expectorations fétides, les états infectieux. Confrères, dont la bibliothèque contient encore une place, vous savez aujourd'hui comment l'utiliser.

Chez Louis VIDAL et Cie, éditeurs
127, Boulevard Sébastopol Paris 2e.

Dictionnaire des spécialités pharmaceutiques ; aide-mémoire portatif (format 145 × 80) relié, toile souple, comprenant :

1° *Nomenclature complète* purement nominale de toutes les spécialités pharmaceutiques médicales avec noms et adresses des fabricants.

2° *Dictionnaire* donnant tous les renseignements essentiels (composition, formules, posologies, etc.) qui permettent la prescription des spécialités sans erreur.

3° *Tables par indications thérapeutiques* des spécialités figurant au dictionnaire, facilitant la recherche du produit le mieux approprié au cas donné.

Cet ouvrage sera adressé gratis et franco aux médecins qui en feront la demande.

Fondation ROCKFELLER, 3, rue de Berri, Paris.

Principes d'hygiène. — Trait de vulgarisation luxueusement édité, dans lequel l'image, intelligemment comprise, complète et renforce un texte concis, de parfaite lisibilité et d'admirable intelligence.

Il faut en souhaiter la diffusion la plus large dans la population.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MUTUALITÉ FAMILIALE

Lettres sur l'indemnité journalière de 20 francs

Le projet adopté par la Commission a produit quelques désillusions :

Pourquoi, écrit le Dr L., avoir fixé une limite d'entrée aussi basse ? Songez au nombre de médecins que vous allez ainsi éliminer. Quarante-cinq ans ! mais c'est le plein de l'activité médicale...

Oui, certes, et ce n'est pas sans hésitations que la Commission s'est décidée.

Elle avait envisagé d'abord 50 ans, la loi mutuelle exigeant quinze années de participation — mais en présence des résultats fournis par M. A., elle a reculé.

On sait qu'il n'y a pas de table de morbidité médicale ; c'est nous, Mutualité familiale, qui établirons cette table, d'après les résultats de notre expérience. Quand l'actuaire a établi nos barêmes, il n'a pu procéder qu'approximativement, laissant à l'avenir le soin de corriger s'il y avait lieu. Or si on consulte la courbe d'après laquelle ont été faits les calculs et la ligne donnée par la Mutualité, on constate qu'il y a concordance sensible jusqu'à 45 ans, qu'à cet âge l'écart commence pour devenir tout à fait accusé à 50 ans.

Dans ces conditions, la Commission ne s'est pas crue autorisée, pour une création provisoire, à aller au-delà de 45 ans.

L'actuaire, l'an prochain, nous dira si la chose est faisable.

Le Dr P. aurait voulu que pour les anciens sociétaires admis à demi M. A. B., cette limite eût été abaissée :

Vous connaissez les antécédents morbides de chacun : vous auriez pu ainsi éliminer les risques douteux et admettre ceux qui jusqu'à présent ont toujours joui d'une excellente santé. Le cas n'est pas le même que pour les nouveaux entrants que vous ne connaissez pas.

Notre confrère nous permettra de lui répondre qu'il sait parfaitement que la cinquantaine est un âge critique et qu'il a vu lui-même, parmi ses clients, nombre d'hommes qui jusque-là s'étaient bien portés et qui tout d'un coup voyaient leur santé plus ou moins atteinte.

Et cette question, lors du dernier inventaire, préoccupait déjà notre actuaire, M. Fleury : aussi avait-il cherché si l'âge d'entrée n'influait pas sur les résultats donnés. Notre société est encore trop jeune pour que cette question puisse être élucidée.

Aussi la Commission a-t-elle pensé qu'il fallait une règle uniforme s'appliquant à tous indistinctement.

D'ailleurs, 45 ans, n'est-ce pas l'âge limite d'entrée actuel à la société Lagoguey ?

Il est bien entendu que l'âge d'entrée est celui qu'atteindront ces sociétaires en 1921 : pourront donc entrer tous ceux qui sont nés en 1876 ou postérieurement, à la condition de satisfaire au nouvel examen médical, car cet examen est de rigueur.

La Commission a fait tout ce qu'elle a cru qui lui était possible de faire sans imprudence. Le Dr B., lui-même, le reconnaîtra s'il veut bien réfléchir au lieu d'écrire *ab irato*.

Vous ouvrez la combinaison nouvelle, mais vous paraissez avoir accumulé toutes les difficultés pour en empêcher l'accès : âge d'entrée surabaissé, nouvelle visite médicale, droit d'entrée, stage de six mois, cotisations chères, etc., etc.

Evidemment notre confrère en est resté à l'idée simpliste : faculté à tous de doubler les cotisations pour recevoir double indemnité — il n'a pas lu ce que nous avons publié, au mois de juin, dans le *Concours médical*.

Il admettra bien qu'autant que quiconque nous souhaitons la très grande prospérité de la Mutualité Familiale, que nous voudrions voir le nombre de ses membres augmenter rapidement ; il admettra aussi que les assemblées générales qui nous ont confié la direction de l'œuvre nous ont, par cela même, imposé des devoirs et que le premier de ces devoirs est de ne pas compromettre son existence.

En toutes circonstances, nous nous sommes entourés de conseils éclairés et, si parfois nous avons dû prendre des décisions à l'encontre de ce qu'auraient souhaité un certain nombre de sociétaires, ce n'est pas — avons-nous besoin de le dire ? — dans le seul but de leur être désagréables.

Les mathématiques et les sentiments ne marchent pas toujours d'accord.

S'il nous est possible d'améliorer, nous le ferons, qu'on n'en doute pas : mais pour une création provisoire qu'endosse notre seule responsabilité, nous ne saurions aller plus loin.

Et maintenant, pour terminer, nous répéterons à nos sociétaires le conseil que nous leur avons déjà donné : celui de compléter leur adhésion à l'indemnité-maladie par l'adhésion à la combi-

naison R. qui leur assure la pension à partir du jour où cesse pour eux ce droit à l'indemnité-maladie.

Fort peu de médecins cessent d'exercer avant 65 ans : ils ont donc la possibilité de verser la cotisation. S'ils sont malades, ils ont droit à l'indemnité jusqu'au 31 décembre de l'année où ils atteignent cet âge et dès le lendemain, 1er janvier, ils reçoivent la pension qu'ils se sont constituée.

Cette pension n'est au maximum que de 1200 francs, mais qu'ils viennent nombreux à la Combinaison R. et on examinera la possibilité de la porter à 2.400 francs.

L'Amicale avait autrefois fait de cette double participation une combinaison spéciale, la Combinaison C., qui était fort en faveur parmi ses membres. Quand *l'Amicale* s'est transformée en *Mutualité Familiale*, on a pensé qu'il serait préférable de laisser leur autonomie propre à la participation indemnité-maladie et à la participation retraite — nos confrères ont-ils mal compris la chose ? Le fait est qu'immédiatement le recrutement de la combinaison R. s'est ralenti : Ce n'était pourtant que M. A. + R.

Nous pensons qu'il conviendrait de revenir à la combinaison C. de *l'Amicale*. La combinaison R. resterait toujours ouverte à ceux que n'intéresse pas l'indemnité-maladie et qui se contentent de la retraite ; la combinaison C. grouperait les chiffres assurant la double participation à M. A, et à R., ce qui ferait mieux ressortir ses avantages.

Nous reviendrons sur cette question.

A. GASSOT.

Erratum. — Dans le procès-verbal de la Commission, page 2092, VI, on a imprimé (examen médical, *étape*, droit d'entrée, etc,..), c'est *stage* qu'il faut lire et non étape qui n'a aucun sens.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Le refus de soins engage-t-il la responsabilité du médecin ?

Nous recevons la lettre suivante :

Je lis dans un dernier numéro du *Concours*, page 1871.

« Il y a toute une jurisprudence qui délimite le « droit que possède un médecin de ne pas répondre « aux appels des malades ou de cesser de les visiter « quand cela lui plait ».

Le *Concours* ne pourrait-il nous expliquer quels sont nos droits à ce sujet et nous indiquer quelle est cette jurisprudence que, pour ma part, j'ignore totalement.

Nous devons distinguer trois cas :

1° Le médecin qu'on appelle au début d'une maladie, alors qu'il n'a pas encore commencé à donner des soins, est-il en droit de refuser de se déranger ?

2° Le médecin, qui a commencé à donner ses soins au malade, peut-il abandonner ce dernier en cours de traitement ?

3° Le médecin, chargé du service médical d'une société de secours mutuels, ou d'une compagnie de chemin de fer, ou de l'assistance médicale gratuite à circonscriptions et à forfait, médecin d'hôpital, etc., peut-il se refuser à donner ses soins à un mutualiste, employé de chemin de fer, assisté, etc ?

1er *cas*. — Le médecin est toujours libre de donner ses soins à qui bon lui semble. Exemples : est dans son droit l'officier de santé qui refuse de recevoir un blessé qu'on lui amène pendant la nuit. Cass. 29 fructidor an X (S. I. 1.693.) : une sage-femme peut refuser d'assister une femme indigente dans un accouchement, Cass. 4 juin 1830. (S. 30. 1.341). Voir dans le même sens Dubrac, *Jurisprud. médic.* n° 95 ; Lechopié et Floquet, *Code des medecins*, p. 174 ; Pabon, *Manuel des médecins*, n° 167 ; Roland. Les médecins et la loi du 30 nov. 1892, n° 164 ; His. Etude histor. et jurid. sur la responsabilité du médecin, n° 137 ; Fuzier Herman et Carpentier. *Répert. v. médecine et chirurgie*, n° 276 et suiv.)

Citons encore les sommaires suivants de jurisprudence :

Trib. civ. Châteauroux, 1er août 1908 (*Le Droit*, 24 oct. 1908, *Gaz. Pal.* 23 nov 1908, *Gaz. Trib.* 25 oct. 1908, *La Loi*, 19 nov. 1908). « Le ministère « des médecins étant absolument libre, sauf le « cas où il sont requis par la justice, ne peut donner lieu à aucune action en dommages-intérêts contre le refus d'un médecin de visiter un « malade.

« Le médecin qui, ayant eu des difficultés « avec un client, au sujet du règlement de ses « honoraires, avise dans un but de solidarité « professionnelle, ses confrères de cette circonstance, ne commet aucune faute de nature à « engager sa responsabilité. »

Ce jugement a été réformé, en appel, par la Cour de Bourges, 3 août 1909 (*Gaz. Pal.*, 14 déc. 1909) :

« Si, en principe, un médecin, qui a eu des démêlés avec un client, au sujet du règlement de « ses honoraires, a le droit de rompre toutes relations avec ce client et de refuser de lui donner ses soins, alors d'ailleurs que la localité « possède d'autres médecins, il ne peut cependant, sans commettre un abus, signaler ces « difficultés à ses confrères et les inviter, en des « termes suffisamment clairs, à se concerter « avec lui, pour que ces praticiens suivent son « exemple.

« Le client eût-il, en effet, tous les torts dans « le différend, il n'appartient pas au médecin de

« lui infliger, comme sanction, la privation de « l'assistance médicale et d'assurer ainsi la sau« vegarde de ses intérêts au mépris des devoirs « d'humanité les plus élémentaires.

« Et si, par suite de ces agissements, un pré« judice matériel et moral a été causé au client, « dont la famille a été privée de soins médicaux « en plusieurs circonstances, ou qui a été tenu « de s'adresser à un médecin éloigné de son do« micile, la responsabilité de leur auteur se « trouve engagée et il peut être condamné à des « dommages-intérêts. »

Tribunal civil de la Seine, 19 décembre 1910 (*Concours médical* 1911, p. 398. *Gaz. du Pal.* 25 janv. 1911, *Gaz. Trib.*, 18 fév. 1911). « 1° Un mé« decin n'est pas obligé, en principe, de se rendre « à l'appel d'un malade et, dans ce cas, ne doit « compte de sa conduite qu'à sa conscience. Mais « il en serait tout autrement si ce médecin aban« donnait son client dans un moment critique, » où sa retraite serait de nature à compromettre « la vie ou la santé du malade.

« 2° Spécialement ne commet aucune faute le « médecin accoucheur, qui se retire en présenee « de la prétention manifestée par la cliente ou « son entourage, d'imposer une garde, dont les « précédents contacts sont ignorés du docteur, « lequel, de son côté, en a choisi une présentant « toutes garanties ;

« Le médecin, en renonçant, dans ces condi« tions, à la responsabilité et aux honoraires de « l'accouchement, agit honnêtement et c'est lui, « au contraire, qui est fondé à réclamer répara« tion du préjudice causé par l'action en dom« mages-intérêts introduite contre lui, en termes « injustifiés, de nature à nuire à son honneur « professionnel et à sa réputation. »

Discussion : En droit, comme en principe, le médecin est donc libre d'accepter ou de refuser de se rendre à l'appel d'un client, dont il n'a pas encore entrepris le traitement. Sa responsabilité ne saurait être mise en jeu : il n'y a pas lieu de rechercher les motifs de ce refus. La sanction est purement morale : c'est affaire avec sa conscience : à chacun de comprendre quelles sont les limites de ses devoirs humanitaires et des obligations sociales imposées par une compréhension plus ou moins grande de la solidarité humaine.

Néanmoins, le Trib. de paix de Lamballe (Côtes-du-Nord), 14 oct. 1888, a jugé que, si dans un cas d'extrême urgence, le docteur refusait ses soins, il commettait une faute.

Ce jugement de paix n'a aucune valeur juridique, car il a fait une fausse application de l'article 475, paragraphe 12, du Code pénal, ainsi conçu : « Seront punis... ceux qui, le pouvant, « auront négligé ou refusé de faire les travaux, « le service, ou de prêter le secours dont ils « auront été requis dans les circonstances d'ac« cidents, tumultes, naufrage, inondation, incen« die, ou autres calamités, ainsi que dans les « cas de brigandages, pillages, flagrant délit, « clameur publique ou d'exécution judiciaire ».

Comme le fait remarquer Paul-Hatin, dans sa thèse de doctorat en droit, sur la responsabilité civile et pénale des médecins (Paris, 1905, page 53), il ne s'agit là que d'une assistance toute mat rielle : arrêter un voleur, faire la chaîne etc., mais il n'en est plus de même lorsqu'on demande à quelqu'un un concours intellectuel et moral. On ne peut contraindre, par une pénalité, un jurisconsulte à examiner un point de droit, un médecin à faire une opération, une autopsie, un maître d'écriture à vérifier une pièce fausse. D'ailleurs l'arrêt de Cassation, du 4 juin 1830, cité plus haut, déclare qu'il n'existe dans notre législation aucune peine qui puisse être appliquée à un tel refus, tout inhumain et blâmable qu'il soit, et que le jugement attaqué, en déclarant qu'il ne constituait pas la contravention prévue par le n° 12 de l'article 475 du C. P., en a fait une juste application.

En Allemagne, pareille liberté n'est pas reconnue aux médecins : l'article 200 du Code pénal prussien est formel : « Les médecins qui re« fuseront les secours de leur art, sans raison « suffisante, dans un cas d'urgence, où il y a be« soin pressant, seront punis d'une amende de « 20 à 500 écus. »

Certains auteurs (Hatin, Thèse doctorat en droit, page 52, Manche, « La responsabilité médicale », Thèse doctorat en droit, Paris 1913, page 142) invoquent un prétendu monopole, conféré aux médecins par l'article 1er de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine. Puisque pour exercer l'art de guérir, il faut être muni du diplôme de docteur en médecine, il en découle une obligation de la part du médecin de donner ses soins à qui les lui demande. « En effet, « dit Hatin, ce monopole, en restreignant sensi« blement le nombre de ceux qui pourraient « utilement s'occuper des malades, ne permet « d'exercer la médecine qu'à ceux qui en jouis« sent. » Et Manche d'ajouter : « Il est équita« ble que ceux-là qui en bénéficient supportent « des charges et subissent des obligations spé« ciales. »

En médecin, comme en juriste, nous ne partageons absolument pas l'avis de ces deux auteurs. Pour nous, l'obligation au diplôme n'est qu'une garantie minima de science donnée, par la loi, au public. C'est uniquement pour protéger la santé publique contre l'exploitation de la crédulité des malades à l'égard des charlatans et empiriques de toutes sortes, que l'Etat nous impose les dépenses d'études fort longues. Il n'y a donc pas monopole en faveur des docteurs en médecine.

VALS SOURCE REINE

Souveraine dans la

Gastro - Entérite

des Enfants du 1er âge.



Mode d'administration de la REINE de Vals dans les diarrhées infantiles.

Chez les enfants élevés au biberon, ce qui est le cas le plus fréquent, il faut tout d'abord **supprimer absolument** le lait ou tout autre liquide plus ou moins nuisible qui est donné à l'enfant: eau de gruau, eau de pain, etc... Il faut encore nettoyer à fond le biberon. On donnera alors l'eau de la **Reine, froide, pure sans addition aucune.** La quantité variera selon l'âge de l'enfant: quart, tiers de biberon, moitié même; ce qui importe, c'est qu'on fasse boire l'enfant et non qu'on laisse un biberon à sa disposition.

Après un intervalle de temps convenable (une h. ou deux, suivant le cas) on réitère; puis nouvel intervalle et nouvelle ration d'eau, et ainsi de suite.

L'effet est immédiat : dès que l'enfant a bu l'eau, les vomissements s'arrêtent. Il est très rare de voir la première dose vomie et jamais la seconde ne l'est.

L'Eau de la Reine se trouve dans toutes les pharmacies, chez tous les marchands d'Eaux et dans les dépôts de la Cie fermière de Vichy. On peut également s'adresser à M. CHAMPETIER *à* VALS-LES-BAINS *(Ardèche).*

VALS SOURCE REINE

Constipation

Fermentations gastro-intestinales
Intoxications bacillaires
Troubles hépatiques et biliaires
Dyspepsies, Entérites, Appendicite.

GRAINS DE VALS

1 ou 2
au repas du soir

La composition des **GRAINS de VALS** répond à l'association de la médication cholagogue et de la méthode évacuante. Le produit utilisé dans la préparation des **GRAINS DE VALS** est à base de **résine de Podophyllin** et de **deux Rhamnus** purgatifs.

Blédine
JACQUEMAIRE

Farine délicieuse
Prépare et facilite
le Sevrage

Glycérophosphates originaux

Phosphate vital
de Jacquemaire



Solution gazeuse (de chaux, de soude, ou de fer)
2 à 4 cuill. à soupe par jour, dans la boisson

Granulé (de chaux, de soude, de fer, ou composé)
2 à 4 cuill. à café par jour, dans la boisson

Injectable (de chaux, de soude, de fer,
1 à 2 injections par jour

ECHANTILLONS : Établissements JACQUEMAIRE - Villefranche (Rhône)

Tuberculose - Anémie - Surmenage
Débilité - Neurasthénie - Convalescences

Nous maintenons notre conclusion : dans tous les cas où le médecin n'a pas entrepris un traitement, ni n'est lié par un contrat, il demeure, en droit, libre de refuser ses soins, n'ayant comme guide que la sanction de sa conscience et la compréhension de son devoir d'humanité.

2e *cas. — Le médecin qui a commencé à donner ses soins au malade peut-il abandonner ce dernier, en cours du traitement ?*

Entre le malade, qui demande les soins du docteur et le praticien qui, moyennant des honoraires, a accepté d'établir un traitement, se forme un contrat tacite. Nous n'entreprendrons pas ici de prendre part dans la discussion de doctrine juridique, pour savoir si ce contrat tacite constitue un mandat, ou un contrat de louage de service, ou un contrat d'entreprise. Autre problème : la responsabilité du médecin qui abandonne un malade, en cours de traitement, doit elle être considérée comme contractuelle, ou comme délictuelle ? Comme bibliographie, sur ce sujet, nous citerons : Salomé. « Le médecin et la loi », thèse de doctorat en droit, Paris 1888, p. 159 ; Prunier, « Condition juridique des médecins », Thèse droit, Paris 1904, page 98 ; Hatin, Thèse Droit, Paris 1905, p. 48 ; Manche, Thèse Droit, Paris 1904, page 85.

Quoi qu'il en soit, la jurisprudenee reconnaît coupable le médecin qui, ayant entrepris le traitement d'un malade, abandonne ce dernier sans lui laisser le temps, dans un cas grave, de recourir aux soins d'un autre docteur, ou sans avoir dûment fait connaître, par lettre ou devant témoins, son intention ferme de ne plus revenir.

L'ancien droit français contient de nombreux articles, se référant à ce cas spécial de responsabilité : témoin ce passage des Remarques sur le Droit français, éditées par Raymond de l'Eglise : « Sera tenu le médecin, s'il a délaissé à « secourir le malade, depuis qu'il aura entrepris, « s'il est mésadvenu. Et la raison est, qu'il s'était « pu excuser de venir, mais étant venu et ayant « entrepris de guérir, il était tenu de parachever. »

Domat (Lois civiles, t. II, tit. XVII, section II, parag. II) exprime la même idée : « Il est du « devoir du médecin, qui a commencé de traiter « quelqu'un d'une maladie, de continuer pendant « qu'elle dure, surtout dans les cas de quelque « péril, s'il n'en a quelque juste excuse, et les « chirurgiens sont, à plus forte raison, tenus de « continuer de panser les plaies et autres maux, « qui demandent l'usage de la chirurgie. »

La jurisprudence actuelle est fixée en ce sens. Un arrêt de la Cour de Cassation, du 18 juin 1835 (S. 35, 1, 401) dit : « Attendu que l'arrêt « attaqué est fondé sur la négligence du méde- « cin, sur sa faute grave et notamment sur l'a- « bandon volontaire où il aurait laissé le ma- « lade, en refusant de lui continuer des soins et « de visiter son bras, lorsqu'il était par lui re- « quis... »

En ce sens encore, un jugement du tribunal de Senlis, du 14 mai 1857 (*Gaz. des Trib.* 5 décembre 1857) : « Attendu qu'en manquant à sa pro- « messe, que rien ne l'empêchait d'exécuter, le « médecin a été cause qu'on n'a été chercher « que tardivement un autre docteur et que la « malade, ainsi privée de tout secours, est enfin « décédée ; qu'en l'absence d'aucun fait qui donne « lieu de penser que la malade était déjà frap- « pée de mort lorsqu'on a appelé le médecin, il « existe des présomptions les plus graves que « cette femme a succombé faute de soins. »

Ce jugement fut frappé d'appel et infirmé par la Cour d'Amiens (16 nov. 1857, *Gaz. Trib.* 5 déc. 1857) parce que le médecin put établir que sa négligence n'avait pas aggravé l'état de la malade.

Dans le même sens encore, l'arrêt de la Cour de Metz (21 mai 1867, D. P. 67, 2, 110). Il en serait autrement, si le médecin peut prouver que son attitude a été justifiée par des circonstances indépendantes de sa volonté (Trib. civ. Seine, 31 mars 1908, *Le Droit*, 12 août 1908).

La Cour de Pau a jugé, le 1er mai 1900 (S. 1900, 2. 301, D. 1902, 2,33) que ne peut être condamné à des dommages-intérêts le médecin qui, appelé auprès de la victime d'un accident, n'est arrivé sur le lieu de l'accident que quelques heures après la mort de la victime, alors que, d'une part, le médecin avait à faire un trajet long et difficile pour s'y rendre, alors que, d'autre part, il il n'est pas établi qu'il ait été avisé que la blessure mettait en danger imminent la vie du blessé et alors enfin qu'il n'est pas démontré que l'intervention plus prompte du médecin eût pu sauver le malade.

Il faut en conclure que le médecin, qui, après avoir promis de se rendre auprès d'un malade, manque à sa promesse, peut être condamné à des dommages-intérêts, à la condition qu'il soit établi : 1° que c'est volontairement que le médecin ne s'est pas rendu auprès du malade ; 2° que ses soins auraient certainement sauvé la vie du malade : 3° que s'il n'avait pas promis de venir, on aurait pu s'adresser à un autre médecin.

Discussion : De ces données de la jurisprudence, il ne faudrait pas en conclure que, parce qu'un médecin a commencé à donner ses soins à un malade, ou qu'il a promis de venir, il soit *ne varietur* lié à tout jamais à son client. Que de fois, en pratique, surtout en cas d'accident, ne court-on pas après plusieurs docteurs à la fois et c'est le premier arrivé qui garde le blessé. D'autre part, le praticien peut être conduit à refuser de continuer le traitement s'il s'aperçoit que ses prescriptions sont volontairement

mal exécutées, ou si le malade se met, en même temps, entre les mains d'un rebouteur, comme cela se produit souvent dans les campagnes.

Nous rappellerons les sages avis donnés, dans le *Concours médical* de 1913, p. 1394, par Me Gatineau, avocat conseil du « Sou médical », à propos d'un cas analogue : pour ne pas avoir d'ennui et s'assurer la possibilité de prouver qu'il a fait connaître son intention de cesser ses visites, le médecin fera bien de trouver, chez le malade, des témoins dans l'impartialité desquels il puisse avoir confiance. Sinon, il fera bien de rappeler sa renonciation, soit par télégramme, soit par lettre recommandée, ou par lettre portée par exprès, et dont il gardera copie.

Mais le malade serait-il en danger de mort qu'il serait dangereux et en tous cas inhumain de renoncer à donner des soins, sans avoir fourni à la famille le temps de remplacer le praticien qui se retire.

3e *cas. — Le médecin, chargé du service médical d'une société de secours mutuels, d'une compagnie de chemins de fer, de l'A. M. G. à circonscription et à forfait, d'un hôpital, etc., peut-il se refuser à donner ses soins à un mutualiste, ou employé de chemin de fer, ou assisté, etc. ?*

La réponse n'est pas douteuse ; en acceptant une situation à forfait annuel, le médecin s'est lié par un contrat de louage de services, à l'égard de la collectivité qui l'emploie et, puisqu'il consent à être le seul médecin de cette collectivité, médecin qui est imposé aux malades de la dite collectivité, le praticien doit s'arranger pour répondre à tous ses appels.

Le docteur, ainsi attaché à un service, ne peut, sans raison majeure, refuser son office, car l'acceptation de ses fonctions comporte l'engagement de les remplir conformément aux règlements.

Il en est ainsi des médecins de *bureaux de bienfaisance* ou de l'*A. M. G.* à l'égard des indigents qu'ils doivent soigner (Trib. Cambrai, 15 mars 1900, *La Loi*, 1900, p. 458), comme des médecins du service des *enfants, assistés ou en bas-âge* (Trib. de paix, Paris, XVe 28 janv. 1904, D. P, 1904, 2.400).

Un arrêt de la Cour de Dijon, du 18 mars 1903 (D. P, 04, 2, 134, *Gaz. Trib.*, 9 avril 1903) établit la responsabilité du médecin et de la commission administrative d'un *hôpital*, à l'égard d'un malade payant, qui serait resté plusieurs jours sans avoir été examiné par le médecin du service.

Enfin, un arrêt de la Cour de Paris, du 5 juillet 1913 (*Concours médical*, 1913, p. 1894) détermine, dans ses attendus, la responsabilité d'un médecin de *société de secours mutuels*, qui tarda de se rendre auprès d'un blessé, atteint d'une plaie pénétrante de l'abdomen, puis, après cette première visite ne revint plus : « Considérant « qu'il a eu le tort de ne pas se rendre le soir même « auprès du blessé, qu'il objecte en vain qu'il « ignorait le chemin de la demeure de celui-ci ; « qu'il était facile d'obtenir tous les renseigne- « ments nécessaires pour le trouver, et qu'il a « manqué à un impérieux devoir d'humanité, en « laissant, sans aucun soin, pendant toute une « nuit un homme dont la blessure pouvait avoir « des suites mortelles ;

« Considérant, d'autre part, qu'ayant visité le « blessé le lendemain, vers onze heures du ma- « tin, il a commis une faute pouvant engager sa « responsabilité, en l'abandonnant sans avertir « sa famille ; qu'il eût dû prévenir celle ci de son « intention de ne pas revenir... »

Puis l'arrêt expose ensuite qu'il n'est pas démontré scientifiquement que le blessé eût pû être sauvé et que, par suite, le médecin ne saurait être condamné.

Discussion : Il est ainsi prouvé que le médecin, qui, attiré par l'appât d'un traitement fixe et annuel, contracte tacitement, ou par écrit, avec une collectivité quelconque, devient l'employé médical de la dite société et doit, sous peine d'engager sa responsabilité civile et pénale, satisfaire ses clients imposés par contrat avant toute autre clientèle payante, mais libre. Avis aux partisans des monopoles et des forfaits. Les procès, qui deviennent de plus en plus nombreux contre le corps médical (et nous en savons quelque chose au « Sou médical »), seront peut-être les meilleurs éducateurs de nos confrères, pour les engager à n'accepter aucun contrat, aucune situation fixe, aucun salariat ou fonctionnarisation, si ce n'est avec un statut mettant leur responsabilité complètement à couvert. Sinon, mal payés pour le travail qu'ils ont à faire, ils courent le risque d'être traduits en justice, pour prétendus manquements à leurs engagements.

Nous laissons volontairement de côté, dans cette étude, les réquisitions de justice. Nous voulons simplement indiquer à nos lecteurs les modifications profondes qui s'introduisent dans notre profession. La médecine, d'individuelle qu'elle était, devient de plus en plus collective. Ce n'est pas le seul malade, que nous trouvons devant nous, mais une collectivité qui s'interpose : la mutualité, l'assurance-accident, le département pour l'A. M. G., etc.

Mes chers confrères, soyez prudents avant de signer un engagement. Demandez conseil à votre syndicat local et aux conseils juridiques du « Sou médical », si vous voulez avoir la liberté d'exercer votre art en toute tranquillité. Vous êtes mûs, la plupart du temps, par votre bonne foi et votre honnêteté, et le réveil est dur, cruel, abrutissant, lorsque votre responsabilité profes-

sionnelle et pénale est mise en jeu, alors que l'avocat de la partie adverse expose quelle aurait dû être votre conduite, aux termes de votre engagement.

C'est pour ces raisons qu'une fois de plus, nous répétons notre plainte de moderne Cassandre : la Faculté de médecine crée des docteurs : elle ne fait pas de médecins et j'estime regrettable, pour ne pas dire plus, que le respect des situations acquises et l'équilibre des influences, à la Faculté de médecine, surtout à celle de Paris, soient un obstacle insurmontable à la création d'un enseignement de clinique médico-juridique, pour les futurs médecins.

Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE DE L'ASSISTANCE

Les médecins de l'Assistance publique en Angleterre.

Au moment du vote de l'Insurance Act, en 1911, les revendications médicales anglaises formulées et présentées par la *Medical British Association* se résumaient à la suivante : la rétribution du travail à la visite, à la distance parcourue, avec un tarif d'opérations.

Le libre choix du médecin était accordé par la loi dès le premier jour.

Simples dans leur formule, les demandes étaient également justes dans leur principe et répondaient aux exigences rudimentaires du contrat de travail le moins compliqué,.

Le texte de la loi ne tint aucun compte des désiderata des praticiens et retint au contraire toutes les causes déterminantes de conflits inévitables dans un avenir peu éloigné, en laissant sans satisfaction les demandes justifiées de toute une puissante corporation.

Lloyd George, en observateur très avisé et très fin psychologue, tout en reconnaissant la justesse rigoureuse des réclamations présentées, voulait surtout des simplifications pour l'application d'une loi nouvelle, qui à elle seule réalisait dans son ensemble une véritable révolution sociale très risquée ; il connaissait parfaitement d'autre part la différence entre la mentalité des leaders de la corporation médicale, traitant des idées générales et discutant les intérêts généraux de la collectivité, le plus souvent faciles à coordonner et à satisfaire en principe, et la mentalité des praticiens, rendus à leur isolement et livrés à la seule influence de leurs intérêts particuliers et immédiats en face des difficultés renaissantes de la vie.

Il résolut de tenter la résistance et sa connaissance de la psychologie ne fut pas mise en défaut, car les listes du service d'assistance publique furent couvertes en quelques jours des noms de quinze mille médecins adhérents.

La loi entra en application le premier janvier de l'année suivante.

Dans le courant de la même année 1912, la résistance médicale à la loi se manifesta, commença à s'organiser et à prendre corps, mais elle ne resta plus une question d'intérêt professionnel, général à toute la corporation ; elle se limita au nombre, respectable cependant, des seuls praticiens, liés au service de l'assistance publique. La défense s'organisa dans des comités régionaux et des sous-comités locaux, sections de la grande association médicale anglaise.

La loi, acceptée pour une période temporaire de trois ans, aurait été soumise à la revision bien auparavant, sans le grand bouleversement qui a tout changé pendant cinq années consécutives dans la vie des peuples et des individus ; la loi dut attendre la fin des hostilités, comme tant d'autres questions qui ne sont pas encore à la veille de recevoir leurs solutions.

A la première grande conférence nationale annuelle des médecins du service, en novembre 1919, sous le patronage de la *British medical Association*, il ne fut nullement question de reprendre les demandes de 1911, il s'agit seulement d'amendements, de modifications heureuses aux articles actuels de la loi ; le service à l'abonnement avec libre choix du médecin était accepté définitivement et passé dans les usages des médecins et du public ; l'intérêt principal, unique, pour ainsi dire, se réduisait à la demande du relèvement du prix d'abonnement par tête d'assuré au prix de treize shillings six, considéré comme prix minimum compatible avec les exigences de l'exercice professionnel dans de bonnes conditions.

Tous les délégués des provenances les plus diverses des pays du royaume soumis à la loi votèrent dans ce sens et les nombreuses lettres communiquées à l'assistance furent autant d'affirmations énergiques en faveur du prix minimum de 13 sh.6. Il fallait attendre la contre-partie.

La commission désignée pour présenter au gouvernement la demande unanime des médecins de l'assistance reçut du Dr Davidson l'accueil le plus courtois.

Comme ministre de la santé dans le gouvernement de Lloyd George, il ne put donner la mesure de son opinion personnelle, il subissait évidemment l'inspiration politique du chef du gouvernement ; aussi ne prit-il aucun engagement et chercha-t-il des excuses vagues et banales dans les charges mal définies du budget, pour pour ne pas accepter à la légère de nouvelles obligations.

Mais au fond il pensait avec Lloyd George

qu'il n'avait plus affaire à des praticiens libres, bien au contraire à des médecins en partie disciplinés par la nécessité de se soumettre aux conditions d'une loi relativement avantageuse (le premier succès de 1911 ne serait-il pas suivi d'un second ?) ; les membres du gouvernement anglais savaient très bien qu'ils n'avaient plus devant la loi toute la puissance de la turbulente association médicale d'Angleterre et appréciaient comme un immense avantage de ne plus avoir à discuter avec les éléments les plus ardents, les plus animés et les mieux documentés de la profession médicale, étrangers au service de l'assistance publique. En plus, ce n'était un secret pour personne que l'Insurance Act avait considérablement amélioré les conditions matérielles de beaucoup de praticiens et que le succès de la loi dans les milieux médicaux n'était pas dû et limité à la seule raison des principes. Avant 1911, dans les grands centres industriels, les praticiens, avec ou sans contrat collectif, travaillaient souvent à des prix inférieurs, avilis de plus en plus par la basse concurrence professionnelle, j'allais dire confraternelle, et la rapacité insatiable des employeurs patrons et ouvriers ; ils ne recevaient pas toujours la récompense matérielle de leur travail pénible et ingrat et toujours, absolument toujours, manquait la satisfaction morale en retour de la considération méritée et refusée et avec elle disparaissait également le partage si nécessaire à l'exercice d'une profession où la valeur morale individuelle joue un si grand rôle.

Avec l'Insurance Act, les services furent mieux rétribués et toujours payés ; les praticiens furent totalement libérés de l'influence des chefs d'industrie et des présidents des clubs, des loges et des sociétés ; plus de contrats collectifs, plus d'aisance au contraire à faire valoir des qualités professionnelles de compétence, de sociabilité et de bonne foi et la possibilité d'agir désormais, sous la tutelle vague, complaisante de l'Etat ou au moins sous sa garantie financière, comme les praticiens heureux auxquels n'a jamais manqué une grande clientèle personnelle. L'Insurance Act marquera pour la profession médicale une ère de libération auprès des conditions antérieures d'exercice d'une bonne partie du corps médical anglais.

Néanmoins le gouvernement de Lloyd George ne refusa pas de prendre en considération la demande des praticiens de l'assistance publique et consentit, au moins pour la forme, de la soumettre à l'examen d'une commission d'arbitrage contradictoire.

L'affaire s'engageait avec une mauvaise allure dans une voie dangereuse pour les intérêts des praticiens.

Les membres désignés par le gouvernement pour faire partie de la commission apportèrent des documents officiels, fournis par l'administration de la santé publique.

Il fut fait valoir qu'une forte indemnité était accordée pour compenser les frais de déplacement, il fut rendu hommage à la grande probité de la majorité du corps médical du Royaume Uni, mais il fut montré qu'une minorité très faible, peu scrupuleuse, aimait à charger l'assistance publique de tous ses frais de transports pour lui permettre d'accorder ses soins à des prix inférieurs à ceux de la loi à des collectivités, formées de petits rentiers et propriétaires laissés en marge de la loi, à cause d'un revenu annuel supérieur à deux cent cinquante livres.

Eternelle répétition des choses en tous lieux et en tous temps ; à quoi sert de demander le relèvement des tarifs de l'assistance publique, de l'assistance au travail, de l'assistance aux blessés et mutilés de la guerre, si ces tarifs ne sont pas justifiés dans la pratique et s'ils sont supérieurs déjà aux prix demandés pour l'assistance particulière ? Les gouvernants sont bien renseignés, aussi bien en France qu'en Angleterre, d'où leur résistance justifiable, leur parcimonie et leur attente légitime devant les incohérences, les inconséquences et les contradictions permanentes de la pratique médicale. Du reste, le gouvernement anglais ne craint pas d'exprimer son désir de voir diminuer le nombre des médecins inscrits au service de l'Insurance Act, il n'en est pas à l'appréhension de le voir insuffisant, il ne semble même pas redouter cette éventualité et encore moins celle de la suspension du service. Il estime qu'un praticien de valeur et d'activité moyenne peut assurer l'assistance de trois mille inscrits, en fournissant un travail de deux mille quatre cents heures par année et encore, s'il a une valeur supérieure comme activité à celle de la moyenne, il peut cultiver plus particulièrement une branche spéciale de la profession.

A ce taux moyen, un médecin de l'assistance arriverait en Angleterre à pouvoir s'assurer un revenu de près de 1300 livres sterling par année. La solution de la commission d'arbitrage ne faisait de doute pour personne et devait marquer un nouvel échec pour les praticiens de l'Insurance Act. Ce fut le chiffre de capitation, proposé par le gouvernement à la conférence annuelle nationale de novembre 1919, qui fut définitivement accepté. L'arrêt était attendu, occasionna peu de surprise, mais beaucoup de désappointement.

Reste à savoir quel va être l'effet sur la détermination de bon nombre de médecins hésitants, peut-être l'indécision n'était qu'apparente et que l'espérance d'une nouvelle et prochaine revision les fera prendre patience ; même après une pleine satisfaction, le corps médical ne cachait

pas son ambition d'arriver à bref délai au tarif de quinze shillings par tête d'abonné inscrit ; c'est une espérance qu'il fallait différer au moins pour le moment et renvoyer à une date ultérieure indéterminée.

Désormais il va falloir discipliner la clientèle pour diminuer ses exigences, souvent injustifiées, et se surveiller pour réduire et même faire disparaître les abus.

Restait l'extrémité à laquelle la majorité semblait théoriquement décidée, de rompre toute relation avec le service public de l'assistance, de réclamer aux assistés un supplément d'honoraires.

A vrai dire cette manière de résistance ne peut guère sortir du domaine de la théorie ; il est des foudres qu'il est dangereux d'agiter.

En Angleterre, comme partout ailleurs, l'esprit de concurrence et le manque de confraternité professionnelle dans le corps médical rendent au moins difficile sinon impossible l'application intégrale d'une décision aussi précoce et aussi significative, malgré l'évidence de la situation et la valeur du moyen pour agir ou sur les pouvoirs publics ou sur les grandes collectivités.

La prudence la plus élémentaire commandait de ne pas s'engager dans cette voie sans avoir la garantie absolue de la fidélité des intéressés. Du reste les autorités médicales ne s'arrêtèrent même pas à l'examen de l'éventualité et les vedettes s'appliquèrent à démontrer, envers et contre toute apparence, que la solution, bien que nettement insuffisante et incomplète, n'était pas sans apporter quelques avantages positifs et quelques satisfactions morales.

Le gouvernement avait dû prêter l'oreille aux demandes des praticiens de l'assistance publique, il avait dû consentir à entrer en discussion avec eux et la solution acquise n'était en somme que le résultat de la discussion contradictoire.

Le Dr H. B. Brackenbury, président général du Comité des médecins de l'assistance publique, intervint avec beaucoup d'insistance pour que la sentence arbitrale fût acceptée loyalement par les praticiens, comme un arrêt exprimé par une commission désignée d'un commun accord ; le gouvernement lui-même fit de son côté l'effort nécessaire pour obtenir de la chambre des communes les crédits indispensables et le comité des praticiens a pour devoir de s'employer le mieux possible pour empêcher tout mouvement pouvant conduire à la suspension du service.

En plus la solution n'a été acceptée que pour une durée limitée et, malgré la loyauté avec laquelle les engagements sont tenus, il ne doit pas être conclu que la sentence arbitrale est considérée comme juste et satisfaisante. Les praticiens peuvent réserver leur opinion et garder toute leur ambition d'aboutir un jour et à bref délai au chiffre de treize shillings six et même quinze shillings par tête d'assisté ; c'est un point de vue qu'il faut travailler à établir et défendre avec toute l'énergie possible.

En toute apparence de logique, les médecins peuvent penser que le gouvernement a perdu une excellente occasion de donner au service de l'assistance publique une valeur de tout premier ordre. Il écarte de lui un grand nombre de praticiens en possession de la faveur du public — du reste le gouvernement agit en toute conscience et n'a pas craint de faire à la commission d'arbitrage ses déclarations verbales et écrites et de démontrer qu'il n'a pas jugé utile de chercher dans l'élévation du prix d'abonnement à assurer une organisation médicale supérieure sachant bien que l'ensemble du corps médical ne manquera pas de faire un bon et honnête exercice consciencieux. — Tous les médecins ne sont pas tous mécontents du fonctionnement de la loi et des relations avec les caisses de l'Etat ; s'il existe quelques frottements, quelques difficultés dans l'exercice, ce sont des inconvénients inséparables de la vie médicale dans ses relations avec la clientèle d'abonnement particulièrement.

Aux médecins de prendre leur parti, le tarif nouveau apporte une amélioration très appréciable sur les tarifs anciens et une modification heureuse absolue sur les conditions existantes avant 1911. C'est le règne de l'âge d'or pour la médecine en Angleterre après le règne de l'âge de peine qui a pris fin avec la *Poor Law*, dès l'apparition de *l'Insurance Act.*

Malgré toutes ces bonnes raisons, les médecins persistent à croire et tenteront de prouver que le tarif n'est pas suffisamment rémunérateur, qu'un praticien de valeur et d'activité moyennes, pour prendre les termes de Lloyd George, peut ambitionner sans aucune exagération de gagner plus de treize cents livres, que les frais d'étude et de pratique sont loin d'être en diminution, que très souvent, pour ne pas dire toujours, le médecin a un capital à amortir et ne peut pas commencer à l'amortir dès les premières années d'exercice et enfin qu'il est presque impossible à un médecin seul d'assurer convenablement le service de trois mille abonnés inscrits.

Le corps médical n'hésite pas à reconnaître l'amélioration des conditions de l'exercice de la médecine, due à la loi elle-même, mais la juge très insuffisante à l'heure actuelle en regard des exigences mêmes du service et du coût de la vie ; aussi se voit-il obligé de faire appel à tous les confrères pour les engager à ouvrir dès maintenant une campagne en faveur d'une nouvelle revision de la loi et de leurs revendications

légitimes, trop vite écartées par une administration à courte vue.

L'ensemble parfait est nécessaire pour obtenir un meilleur effet et réduire au minimum les objections des pouvoirs publics et il n'est pas à douter qu'avec l'unité d'action le plein succès moral et financier ne manquera pas d'être atteint.

Dr Houdart.

VARIÉTÉS

Oreillons militaires.

J'avais réservé, dans un hôpital temporaire du front, une salle de trente lits pour recevoir les malades atteints d'oreillons que la division pouvait envoyer. Depuis plusieurs mois, nous n'avions en traitement qu'une moyenne de 15 à 20 cas.

Un jour de novembre 1915, l'aide-major chargé de ce service vint me prévenir qu'une épidémie subite s'était déclarée dans un bataillon de chasseurs à pied, que tous les lits étaient occupés par les nouveaux entrants. Avant d'ouvrir une 2e salle, je passai la visite avec le confrère. Les cas multiples d'oreillons sans fièvre nous parurent étranges, les joues étaient cependant enflées et bien rouges.

Nous ne fîmes part à aucun malade de notre impression, nous priâmes nos infirmiers de surveiller et d'écouter.

Le lendemain nous savions que plusieurs malades étaient partis se promener dans les cafés du village et qu'ils s'étaient vantés d'avoir des oreillons à volonté. A la visite, tous les billets de sortie des fricoteurs furent signés, ils furent renvoyés à leur compagnie.

Je prévins alors le médecin-chef des étapes ; ce dernier envoya ma lettre au médecin divisionnaire.

A quelques jours de là, dans la cour de l'hôpital, arrive un Monsieur, cinq ficelles d'or dont deux d'argent, comme disent les poilus. « Vous en faites du propre ! Vous m'avez fait trotter dans tous les cantonnements de la montagne visiter les malades atteints d'oreillons que vous avez renvoyés à leurs corps. Je les ai visités, ils avaient bien les oreillons, les orifices des canaux excréteurs étaient rouges, gonflés. Si vous aviez un fils atteint de cette maladie et qu'on le fusille parce que le médecin aurait méconnu son affection, seriez-vous satisfait ? » — « Nous avons examiné les malades avec le médecin traitant, nous avons trouvé les oreillons étranges. Pour ma part, j'ai une expérience de plus de 30 ans » — « Les oreillons militaires ne ressemblent pas aux oreillons civils » (*sic*). — « Si je vous disais maintenant que j'ai fait surveiller les prétendus malades et que je sais bien des choses » — « Oh ! mais alors il fallait me prévenir » — « Rassurez-vous, M. le Principal ; j'ai fait envoyer les malades à leur corps sans observation et sans demander de punition. »

Le principal a pu être convaincu qu'un médecin civil était incapable de reconnaître des oreillons militaires, mais l'épidémie fut arrêtée net.

Docteur G.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations.

— **Clinique d'accouchements et de gynécologie.** *Clinique Baudelocque*, 125, boulevard de Port-Royal. Professeur : A. Couvelaire.

Cours de vacances (*septembre et octobre* 1920). — Réservés aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants ayant terminé leur scolarité, du 20 septembre au 2 octobre, sous la direction de M. Lévy-Solal, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux, assisté de MM. Vignes, accoucheur des hôpitaux, et Cleisz, chef de clinique.

Premier cours : Sémiologie clinique et manœuvres obstétricales.

Ce cours comprendra des exposés didactiques, des examens de malades et des exercices opératoires sur le mannequin. Il aura lieu *tous les matins à 9 heures* et *tous les après-midi à 14 heures*, du 13 au 25 septembre 1920.

Deuxième cours : Thérapeutique obstétricale.

Ce cours comprendra vingt exposés didactiques avec présentation de pièces et vingt séances d'examens cliniques individuels. Il aura lieu *tous les matins à 9 heures* et *tous les après-midi à 14 heures*, du 4 au 23 octobre 1920.

Droit d'inscription à chaque cours : 100 francs.

Se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à trois heures.

— **Clinique médicale de l'hôpital Cochin** (M. le professeur F. Widal). — Sous la direction de M. le professeur F. Widal et de M. A. Lemierre, agrégé, commencera, à la clinique de l'hôpital Cochin, à partir du lundi 13 septembre 1920, une série de seize leçons avec exercices pratiques.

Ces leçons auront lieu tous les jours à 14 heures, au laboratoire de la clinique.

Le nombre des assistants est limité à vingt. Droit de laboratoire : 150 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON. THIRON et FRANJOU Successeurs. Maison spéciale pour publications périodiques médicales

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement, nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit ***24 fr.***, par versement à notre compte de chèques postaux PARIS 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

blessée à coups de couteau par un individu. A la suite de cet examen, j'ai rédigé un rapport que j'ai remis aux mains du commissaire.

Actuellement, personne ne veut me régler.

Le secrétaire de la mairie m'a froidement offert un bon d'assistance médicale gratuite réglé au taux de 2 fr., que j'ai refusé, bien entendu, avec véhémence. A qui dois-je m'adresser ? et comment faut-il établir ma note d'honoraires ?

Dr L.

Réponse.

Vous devez établir vos notes d'honoraires sur mémoires spéciaux, modèle officiel et, vous reportant au tarif criminel, établi par le décret du 18 juin 1811 et modifié le 1er décembre 1893, vous compterez pour chaque réquisition :

Visite : 8 francs.

Rapport : 5 francs.

Vous allez envoyer ces notes au commissaire de police qui vous a requis, en lui adressant une lettre ainsi conçue :

« M. le commissaire de police, agissant au nom des articles 44 à 49 du Code d'instruction criminelle, vous m'avez requis, par écrit, le...... à effet d'examiner ....

« J'ai obtempéré à votre réquisition, comme me l'ordonne l'article 23 de la loi du 30 novembre 1892.

« Je vous serai reconnaissant de me faire régler les honoraires médico-légaux qui me sont dus, ou de me faire savoir, par écrit, que vous vous employez à me faire obtenir ce paiement, car vous n'ignorez pas, comme moi, que le paragraphe 5 de l'article 11 de l'ordonnance ministérielle du 26 novembre 1838, établit une prescription d'une année seulement pour le paiement de ces frais médicaux et judiciaires. Veuillez agréer..... »

Tenez-nous au courant du résultat, pour que, s'il y a lieu, le « Sou médical » puisse saisir le Conseil d'Ftat. Dr P. B.

Recouvrement d'honoraires.
A quoi peut servir le Sou médical ?

Ayant une action à engager contre un de mes clients qui ne veut pas régler la note de mes honoraires, je viens vous demander quel appui je puis attendre du « Sou médical ». Dr G.

Réponse

Le « Sou médical » n'est pas une agence de recouvrement, en ce sens qu'il ne peut pas se charger de faire encaisser les notes d'honoraires de ses adhérents. Il existe, pour ce fait, des agents spéciaux, dans toutes les villes, et, souvent les services de recouvrement sont organisés par les syndicats médicaux.

Mais, dans chaque cas litigieux, le « Sou médical » reçoit volontiers les dossiers qu'on lui soumet, pour les étudier en droit et donner tous conseils juridiques nécessaires pour que l'adhérent puisse obtenir satisfaction.

C'est donc par cette étude qu'il faut commencer et, dans votre cas particulier, dites-nous l'objet du litige, pour que nous puissions soumettre le cas à nos avocats-conseils.

Puis, le « Sou médical » suit l'affaire de près et, est-il nécessaire d'aller en justice, que le «Sou » reste aux côtés de son adhérent, prêt à intervenir de son influence et même de sa caisse, si un point de droit médical, ou si une question d'ordre général est à faire trancher.

Autrement dit, toutes les fois que le médecin est en mauvaise posture, soit par son isolement, soit parce qu'il est la victime de la mauvaise foi ou de la procédure, le « Sou médical » n'hésite pas à intervenir devant toutes les juridictions.

Conclusion : soumettez-nous le cas qui vous embarrasse actuellement.

Sociétés de Secours Mutuels.
Tarifs à forfait.

Je vous serais très obligé de vouloir bien me faire tenir, si possible, des tarifs médicaux *récents* de Sociétés de Secours Mutuels *à l'abonnement forfaitaire.*

Dr J.

Réponse

Les tarifs à l'abonnement, pour sociétés mutuelles sont aussi variables que variés. Ici, le forfait est à *n* francs par tête et par an, là on donne *x* francs par an au médecin pour soigner ou le sociétaire seul, ou celui-ci et sa famille.

Il n'y a aucune règle précise et les tarifs varient selon les régions, selon les concurrences des médecins locaux, ou la veulerie des syndicats médicaux.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons vous affirmer que toujours et dans tous les cas, le médecin est la dupe et la victime des tarifs à forfait, parce qu'on lui fait faire dix fois plus de travail que ne le comporte sa maigre rémunération annuelle ; de plus, ce confrère, en monopolisant pour lui seul toute la clientèle d'une mutualité, gère mal ses affaires, puisqu'il travaille en dessous du prix de revient de l'acte médical ; il est également un mauvais confrère, puisqu'il enlève à la famille médicale du pays toute une clientèle, qui, au prix ordinaire , aiderait les médecins à vivre honnêtement et honorablement de leur profession.

Le médecin à forfait engage également sa responsabilité civile et pénale, en acceptant d'être le seul médecin susceptible de donner

ses soins à des mutualistes. Est-il absent, ou ne vient-il pas immédiatement à l'appel du mutualiste qui le réclame, qu'il peut être rendu juridiquement responsable de sa négligence et s'entendre condamner, soit à des dommages-intérêts, soit au remboursement des honoraires demandés par le praticien dont on aurait dû réclamer les soins, à défaut des siens.

D'ailleurs, vous pourrez lire aujourd'hui même dans le *Concours* une consultation juridique à ce sujet.

Sous le bénéfice de ces observations, nous regrettons de ne pouvoir vous envoyer les tarifs demandés, et qui tendent d'ailleurs à disparaître.

Dr P. B.

Accidents du travail. Compétence du Juge de Paix au-dessus de 600 fr.

Un entrepreneur assujetti à la loi du 9 avril 1898 amène un de ses ouvriers, victime d'un accident, à la clinique d'un chirurgien pour le faire soigner.

Les frais d'opération, d'hospitalisation, etc. s'élèvent à une somme supérieure à six cents francs, exactement six cent cinquante francs.

Le chirurgien appelle le patron devant le juge de paix pour obtenir paiement de cette somme.

La Compagnie d'assurances du patron se présente pour son assuré, et sans soulever l'incompétence, critique seulement le tarif appliqué par le chirurgien.

Le juge de paix veut se déclarer *d'office incompétent* parce que la somme réclamée est supérieure à six cents francs.

Demande documents de jurisprudence sur cette question.

Dr S.

Réponse

Si le médecin a été mis en cause par l'ouvrier et que les deux parties invoquent les termes de la loi du 9 avril 1898, en vertu de l'article 15, paragraphe 4, de la dite loi, le juge de paix est compétent pour juger, en premier ressort, toute note supérieure à 300 francs, jusqu'à quel que somme que la demande puisse s'élever.

Par suite, le juge de paix doit se déclarer compétent et, si une des parties fait appel du jugement, l'appel sera porté devant le tribunal civil.

Mais si le chirurgien a été mis en œuvre par le chef d'entreprise, les contestations qui pourront s'élever entre le médecin et le patron devront être solutionnées selon le droit commun et, dane ce cas, le juge de paix doit renvoyer à la connaissance du tribunal civil toute note supérieure à 600 francs.

C'est ce que spécifie l'arrêt de Cassation du 2 février 1915, publié dans le *Concours* 1918, page 235.

Néanmoins, puisque personne ne soulève la question de compétence, vous pourriez prier le juge de paix de se déclarer compétent aux termes de l'article 15 de la loi du 9 avril 1898, pour éviter les frais de procès devant le tribunal de 1re instance.

Tenez-nous au courant.

Dr P. B.

Honoraires du médecin retenu pour un accouchement qui se fait sans lui.

Il y a deux mois, j'ai été retenu pour un accouchement qui devait avoir lieu dans le mois de juillet. L'accouchement s'est fait il y a quelques jours, mais c'est une sage-femme qui a été demandée et je n'ai pas été prévenu : ai-je le droit de réclamer quelque chose ?

Dr C.

Réponse

Dans le cas que vous nous soumettez vous êtes absolument désarmé, à moins que vous ne puissiez prouver :

1) Que vous avez bien été retenu pour faire cet accouchement ;

2) Qu'en demeurant à la disposition de cette cliente pour être prêt à répondre à son appel, vous avez subi un préjudice ; que, par exemple, vous avez été dans l'obligation de refuser de vous rendre auprès d'autres malades, et qu'ainsi, vous avez perdu l'occasion d'exercer votre art en en tirant le légitime profit auquel vous avez droit.

Ce qui vous arrive est monnaie courante, dans la médecine rurale surtout. A mes débuts dans la carrière, j'ai eu les mêmes mécomptes. Voici comment je me prémunissais contre eux.

Quand une femme venait me retenir pour l'accoucher, je lui demandais de me verser des arrhes, 20, 30, 50 francs, à imputer sur mes honoraires pour l'accouchement, quand il aurait eu lieu. Si la femme acceptait, j'étais bien sûr qu'elle me ferait appeler, tout au moins pour constater que les choses s'étaient bien passées, au cas où la rapidité de l'accouchement n'aurait pas permis de m'appeler en temps.

Si elle refusait, j'en concluais qu'il s'agissait d'une retenue conditionnelle, *pour le cas où les choses n'iraient pas toutes seules.*

Je lui déclarais alors : « Ne comptez pas sur moi. Si vous me faites chercher, et que je sois là, je me rendrai près de vous ; mais je ne m'imposerai aucune obligation de demeurer à votre disposition ».

Je vous engage à faire de même.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Syphilis de l'estomac.

Elle est essentiellement polymorphe.

Témoin ce cas : en 1914, je vois un malade d'une cinquantaine d'années, présentant le syndrome d'un cancer splanchnique à la phase de cachexie. J'ai fait ce que 2, 3, *n* médecins avant mon arrivée, et sans doute ceux qui suivirent, ont fait. Or, à quelques mois de là, une voisine m'apprend malicieusement que, sur les conseils de « quelqu'un », le malade prit un bon « fortifiant » et un « dépuratif » ..... et guérit.

Ce qui est exact.

Depuis, j'ai su que le malade en question était syphilitique, et je me crois permis d'établir que nous avons méconnu chez lui la syphilis gastrique.

En effet, actuellement, le malade se porte relativement bien. Il a bien un peu de gastralgie, due à quelques habitudes d'intempérance et à une mauvaise diététique ; mais il vaque à son travail. En tout cas, de cachectique qu'il était, il est devenu presque florissant. Pour une évolution de cancer, c'est inattendu !

En second lieu, le « fortifiant », c'était de l'huile de foie de morue. Le malade en prit des doses incroyables. Le dépuratif, c'était de la salsepareille et de l'iodure, deux drogues assez communément refusées par l'estomac d'un cancéreux.

Conclusion : dans l'état actuel de la science, je me demande si l'on peut poser un autre diagnostic que celui de syphilis.

Au point de vue pratique, voilà un cas qui eût pu faire la fortune d'un débutant averti.

Et nunc erudimini...

D[r] Perdrigé, de Nice.

DOCUMENTS OFFICIELS

Décret du 11 août 1920 pour l'application de la loi sur les réparations à accorder aux victimes civiles de la guerre.

(*Journal Officiel* des 16 et 17 août 1920).

Extrait concernant les soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques.

TITRE V

Soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, rééducation professionnelle.

Art. 26. — Les dispositions du décret du 26 septembre 1919, portant règlement d'adminis-

tration publique pour l'application de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, et réglant les conditions dans lesquelles sont accordés aux militaires et marins bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919 les soins médicaux et pharmaceutiques, sont applicables aux victimes civiles, bénéficiaires de la loi du 24 juin 1919, sous réserve des modifications suivantes :

Les victimes civiles, bénéficiaires des allocations instituées par la loi du 28 avril 1916, qui attendent la délivrance d'un titre de pension définitive ou temporaire, sont inscrites dans la première section de la liste provisoire, prévue par l'article 6 du décret du 26 septembre 1919.

Les victimes, qui sont en instance de pension sont inscrites dans la deuxième section.

Arrêté fixant le tarif pour le payement des soins pharmaceutiques aux mutilés de la guerre.

Le ministre des pensions, primes et allocations de guerre,

Vu la loi du 31 mars 1919, modifiant la législation des pensions des armées de terre et de mer, en ce qui concerne les blessures reçues ou les maladies contractées ou aggravées en service ;

Vu le décret du 2 septembre 1919, portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi susvisée ;

Vu le décret du 27 janvier 1920, portant fixation des attributions du ministère des pensions,

Arrête :

Art. 1er. — Le tarif adopté, après entente avec l'association générale des syndicats pharmaceutiques de France, pour le payement des soins pharmaceutiques donnés aux anciens militaires, bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 (soins gratuits), est celui établi par cette association pour les œuvres d'assistance et de prévoyance sociales, avec ses bulletins périodiques de variations.

Il sera fait une réduction de 5 % sur les prix dudit tarif par les pharmaciens des villes de 70.000 habitants et au-dessus.

Art. 2. — Les seuls médicaments à fournir au compte de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 sont ceux inscrits au tarif de l'association générale des syndicats pharmaceutiques de France et aux bulletins périodiques de variations.

(*J. O.*, 12 août 1919.)

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

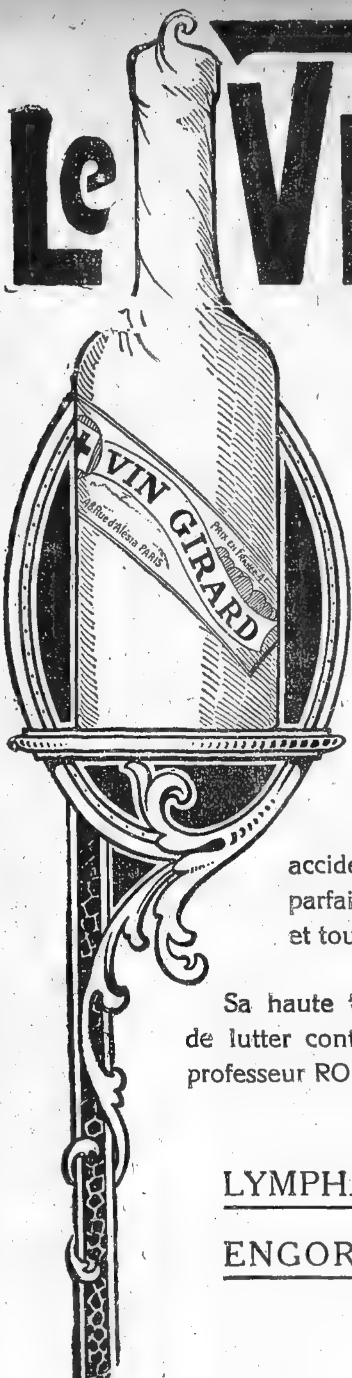
Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien*, édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50..... 5 fr. »
Le 100..... 8 fr. »
Les 500..... 35 fr. »
Les 1000... 60 fr. »

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, 132, faubourg St-Denis Paris.



Le VIN GIRARD

IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ **DE L'HUILE** DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD,** de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

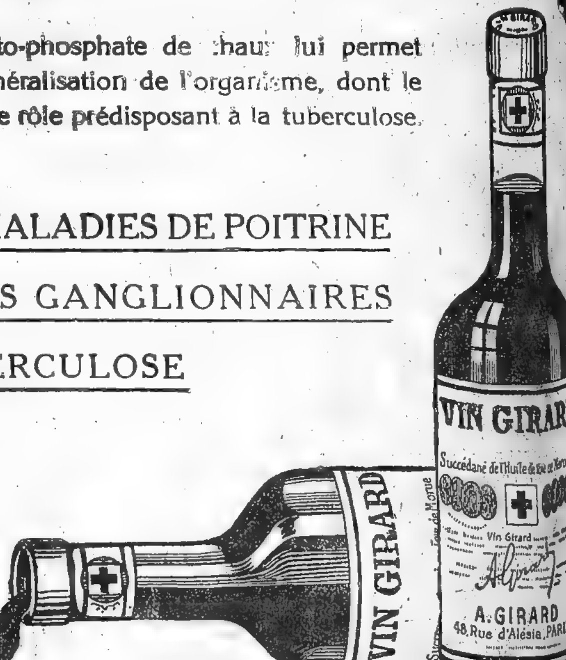
Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE

UN VERRE A MADÈRE
AVANT LE REPAS



VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE N° 36 DIMANCHE 5 SEPTEMBRE 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY

Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS

Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

Dr A. GASSOT, DIRECTEUR

Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT, DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT

J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. — N° 36 — 5 Septembre 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur TSCHUDNOWSKY, de Paris, la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

AVIS

aux Porteurs d'OBLIGATIONS de la Société des EAUX MINÉRALES de CHATEL-GUYON

Les propriétaires d'obligations de la Société des Eaux Minérales de Châtel-Guyon sont convoqués en Assemblée générale le 20 octobre 1920, à 15 heures, au tribunal de commerce de la Seine, afin de délibérer sur les propositions de règlement transactionnel qui leur sont faites aux termes et sous le bénéfice de la loi du 2 juillet 1920.

Ils sont invités à y assister ou à s'y faire représenter en aussi grand nombre que possible.

Ils trouveront le rapport de l'Administrateur, les explications complémentaires et une formule de Pouvoir en blanc : soit au greffe du tribunal de commerce de la Seine, soit chez l'Administrateur, M. Gatte, 11, place St-Michel, Paris, soit au siège de la Société des E. M. de Châtel-Guyon, 6, square de l'Opéra, Paris, soit enfin aux Etablissements de crédit mentionnés ci-après, ou à leurs succursales.

Société Générale.....	29, Boul. Hausmann	PARIS
Crédit Commercial de France...........	20, rue Lafayette	PARIS
Société Marseillaise...	4, rue Auber	PARIS
Crédit Mobil. Français	30, rue Taitbout	PARIS

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite, de quatre lignes au plus, aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Toute demandes de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 447. — Automobile Sizaire et Naudin 1912, 4 cylindres, 12 HP., pas roulé pendant la guerre, 2 places, 1 spider arrière, torpedo, capote, nombreux accessoires, roue Stepney, etc. Prix : 14.000 fr.

N° 448. — Belle clinique à vendre sur la Côte d'Azur. S'adr. Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris.

N° 449. — A vendre, voiture Opel, 16 HP., 1920, roues interchangeables, état de neuf. S'adresser Plet, 37, rue de Marly, à Rueil (S. et-O.) Tél. 32.

N° 450. — A vendre : 1° De Dion 7-10 HP., type H. A. 1915, 2 pl. avec coffre pr spider, 4 cyl., parf. état, peint. et capote neuves. Cause double emploi. Prix, 15.500 ; 2° Peugeot 11 HP., type V. D. 2, 1915, 4 pl. 2 str., 4 cyl., parf. état, peint. et capote neuv. Cause double emploi. Prix, 21.000. M. Bleu, villa Santa-Cruz, Bd. Doudeville, St-Servan.

N° 451. — Médecin, désire acheter dans le Midi, clientèle médicale, campagne ou petite station balnéaire. S'adresser au médecin de Tracy-le-Mont, Oise.

N° 452. — Docteur exerçant à la campagne prendrait une bonne, 50 à 60 ans, robuste, ayant bonnes références. Ecrire Dr Kaminka, Gandelu, Aisne.

N° 453. — A vendre, aux établissements de l'autofauteuil à Blois, un torpedo moderne, 4 cylindres, revu à neuf, consommant 9 litres, 4 places et stra-

pontin, capote formant conduite intérieure (gravures sur demande).

N° 454. — Docteur, 28 ans, accepterait poste dans clinique, préférence, Paris.

N° 455. — A céder au plus offrant, contrat de Dion, 10 HP., livrable octobre, deux mille frs versés, n° 3 de grande ville.

N° 456. — Médecin spécialiste serait reconnaissant à confrère qui pourrait lui indiquer un appartement vacant ou petit hôtel 16e ou 17e, 7e ou 8e arrondissement.

N° 457. — Voiturette Bébé Peugeot 1914, bon état de marche, à vendre pour cause double emploi. Docteur Gaborit, Saint-Fulgent, Vendée.

N° 458. — Docteur cherche bon poste propharmacien dans pays agréable ; donnerait légère indemnité.

N° 459. — Serais acheteur d'une flûte en métal, système Bœhm. Dr Garnaud. Luzillé (Indre-et-Loire).

N° 460. — Région Nord-Est, clinique de physiothérapie à céder valeur du matériel. Centre industriel, 60.000 habitants. Installation très complète datant de 6 mois, grosse clientèle assurée. Loyer d'avant-guerre, bail 10 ans. S'adresser E. Didier, 148, faubourg St-Denis, Paris, 10e

N° 461. — Poste de campagne rapport 30.000 fr., à céder de suite dans le Loiret, 100 kil. de Paris. On fait la pharmacie.

N° 462. — Bel appart., 9e arrt., occ. dep. 1908 beau mob., client. de 18 ans à échang. c. équiv. ds ville climat doux, Alger préf. Adr. Jal. Urgent. Dr Chadzynska, 8, r. Thimonnier.

N° 463. — A reprendre à 1/4 d'heure de Paris, clientèle rapportant 50.000 fr. env. Loyer 1.800 fr., bail 3, 6, 9. Habitation confortable. Indem. 25.000 fr. dont 20.000 fr. compt. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 464. — Dans chef-lieu de canton, excellent poste à reprendre, seul médecin, gros rapport. Petit loyer, maison agréable. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 465. — Ophtalmologiste, con. oto-rhino, âgé et malade, ayant perdu sa clientèle par suite de la guerre, serait très reconnaissant aux confrères qui lui indiqueraient à Paris ou dans toute autre ville grande ou petite, modeste poste avec appartement ou petite maison, libres. Pressé. Ecrire Docteur, 41, Bd. Victor, Paris, XVe.

CORRESPONDANCE

Secret professionnel.

Le 20 nov. 1919, réinstallé depuis 2 mois à peine, je suis appelé assez loin de mon domicile auprès d'une cliente d'avant-guerre, cliente alcoolique, que je trouve dans un état très grave : cachexie, cirrhose, ictère, ascite. Le mari me dit que, le 12 juillet 1919, sa femme avait été victime d'un accident de chemin de fer. Devant la gravité du cas, les symptômes très nets de cirrhose, connaissant l'éthylisme de la malade, je n'attache pas autrement d'importance aux circonstances de l'accident que me relate le mari (je ne me rappelle plus du tout, à l'heure actuelle, la nature et les circonstances de cet accident, c'est dire le peu d'importance que j'y ai attaché à ce moment-là) je prescris un traitement quelconque et ne revois plus cette malade, morte d'ailleurs 2 ou 3 jours après.

Je n'ai plus vu depuis le mari, et j'apprends aujourd'hui que ce dernier a attaqué la Compa-

gnie prétendant que sa femme était morte des suites de l'accident de chemin de fer. Et je reçois aujourd'hui une citation à témoin d'avoir à comparaître à la demande du mari, devant le tribunal de commerce voisin, afin de prêter serment, et « dire ce qu'il sait sur les faits et circonstances « relatifs à une affaire existante entre M. X requérant (le mari de la défunte) et la Compagnie « de chemin de fer ».

Naturellement je me présenterai devant le tribunal en question et prêterai serment. Mais sur les faits eux-mêmes quelle doit être ma conduite ? Dois-je purement et simplement invoquer l'art. 378 et me retrancher derrière le secret professionnel ? Cela va de soi pour les constatations sur l'état de santé habituel, les habitudes de la cliente et ce qu'en un mot j'ai pu connaître d'elle lors de mes visites d'avant-guerre. Mais le cas particulier, ma visite faite le 20 novembre ? Dois-je faire état de mes constatations lors de cette visite, de mon diagnostic nettement défavorable en la circonstance au demandeur, et qui cependant m'a fait citer ? Et ce faisant ne suis-je pas susceptible de tomber sous le coup de la loi ?

De plus, une citation d'avoir à comparaître comme témoin en de pareilles circonstances n'est-elle pas abusive de la part du tribunal et ne pourrais-je incidemment en faire la remarque ?

Dr S.

Réponse.

Nous vous engageons, ainsi que vous en manifestez l'intention, à vous présenter devant le tribunal de commerce, à prêter serment, et à faire ensuite la déclaration suivante :

« Aux termes de l'article 378 du code pénal, je « me retranche derrière le secret professionnel, et « ne puis fournir aucun renseignement sur les « faits au sujet desquels je suis questionné. »

Ne sortez pas de là. Votre position est excellente, et vous ne pouvez en aucun cas en être délogé. Méfiez-vous des interrogations insidieuses. Pour éviter de tomber dans un piège, soyez muet, absolument muet.

Il appartient au demandeur, s'il le juge à propos, de provoquer une expertise médico-légale pour faire établir les causes de la mort de sa femme et la relation éventuelle de celle-ci avec l'accident invoqué.

Peut-être pourriez-vous essayer de vous dispenser de comparaître, en écrivant au Président du Tribunal une lettre dans laquelle vous lui diriez en substance : « J'ai l'honneur de vous « accuser réception de votre citation à compa« raître comme témoin le ..... dans l'affaire .....

« Lié par le secret professionnel, aux termes « de l'article 378 du Code pénal, je ne pourrai four« nir aucun renseignement au Tribunal. Dans

« ces conditions, je vous prie de vouloir bien me « dispenser de me présenter à cette audience. »

Si le Président vous dispense, tout va bien. Sinon, vous devez déférer à la citation dont vous êtes l'objet.

Tarif Dubief-Breton.

Le *Concours médical* de dimanche dernier publie le nouveau tarif des accidents du travail « tarif Dubiel ».

Une note de la rédaction signale : « qu'il paraît légitime de baptiser ce nouveau tarif du nom du Ministre qui a signé l'arrêté, par analogie, avec ce que le langage courant avait fait pour le précédent tarif. ». D'où le nom de « Tarif Breton » que vous donneriez à ce nouveau tarif.

Je suis parfaitement de votre avis à ce sujet, *mais avec une légère modification : je l'appellerais :* « TARIF DUBIEF -BRETON » pour les raisons suivantes :

Depuis 15 ans, on a pris l'habitude d'appeler le tarif des accidents du travail « tarif Dubief » c'est plus court, l'usage a consacré cette habitude et cette expression indique immédiatement ce dont il s'agit.

Pour changer cette appellation de « tarif Dubief », il faudra une acoutumance de plusieurs années ; si même, vu l'habitude, on ne continue pas d'appeler le nouveau tarif de l'ancienne dénomination « tarif Dubief », ce qui pourrait donner lieu à des quiproquos, ne sachant plus si l'on parle de l'ancien ou du nouveau tarif.

En dénommant au contraire le nouveau tarif « TARIF DUBIEF-BRETON », *on sait immédiatement qu'il s'agit du tarif des accidents du travail et que de plus on parle de l'ancien tarif modifié*, donc celui en vigueur à partir de 1920.

Si plus tard il survient de nouvelles modifications on l'appellerait « tarif Dubief-X.... » du nom du Ministre qui aurait signé de nouvelles modifications ; mais on saurait toujours *grâce au nom « Dubief »* qu'il s'agit du tarif des accidents du travail; autrement si aujourd'hui il s'appelle Breton, tout court et dans quelque temps d'un nouveau nom : X ou Y, on ne s'y reconnaîtra plus du tout.

Dr MARICHAL,
de Belley.

Les Préfets n'ont pas à approuver la nomination des médecins des hôpitaux par leurs Commissions administratives.

Je vous serais reconnaissant de prendre connaissance du dossier comprenant les pièces numérotées par date et de me donner l'avis du conseil légal du « Sou médical ». Les documents vous renseigneront d'eux-mêmes sur la suite de l'affaire.

Je désirerais que vous me disiez lequel est dans la légalité : le préfet ou la commission administrative ?

D'après les instructions ministérielles lues dans vos bulletins, d'après les commentaires de la loi où le maire, ancien notaire et licencié en droit, s'est documenté, le préfet n'a pas à intervenir dans le choix ou la nomination des médecins. Il ne peut pas plus s'opposer à une nomination qu'approuver une révocation depuis un règlement récent, la commission administrative respectant les traditions locales.

Je désirerais cependant, pour le communiquer au Président de la commission administrative, qui l'attend, votre avis autorisé sur ce sujet.

Que me conseillez-vous ?

De plus n'y a-t-il pas une loi municipale qui rend applicable et définitive toute délibération qui n'a pas eu le veto préfectoral dans le délai d'un mois d'envoi ?

Dr P.

Hôpital-hospice.

Extrait du registre des délibérations de la Commission administrative.

I

La Commission administrative :

Considérant que la création d'une consultation radiologique à l'hôpital présente un très grand intérêt pour l'établissement et constitue une grande amélioration des services hospitaliers.

Que la population indigente surtout sera appelée à bénéficier des immenses avantages et des réels progrès qu'entraîne une telle installation.

Attendu que M. le docteur X., médecin radiographe, s'est spécialisé dans l'application des rayons X et l'électricité médicale ; qu'il est parfaitement outillé et que celui-ci a consenti de se charger de la dite consultation sans aucune rémunération.

Par ces motifs,

A l'unanimité, désigne M. le docteur X... comme médecin radiographe de l'hôpital-hospice de S. suivant les conditions spécifiées plus haut et ayant fait l'objet de l'accord intervenu entre ce dernier et M. le Président.

M. X... assurera ce nouveau service à compter du jour de la présente délibération.

X.... 10 février 1920.

Le Préfet de X...,

à Monsieur le maire,

J'ai l'honneur de vous retourner sous ce pli la

(*Voir la suite page XXXI*-2225)

PROPOS DU JOUR

Vers l'organisation nouvelle de l'exercice de la médecine. La maison médicale de diagnostic et les maisons médicales de traitement. Les difficultés croissantes. Aide-toi, le ciel t'aidera.

Nous revenons et reviendrons encore, sans doute, sur cette intéressante question de l'organisation nouvelle de l'exercice de la médecine. C'est un sujet de plus en plus d'actualité. Il faut que nos confrères se persuadent qu'il est impossible d'exercer la médecine comme il y a trente et quarante ans, que la science fait tous les jours de grands progrès, dont les applications techniques s'imposent et que, bon gré mal gré, nos habitudes doivent se modifier.

Sans doute, du jour au lendemain, tout ne sera pas bouleversé, mais la marche du progrès est implacable et il broie impitoyablement qui lui résiste. Il est de notre devoir et de notre intérêt de lui préparer les voies, de tâcher de nous adapter le mieux possible aux nécessités nouvelles.

Or, la plus utile, la plus belle création qui a été faite dans ce but, de toutes celles dont nous avons entendu parler, est incontestablement la Maison Médicale d'Agen, créée de toutes pièces par le Dr Roulliès, que nous ne cesserons de donner en exemple. Sans doute des essais analogues ont été faits depuis et, nous avons reçu récemment une lettre circulaire annonçant l'ouverture à Paris d'une Clinique médicale, pourvue de tous les laboratoires nécessaires pour faire un diagnostic complet et un traitement sérieux. Mais ces efforts, si louables soient-ils, ne répondent pas aux exigences du Corps médical qui exerce ; le prix élevé de ces cliniques en éloigne, à lui seul, la plus grande partie de la clientèle et rend ces établissements d'un intérêt réel mais secondaire pour le simple praticien.

Pour bien indiquer le rôle de la Maison Médicale de diagnostic telle que l'a conçue et réalisée le Dr Rouillès, nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici la réponse faite par notre confrère agenais au Dr C.., qui désire organiser à Metz un établissement semblable :

« La *Maison Médicale d'Agen* n'est ni une clinique, ni une polyclinique. C'est une maison de recherches scientifiques, cliniques et biologiques comprenant tous les services de laboratoire divers indispensables ; analyses chimiques et biologiques, micrographie, polariscopie, ultra-microscopie, cultures, hématologie, histologie, urologie, séro-diagnostic, Wassermann, méthodes graphiques, cystoscopie etc., etc., y compris un Hôtel, si je puis m'exprimer ainsi, dirigé par un personnel spécialisé, où peuvent être seules logées les personnes en observation dont les examens demandent quelques jours sous un régime diététique spécial.

« *On n'y soigne pas de malades*, ce qui permet à tous les médecins, y compris ceux qui ont des cliniques particulières, de venir faire établir ou contrôler eux-mêmes, s'ils le désirent, les diagnostics qui demandent un outillage spécial. D'ailleurs, je ne saurais mieux m'expliquer qu'en vous indiquant la genèse de cette fondation. Le moi est haïssable, mais pour un instant souffrez que je parle de ma modeste personne évoluant dans un milieu modeste à tous les points de vue, surtout au point de vue de l'énergie et des ressources scientifiques : climat doux, vie facile, peu d'industrie, apathie agricole, tel est le cadre.

« Possesseur de trois cliniques chirurgicales achalandées, ayant un personnel hospitalier religieux et laïque nombreux je ne pouvais, malgré mon organisation, donner à ma maison tout le développement qu'elle comportait, faute de pouvoir, dans de nombreux cas, établir des diagnostics précis ; ainsi, l'acte chirurgical souvent nécessaire restait-il en suspens ; ne sait-on pas d'ailleurs qu'en dehors des grands centres vraiment scientifiques et peu nombreux en France, il est difficile, sinon impossible, aux médecins de la province d'établir une opinion clinique ferme, sur des renseignements fournis par des laboratoirs sûrs, j'insiste sur ce point. Aussi, désireux de sortir de cette infériorité pénible qui m'handicapait si fortement, je décidais de créer pour mes cliniques particulières un laboratoire non moins particulier, à services multiples, sous la direction de titulaires qualifiés, connus de moi et appréciés au point de vue du tempérament scientifique ; j'emploie à dessein cette expression, car nul n'ignore quelle part d'influence l'expérimentateur a sur la chose expérimentée. Je trouvai de jeunes collaborateurs versés dans la pratique des laboratoires et capables de soulager ma conscience en éclairant mes diagnostics cliniques, rapidement et surtout avec une vue d'ensemble si difficile à obtenir, quand on fait appel à des sources de renseignements séparées et indépendantes.

« Les résultats furent tels qu'après quelques mois, je me décidais à faire bénéficier mes nombreux confrères, pour la plupart mes amis, des ressources de mon organisation personnelle et pour éviter toute confusion, je rendis mes collaborateurs indépendants. Je fus aidé dans cette transformation par le dévouement de mes collaborateurs et les encouragements de mes amis dont plusieurs occupent, dans les hôpitaux

de Paris, des places de premier plan, et, conseillé par eux, je donnais l'existence à la Maison Médicale.

« Je fournis seul les sommes nécessaires à sa marche, et une fois ce sacrifice fait à la collectivité, je posais avant de me retirer les principes nécessaires à sa bonne marche. « Maison absolument impersonnelle, ayant à la tête un chef responsable assisté d'aides qui sont ses collaborateurs, en relations étroites avec les divers services des hôpitaux de Paris, d'où ils sortent et auxquels ils doivent faire appel dans les cas très difficiles et non encore solutionnés.

L'emploi des méthodes les plus nouvelles, l'installation de Vernes, par exemple (syphilis) avec l'outillage si compliqué qu'il comporte ; les recherches sur l'application des substances radioactives dans la chirurgie du cancer, etc...

« Tel fut le programme accepté de ceux auxquels je confiais définitivement la Maison Médicale, et je puis dire qu'aujourd'hui, après dix mois de fonctionnement, le laboratoire se suffit à lui-même.

« Je suis, comme vous le pensez, son meilleur client du début ; mais déjà le nombre des médecins auxquels il a rendu service est grand et chaque jour apporte la preuve qu'une telle organisation répondait bien à un réel besoin » (1).

A côté de la Maison de Diagnostic du Dr Rouilliès, qui cherche à donner à son innovation un caractère collectif et syndical, il a été fait aussi encore, depuis la guerre, d'intéressantes tentatives individuelles qu'il est de notre devoir d'encourager tant au point de vue de l'intérêt médical qu'elles présentent, qu'au point de vue de l'intérêt national.

Parmi elles, nous signalerons la Clinique médicale, plus particulièrement destinée au traitement des maladies de l'estomac et de l'intestin, fondée, dans le Doubs, par M. et Mme les Drs H. et J. Bon, de Besançon.

Nos confrères qui, avant la guerre, s'étaient consacrés à l'étude et au traitement des maladies des voies digestives, s'étaient trouvés aux prises avec de sérieuses difficultés toutes les fois qu'ils avaient voulu faire suivre régulièrement un régime strict à leurs malades.

Eux qui s'étaient étonnés de l'exode des malades de ce genre en Suisse, et traitaient cette tendance d'« helvétiomanie », avaient dû eux-mêmes avoir recours aux cliniques suisses dans les cas graves, car, en France, ou tout au moins dans leur région, ils étaient dans l'impossibilité d'obtenir à un prix abordable le traitement diététique nécessaire à leurs clients de modeste aisance.

La guerre achevée, notre confrère, le Dr Henri Bon, après 4 ans 1/2 d'absence, revient chez lui avec la croix de guerre, mais aussi fort éprouvé à la suite d'un accident à la jambe, survenu au front. Ces épreuves ne lui enlevèrent pas ses qualités d'initiative et d'énergie. Secondé par Mme le Dr Bon, il entreprit, avec une audacieuse confiance, d'organiser en France ce qui réussissait si bien en Suisse ; il acquit et aménagea dans ce but le Chalet d'Arguel dans les montagnes du Jura. Dans cette maison de santé, pourvue de laboratoires de radiologie, de chimie et de bactériologie, abordable à tous les malades de la classe moyenne, nos confrères soignent toutes les affections médicales et en particulier les affections gastro-intestinales ; la cure d'air s'allie à la cure de régime et à la surveillance médicale, pour le plus grand bien des malades.

Nous croyons devoir signaler cette création avec le plus complet désintéressement et sans que le Dr Bon nous l'ait demandé, pour encourager les médecins des diverses régions de France à suivre cet exemple.

Nous écrivons ces lignes aux pieds de la chaîne des Aravis dans la Haute-Savoie et, ici, nous nous demandons pourquoi nous allons chercher à l'étranger ce qu'il nous serait si facile d'avoir dans notre propre pays. Les difficultés économiques de la guerre et la crise du change, qui obligent nos concitoyens à villégiaturer dans les diverses régions de leur pays, auront l'avantage de les leur faire connaître et apprécier d'une part ; de l'autre, d'inciter les hôteliers à faire un effort sérieux d'amélioration, surtout au point de vue de l'hygiène.

Nous voudrions voir les médecins praticiens de toutes les régions de France où l'on peut villégiaturer, s'immiscer dans l'organisation de centres de cure d'air et de repos, organiser même si possible dans leur propre habitation, ou y annexer quelques chambres saines, bien exposées et bien tenues, pour les convalescents, les prétuberculeux, les jeunes gens anémiés, les surmenés etc., que leurs confrères des villes se feraient un devoir de leur adresser. En sacrifiant le luxe à la simple hygiène, en assurant à des prix abordables les soins et la surveillance nécessaires, ils rendraient à la fois service aux populations urbaines, à leurs confrères des grandes villes, à leur propre région et y trouveraient un profit qui, désormais, ne nous paraît pas devoir être dédaigné.

Les Syndicats médicaux, les Sociétés locales de praticiens et nous-mêmes, nous ferions un plaisir et un devoir de leur servir d'intermédiaires et d'encourager les médecins praticiens

(1) Cette lettre est extraite de la revue : *La Maison Médicale d'Agen* (1re année, n° 3, mai 1920).

à sortir de l'ornière des habitudes anciennes. Malgré les vides cruels que la guerre a créés parmi nous, la crise médicale persiste ; elle s'accentuera encore vraisemblablement. Les frais occasionnés par l'automobile, devenue indispensable, l'élévation prodigieuse du coût de la vie, rendent de plus en plus difficile l'existence du praticien. L'élévation du taux des honoraires est un remède insuffisant, car, dépassant une certaine limite, elle détermine automatiquemect la restriction des soins médicaux dans les familles et ne compense plus les frais du médecin. Il faut donc que ce dernier s'ingénie à augmenter ses ressources et il ne pourra y parvenir en restant dans le passif *statu quo*. Aussi nous ne cesserons de lui répéter comme au charretier de la Fable :

Aide-toi, le Ciel t'aidera.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Toulouse.

M. J.-P. Tourneux, Chirurgien des hôpitaux.

L'épithélioma primitif du vagin.

Vous avez eu l'occasion, Messieurs, de me voir opérer récemment une malade atteinte d'épithélioma primitif du vagin, et je tiens à profiter de cette occasion pour vous donner quelques indications sur la nature de ces tumeurs malignes, ainsi que sur leur évolution, leur pronostic et leur traitement.

Il y a trois semaines environ, une jeune femme âgée de 30 ans entrait dans notre service pour une petite tumeur siégeant sur la paroi antérieure du vagin. Les antécédents héréditaires et consanguins de notre malade, qui présente un excellent état de santé général, n'offrent aucun intérêt : réglée à douze ans, elle s'est mariée à vingt ans et a eu trois grossesses à terme. Il y a deux mois environ, elle s'est aperçue de la présence d'une petite grosseur dans le vagin, qui a augmenté peu à peu de volume et qui depuis une quinzaine de jours donne lieu à quelques pertes sanguines. En déprimant la paroi postérieure vaginale au moyen d'une valve, on aperçoit, à environ trois centimètres de la vulve, une petite tumeur de la grosseur d'une cerise, légèrement ulcérée et saignant au contact. A la palpation, elle est de consistance ferme, plutôt dure ; elle est indolore et mobile, ne paraissant pas rattachée aux plans profonds. Un seul diagnostic était possible, celui de tumeur maligne, car on ne pouvait songer ni à un kyste du vagin, dont la consistance et l'évolution sont différentes, ni à un fibromyome, dont la position est sous-muqueuse et dont l'ulcération ne se voit guère que dans les tumeurs pédiculées. On pouvait hésiter entre un sarcome et un épithélioma, mais, malgré l'âge encore jeune de la malade qui pourrait nous faire pencher vers l'idée d'une tumeur conjonctive, nous avons plutôt cru nous trouver en présence d'une tumeur épithéliale, le sarcome étant une affection presque exceptionnelle et à développement plus profond.

Comme cette tumeur était des plus limitées, qu'elle était mobile sur les plans profonds, et ne paraissait pas par conséquent avoir infiltré la cloison vésico-vaginale, nous n'avons pas cru devoir recourir aux opérations compliquées de Olshausen et de Dührssen, qui sont assez meurtrières et ne donnent pas en somme de résultats bien appréciables. Il nous a paru qu'une extirpation assez large des parois vaginales constituerait une intervention suffisante, et qu'en surveillant bien la malade, en étant prêt à intervenir de nouveau, si un début de récidive venait à se manifester, nous obtiendrions de meilleurs résultats qu'en réalisant les grands délabrements préconisés par certains auteurs.

L'intervention eut lieu, ainsi que vous avez pu vous en rendre compte, quelques jours plus tard. Une incision elliptique, passant à environ deux centimètres de la tumeur, nous permit de dépasser le néoplasme ; puis, en incisant avec précaution la paroi vaginale, il nous fut facile de trouver le bon plan de clivage séparant le vagin de la vessie, et d'extirper le nodule épithéliomateux. La paroi vésicale étant souple, et le tissu cellulaire paraissant normal, quelques points au catgut nous permirent de rapprocher les lèvres de l'incision et de fermer ainsi la brèche créée dans la paroi vaginale. Les suites opératoires furent des plus simples, et une dizaine de jours plus tard, notre malade quittait le service en excellent état. Elle nous a promis de venir se faire revoir régulièrement afin que nous puissions nous rendre compte si sa paroi vaginale ne présente pas de traces de récidive.

L'examen histologique nous a montré qu'il s'agissait bien d'un épithélioma pavimenteux lo-

bulé, n'envahissant pas encore les plans profonds, et l'étude des coupes de la paroi vaginale avoisinant le néoplasme nous a montré qu'elle ne présentait pas encore de modifications structurales.

Telle est, Messieurs, l'histoire très résumée de la malade que vous m'avez vu opérer, cas favorable, où nous avons rencontré une forme végétante, représentée par une sorte de cancroïde papillaire se développant presqu'exclusivement dans la cavité vaginale. Mais le cancer du vagin ne se présente pas toujours comme je viens de vous le décrire, et je n'en veux comme preuve qu'un cas qu'il m'a été donné d'observer il y a quelques années, et que je tiens à vous rapporter, car il s'oppose nettement à cette première forme que vous avez pu voir vous-mêmes et vous montre qu'à côté de la forme végétante ou papillaire, il existe une forme nodulaire ou infiltrée, où le néoplasme; au lieu de proliférer pour ainsi dire extérieurement, tend à envahir peu à peu toute la paroi et à envoyer toute une série de bourgeons cancéreux dans la cloison séparant le vagin des organes environnants.

Au mois d'octobre 1912, se présentait à la consultation de l'Hôtel-Dieu une jeune femme âgée de 32 ans, se plaignant de métrorragies se produisant presque journellement depuis un mois environ. Comme pour la malade précédente, rien d'intéressant au point de vue des antécédents : notre patiente a été réglée à 13 ans, et très régulièrement depuis cette date ; elle s'est mariée à 22 ans, a eu deux grossesses normales, n'a jamais pour ainsi dire été malade, et ce n'est que depuis un mois qu'elle a ressenti quelques douleurs dans le vagin, douleurs accompagnées de pertes rouges.

En l'examinant, on se rendit compte par le toucher que toute la partie supérieure du vagin était occupée par une tumeur assez volumineuse, irrégulière, dure, semblant indépendante du col utérin. Au spéculum, on put reconnaître que la paroi vaginale postérieure, ainsi qu'une partie du cul-de-sac, était remplie par une énorme masse de tissu rougeâtre, ulcéré, saignant au moindre contact, ne dépendant pas du col utérin. On put de même, en pratiquant le toucher rectal, voire que la néoplasie, dans son mouvement de prolifération, avait infecté les parties sous-jacentes et que la cloison recto-vaginale était envahie, sur une grande surface.

Nous nous sommes donc trouvé en présence d'un cas d'épithélioma infiltré, où l'extension cancéreuse avait gagné la plus grande partie de la paroi, esquissant ainsi le début de la forme annulaire de Breisky, et avait envahi le tissu cellulaire comme le montrait l'immobilisation presque complète du vagin, cas extrêmement grave, inopérable même, et sur lequel je reviendrai dans un instant au point de vue du traitement.

Je ne crois pas, Messieurs, qu'il soit nécessaire de revenir longuement sur ces deux cas, et d'insister sur ces deux formes de néoplasme tout à fait opposées. Chaque fois, il s'est agi de femmes encore jeunes, qui subitement avaient vu apparaître une tumeur au niveau de leur région vaginale ; mais alors que dans le premier cas, celui que vous avez vu, il s'est agi d'une petite tumeur siégeant sur la face antérieure, se développant dans la cavité vaginale et n'attaquant pas les plans profonds, dans le deuxième, on s'est trouvé en présence d'une tumeur à malignisation beaucoup plus manifeste, à allure envahissante, infiltrant en peu de temps, non seulement la paroi vaginale, mais la cloison vagino-rectale et tendant à encercler complètement toute la région.

Si l'on en croit les dernières statistiques publiées, le cancer primitif du vagin, le seul d'ailleurs qui puisse intéresser le chirurgien au point de vue opératoire, serait une affection relativement rare, et son degré de fréquence par rapport aux autres cancers varierait de 0,08 à 0,% pour 100. On le rencontrerait d'une façon générale chez des femmes d'un âge avancé, mais on peut également le trouver chez des malades encore jeunes (comme c'est notre cas) ou même encore chez des fillettes.

Je n'insisterai pas sur l'étiologie du cancer du vagin, étiologie obscure comme celle de tous les cancers, et je me bornerai à vous signaler qu'on a successivement mis en cause la grossesse et les accouchements répétés, les irritations chroniques de la muqueuse, et la leucoplasie vaginale particulièrement incriminée par Le Dentu, Reclus et Pichevin.

Le cancer siège le plus souvent au niveau de la paroi postérieure du vagin, dans sa partie supérieure, au niveau du cul-de-sac, comme dans le cas que je vous ai rapporté. Mais il peut également être situé sur un autre point de la paroi vaginale ; sur la face antérieure, au niveau de la vessie, comme chez notre première malade, ou de l'urètre (cancer vaginal péri-urétral), sur la partie moyenne, où il se développe en forme de demi-croissant ou d'anneau (épithélioma annulaire). Plus rarement, son point de départ se trouve sur la limite séparant la muqueuse du vagin de celle du col (épithélioma liminaire), ou au niveau de la partie tout à fait inférieure du vagin (cancers vulvo-vaginaux).

Je ne reviendrai pas sur les deux aspects macroscopiques du cancer du vagin, forme végétante et forme infiltrée, dont je vous ai déjà assez largement entretenus, mais il est un point sur lequel je tiens à insister quelque peu, c'est sur les propagations de ce néoplasme. Assurément, la forme végétante se propage moins sou-

vent et surtout moins vite que la forme infiltrée, mais si on laisse évoluer le néoplasme, dans l'immense majorité des cas, le résultat final sera le même dans les deux formes. Le cancer, après avoir envahi toute l'épaisseur de la paroi vaginale, ne tarde pas à s'étendre dans le tissu cellulaire situé autour du vagin d'où il infiltre les paramètres et envahit les organes voisins, rectum, vessie et urètre. Plus tard, il gagne même le tissu cellulaire lâche du bassin et peut attaquer le squelette pelvien.

Dans certains cas, où le néoplasme a pris naissance dans le cul-de-sac, le col utérin est attaqué très précocement et à certain moment, il devient assez difficile de voir le point de départ précis du cancer. Comme toutes les tumeurs épithéliales malignes, et nous avons affaire ici à un épithélioma pavimenteux lobulé ou tubulé, l'envahissement ganglionnaire est assez précoce; les cancers de la partie supérieure du vagin donnent une métastase dans les ganglions hypogastriques, ceux de la partie moyenne s'étendent aux ganglions sacrés latéraux et les cancers vulvo-vaginaux s'accompagnent d'adénopathie inguinale.

L'évolution du cancer du vagin est en général assez rapide. Après une période de latence d'un à deux mois, la tumeur se caractérise par des écoulements vaginaux, entraînant souvent des débris sphacélés de cancer, et par des hémorragies se manifestant soit sous la forme d'un suintement séro-sanguinolent, soit sous la forme de pertes sanguines abondantes et tenaces. Les douleurs ne sont pas constantes : elles manquent généralement dans la forme végétante, elles sont plus précoces et plus accusées dans la forme infiltrée. Vers la fin de la maladie, par suite de l'extension du processus cancéreux, l'on note tous les signes des envahissements des organes voisins, constipation, dysurie, cystalgie, etc... Longtemps l'état général reste bon, puis l'infection combinée à l'intervention cancéreuse conduit à la cachexie et à la mort qui survient sept à vingt-quatre mois après le début de la lésion. Cette évolution peut être influencée par certaines complications : fistules recto et vésicovaginales, hydronéphrose par compression des uretères, péritonite par perforation. La grossesse donne un coup de fouet à la tumeur, et l'accouchement, par suite du rétrécissement et de l'inextensibilité des parois vaginales peut devenir des plus difficiles, nécessitant parfois des interventions assez complexes.

Le diagnostic du cancer du vagin est en général assez facile. La forme végétante ne peut être confondue qu'avec un fibrome ulcéré, dont la consistance très dure, la situation sous-muqueuse et la lenteur d'évolution, présentent des caractères tous différents de ceux des tumeurs malignes, ou encore avec un sarcome en grappe qui se différencie par une évolution plus nette, un volume plus considérable et une moins grande friabilité.

La forme infiltrée devra être distinguée de toutes les ulcérations du vagin ne reposant pas sur une tumeur (traumatiques, blennorragiques, chancrelleuses), des ulcérations syphilitiques très rares et dont l'aspect n'est pas le même (contours réguliers, à pic), des ulcérations tuberculeuses (exceptionnelles), du sarcome ulcéré du vagin (tumeur très volumineuse à ulcération tardive) et du chorio-épithéliome reconnaissable par ses antécédents de puerpéralité.

Le traitement des tumeurs malignes du vagin était, il y a un an encore, exclusivement chirurgical, et l'exérèse seule, dont les procédés variaient selon le siège et le degré d'extension du néoplasme, semblait pouvoir amener une guérison. C'est ainsi que dans les cas d'épithéliomes végétants bien limités, n'envahissant pas encore toute la paroi vaginale, l'ablation locale pourrait être suffisante à condition de bien suivre et surveiller sa malade. Dans les cas plus graves, encore opérables, l'ablation était réalisée soit après une périnéotomie transversale pour les cancers bas situés, soit par une colpo-hystérectomie vaginale, ou vagino-abdominale pour les cancers hauts situés. Quant aux cas inopérables, ils n'étaient justiciables que d'un curettage et du carbure. Je dois d'ailleurs ajouter que les résultats n'étaient guère encourageants, la récidive survenant dans environ 90 % des cas.

Actuellement, la thérapeutique des cancers du vagin semble devoir suivre celle des autres cancers des organes génitaux, et si l'on est encore en droit de pratiquer l'exérèse d'une petite tumeur comme je l'ai fait récemment devant vous, on ne doit plus attaquer au bistouri les épithéliomes un peu étendus. Devant les excellents effets produits par l'action des tubes de radium dans le traitement des cancers du col utérin, et le résultat plutôt décevant de l'action chirurgicale, il est bien évident que c'est à cette thérapeutique que l'on doit avoir recours et toujours essayer le traitement du cancer du vagin par le radium avant d'en arriver à l'intervention chirurgicale.

A TRAVERS LA PRESSE

Les pseudarthroses du fémur.

Le traitement de la pseudarthrose du fémur, selon M. LAPEYRE (*Gaz. Méd. du centre*, 15 juin 1920), comporte la greffe ostéopériostique, en foyer aseptique, combinée à une bonne réduction des fragments, sans corps métallique.

« La suspension du fragment inférieur selon « la technique que j'ai deux fois utilisée, s'y « joindrait pour les fractures très basses, et je « me crois en mesure d'affirmer que la guérison « doit être la règle presque absolue en dépit « des préjugés contraires. »

Les abus des injections sous-cutanées d'huile camphrée.

Sous prétexte qu'elles sont à la fois très actives et inoffensives, les injections d'huile camphrée ont été largement employées au cours de la guerre, et aussi dans l'épidémie grippale récente.

Or, ces injections, contrairement à l'opinion généralement répandues, ne seraient pas exemptes d'inconvénients. M. PAGNIEZ les passe en revue (*Presse Méd.*, 23 juin 1920), en faisant état des travaux les plus nouveaux sur cette question. Le camphre est contre-indiqué toutes les fois que l'on a affaire à un cœur irritable, notamment dans les tachycardies non infectieuses ; en outre, l'huile de vaseline, souvent utilisée comme excipient, déterminerait des réactions conjonctives aboutissant à la formation de tumeurs comportant un pronostic assez sérieux. Ces tumeurs, analogues aux « paraffinomes » se caractériseraient par leur extension progressive en surface et en profondeur, leur prédilection pour les gaines vasculaires, et leur récidive après extirpation.

L'huile de vaseline constitue donc un corps étranger dangereux quand elle est introduite sous la peau, et elle doit être rejetée de la pratique courante. Les huiles végétales elles-mêmes ne seraient pas absolument exemptes du même reproche, quoique à un moindre degré.

Aussi certains auteurs, M. CROUZON, entre autres, préfèrent-ils à l'huile camphrée, l'huile éthéro-camphrée, qui détermine de moindres indurations et seulement passagères.

La durée maxima de l'apnée volontaire.

Nous avons analysé précédemment, sur ce même sujet, un travail de MM. Bourgeois et Binet, publié dans la *Presse Médicale*. M. SABRAZÈS expose à son tour (*Gaz. des Sc. de Bordeaux*, 20 juin 1920), que, dès 1902, il avait appelé l'attention du monde médical sur la signification de la durée de l'apnée volontaire, pour apprécier la puissance respiratoire d'un sujet, et sur sa valeur seméiologique. D'après ses expériences personnelles, lorsque la pause apnéique est observée à la fin d'une expiration normale, elle est, chez un sujet sain, de 20 à 25 secondes. Il avait trouvé également les chiffres de 40 à 50 secondes pour les pauses succédant à une inspiration forcée.

Il s'étonne, à juste titre, que les auteurs de l'article paru dans le grand journal de Paris ne fasse pas mention de ses propres communications, largement répandues dans la presse et dans les Sociétés savantes.

Il rappelle, à ce propos, le mot d'Anatole France sur le plagiat « qui conduit toujours plus loin qu'on ne croyait aller », si bien « qu'on décou- « vre le plus souvent que le prétendu volé était « lui-même le voleur (j'entends voleur innocent « et bien souvent voleur sans le savoir) ».

Et il termine par ces mots dont nous avons fortement savouré l'ironie : « En étudiant à « fond la valeur séméiologique d'un procédé « que nous avions fait connaître en 1902-1903, « — sous une forme technique d'ailleurs un « peu différente — ils l'ont fait leur ».

Déjà, le prof. Arnozan, de Bordeaux, s'était étonné, au cours d'une leçon que nous avons publiée dans le n° 19, cette année même, p. 1171, que ses collègues de Paris aient semblé méconnaître une importante communication de Cruchet sur l'encéphalite, ou ne l'aient signalée que d'une façon distraite et pour ainsi dire entre parenthèses. « Certes, je comprends qu'il « leur est très pénible de n'avoir pas été les pre- « miers à décrire la maladie nouvelle. Mais en « présence des faits qui s'accumulent chaque « jour, je ne doute pas qu'ils ne se résignent « bientôt à ce petit sacrifice, qui consistera à « reconnaître à un simple provincial la priorité « d'une étude qu'ils accordent sans difficulté à « un Allemand. »

Dans le même ordre d'idées, notre confrère et ami Fièvez publie, dans le *Concours médical* du 18 mai 1919, un travail original sur la conduite à tenir en présence d'un coude ballant. Or, il y a quelques semaines, M. CHASTENET DE GÉRY fait paraître un mémoire sur les articulations ballantes, qui se termine par une bibliographie qui paraît être complète, mais qui ne fait cependant pas mention de la publication de notre collaborateur.

La science parisienne en prend vraiment trop à son aise. Et de pareils procédés, outre ce qu'ils ont de discourtois, ne sont pas faits pour en rehausser l'éclat.

Il faudrait tout de même bien que Paris, Paris scientifique tout au moins, cessât d'agir comme s'il pensait que, hors de lui, rien n'existe. Nous sommes arrivés à une époque de décentra-

lisation que, coûte que coûte, la capitale doit accepter. Les flambeaux ne s'allument pas seulement sur les bords de la Seine, et les centres provinciaux projettent souvent des lueurs qui pourraient bien, un jour, finir par éclipser des feux que Lutèce alimente assez souvent avec de la paille.

Un procédé de révulsion dans le traitement des névralgies.

Recommandé par M. ILIE PITICARIU (*Journ. des Prat.*, 19 juin 1920), il s'adresse aux altérations névritiques qui provoquent les myalgies diverses, le rhumatisme musculaire, les arthropathies et les douleurs ostéocopes ; les névralgies rhumatismales ; les névralgies infectieuses (syphilis, paludisme), chlorotiques, diabétiques, toxiques.

Contre les myalgies rhumatismales, les arthropathies, l'auteur se borne à employer la pommade isuivante :

Iodure de potassium	} âà 10 gr.
Iode métallique	
Soufre pulvérisé..........	
Axonge...................	100 gr.

dont il frictionne la partie douloureuse, recouverte ensuite de coton hydrophile. Au boutde deux jours, on enlève ce pansement. L'irritation est assez légère pour qu'il puisse être renouvelé immédiatement, sinon, on attend que l'état de l'épiderme permette de le reprendre. On continue de 4 à 6 semaines jusqu'à disparition des douleurs.

Dans les cas les plus sévères (sciatiques rebelles), il applique sur la région à traiter un cataplasme composé de 1/3 de farine de moutarde, 2/3 de farine de lin, mélangées à de l'eau chaude à 60°, additionnées de 30 à 40 gr. d'essence de térébenthine ou de V à X gouttes d'huile de croton. La pâte ainsi obtenue est étalée sur un imperméable, égalisée et arrosée vivement de 20 gr. de chloroforme et de 20 gr. d'éther, puis appliquée immédiatement recouverte de coton hydrophile *loco dolenti.*

La durée d'application est de 2 à 3 heures. Quand la brûlure est trop vive, on retire le cataplasme au bout d'un quart d'heure.

Dans le traitement de la sciatique, on agit partiellement, à 2 ou 3 reprises, sur le trajet du nerf.

On s'assurera que les reins sont sains.

Ce procédé de révulsion ne donne aucun résultat dans les névralgies proprement dites, les topoalgies hystériques ou neurasthéniques, es névralgies secondaires à une compression, et les névralgies réflexes.

Les séquelles de l'appendicectomie.

On ne discute plus aujourd'hui sur l'indication d'intervenir chirurgicalement que pose l'appendicite : on se borne à contester les mérites de l'intervention à chaud ou au contraire à froid, selon les auteurs.

L'appendicectomie est donc une opération courante. Et sa fréquence même permet de constater que, dans 25 % des cas, les malades, bien que débarrassés de leur appendice, continuent à souffrir.

M. ENRIQUEZ, qui a eu de fréquentes occasions de faire ces constatations, attribue la persistance de l'état pathologique à des complications de l'appendice elle-même. (*Journal de Méd. et de Chirurgie prat.*, 10 juin 1920).

Ces complications donnent lieu à deux grands types cliniques.

Dans un premier type, on observe une déchéance progressive de l'état général, avec déglobulisation, fièvre vespérale persistante, qui en impose pour une tuberculose en évolution.

Dans le second type, la fièvre fait défaut, mais les signes locaux dominent la scène : troubles gastriques et intestinaux, caractérisés par des douleurs tardives avec renvois, constipation avec débâcles de fausse diarrhée, fausses membranes, dénutrition et affaiblissement de l'état général, liés aux régimes alimentaires restreints auxquels s'astreignent les malades.

Au premier type correspondent des lésions de péri-appendicite, de péri-viscérite, plus ou moins étendues et intéressant surtout l'épiploon.

Dans le second type, on trouve de la ptose gastrocolique, avec cæcum mobile, coudure de Lane, voile de Jackson.

Le sang montre une leucocytose d'autant plus marquée qu'il s'agit d'épiploïte péri-appendiculaire, et une éosinophilie.

Ces complications de l'appendicite elle-même peuvent apparaître après l'opération, surtout quand celle-ci est pratiquée à chaud, ou à la période tiède. Mais, assez souvent, elles coexistent avec l'inflammation du vermis.

Ce qui doit permettre de faire à ce point de vue un diagnostic précis, c'est l'examen radioscopique pratiqué en présence du médecin, auquel il sert de contrôle de ses constatations cliniques. Il y a là une sorte de règle qui ne devrait jamais être négligée.

Enfin, les chirurgiens feront bien de renoncer aux incisions esthétiques de quelques millimètres, pour adopter des ouvertures plus étendues qui leur permettront d'explorer non seulement la région de l'appendice elle-même, mais encore les régions circonvoisines, jusqu'au foie et au pylore. Cette exploration est la

condition essentielle de toute intervention dans cette région.

Ce travail, très clair et très complet, est à recommander aux praticiens. Il y a quelque quinze ans, Dieulafoy vitupérait contre les opérations qui n'aboutissaient qu'à créer les « balafrés de Châtel-Guyon et de Plombières. »

L'exposé lumineux de M. Enriquez nous donne l'explication de cet exode, aux deux grandes stations intestinales françaises, de nombreux opérés d'appendicite. Il nous apprend en même temps qu'elle est la cause exacte de la persistance de leurs maux, et comment on peut et on doit y remédier.

De l'intolérance des nourrissons pour le lait.

Cette intolérance, exceptionnelle pour le lait de femme, s'observe au contraire assez fréquemment chez les nourrissons allaités artificiellement.

M. Rogaz (*Gaz. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 27 juin 1920) en décrit trois formes : une forme relativement bénigne rappelant le syndrome de la dyspepsie gastro-intestinale des enfants nourris au biberon ; une forme plus caractérisée, dans laquelle la prise de lait de vache est immédiatement suivie d'accidents, tels que manifestations douloureuses et vomissement, à la suite duquel le calme reparaît ; enfin, une forme grave, suivie parfois de mort, et qui rappelle les accidents foudroyants de l'anaphylaxie.

Il rapporte deux observations choisies dans une série de 34 qu'il a recueillies personnellement, et dans lesquelles il a employé la méthode de Weill, de Lyon, consistant, à injecter sous la peau du nourrisson quelques centimètres cubes de lait cru, bouilli ou même stérilisé, faite aseptiquement sous la peau de l'abdomen. Les résultats de cette thérapeutique ont été excellents, malgré une réaction immédiate assez violente, qui ne dura que quelques heures.

« Il me paraît donc impossible, conclut-il, « de ne pas accorder à la méthode de M. Weill « une réelle valeur dans le traitement de cer- « taines formes d'intolérance du nourrisson pour « le lait, particulièrement dans les formes qui « rappellent par leur physionomie clinique le « syndrome anaphylactique. »

Amaurose suivie d'hémianopsie transitoire au cours d'une néphrite aiguë.

A propos d'un cas qu'il a personnellement observé, M. Lemierre (*Gaz. des Hôp.*, n° 57, 1920) discute la cause des troubles visuels qui accompagnent souvent l'évolution des néphrites aiguës, et dans lesquels l'examen ophtalmoscopique montre l'intégrité absolue du fond de l'œil.

Pour lui, il s'agit d'œdème cérébral, agissant sur les centres optiques et déterminant des accidents monolatéraux ou bilatéraux.

On ne s'en effrayera pas trop, et on instituera une thérapeutique énergique, qui en viendra rapidement à bout. C'est la large saignée, pratiquée précocement (500 à 600 cmc.), les ventouses scarifiées sur la région lombaire, un purgatif drastique ou un lavement purgatif, et enfin, la diète hydrique, avec adjonction de sucre ou de lactose, juiqu'à ce que la polyurie libératrice s'installe.

G. Duchesne.

LARYNGOLOGIE

Technique des injections intratrachéales simplifiées.

Par le Dr S. Fradkine, de Paris.

Le docteur Lacroix dans une chronique du *C. M.*, n° 13, page 787, passe en revue les diverses méthodes de la thérapeutique intra-trachéale : méthode laryngoscopique ; méthode de Mendel, sans miroir ; méthode intratrachéale directe ou inter-crico-thyroïdienne, par ponction à l'aiguille courbe ou droite.

S'appuyant fortement sur les données expérimentales, cliniques et physiologiques, Lacroix critique la méthode dite « aveugle » de Mendel.

Récemment, le *Journal médical français*, n° de mai, publia un article de Dufourmentel sur le même sujet, d'où il résulte également une condamnation de la méthode Mendel.

Ne voulant pas m'arrêter pour le moment sur l'utilité thérapeutique des injections intratrachéales, je voudrais seulement indiquer une petite modification de la technique qui m'a toujours donné, chez l'adulte, les meilleurs résultats, et qui permettra au médecin praticien d'utiliser cette voie thérapeutique au même titre que le spécialiste laryngologiste lui-même.

Le procédé Mendel présente justement cet avantage qu'il permet aux non-spécialistes d'emprunter la voie naturelle autrefois réservée uniquement aux laryngologistes.

***

Voici le *modus operandi* qui me paraît le plus facile à exécuter et le plus rationnel.

Je fais l'injection en 3 temps :

1er *temps* : cocaïnisation du carrefour aérodigestif (pharynx, base de la langue et épiglotte.

2e *temps* : cocaïnisation de la glotte et la région sous-glottique.

3e *temps* : injection intratrachéale médicamenteuse proprement dite.

Il est incontestable que la glotte ne laisse pas passer des corps étrangers. Ceci est une vérité expérimentale et clinique très aisée à démontrer. D'ailleurs, toute cette région pharyngo-laryngée est difficilement abordable.

Les réflexes y sont très vifs. Aucun corps étranger ne peut séjourner au dessus et au-dessous de la glotte sans provoquer immédiatement un réflexe de défense, souvent insurmontable. Aussi, dans nombre de cas, le laryngologiste est contraint d'avoir recours à la cocaïne afin de pouvoir introduire un miroir laryngoscopique derrière la luette ; il en est de même quand il s'agit d'un examen trachéo-bronchoscopique direct avec l'instrumentation de Killian ou de Brown. La cocaïnisation préalable et à dose forte est indispensable, si on se refuse à l'anesthésie générale. Pourquoi alors ne pas généraliser cet artifice à toutes nos interventions thérapeutiques médicales touchant cette région si défendue ? Tout le monde est d'accord que la cocaïne est l'étape nécessaire avant tout acte opératoire sur les cordes ou la cavité sus-glottique. L'injection intratrachéale, elle aussi, doit être considérée comme un *acte* médical en miniature, et doit être précédée d'une bonne anesthésie de toute cette région.

Dufourmentel, dans l'article déjà mentionné, conseille d'introduire dans le larynx et la trachée un tampon de coton imbibé de cocaïne à 5 %, sous contrôle laryngoscopique.

M'attachant à rendre pratique et sûre la méthode Mendel, dite « aveugle », je commence par instiller 1/2 cc. de cocaïne à 5 %, avec la seringue de Laurens ou de Rosenthal, dans la région glosso-épiglottique, en suivant le dos de la langue jusqu'à sa base et les replis glosso-épiglottiques ; je maintiens, avec ma main gauche, libre, la langue, en dehors de la bouche quelques instants. La cocaïne inonde le carrefour aéro-digestif et l'anesthésie suffisamment. A remarquer, que la luette, baignée dans la cocaïne, est insensibilisée en même temps.

Au bout de 3 ou 4 minutes, on complète l'anesthésie par la cocaïnisation de la glotte et de la région sous-glottique. Pour cela il suffit d'injecter par la même seringue 1/2 cc. de cocaïne à 5 % (ou de novocaïne), en la dirigeant cette fois, non pas vers la base de la langue, comme pour la première injection, mais vers la glotte. Le sommet de la courbure de la canule doit venir se placer derrière la luette, et son bec recourbé à l'entrée de la glotte. La langue étant maintenue dehors par le pouce et l'index de la main gauche, la glotte béante se trouve exactement sur le prolongement d'une droite qui divisera (par l'imagination) l'espace entre la luette et la paroi antérieure du pharynx en deux cavités équidistantes.

Le bec de la canule, se trouvant dans l'axe de cette ligne, déversera la cocaïne dans le larynx, en plein sur les cordes vocales. En recommandant au patient de respirer fortement, le liquide se précipitera, pour ainsi dire, dans la trachée. Un léger accès de toux indique que la cocaïne est bien dans l'orifice voulu.

Au bout de 5 autres minutes tout le tractus aéro-digestif est insensibilisé, et on peut procéder à l'injection intratrachéale du liquide médicamenteux (1). La manœuvre de la seringue est la même que pour la deuxième injection de cocaïne. La description de cette technique paraît complexe, mais, en réalité, il suffit de lever le coude légèrement en haut et en dehors pour que la canule adaptée à la seringue plonge dans l'ouverture glottique sans difficulté.

Ainsi donc, les trois temps s'enchaînent logiquement et utilement. Sans la première anesthésie, que j'appellerai : anesthésie vestibulaire, il serait impossible de faire tolérer par l'hypopharynx la canule de la seringue, nécessaire pour l'anesthésie profonde. Et sans cette dernière, tout traitement intratrachéal efficace ne serait qu'un trompe-l'œil, tout juste apte à satisfaire la crédulité d'un malade ignorant, mais tout à fait insuffisant pour calmer la conscience médicale de l'opérateur.

***

Je me résume :

La méthode Mendel dite « méthode aveugle » peut et doit entrer dans la technique laryngologique courante, tant entre les mains du spécialiste que du médecin praticien. Elle facilite beaucoup la thérapeutique intratrachéale *loco dolenti*, qui, après avoir été prônée par Lermoyez, Lubet-Barbon, etc., et quelque peu délaissée par leurs élèves, tend maintenant de nouveau au rôle d'arme de choix contre les suppurations chroniques et aiguës de l'arbre respiratoire.

Mais ce procédé réclame trois conditions :

1° Le praticien qui désire l'utiliser doit savoir éclairer la région pharyngo-laryngée avec un miroir frontal simple ou avec le miroir de Clar, (apprentissage facile et rapide).

2° On doit obtenir une anesthésie complète du carrefour aéro-digestif d'abord, et de la glotte, région sous-glottique ensuite. On y arrive par deux injections de cocaïne à 5 %, d'1/2 c. c, chacune, à 5 minutes d'intervalle. Il y a lieu

(1) Je me borne dans cet article à décrire la technique. Les indications thérapeutiques et l'utilité même de ces injections sont réservées pour une autre fois. Voir *Journal médical français*, mai 1920.

d'attendre quelques minutes après la 2e cocaïnisation avant d'entreprendre l'injection intratrachéale proprement dite.

3° Une fois la canule adaptée à la seringue Laurens, introduite dans le pharynx, il faut diriger le bec en bas et en avant, par un léger mouvement du coude droit en haut et en dehors.

De cette façon, le sommet de la courbure se trouvera dans le pharynx, à égale distance entre la paroi pharyngée et la luette, derrière celle-ci, et le bec à l'entrée même de la glotte, maintenue ouverte par la projection de la langue au dehors.

***

Y a-t-il des recommandations particulières à faire au malade au moment de l'injection ?

Certains confrères commandent au patient de prononcer la voyelle E, de façon — disent-ils — à redresser le larynx et l'offrir, pour ainsi dire, à la seringue armée qui s'avance. Une fois la canule pénétrée dans l'organe ainsi exposé, le malade doit respirer largement. Je me suis rendu compte que, si la théorie est belle, la pratique l'est beaucoup moins, comme dans toutes choses, hélas ! Ces deux manœuvres successives qui paraissent simples à l'opérateur sont très complexes pour l'exécutant. Généralement, ou il oublie de faire E, ou sa respiration est en apnée au moment voulu. Involontairement, je l'ai constaté maintes fois, le malade continue de chanter E et de serrer les cordes vocales tant qu'il peut. Le liquide injecté dans ces conditions est immédiatement rejeté, soit dans l'œsophage, soit dehors. La trachée demeure fermée. Aussi, je demande au patient un seul mouvement simple : *d'aspirer* profondément, aussitôt ma canule engagée dans l'orifice glottique. Le malade, rassuré par la parole de l'opérateur ; son tractus respiratoire anesthésié par la cocaïne, n'ayant que la seule préoccupation d'*aspirer*, exécute cette manœuvre avec une grande facilité, et le liquide, injecté *lentement* et *doucement*, pénètre tranquillement dans la trachée.

***

Y a-t-il un critérium pour pouvoir juger si l'opération était conduite dans la bonne voie ? Oui, il y en a !

L'injection terminée, la langue rentrée derrière les arcades dentaires, le malade a une légère toux réflexe, que la cocaïne ne peut supprimer. Je demande alors au patient de fermer la bouche et de respirer *superficiellement* par le nez, à petits coups, par petits bols d'air. La toux se calme. Une fois cette réaction dominée, je demande au malade d'ouvrir la bouche et de respirer profondément. Si le liquide se trouve bien dans la trachée-bronche, on entend un bruit d'engorgement alvéolaire, tout à fait comme des râles humides d'emphysème, en plus fort, plus gros, *tout à fait typique*. Je considère cet emphysème provoqué comme la signature d'une correcte injection intratrachéale. Quand vous n'entendez pas ce bruit caractéristique, vous pouvez être persuadé que votre liquide a trouvé la ligne de moindre résistance, je veux dire, le tractus digestif, ou il est en train de graisser (il s'agit d'une huile généralement) la grande courbure de l'estomac.

***

Je me suis étendu un peu longuement sur *les détails* de la technique dite « aveugle » des injections intratrachéales parce que la question est à l'ordre du jour, et le succès ou l'échec de ce procédé réside *tout entier* dans les détails minutieux de l'exécution. La thérapeutique directe des suppurations broncho-pulmonaires mérite, à mon avis, d'être généralisée et à la portée de tous les médecins praticiens qui s'intéressent aux nouveautés thérapeutiques. Le procédé Mendel, tel que je viens de le décrire, rend la chose pratique et sûre.

Je dois cependant ajouter que, chez les fébricitants aigus et les enfants, où la cocaïnisation est assez mal supportée, il est préférable d'avoir recours à la trachéo-fistulisation temporaire ou permanente de Rosenthal, à propos de laquelle nous reviendrons prochainement (1).

Chez cette catégorie de malades, l'injection transglottique, telle que je viens de la décrire, ou même en s'aidant du miroir laryngoscopique, risque de les fatiguer, souvent inutilement. Les fébricitants et les enfants, ne sachant pas ou ne pouvant pas respirer convenablement, supportent assez mal ces sortes d'injections par la voie naturelle. La fistulisation avec l'aiguille courbe peut dans ces cas rendre des réels services.

***

Je tiens à rappeler, en terminant, que la cocaïne n'est pas un médicament indifférent. Et, bien qu'elle s'élimine assez rapidement il y a lieu cependant de surveiller le cœur des malades soumis à ce traitement.

Le mieux, à mon avis, serait d'espacer ces injections par un intervalle de 2 ou 3 jours.

D'habitude, je pratique une injection tous les deux jours, quand je veux obtenir un résultat rapide, et tous les 3 jours quand l'état général du malade ne presse pas. De cette façon, on enregistre un maximum d'effets avec un minimum d'inconvénients.

(1) Voir *Journal médical français*, n° de mai 1920.

***

Quelques formules courantes :

1) Camphre.................. 0.50
Eucalyptol.............. 0.40
Ess. de menthe............ XV gouttes.
Huile d'olive stérilisée et lavée.................. 50 gr.

2) Mendel :

Essence d'eucalyptus.... }
— de thym........ } ââ 5 gr.
— de cannelle..... }
Huile d'olive stérilisée.. 100 gr.

3) Florand :

Iodoforme............... }
Eucalyptol.............. } ââ 2 gr.
Gaïacol................ }
Huile d'olive............. 80 gr.

4° Frendenthal :

Menthol................ 1 gr.
Huile d'amandes douces. 30 gr.
Jaune d'œuf............ 28 gr.
Orthoforme............. 12 gr.
Eau q. s. p.............. 100 gr.

Pas très usitée.

5) *a*) Créosote.................. 2 gr.
Huile d'olive............. 80 gr.

b) Goménol................ 5 gr.
Huile d'olive............. 80 gr.

On peut varier la formule suivant le cas qu'on se propose de traiter.

PHTISIOLOGIE

Quelques considérations sur la pathogénie et le traitement des maladies infectieuses en général et de la tuberculose en particulier.

Il est admis aujourd'hui par la généralité des médecins que les effets des maladies infectieuses sont dus à des toxines secrétées par les microbes associés ou non, propres à ces maladies ; l'organisme résiste à ces toxines en fabriquant des antitoxines (tout comme un antigène introduit dans l'organisme provoque la formation d'anti-corps spécifiques) et quand la réaction (aidée ou non par des médicaments) produite par ceux-ci est assez forte pour contrebalancer l'action des toxines, le malade entre en convalescence et est bientôt guéri.

Mais cette aptitude à fabriquer des contrepoisons dits encore antitoxines (aptitude que certains appellent réaction vitale ou organique, influence du terrain, réaction cellulaire, etc.,) peut être moins prononcée dans certains organes que dans d'autres ; d'où il résulte que dans plusieurs maladies infectieuses (syphilis, tuberculose, par exemple) que certaines parties du corps sont atteintes, tandis que d'autres paraissent indemnes ou résistent pendant un certain temps, jusqu'à ce que la maladie se généralise et emporte le malade.

Cette propriété de fabriquer des contrepoisons ne se termine pas avec le commencement de la convalescence ; celle-ci n'est pas soudaine, la maladie ne cesse pas brusquement ; pendant un certain temps l'organisme fabrique encore des antitoxines ; le malade est toujours sous l'influence de la toxine (ce qui explique les rechutes occasionnées par une production insuffisante d'antitoxines).

Il peut même, sans en supporter l'influence, véhiculer des microbes funestes à son entourage : d'où le rôle des porteurs de germes pour disséminer la maladie, rôle sur lequel on n'a pas assez insisté en matière de désinfection. C'est à juste raison qu'un règlement d'administration publique prescrit l'éviction, pendant un certain temps, des écoles, les enfants convalescents de maladies infectieuses.

Comment se fait-il que dans une ville, une maison, une famille, certains sont frappés par une maladie infectieuse sévissant ou non épidémiquement tandis que d'autres sont frappés plus ou moins tard ou restent indemnes ? Pourquoi certains meurent-ils après avoir lutté pendant plus ou moins de temps contre la maladie, tandis que d'autres arrivent à se guérir ? La réponse est facile : c'est que les uns fabriquent assez de contrepoison et les autres n'en fabriquent que peu ou pas assez, ou de qualité insuffisante.

Le rôle du médecin est de fournir à l'organisme ce contrepoison dont il a besoin (si celui-ci n'en fabrique pas assez ou pas du tout) ou d'aider l'ornisme dans la fabrication de ce contrepoison qui lui est nécessaire. Certaines maladies ne récidivent jamais ou récidivent rarement chez les gens qui en ont été atteints une première fois (scarlatine par exemple), tandis que d'autres récidivent dans le même organisme plus ou moins souvent, à plus ou moins d'intervalle (telle la diphtérie). C'est que, dans le premier cas l'organisme est tellement bien disposé qu'à la moindre atteinte de la maladie il est apte à fabriquer de l'antitoxine spécifique ; dans le second cas, il perd la faculté au bout d'un certain temps (cinquante jours en moyenne, pour la diphtérie) d'en fabriquer. D'où le rôle de la vaccination antityphoïdique pour la fièvre typhoïde, du sérum antipesteux pour la préservation de la peste.

Il semblerait que chez un individu ayant subi les atteintes d'une maladie infectieuse et ayant guéri récemment, ce contrepoison existe dans les différents liquides de l'organisme, le sang surtout, cette chair coulante, suivant l'expression de Broussais, et qu'en extrayant d'une façon quelconque

ce liquide au même individu on puisse l'inoculer à un autre en proie à la même maladie, lui fournissant ainsi le contrepoison nécessaire, favorisant même sa production ; d'où diminution de la longueur de la maladie et même guérison. L'essai a été fait quelquefois et a semblé donner de bons résultats.

Aussi, à la Société Médicale des hôpitaux, le Dr Eugène Terrien, *sous le titre de rougeole maligne et plasmothérapie* (1) a relaté l'observation suivante.

M. Terrien a soigné un enfant de treize ans atteint de rougeole grave (température avoisinant 41°). Le traitement par les bains chauds, les injections d'huile camphrée, de sérum glucosé adrénaliné, d'or colloïdal n'ayant pas donné de résultat, il pratiqua une transfusion sous la peau de sang complet (20 cm.) pris à un frère ayant eu la rougeole six mois auparavant. Le lendemain, la température baissa de plus de 3° pour tomber à la normale le surlendemain.

L'usage de ces injections de sang spécifique se base, dit l'auteur, sur la persistance des antitoxines dans le sang chez les convalescents de maladies infectieuses et après la convalescenee même.

L'auteur fait remarquer qu'il y a eu injection sous-cutanée et non injection intra-veineuse, ce qui chasse la crainte des réactions de choc avec les injections intra-veineuses de sang étranger.

Mais la vaccination par sang humain est dangereuse surtout quand elle est faite avec du liquide pris chez des gens qui ne sont pas de la même famille, dont on ne connaît pas suffisamment les antécédents pathologiques. Elle a donné des mécomptes (vaccine, par exemple, dans le cas de syphilis) ; on ne sait jamais si l'individu dont on prend le sang n'est pas en état d'imminence morbide. Dans le temps où je commençais mes études médicales, on parlait beaucoup des expériences d'Auzias-Turenne, qui avait extrait du sang à des individus soi-disant guéris de la syphilis ? (parce que depuis longtemps ils n'avaient pas offert d'accidents) pour l'inoculer à des individus sains, et leur avait coccasionné des syphilis plus ou moins graves (on ne connaissait pas alors le tréponème) Tout au plus pourrait-on employer ce mode de traitement entre gens d'une même famille (comme l'a fait le Dr Terrien) dans un cas d'extrême urgence, par exemple, le manque de sérum dans la diphtérie.

On est donc obligé d'employer soit un liquide virulent atténué (passage ou chauffage par exemple) ou le liquide organique d'un animal autre que l'homme que l'on a rendu réfractaire par des inoculations successives, soit le liquide organique d'un animal dont la race est réfractaire à la maladie. C'est ainsi que, pour la peste, la fièvre typhoïde, on est arrivé à rendre les chevaux réfractaires à ces maladies en les inoculant avec des virus atténués pendant plus ou moins de temps et en se servant du sérum de leur sang ainsi modifié.

(1) Rapporté par le *Concours Médical* de 1919.

C'est ainsi que l'on a essayé de guérir des gens atteints de tuberculose en leur inoculant le sérum d'animaux réfractaires à la maladie (chevaux, chiens, chèvres, moutons), sérum devant contenir le contrepoison de la toxine bacillaire produit par ces animaux eux-mêmes d'une façon que nous ne connaissons pas.

Si les vaccins de Yersin et Hafkine pour la peste, les vaccins antityphoïdiques de Chantemesse ou Vincent ont donné de bons résultats, les essais de sérum antibacillaire provenant d'animaux réfractaires à la tuberculose n'ont pas donné les résultats que l'on espérait, sans doute parce que ce sérum extrait de l'organisme de ces animaux n'avait plus les mêmes qualités que lorsqu'il circulait dans des vaisseaux, où les perdait rapidement ou que la toxine humaine offrait plus de résistance à l'action de l'antitoxine inoculée.

Il y a lieu de se demander si dans certains cas en renforçant le sérum de ces animaux par un moyen quelconque, on n'arriverait pas à augmenter la force de celui-ci. Il est évident qu'à l'état frais ce sérum doit être plus actif qu'à l'état conservé, quelques précautions que l'on ait prises pour empêcher ses altérations, surtout si ce sérum frais a été employé quelque temps après avoir été extrait du corps de l'animal donneur de sang. On pourrait aussi faire absorber à l'animal, producteur du sérum antitoxique, certaines substances qui augmenteraient le pouvoir curatif de celui-ci ; on sait que l'on donne généralement de l'arsenic aux chevaux dont on veut entretenir le poil lustré et brillant. On pourrait aussi ajouter à ce sérum certaines substances au moment de s'en servir : l'expérience a appris que les substances chimiques sont le plus actives au moment où on les mélange, et que leur combinaison est plus efficace à l'état naissant, exemple arsenic et mercure, quinine et arsenic. Les substances sapides flattent beaucoup plus l'odorat au moment de leur mélange qu'un certain temps après.

Il y aurait là une série d'études à faire qui conduiraient à des résultats thérapeutiques intéressants.

Bien certainement, comme on l'a trouvé pour la diphtérie et la fièvre typhoïde, on finira par trouver pour chacunes des maladies infectieuses un vaccin ou un sérum à propriétés exaltées ou non qui détruira la toxine ou le bacille chez l'individu malade, ou favorisera la production d'anticorps.

Le traitement des maladies infectieuses, comme le dit le Prof. Rénon (1), doit avoir deux buts.

1° Agir sur le bacille en le détruisant dans l'organisme.

2° Rendre l'organisme réfractaire à l'action du bacille.

(1) *Monde Médical*, juillet 1919.

D'où deux espèces de médication :

a) La médication objective,

b) La médication subjective.

a) Dans la première le sujet ne sert que d'intermédiaire à la médication, il réagit certainement par lui-même, mais beaucoup moins que dans la seconde médication. Le médicament traverse son organisme, va influencer le microbe pour le détruire ou annihiler sa toxine, et est éliminé sans que l'individu s'en aperçoive sensiblement, sauf dans le cas de doses trop fortes ou trop prolongées, ou d'idiosyncrasie bien caractérisée.

Tel est le rôle du mercure dans la syphilis, de la quinine dans la paludisme. Et cependant, comme je l'ai déjà dit, l'individu réagit subjectivement jusqu'à un certain point, et, si sa santé générale est mauvaise, le médicament peut ne pas agir. A cet égard, l'Ecole moderne s'est trop hypnotisée dans l'étude du microbe ; on l'a accusée de négliger trop souvent l'individu lui-même, de ne pas faire assez œuvre de clinicien. Nos ancêtres étaient des observateurs remarquables : bien qu'ils ignorassent le microbe, ils arrivaient à des résultats merveilleux dans le traitement des maladies en utilisant les données fournies par l'expérience. Bien souvent nous sommes obligés d'agir comme eux, surtout dans les maladies où nous n'avons pas découvert le microbe. D'ailleurs nous ne savons pas de quelle façon agit le médicament spécifique : est-ce sur le bacille ? est-ce sur la toxine ? Agit-il sur l'individu lui-même en lui permettant de fabriquer les anticorps en nombre suffisant ? On ne connaît que les effets du médicament.

b) La médication subjective est celle dans laquelle l'individu est tout, ou joue au moins le principal rôle. Cette action est considérable : le psychique n'a-t-il pas une action sur les actes inconscients de la vie ? La frayeur n'engendre-t-elle pas l'ictère ? La crainte ne provoque-t-elle pas la diarrhée ? (1) Telle est l'influence psychique à laquelle obéit l'individu dans la plupart des guérisons miraculeuses que l'on observe dans toutes les religions. C'est la médication subjective que l'on emploie quand on traite un symptôme chez un malade, quand on relève les forces de l'organisme chez un débilité pour lui permettre de résister aux microbes qui l'ont envahi, pour lui permettre de fabriquer le contrepoison nécessaire. A plus forte raison est-elle employée dans les maladies où l'on ne connaît pas le microbe, où l'on ne connaît pas un médicament susceptible d'annihiler les mauvais effets de ce microbe (s'il est connu) sans nuire au malade.

Ce sont là des actes de la vie cellulaire dont le sujet n'a pas conscience la plupart du temps, tout comme à l'état de santé nous ne nous apercevons pas des battements du cœur, de la circulation du sang dans les artères, des mouvements péristaltiques de l'intestin, etc.

Dr DE CHAMPEAUX.

(*A suivre*).

(1) COSTE. — *Concours Médical*, 1919.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Un thermomètre dans la vessie.

(MM. MARTIN et GAYET. — *Société des Sciences médicales de Lyon.*)

M. Martin présente un thermomètre de 13 centimètres de longueur qui a été extrait par M. Gayet de la vessie d'une femme. La malade avait fait pénétrer par erreur, en prenant sa température, l'instrument dans l'urèthre, puis dans la vessie.

L'intérêt de cette observation est double. Elle montre d'abord la possibilité d'un accident de ce genre et l'importance qu'il y a à ne pas laisser à certaines personnes inexpérimentées le soin de prendre ainsi leur température. Un second point réside dans les difficultés rencontrées pour l'extraction par les voies naturelles d'un tel corps étranger. Pour dégager les deux extrémités du thermomètre, M. Gayet pratiqua une forte distension de la cavité vésicale. Puis, avec une pince à poucette dont les mors étaient garnis de fil de lin, il saisit doucement la cuvette du thermomètre, sous le contrôle du cystoscope. Le cystoscope étant alors retiré, avec un doigt introduit dans le vagin, l'autre extrémité du corps étranger fut refoulée et dégagée par un véritable mouvement de version. On put ainsi extraire le thermomètre intact ... prêt à resservir !

Méningite tuberculeuse et mastoïdite.

(M. BERTOIN. — *Soc. des Sc. médicales de Lyon.*)

M. Bertoin rapporte un cas de méningite tuberculeuse chez une enfant atteinte de mastoïdite. Il s'est agi d'une otorrhée ancienne avec mastoïdite, compliquée de signes méningés (vomissements, convulsions, raideur de la nuque, Kernig). On pratiqua, dans ces conditions, une trépanation poussée jusqu'à la dure-mère, mais les phénomènes de méningite persistèrent et la petite malade succomba. A l'autopsie, on trouva une méningite tuberculeuse, que les ponctions lombaires faites pendant la vie avaient permis déjà de soupçonner.

Gastro-entérostomie chez les vieillards.

(MM. PATEL et BONNAMOUR. — *Société médicale des hôpitaux de Lyon.*)

En dehors des indications urgentes, les chirurgiens hésitent souvent à pratiquer de grandes opérations chez les vieillards de 70 et 80 ans. MM. Pa-

tel et Bonnamour estiment qu'il faut revenir un peu de cette opinion. Ils relatent 3 observations concernant des sujets de 72, 76 et 79 ans, atteints de sténose pylorique grave, qu'ils ont opérés de gastro-entérostomie avec d'excellents résultats. L'intervention a amené la disparition des douleurs, la reprise de l'alimentation et un accroissement notable du poids. L'intervention toutefois, doit être rapide et on ne saurait songer qu'à une gastro-entéro-anastomose.

Trismus et encéphalite léthargique.

(MM. Audry et Froment. — *Soc. méd. des hôpitaux de Lyon.*)

La symptomatologie de l'encéphalite épidémique, maladie essentiellement polymorphe, peut comporter du trismus. Les observations d'encéphalite avec trismus ne sont pas toutefois très nombreuses. MM. Audry et Froment en signalent deux cas, l'un terminé par la mort, l'autre suivi de guérison.

En pathologie nerveuse, le tétanos mis à part, le trismus a été noté dans deux ordres de faits : 1° les lésions corticales ou sous-corticales agissant sur le centre de la mastication, centre localisé par Ferrier en bas de la circonvolution frontale ascendante ; 2° les lésions touchant le noyau masticateur (syndromes bulbaires). Pour ce qui concerne le trismus de l'encéphalite, l'atteinte nettement prédominante du mésocéphale conduit plutôt à attribuer le trismus à l'irritation du noyau moteur de la cinquième paire.

A propos du traitement de l'encéphalite épidémique.

(M. Pic.— *Soc. méd. des hôpitaux de Lyon.*)

M. Pic rappelle que, l'un des premiers, il a préconisé le traitement de l'encéphalite épidémique par l'abcès de fixation.

Déjà, le 2 février dernier, il signalait les bons effets qu'il avait obtenus, dans cette affection, de la méthode de Fochier. Les observations qu'il a recueillies depuis ont confirmé son impression première. M. Netter et la plupart des auteurs se sont d'ailleurs ralliés à cette thérapeutique. Contre l'encéphalite épidémique, dit M. Pic, rien ne vaut, comme moyen d'attaque, l'abcès de fixation. Puis, pour en continuer l'effet, l'urotropine est nettement indiquée. Avec ces deux agents, l'abcès de fixation et l'urotropine, on peut guérir, dans bien des cas, l'encéphalite.

Dextrocardie avec inversion des viscères.

(MM. Roudier et Richard. — *Société méd. des hôpitaux de Lyon.*)

MM. Roudier et Richard présentent un jeune sujet de 20 ans, admis dans leur service pour tuberculose pulmonaire, et chez lequel ils ont découvert par hasard une dextrocardie congénitale avec inversion totale des viscères.

L'auscultation, la percussion et la radiographie ont montré que, chez ce sujet, le cœur siégeait dans la moitié droite du thorax, la pointe battant sous le mamelon droit ; le foie se trouvait dans l'hypochondre gauche, avec le cæcum au-dessous, le côlon descendant et l'S iliaque étant situés à droite.

En raison de la tuberculose concomitante, on aurait pu penser à une dextrocardie acquise par attraction, mais l'inversion des viscères abdominaux montre bien qu'il s'agit d'un état congénital.

La thrombo-phlébite par effort.

(M. Stroup. — *Société de médecine de Nancy.*)

La thrombo-phlébite par effort a été étudiée par Cadenat et Lenormant. Elle ne paraît pas très commune. M. Stroup a eu l'occasion d'en observer un exemple chez un homme de 58 ans qui, à la suite d'un effort de la main droite pour fermer une porte, présenta de l'impotence fonctionnelle et de l'œdème de la main et de l'avant-bras droits. La symptomatologie était celle habituellement constatée en pareil cas : œdème dur, cyanotique, impotence fonctionnelle, tuméfaction ganglionnaire, apyrexie, douleur provoquée sur le trajet du paquet vasculo-nerveux. Guérison au bout de 3 semaines.

Les thrombo-phlébites par effort ne s'observent généralement que chez les individus dont le système vasculaire est déjà altéré. Le malade de M. Stroup ne fait pas exception à cette règle. C'est un hypertendu, avec albuminurie intermittente et Wassermann positif.

Nystagmus d'origine émotionnelle.

(MM. Jeandelize et Lagarde, — *Soc. de médecine de Nancy.*)

MM. Jeandelize et Lagarde signalent une forme rare de nystagmus : un nystagmus névropathique d'origine émotionnelle.

Le malade, artilleur de 22 ans, à la suite de l'éclatement d'un obus à quelques pas de lui, sans être blessé, présenta un nystagmus d'intensité progressive, intermittent, accompagné de spasmes des orbiculaires, de clignement fréquent et d'un certain degré de rétrécissement du champ visuel. Ce nystagmus paraît bien d'ordre névropathique. Pas de lésions ophtalmoscopiques. Appareil vestibulaire et système nerveux organique normaux.

Quelques cas de fractures du crâne chez l'enfant.

(M. Frœlich. — *Société de médecine de Nancy.*)

M. Frœlich présente deux enfants guéris de fractures du crâne, l'un à la suite d'une trépanation, l'autre sans opération. L'intervention chez le premier fut commandée par l'enfoncement crânien

et une paralysie dont on put localiser le siège au niveau de l'enfoncement. Le deuxième blessé, entré à l'hôpital dans le coma (il venait d'être renversé par une automobile) n'offrait aucune lésion crânienne apparente. L'intervention n'était plus dès lors indiquée. Le troisième jour, le coma disparut.

Les apophysites de croissance.

(M. Frœlich. — *Société de médecine de Nancy.*)

Sous ce nom d'apophysites de croissance, M. Frœlich décrit des affections observées surtout entre 11 et 16 ans, et rencontrées à la tubérosité antérieure du tibia (maladie dite de Schlatter), au calcanéum, au scaphoïde (maladie de Kohler, plus commune chez les jeunes filles), au trochanter, aux épicondyles (coudes des joueurs de tennis). Ces lésions se traduisent cliniquement par de la douleur, du gonflement, quelquefois de la contracture. Exceptionnellement, elles suppurent. Elles guérissent toujours sans laisser de trace.

L'auteur estime que le terme d'apophysite de croissance qu'il emploie est justifié, et il fait de ces apophysites des manifestations atténuées des épiphysites de croissance.

P. L.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des livres.

Fernand Courtois. — **L'alcool, chloroforme de la classe ouvrière.**

Autre tract vulgarisateur qui tend à répandre, dans tous les milieux, et en particulier chez les ouvriers, la crainte et le mépris de l'alcool.

Tentative très louable, qui ne mérite que des encouragements.

Chez A. MALOINE et FILS

Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix. — **Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée. Tome XII : foie et pancréas. In-8, 1920, 38 figures.**

M. Castaigne expose comment, à l'heure actuelle, doit être conduit l'examen d'un hépatique, et comment, grâce à la mise en œuvre simultanée des diverses méthodes cliniques et biologiques, on doit le plus souvent arriver, par un diagnostic exact, à une thérapeutique efficace.

MM. Brulé et Garban étudient les *ictères*, qu'ils ont eux-mêmes, par leurs travaux antérieurs, orientés dans une voie toute nouvelle. En décrivant avec soin les procédés d'*exploration physique et fonctionnelle du foie*, *les ictères par lésions du foie et des voies biliaires*, et, particulièrement, les *ictères dissociés* et les *rétentions biliaires latentes*, qu'ils ont tant contribué à faire connaître, les *ictères hémolytiques*, ils nous font concevoir de façon originale le syndrome ictère et montrent qu'il est lié à des lésions identiques quelle que soit l'affection causale. Puis ils abordent des sujets d'actualité, *angiocholites* et *cholécystites*, *abcès* et *kystes hydatiques du foie*, exposant avec la même méthode les moyens d'investigation radiologique, hématologique, etc., qui permettent d'arriver au diagnostic, et les différents traitements, qu'ils soient d'ordre médical ou chirurgical.

M. Noël Fiessinger, spécialiste du foie, propose de ne tenir compte, pour le classement, que de données cliniques évolutives. Ne faut-il pas chercher à guider le médecin dans le dédale des formes symptomatiques, pour qu'il soit à même de fixer, dans les moindres détails, les indications thérapeutiques nécessaires ? Tâche ardue, mais dont l'auteur s'est brillamment tiré, en faisant, avant tout, œuvre de clinicien. De même, dans sa description de la *lithiase biliaire*, il a su indiquer comment, grâce aux belles recherches de M. Chauffard sur la cholestérinémie, toute la question a dû être remaniée, et donner, sur les divers traitements à instituer, les explications les plus judicieuses.

Enfin M. Faroy, chargé des *Affections du Pancréas*, expose tout d'abord la *sémiologie de cet organe*, en attribuant à chaque signe de l'*Insuffisance pancréatique* sa véritable signification et ne retenant que ceux qui ont fait leurs preuves. Il passe ensuite en revue les *pancréatites* aiguës et chroniques, celles-ci jouant un grand rôle dans la symptomatologie de certaines dyspepsies intestinales, celles-là reconnaissant une origine sanguine, et le *cancer*, sous ses divers aspects.

Dr E. Sergent. — **Etudes cliniques sur l'insuffisance surrénale. 2e édition.**

La première édition de cet ouvrage a eu le grand succès qu'elle méritait. Celle-ci complète la précédente de toute la richesse de documentation que la guerre a mise entre les mains du distingué médecin de la Charité.

C'est une mise au point d'un chapitre nouveau de la Pathologie, où ne figurait, avant les travaux de Sergent, que la maladie d'Addison.

A côté du syndrome addisonnien, il y a place en effet pour une foule d'états bien définis ou frustes, mais à la base desquels se trouve l'insuffisance surrénale ; cette notion éclaire désormais la route du praticien et lui permet d'instituer une thérapeutique active et efficace, là où il se crut longtemps désarmé.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE SYNDICALE

Projet de revision des statuts-types.

Nous n'avons plus, au *Concours*, ni à l'*Union*, de tirages à part des statuts types d'un Syndicat, dits statuts du Syndicat de l'arrondissement de Versailles. Aussi, avant de faire un nouveau tirage, avons-nous cru nécessaire de profiter de l'expérience acquise depuis 1901 (date des statuts de Versailles) et proposons-nous aux méditations de nos confrères le texte ci-dessous.

Nous serions heureux de recevoir, dans le plus bref délai, toute suggestion ou proposition en vue d'un changement dans notre rédaction, parce que, sous peu, nous ferons passer ces statuts dans l'Agenda du *Concours* 1921.

Nos lecteurs remarqueront que nous avons supprimé certains passages des anciens statuts et que nous nous sommes inspirés de la loi toute récente sur les syndicats (12 mars 1920) pour donner à ce projet toute la rigueur juridique nécessaire.

Nous espérons donc recevoir de nombreuses réponses, car nous avons à forger tous ensemble, mes chers Confrères, l'arme de défense collective de la corporation, mais également arme de propagande pacifique, puisque nous estimons faire de notre syndicalisme la représentation des forces intellectuelles et techniques de notre profession, pour devenir le conseiller social des différentes collectivités privées et même des organes de gouvernement. Le syndicat doit défendre les intérêts de ses membres ; il doit donner l'assurance, aux tiers, que, lié par les sanctions et le Conseil de famille, chacun de ses adhérents est un honnête praticien ; il doit enfin mettre à l'étude toutes les questions sociales, dont la solution touche à notre profession, pour être à même de donner, à qui de droit, documents et suggestions pour tout ce qui concerne l'assistance et l'hygiène publique.

Dr Paut Boudin.

Statuts du Syndicat médical de l'arrondissement de..

Adoptés à l'Assemblée générale du .....

Définition. — But.

Article premier. — Sous le bénéfice :

1° De la loi du 21 mars 1884 et du 12 mars 1920 sur les syndicats professionnels ;

2° Des articles 1134 et suivants du Code civil sur les obligations et leurs sanctions ;

Il est constitué, entre les médecins qui auront adhéré par signature aux présents statuts, une Societé syndicale dite : *Syndicat de* qui fera partie de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Art. II. — Son siège social actuel est à , au domicile de M. le Dr . Il pourra être changé dans les conditions légales.

Le nombre de ses membres est illimité.

Art. III. — Le Syndicat a pour objet :

1° D'établir des rapports permanents entre les confrères de la région, pour leur permettre de se connaître et de se protéger mutuellement ;

2° De résoudre les conflits qui peuvent surgir, tant entre confrères qu'entre médecins et leurs clients (individualités ou collectivités.)

3° D'étudier et de préparer, de concert et en collaboration avec les pouvoirs publics, ou autorités compétentes, ou toutes collectivités privées, l'application locale des mesures générales de médecine, d'assistance et de protection de la santé publique ;

4° De poursuivre, par tous moyens légaux, l'exécution et le respect des résolutions votées par les Assemblées générales du Syndicat ;

5° D'assurer la défense des intérêts généraux des médecins ;

6° De créer, subventionner, ou patronner toutes organisations syndicales ou privées telles que laboratoires, œuvres d'éducation scientifique ou sociale, maisons de santé, dispensaires, bibliothèques, arsenal chirurgical ou de spécialité, local destiné à être prêté ou loué aux membres du syndicat, cours d'enseignement et de perfectionnement mutuel, etc.

Admission.

Art. IV. — Le Syndicat une fois formé, tout médecin, muni d'un diplôme donnant le droit d'exercer la profession médicale en France, peut être admis dans le Syndicat à condition : 1° de se faire présenter par deux parrains choisis parmi ses confrères syndiqués de la même localité ou des localités les plus voisines ; 2° de déclarer, par écrit, qu'il a pris connaissance des statuts et des décisions antérieures du Syndicat sur les questions déjà étudiées par celui-ci et qu'il les accepte.

Il pourra être admis provisoirement par le Bureau et jouir des mêmes privilèges que les confrères syndiqués ; mais son admission définitive ne sera prononcée que par l'Assemblée générale suivante, à la majorité des voix et au bulletin secret.

Droits, devoirs, sanctions, démission.

Art. V. — Les droits du syndiqué consistent dans la jouissance d'une protection aussi étendue que

possible contre les préjudices professionnels dont il peut être menacé ou atteint.

Art. VI. — Les obligations ou devoirs se résument dans l'observation de toutes les décisions du Syndicat et notamment en matière de :

1° Conduite déontologique :

2° Interdiction de tous actes de concurrence illicite par voie d'intrigue, de sollicitation de clientèle, de dénigrement de confrères, d'avilissement des honoraires, de coalition politique ou religieuse établie en vue de la poursuite d'un intérêt professionnel, etc., etc.

3° Concours spontané au co-syndiqué menacé ou lésé.

Art. VII. — 1° Les sanctions applicables en cas d'infraction aux statuts et résolutions sont valablement prononcées au scrutin secret, par l'Assemblée générale et à la majorité relative des membres présents, après enquête du Bureau, audition des parties et rapport écrit. Elles peuvent être votées par défaut, si le confrère présumé délinquant, convoqué par lettre recommandée, d'abord devant le Bureau enquêteur, ensuite devant l'Assemblée générale, ne se présente pas, ou ne fait pas valoir d'excuse admissible.

2° Toute pénalité appliquée par défaut sera susceptible d'opposition devant l'Assemblée générale dans les trois mois de la signification, soit par ministère d'huissier, soit par lettre recommandée.

3° Ces pénalités sont : l'avertissement, le blâme, l'amende de 20 fr. à 1.000 fr., l'exclusion, qui pourra se cumuler avec l'amende.

L'Assemblée générale, décidera, en outre, s'il y a lieu d'exercer contre le syndiqué une action judiciaire en dommages-intérêts.

L'Assemblée générale, qui prononce les deux dernières pénalités, amende ou exclusion, ainsi que la poursuite judiciaire, doit comprendre au moins les deux tiers des membres du Syndicat, et la pénalité ou poursuite ne pourra être prononcée que par les deux tiers des membres présents.

4° A moins qu'il n'en ait été décidé autrement par l'Assemblée générale, toutes les sanctions sont inscrites au procès-verbal. Elles peuvent recevoir la même publicité que lui sans que l'intéressé puisse, de ce chef, exercer une action devant les Tribunaux contre le Syndicat ou son bureau.

5° La démission ne dégage pas le syndiqué des obligations, responsabilités et pénalités encourues antérieurement à elle.

Administration. Fonctionnement.

Art. VIII. — Le Syndicat est administré par un Bureau composé d'un Président, d'un Vice-Président, d'un Secrétaire, d'un Trésorier, et des Syndics, dont le nombre correspond à celui des divisions régionales reconnues nécessaires, à raison d'un Syndic par région. Bureau et Syndics sont élus pour ans, au bulletin secret, par l'Assemblée générale, à la majorité relative des membres présents. Ils sont rééligibles.

Dans toutes les circonstances graves, et particulièrement dans les enquêtes pouvant aboutir aux votes de pénalités, ainsi que dans les conflits qui pourraient surgir entre confrères, le Bureau, les Syndicats et les anciens Présidents se constitueront, sur convocation d'office du Président, en *Conseil de famille.*

Leur décision n'aura d'effet que si elle est votée par les deux tiers au moins des membres présents.

En aucun cas, le vote par correspondance ou par procuration ne sera admis dans le fonctionnement du Syndicat.

Réunions.

Art. IX. — Il y aura, chaque année, au moins réunions générales obligatoires.

Art. X. — La cotisation annuelle est de francs. En cas de démission, la cotisation de l'année entière est due au Syndicat.

Art. XI. — Tout adhérent qui, ne pouvant assister aux séances obligatoires, s'excusera ou se fera excuser ne sera tenu qu'à une amende de francs. Cette amende sera de francs s'il n'a pas pris ces précautions.

Sont seuls dispensés d'amende, en dehors des cas légaux de force majeure, les cas de maladie ou d'accidents graves du sociétaire, de ses ascendants ou des membres de la famille dont il est le chef.

Les assemblées disciplinaires sont obligatoires et l'absence à ces assemblées comporte une amende de 20 francs, sauf les cas de dispense prévus ci-dessus.

Art. XII. — Le procès-verbal de chaque séance, ou au moins un extrait du compte-rendu pourra être adressé, dans un délai convenable, après chaque réunion :

1° Au *Concours Médical* et au *Bulletin de l'Union des Syndicats Médicaux* ;

2° Aux publications médicales qui soutiennent la cause des Syndicats ;

3° Aux administrations, collectivités ou particuliers qui pourraient être intéressés par les délibérations. Il est donné à ces communications la forme que le Syndicat croira la plus utile à ses intérêts et à ceux du corps médical tout entier.

Fonds social.

Art. XIII. — Le fonds social est constitué par :

Un droit d'entrée de francs ;

Les cotisations annuelles ;

Toutes ressources qui pourront être légalement acquises.

Art. XIV. — En cas de dissolution, qui ne peut être prononcée que par les deux tiers des membres inscrits au moins, l'avoir de la Société sera affecté à une œuvre médicale désignée par la dernière Assemblée générale.

Règlement intérieur du Syndicat médical de l'arrondissement de...

TITRE PREMIER.

Tenue des assemblées.

Article premier. — Les convocations sont adressées pour les deux Assemblées générales ordinaires sous pli ouvert, jours au moins avant la réunion.

Sont seules portées à l'ordre du jour et ne peuvent être mises en délibéré que :

1° Les questions indiquées par l'Assemblée précédente ;

2° Celles déterminées par le Bureau ;

Celles qui lui auront été soumises, avec tous développements nécessaires, avant la réunion ;

4° Celles qui, ne remplissant pas les conditions ci-dessus, auraient un caractère d'urgence que le Bureau aura été mis à même d'apprécier avant d'en permettre le développement en séance.

Art. II. — Pour les Assemblées extraordinaires, l'ordre du jour est limité aux questions qui ont motivé la convocation.

Art. III. — En entrant dans la salle des réunions, même au cours d'une séance commencée, chaque syndiqué doit venir signer sur le bureau une feuille de présence préparée à l'avance et s'inscrire sur la liste du banquet, s'il le désire.

Art. IV. — Toute interruption nuisant au développement méthodique et utile de la pensée de celui qui parle, il est de règle de s'en abstenir. Chacun doit se faire inscrire pour avoir la parole à son tour, et répondre alors avec la mesure qui convient dans des discussions qui sont purement d'intérêt général.

Art. V. — Tout incident de séance qui prendrait un caractère d'attaque personnelle serait clos immédiatement par le Président, après avis conforme du Bureau, et renvoyé d'office au Conseil de famille.

TITRE II.

Le conseil de famille ; son fonctionnement.

Article premier. — Dans le Conseil de famille composé et défini dans ses attributions comme il est dit à l'article VIII des statuts, doivent être examinés, instruits, arbitrés ou jugés en premier ressort tous les conflits qui surgissent entre syndiqués.

Art. II. — Les plaintes sont portées avec toutes preuves et documents précis devant le Président du Syndicat. — Il ne serait donné aucune suite à des allégations non appuyées de preuves et basées sur des simples racontars d'intermédiaires, qui ne seraient pas prêts à en témoigner sous serment ou par écrit.

Art. III. — Le Président, si l'affaire mérite suite, charge aussitôt le syndic du groupe régional intéressé de procéder à une enquête, d'entendre les deux parties, et de lui adresser un rapport écrit dès qu'il aura pu se faire une opinion.

Art. IV. — Au reçu de cette pièce et des documents qui l'accompagnent, le Président convoque le Conseil de famille, et, pour être entendus devant lui, les confrères en litige. La comparution de ceux-ci a lieu simultanément ou successivement suivant qu'il en est décidé au préalable par le Conseil. Seront également convoqués tous témoins indispensables, à la demande des deux parties, adressée au syndic enquêteur.

Art. V. — Le Conseil de famille devra toujours tendre à faire accepter son rôle comme celui d'un tribunal d'arbitrage quand il jugera qu'il n'y a pas lieu de faire un exemple pour sauvegarder la discipline syndicale. L'affaire, dans ce cas, ne sera pas portée devant l'Assemblée générale, si c'est le désir formellement exprimé par les parties intéressées.

Art. VI. — Dans le cas contraire, la question sera soumise à l'Assemblée réunie dans les conditions prévues à l'article VII des statuts. Rapport écrit y sera lu par un délégué du Conseil de famille ; les parties y seront entendues à nouveau, et les votes seront accueillis et appliqués aussitôt s'ils ont été émis dans les conditions prévues par l'article VII des statuts.

TITRE III

Réunions régionales.

Article premier. — Pour la propagande de nos idées, pour affirmer aux yeux de tous, même du public et des profanes, l'existence et le rôle utile de notre Société, il pourra être tenu des Assemblées régionales non obligatoires, auxquelles seront convoqués tous les membres du Syndicat et invités les non syndiqués de la région. Toute latitude sera laissée au Bureau pour provoquer ces réunions et fixer l'ordre du jour.

Art. II. — Dans chacun des groupes qui sont ou seront créés, le Syndic pourra, spontanément ou sur la demande des syndiqués, organiser des réunions régionales partielles où seront préparées les solutions des questions locales.

Les vœux émis dans ces réunions seront transmis au Président pour être soumis à l'approbation de l'Assemblée générale, approbation qui *seule* leur donnera force de règlement et d'engagement susceptible de sanction.

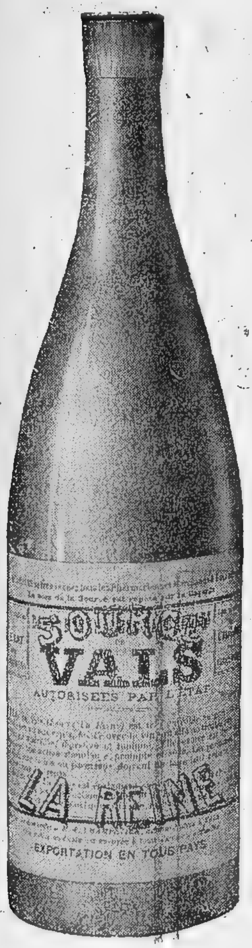
La location de la salle pour ces réunions sera portée au compte de la caisse du Syndicat, ainsi que les frais de convocation déboursés par le Syndicat.

TITRE IV

Rapports avec les médecins non syndiqués.

Article premier. — Toute installation d'un nouveau confrère dans la zone du Syndicat sera signalée au secrétaire par le syndiqué le plus voisin qui suggèrera en même temps les meilleurs moyens de l'amener dans nos rangs. Le Syndic de la région recevra alors mandat de visiter le nouveau venu en suivant les indications qui auront été fournies ; Il s'efforcera de lui démontrer les services que nous

VALS SOURCE REINE



Souveraine dans la

Gastro - Entérite

des Enfants du 1er âge.

Mode d'administration de la REINE de Vals dans les diarrhées infantiles.

Chez les enfants élevés au biberon, ce qui est le cas le plus fréquent, il faut tout d'abord **supprimer absolument** le lait ou tout autre liquide plus ou moins nuisible qui est donné à l'enfant: eau de gruau, eau de pain, etc... Il faut encore nettoyer à fond le biberon. On donnera alors l'eau de la **Reine**, **froide, pure sans addition aucune.** La quantité variera selon l'âge de l'enfant: quart, tiers de biberon, moitié même; ce qui importe, c'est qu'on fasse boire l'enfant et non qu'on laisse un biberon à sa disposition.

Après un intervalle de temps convenable (une h. ou deux, suivant le cas) on réitère; puis nouvel intervalle et nouvelle ration d'eau, et ainsi de suite.

L'effet est immédiat : dès que l'enfant a bu l'eau, les vomissements s'arrêtent. Il est très rare de voir la première dose vomie et jamais la seconde ne l'est.

L'Eau de la Reine se trouve dans toutes les pharmacies, chez tous les marchands d'Eaux et dans les dépôts de la Cie fermière de Vichy. On peut également s'adresser à M. CHAMPETIER *à* VALS-LES-BAINS *(Ardèche).*

VALS SOURCE REINE

pouvons lui rendre et de lui indiquer les fautes à éviter.

Jusqu'à ce qu'il se soit prononcé nettement pour ou contre l'entrée dans le Syndicat, et tant que sciemment il n'aura pas fait acte de concurrence hostile, le nouveau confrère sera traité par ses rivaux avec les mêmes égards que s'il était syndiqué.

Art. II. — La même attitude qu'au deuxième paragraphe de l'article ci-dessus sera par nous adoptée envers tout médecin qui, resté en dehors du Syndicat, sera d'une absolue correction dans la conduite professionnelle. Mais on devra, de plus, rechercher son concours, son adhésion dans toute campagne d'intérêt général, et s'efforcer de l'amener parmi nous.

Art. III. — Avec tout médecin, qui, installé depuis deux mois, n'aura pas visité ses confrères voisins, aura refusé, en pleine connaissance de cause, à notre délégué, d'entrer dans le Syndicat, et pratiquera la concurrence au lieu de la solidarité, les syndiqués réduiront les relations professionnelles au strict minimum imposé par l'humanité et l'intérêt des malades. Aucun de nous ne devra accepter d'être son aide, son consultant, ou son collaborateur *d'une façon habituelle*. On indiquera, quand on cèdera à l'urgence et au sentiment d'humanité, que c'est à l'appel du malade, qu'il est répondu et, dans la collaboration exceptionnelle qu'il nous faudra subir, nous bornerons notre attitude à l'absolue correction déontologique.

De plus, contre le médecin mauvais confrère, dont il est ici question, le syndiqué pourra être délié, par un vote de l'Assemblée générale, de tous les égards et de toutes les obligations que nous observons entre syndiqués.

Art. IV. — La dérogation à une prescription des trois articles précédents est un cas à soumettre au Conseil de famille, afin qu'il y soit fait application des sanctions prévues à l'article VII des statuts.

TITRE V

Méthode de travail.

Au Bureau, seront annexées des commissions de deux à plusieurs membres, dirigées par un des secrétaires adjoints (ou par un syndic, ou un commissaire-rapporteur).

Ces commissions devront suivre, avec attention, chacune dans sa spécialité, les questions d'ordre professionnel, telles que : A. M. G., hôpitaux, mutualités, hygiène sociale, puériculture, accidents du travail, etc.

Ces commissions s'inspireront des travaux généraux et études collectives publiés par la presse, par les congrès, les assemblées générales, ou autres, de sociétés diverses et elles adapteront les résultats, vœux et solutions générales, aux questions et problèmes locaux, pour permettre au syndicat d'obtenir des réalisations, ou de nouer des négociations, avec toutes collectivités ou individualités compétentes.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Les incursions du pharmacien en dermato-vénéréologie.

Un danger.

Du domaine pathologique pourtant si vaste, où les exigences de la clientèle les obligeaient déjà à de nombreuses et fructueuses incursions, les pharmaciens, pendant et depuis la guerre, ont distrait à leur usage un fief où ils règnent en maîtres : celui de la dermato-vénéréologie.

Vous trouverez bien des pharmaciens qui consentent à ne pas se charger d'une bronchite, d'une affection cardiaque, d'une dyspepsie, d'un panaris, mais l'oiseau rare qui devant une efflorescence cutanée ou un écoulement urétral s'abstiendra de diagnostic ou de thérapeutique, reste encore à trouver.

Ayez la curiosité d'aller un matin aux consultations externes de l'hôpital Saint-Louis ; vous serez bientôt frappés par ce fait qu'un tiers des malades aborde le médecin consultant par cette annonce qui revient comme un refrain :

J'ai vu le pharmacien qui m'a donné une pommade et un dépuratif...

Une femme arrive en pleurs. On lui a dit qu'elle avait la syphilis. Qui ? — Un médecin ? — Non, le pharmacien.... et c'est une simple tricophytie.

Cette autre, le pharmacien la gorgea de dépuratifs pour... une phtiriase.

Tantôt c'est le pain, et tantôt c'est la viande frigorifiée qui sont incriminés pour expliquer des éruptions bizarres. Et souvent il s'agit de gale.

Cet enfant dont tout le corps, d'un jet, s'est couvert de petites vésicules louches ? N'en doutez pas puisque le pharmacien l'a dit : c'est une évolution de sang, résultante éloignée de l'incursion des derniers gothas.

Cet homme montre une roséole confluente, on lui dit : « Vous avez la syphilis ». Il se récrie indigné, et, pressé de questions il se souvient du petit bobo que le pharmacien a soigné il y a quelques semaines.

Je pourrais multiplier ces citations vécues. Qu'il me suffise d'affirmer que je viens de voir en moins de dix jours quatre malheureuses victimes de ces dangereuses consultations données au petit bonheur : trois jeunes femmes atteintes de chancre syphilitique de la lèvre supérieure, soignées pendant plus d'un mois par des pharmaciens pour « un bouton de fièvre ».

Une quatrième, enceinte de quatre mois, se présentant à la consultation du Dr Civatte (mercredi 9 juin 1920), en pleine éruption secondaire (roséole et syphilide papulo-squameuses) et dé-

clarant qu'elle est soignée depuis six semaines par un pharmacien pour des troubles digestifs.

Si l'épiderme humain n'avait à redouter que les offenses de pyocoques, de bacilles de la séborrhée, le mal ne serait pas grand, du moins pour la collectivité.

Mais il y a la syphilis, maladie protée, maladie sociale, qui fait de la consultation du pharmacien un danger public, contre lequel tout praticien à le devoir et le droit de lutter courtoisement, mais fermement et incessamment.

Pour ma part, je suis résolu désormais à adopter cette ligne de conduite en présence d'une syphilis méconnue soignée par un pharmacien : je commencerai par dégager sans réticences la responsabilité de ce dernier, et l'on comprend aisément pourquoi, puis sous un prétexte quelconque, toujours anodin, je m'informerai de l'adresse de ce pharmacien et lui écrirai pour l'informer de son erreur de diagnostic.

Et je n'oublierai pas de signer lisiblement ma lettre.

Dr G. Fassina.

II

Rastaquouérisme.

Certains confrères se demandent quelquefois si on ne fait pas fausse route en n'admettant pas « d'enthousiasme » dans nos syndicats les médecins étrangers.

Quelques-uns d'entre nous qui ont fait la guerre, alors que s'enrichissaient chez nous des médecins de nationalité douteuse, avons sur cette question l'épiderme un peu sensible.

Il faut avouer que parfois la dignité médicale française a à souffrir du rastaquouérisme de certains métèques.

Certaines banlieues sont empoisonnées par nombre de ces derniers.

Lors des élections du 16 novembre, les divers candidats furent sollicités pour que la loi sur l'exercice de la médecine fût modifiée et spécifiât que nul ne saurait exercer la médecine en France s'il n'avait satisfait à ses obligations militaires.

Où en est la question ? On ne le sait. Il ne faudrait pas croire toutefois que nous la laisserons enterrer.

En attendant, notre devoir est de démasquer les rastas cosmopolites qui aiment la France comme les pommes de terre frites... pour la manger. Un exemplaire de cette espèce, hélas ! nombreuse, se trouve dans notre voisinage.

Voyant que la renommée ne suffit pas à claironner ses mérites, le métèque en question, qui a découvert, paraît-il... tenez-vous bien ! non le fil à couper le beurre, mais le *moyen infaillible de guérir la tuberculose*, ce métèque, dis-je, se fait ouvrir les portes d'une grande revue qui s'occupe de questions d'hygiène. Du haut de cette savante Tribune, notre nouvel Hercule clame à l'univers son panégyrique.

Un illustre camarade, qui porte un nom bien connu dans la politique — un philanthrope éclairé sans doute — annonce aux lecteurs de cette Revue qu'il est enfin né, Celui qui jugulera le terrible microbe ! Rien ne résiste à la science du maître au sourire olympien ! Déloger le bacille de ses repaires, le cadrer « comme un vulgaire toro », et ensuite « l'estoquer » proprement, n'est pour lui que jeu d'enfant. Et dire que ses bourriques de confrères voudraient priver la région de cette lumière ! Telle l'étoile de l'Orient, notre M...age a enfin éclairé la route ! Vous croyez, pauvres diables, être des praticiens consciencieux, Arrière, vils détracteurs et ne persécutez plus ce pauvre martyr ! Il a tant souffert pendant la guerre.... à rançonner le « pognon » de vos clients ; actuellement il va s'égaler à Pasteur !

C'est du moins ce que dit le brave camarade en question.

Il ne nous dit pas toutefois si sa réclame humanitaire est la conséquence d'un vœu !

Et maintenant, chers confrères, vous voudriez bien savoir le nom de cet illustre savant ! Connaissez-vous le héros d'Alphonse Daudet, de Tarasconnesque mémoire ? Délectez-vous-en et assainissez en même temps votre appartement en brûlant quelques feuilles de papier.... d'Arménie.

Dr Duraud.

III

Tarif des soins aux pensionnés de guerre.

Nous sommes souvent interrogés par nos correspondants sur l'état de la question du tarif des soins médicaux aux pensionnés de guerre.

Voici deux documents qui jetteront quelque lueur sur un sujet où règnent encore, hélas ! de nombreuses obscurités.

1°

Le syndicat de Marseille a reçu de la Préfecture la lettre suivante dont nos confrères prendront acte :

« J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'il résulte d'une réponse de M. le Ministre des Pensions à une question posée par M. Ferraris, député, que le bénéfice des dispositions de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 NE SAURAIT ÊTRE ÉTENDU AUX REMÈDES DE SPÉCIALITÉS.

« Je vous prie de vouloir bien en faire part aux médecins de votre Syndicat afin que ne soit plus prescrite sur les ordonnances médicales aucune spécialité. »

— L'administration municipale a fait parve-

PRÉTUBERCULOSE et TUBERCULOSE — ἀντι φ

ANÉMIES CONVALESCENCES — ἀντι φ

ANTIPHI

Thérapeutique nouvelle : Sensibilisation + Médicaments de choix P et As

Le plus rapide Reconstituant

2 cuillerées à soupe par jour

SURMENAGES — ἀντι φ

NEURASTHÉNIES — ἀντι φ

Littérature et Échantillons :
Laboratoire de l'ANTIPHI, Roquefort (Landes).

Antiphlogistine

MARQUE DÉPOSÉE

Glycéroplasme minéral à chaleur durable

(S'emploie chauffée au bain-marie à 40° environ, recouverte de coton hydrophile, après 24 à 48 heures se détache facilement.)



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les cas de Lymphangites et Abcès du Sein.

INDICATIONS de l'*ANTIPHLOGISTINE*

Furoncles; Abcès; Phlegmons; Abcès du Sein
Angines; Laryngites; Bronchites; Pneumonie
Arthrites; Synovites; Entorses; Rhumatismes
En Gynécologie.

En Vente dans toutes Pharmacies.
VENTE EN GROS
Laboratoire de l'*Antiphlogistine*
B. TILLIER, Pharmacien, 116, Rue de la Convention, PARIS (XVe)
Téléphone : SAXE 40-89.

INSOMNIE

ESSENTIELLE ET DOULEUR ENTRAINANT L'INSOMNIE

HYPNEURAL

COS

CACHETS — COMPRIMÉS

$C^{19}H^{23}O^{4}AZ^{4}Na$

de H. LABBÉ Docteur en Pharmacie

MAISON LABELONYE
99, rue d'Aboukir PARIS — 99, rue d'Aboukir PARIS

Hypneural Cos

ANALGÉSIQUE dans un liquide froid — HYPNOTIQUE dans un liquide chaud

Echantillons sur demande

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. **Louis AUDEBERT**, *Avocat, Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Mᵉ Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

TARIF BRETON
ancien TARIF DUBIEF)

Le TARIF BRETON (ancien tarif Dubief), est édité avec son RÉPERTOIRE ALPHABÉTIQUE et mis en vente dans les bureaux du journal au prix de **1 fr.**, et *franco par poste* au prix de **1 fr. 50.**

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du *Concours Médical*, 132, faubourg St-Denis. Paris 10ᵉ, (contre chèques - Postaux Paris 167-95).

nir au Syndicat les imprimés à remplir pour le payement des honoraires des Pensionnés de guerre. S'adresser au Syndicat et y envoyer les bulletins de visite ; le Syndicat encaissera.

2°

Le docteur Henri Lamarque, président du Syndicat professionnel des médecins bordelais, nous communique la dépêche suivante du ministre des Pensions, qui lui est transmise par M. le Préfet de la Gironde :

« En réponse à votre lettre du 25 juin 1920 par laquelle vous m'avez soumis les propositions des organisations médicales de votre département, concernant les soins aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, j'ai l'honneur de vous faire connaître que j'accepte les Tarifs suivants :

« Consultation 9 francs ; visite à domicile 10 francs (pour les villes supérieures à 100.000 habitants, Arcachon et Soulac).

« Consultation 7 fr. 50 ; visite 8 francs (pour les villes inférieures à 100.000 habitants).

« Vous voudrez bien en informer les organisations médicales intéressées et leur faire savoir que la question de l'indemnité kilométrique et celle des interventions opératoires feront l'objet d'une mise au point ultérieure.

« Vous voudrez bien également leur faire remarquer que le tarif de la consultation a été très légèrement abaissé de façon à établir, entre le prix de visite et le prix de consultation, une différence que l'administration des finances estime indispensable. »

Pour le Ministre des Pensions :

Le Directeur du contentieux des travaux législatifs et des services médicaux.

Signé : VALENTINO.

(*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 8 août 1920).

IV

Syndicat médical de Montpellier

(29 *juin* 1920).

1° *Conflit médico-mutualiste de Marsillargues.*

Lecture des lettres adressées par le Syndicat Médical de Montpellier et celui de Nîmes au Dr Robert, de Saint-Laurent-d'Aigouze, qui a été sollicité afin de prendre — à l'abonnement — les S. S. M. de Marsillargues. Il y a tout lieu d'espérer que ce rappel aux principes du libre choix et du tarif à la visite fera hésiter ce confrère avant d'accepter un accord qui serait d'ailleur aussi préjudiciable aux intérêts des médecins de Marsillargues qu'aux siens propres.

2° *Conflit médico-mutualiste de Montpellier.*

Historique du conflit, qui date d'avant-guerre, et lecture de la correspondance échangée à ce sujet. L'unanimité syndicale est faite à nouveau sur cette question. Les clients mutualistes resteront considérés jusqu'à nouvel ordre comme des clients ordinaires, les mutualistes ne faisant pas de conditions spéciales au Corps Médical.

Ce serait d'ailleurs une reculade du Corps médical à Montpellier que de reprendre des pourparlers avec la mutualité sans que la question de la Clinique, cause du désaccord, soit vidée à la satisfaction du corps médical et chirurgical de notre ville.

Il est décidé de répondre à M. Warnery, président de l'*Union* des S.S.M. de l'Hérault, que le Corps médical de Montpellier ne consentira à entrer en pourparlers avec la mutualité que lorsque seront reconnus, à la Clinique mutualiste : le libre choix et le tarif à l'opération qui existaient au moment de sa création.

3° *Demande d'augmentation des médecins du Bureau de Bienfaisance.*

Depuis plus de 15 ans les médecins du bureau de Bienfaisance à Montpellier touchent un traitement de 100 francs par mois (exonération de leurs frais de déplacement). Depuis plus de 15 ans, les employés municipaux de la ville, auxquels ils peuvent être assimilés du fait de leurs fonctions, ont vu leur traitement doubler et tripler ; et ce, sans que le leur ait jamais varié malgré le coût croissant de la vie.

L'Assemblée estime que cette demande d'augmentation de traitement est amplement justifiée et décide qu'une démarche sera faite par le bureau du Syndicat auprès de l'administration du bureau de Bienfaisance et de la Municipalité, en vue d'une augmentation de leurs honoraires proportionnée au coût actuel de la vie.

4° *Création de deux sections rurales du Syndicat.*

Après rapport très documenté du Dr Goiny, le Syndicat médical de Montpellier décide la création d'une section rurale Est et d'une section rurale Ouest. En vue de la création de ces sections, le secrétaire général est chargé de convoquer sous peu tous les médecins, syndiqués ou non, de l'arrondissement de Montpellier (Montpellier excepté) en vue d'une séance plénière où les tarifs ruraux seront d'abord relevés, mis au point. et où seront envisagés ensuite dans la campagne les rapports avec les collectivités diverses.

5° *Loi des Pensions — Article 64.*

Historique des pourparlers par le Pr agrégé Delmas et le Dr Vigouroux. Ce dernier est chargé, comme suppléant du Dr Stoltz, vice-président du

Syndicat, de représenter le Syndicat au cours de la discussion de cet article dans le bureau de la Fédération. De même dans les Commissions s'occupant de l'élaboration de ces honoraires des mutilés, soit auprès des mutilés eux-mêmes, soit auprès de l'Administration préfectorale.

Lettre adressée aux membres du Syndicat.

Ce compte-rendu succinct prouve combien la vie syndicale se poursuit dans notre profession avec plus d'élan que jamais par suite des conditions sociales et des nécessités nouvelles créées du fait de la guerre.

Le nombre de nos adhérents croît sans cesse. Aidez-nous à grouper autour du Syndicat les quelques confrères encore hésitants, dont vous trouverez les noms ci-dessous ; cherchez à déterminer leur adhésion indécise. Bientôt, de cette façon, tout le Corps médical de Montpellier et de son arrondissement formera un bloc compact qui saura maintenir haut et ferme, comme toujours, le bon renom de la profession médicale en même temps que défendre légitimement vos intérêts chaque fois qu'ils se trouveront menacés.

Important à lire.

Vous devez m'adresser pour la Préfecture avant le 15 octobre tous vos bulletins trimestriels de visites (2e trimestre) extraits du carnet à souche de bons de visite des mutilés (Art. 64 de la loi des Pensions) en joignant un état nominatif et numérique dont vous conserverez le double ; et vous tarifierez chaque consultation ou visite 10 fr., d'après les instructions reçues dernièrement de l'*Union* des Syndicats médicaux de France.

Agréez, honoré confrère, l'assurance de mes sentiments bien respectueusement dévoués.

Le *Secrétaire général*,
Dr VIGOUROUX.

V

Groupe médical parlementaire.

(2 *et* 9 *juillet* 1920.)

Le Groupe Médical Parlementaire réuni au Sénat les 2 et 9 juillet 1920, a examiné le *Projet de décret pour l'application de la loi du* 9 *septembre* 1919 (*sur les sanatoriums*).

Après un long et minutieux examen de ce projet et du rapport très documenté de M. le Dr GOY, sénateur, une délégation du Groupe a été reçue le 20 courant par M. le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène Publiques au Ministère.

Cette délégation composée de MM. le Dr CHAUVEAU, Président du Groupe Médical, Dr Gilbert LAURENT, député, secrétaire général, GOY et MERLIN, sénateurs, a demandé et obtenu diverses modifications et simplifications du texte primitif, modifications de détail, sans doute, mais intéressantes cependant et qu'il serait trop long d'énumérer.

Elle a en outre insisté pour que :

1° Fassent de droit partie de la Commission de 9 membres, chargée d'examiner et classer les candidats au titre de médecins des sanatoriums publics : *a*) un représentant de la Faculté ou Ecole de Médecine de la Région à laquelle appartient le sanatorium ; *b*) un représentant de l'Association Générale des Médecins de France ; *c*) un représentant de l'Union des Syndicats Médicaux.

2° Qu'un membre de la Faculté de Médecine fasse partie de la Commission de 5 Membres instituée auprès du Ministre de l'Hygiène pour donner son avis sur les fautes commises et les sanctions à appliquer aux médecins.

3° Que la surveillance et le contrôle des sanatoriums publics et assimilés, confiés aux Préfets, s'exerce, non par l'intermédiaire des Inspecteurs départementaux d'Hygiène, mais par le Professeur d'Hygiène de la Faculté ou Ecole de Médecine la plus rapprochée du sanatorium.

La délégation a également demandé que la 4e classe de Médecins adjoints et de Médecins chefs soit supprimée et que les débuts soient portés à 9.000 fr. et 14.000 fr. Cette dernière décision dépend d'ailleurs de M. le Ministre des Finances.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Etre ou ne pas être.

Nous voici au lendemain du vote de la loi sur l'invalidité-maladie, nous avons obtenu satisfaction sur les principes qui nous tiennent tant au cœur : libre choix du médecin, payement à la visite. Mais quel sera le payement à la visite, s'il n'est pas inscrit dans la loi ou ses circulaires explicatives que le payement sera effectué selon un tarif en rapport avec les conditions économiques ?

Le payement sera-t-il de 0.25 centimes ou de 10 fr. la visite, ou un chiffre intermédiaire ? Reverrons-nous les tarifs établis dans les sociétés de secours mutuels avant ou même après guerre. Car ne l'oublions pas, la mutualité vise au monopole de l'application de la loi sur l'assurance obligatoire et l'invalidité-maladie et nous la trouverons en face de nous quand nous aurons à discuter la rémunération des médecins.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs:

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Goddard, Kent-Gazet, Lel..ng.
Allevard-les-Bains, Boël.
Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Dresch, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. H. Bène.
Bagnoles-de-l'Orne. J. Arnaud, Joly, Pesnel.
Barèges. Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy, Bellœuf, Compin.
Bourbon - L'Archambault. Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains, Colbert. — Hamant.
Capvern Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, Bayrac, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Baillivet.
Eaux-Bonnes. Bajac.
Enghien-les-Bains. Bevrand.
Evaux-les-Bains. J. Gruzu, Lepage.
Evian, L. Dalard, Martinaud.
Forges-les-Eaux. Bernardicou
Gréoux (Basses-Alpes). C. Mathieu, Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule. Christin, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot.
Luchon, Drouet (Régime), Dutech, Germès. Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Pelon
Luxeuil-les-Bains. Bornèque, Cugnier, Gauthier. Picot, Rimey.
Martigny. Dedet. Payen.
Mont-Dore J. André, Débidour, Dubruel, Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard. Gillot. Hagen, de Langenhagen, Tr..elle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert
Royat. Chassagna.d. Mougeot,
Salins-les-Bains Bourny.
Salies-de-Salat. Barbé.
Saint-Didier, (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Alphonsi. Baradat. E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte. Odin. Ségard.
St-Nectaire Serane, Siguret, Versepuy.
St-Sauveur. Sabail.
Salies-de-Béarn. Callais, Coustère. David, Reynaud.
Sermaize-les-Bains. Rousselot.
Thonon-les-Bains, Vuillaume.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains, Chabannes, David.
Vichy. Cahen, Casteran, Chevreux, Cotar, Gannat, Guiuard, Gandelin, Reynes, Ed. Vidal.
Vittel, Constant, Mousseaux.

Nous savons déjà les difficultés actuelles quand nous voulons lutter contre son exploitation éhontée et nous affranchir de ses exigences, que sera-ce si un jour elle devient pour ainsi dire un service d'Etat ?

Nous connaissons les bases des projets de loi sur l'assurance maladie obligatoire et l'invalidité. Ils diffèrent tous par des points de détail, mais présentent dans l'ensemble la même structure.

Il s'agit de prélever sur le salaire annuel de l'ouvrier une somme minime, doublée par un versement analogue du patron, arrondie d'un versement de l'Etat. Le nombre des assurés obligatoires représentant presque le tiers de la population ces prélèvements minimes arriveront en fin d'année à représenter une somme importante, se chiffrant par millions. Mais nous savons avec quelle facilité a fondu le milliard des Congrégations et plus récemment les milliards des pays dévastés. Méfions-nous !

On va s'hypnotiser sur l'énormité de la somme, ce sera le pendant des 600.000.000 de la Mutualité et plus près de nous des 7 millions de l'Association générale des médecins de France. Il ne suffit pas de s'extasier sur la colonne des recettes, il faut envisager la page des dépenses et voir à quel chapitre elles s'imputent en tenant compte de nos mœurs bureaucratiques actuelles.

Avec les cotisations ouvrières, patronales étatiques, il faudra assurer les soins médicaux et chirurgicaux, et pharmaceutiques, au malade et à sa famille, payer les appareils ; s'il est hospitalisé, payer les frais d'hospitalisation. Pendant la maladie de l'intéressé, il faudra verser les secours de chômage pour la nourriture et l'entretien du malade et de sa famille.

Il faudra créer des maisons de convalescence pour le malade hors d'état de reprendre son travail. Il faudra établir des dispensaires de prophylaxie sociale, des hôpitaux spéciaux, marins, thermaux, etc., il faudra établir des sanatoria, des colonies agricoles, des maisons de campagne pour colonies scolaires, etc.

Tout ceci pour les soins couverts par l'assurance-maladie ; mais si la maladie se prolonge, si l'affection est incurable, il faudra faire des rentes au malade et à sa famille jusqu'à l'âge où il pourra toucher sa retraite ouvrière.

Ajoutez à ceci la construction de somptueux bâtiments pour lesquels l'argent ne compte pas, exemple : l'imprimerie nationale à Paris ; ajoutez encore une bureaucratie multiple, encombrante et grassement payée, depuis les places de directeurs d'hôpitaux ou de sanatoria pour députés blackboulés et les emplois de chefs de bureaux ou d'employés pour agents électoraux.

Voilà resumées les charges de l'assurance-maladie. Mais je m'aperçois que j'ai oublié une chose, les honoraires médicaux. Mon erreur était de minime importance. Quand on aura doté tous les services et tous les traitements créés par la loi nouvelle, que restera-t-il pour le médecin ; comme toujours ; la peau. N'oubliez pas que les assujettis à la loi seront tous les salariés ayant des salaires de 4.000 à 8.000, selon l'importance des localités, d'après les différents projets de loi, c'est-à-dire presque toute notre clientèle. Ajoutez à ceci qu'on propose d'y ajouter des assurés facultatifs, classe dont les salaires pourraient dépasser 8.000 fr.

Alors que vous restera-t-il, vos yeux pour pleurer..., à moins que vous n'interveniez dans les discussions qui vont s'ouvrir et qui fixeront le sort de la profession.

To be or not to be.

Dr Vimont.

AUTOMOBILISME PRATIQUE

Le véhicule médical en 1920, 1921...

IV

Après avoir parlé de la transmission, nous devons sans plus tarder aborder le chapitre du changement de vitesse, qui lui est connexe.

Nous avons même vu qu'en certaines occasions ces deux questions n'en faisaient qu'une, comme pour les courroies avec poulies extensibles, à rejeter du reste.

Nous en dirons autant, mais avec plus d'hésitation, du changement de vitesse et de la transmission par plateaux de friction. Lorsqu'il s'agit de véhicules légers et bon marché, ce dispositif est très défendable ; avec un bon deux ou trois cylindres, l'entraînement n'est plus saccadé comme dans le vieux mono et il y a moins de prise au glissement. Nous savons qu'au moins une marque en Angleterre fait de brillantes affaires sur ce principe et que beaucoup d'autres l'ont adopté, de même que chez nous.

Les réalisations sont multiples ; tantôt il y a deux plateaux à angle droit ou inclinaison variable, tantôt 3 plateaux, ou des cônes.

C'est également très simple, progressif, bon marché, silencieux ; on a trouvé pour les surfaces en contact des compositions assez résistantes et faciles à remplacer du reste, mais c'est justement ces remplacements qui sont ennuyeux pour le médecin qui a déjà à faire face à beaucoup d'autres réparations. On nous dit bien qu'on peut faire au moins dix mille kilomètres avec la même garniture, mais nous ne le croyons pas, surtout en pays de montagne, et il suffit de démarrer un peu brusquement en côte

pour faire de gros dégâts à sa « friction », comme cela peut nous arriver chaque jour dans un mouvement d'énervement ou de fatigue nerveuse ; vous voyez les aléas de ce côté ; de plus le rendement n'est pas merveilleux et, en fin de compte, nous ne savons pas de quel côté est l'économie sur le bon vieux système classique, car avant tout ayons un bon rendement — voir essence.... — quitte à dépenser quelques centaines de francs en plus à l'achat.

Donc, malgré la tentation de nous affranchir de la boîte de vitesses à engrenages, nous n'y succomberons pas.

Il nous faut du robuste et réduire partout où nous le pouvons l'usure au minimum, de façon à avoir le moins de réparations et d'immobilisations possible, sans toutefois aller jusqu'à un prix exagéré de première mise, par crainte de l'amortissement, formidable alors. Une juste moyenne à tenir, c'est là le difficile ; puissent ces articles aider à fixer les limites du véhicule vraiment économique et pratique qui constitue maintenant la moitié de notre budget à la campagne.

Ainsi, adoptons une boîte de vitesses à engrenages qui, bien menée, peut durer plusieurs années, autant que la voiture presque. Nous supposons que nous savons tous changer de vitesse, bien que ce soit assez difficile ; sinon, il faut de toute urgence demander une ou deux bonnes leçons ; si l'on sait s'y prendre, il n'y aura pas le moindre grincement, si désagréable à entendre et si meurtrier du reste, même pour le meilleur acier.

Il existe, il est vrai, d'autres systèmes où les engrenages sont toujours en prise, donc impossibilité de les détériorer autrement que par l'usure normale, mais ils sont d'une construction coûteuse et ont beaucoup de pièces en mouvement ce qui, dans un bain d'huile, donne naissance à un barbotage intense qui n'est pas sans nuire au rendement.

Nous en dirons autant des types planétaires où des pignons satellites tournent à des vitesses différentes suivant le jeu d'engrenage freiné. Nous en avons déjà parlé à propos de la motocyclette, mais ici une complication supplémentaire surgit : alors qu'avec la moto il n'y a pas de marche arrière, en automobile nous voyons qu'elle est nécessaire, quoi qu'en disent certains théoriciens pour véhicules militaires.

Nous avons l'expérience de dix mille kilomètres faits avec un engin à deux vitesses avant seulement, et, malgré un fort braquage et un petit empattement, nous nous sommes senti ridicule à plusieurs reprises quand il nous fallait manœuvrer à bras, sans compter que dans la boue ou au milieu des voitures, l'exercice n'est ni facile, ni intéressant.

Or, avec le système planétaire, on ne peut jusqu'à présent dépasser trois rapports de vitesses sans inconvénients sérieux — voir plus haut, — de sorte que si nous avons une marche arrière, il ne nous restera que deux vitesses avant : nous montrerons plus tard que c'est insuffisant, à moins de ne pas sortir des vrais pays de plaine où le 7 % par exemple, sera tout à fait exceptionnel et de peu de longueur.

Partisan absolu de trois vitesses minimum et écrivant pour la majorité, nous adopterons la boîte classique à 2 ou 3 balladeurs — pour avoir des axes courts, robustes et peu vibrants — avec commandes par leviers centraux de façon à simplifier le montage et éviter les déréglages et influences fâcheuses de la torsion du châssis, inévitable.

On fait actuellement de tout petits leviers montés sur rotule qui se manœuvrent très aisément, car on n'a pas comme autrefois à s'arrêter à des crans plus ou moins nets ; on pousse carrément, à fond, en inclinant soit à droite, soit à gauche ; il n'y a plus de faux mouvements, même pour un homme très moyennement habile : or, professionnellement, nous devons être au-dessus de la moyenne.

Ces petits leviers centraux — changement de vitesse et frein — ne nous gêneront pas, et comme la conduite à gauche est de plus en plus adoptée, avec juste raison, depuis que le code de la route, en discussion dernièrement, est resté inchangé, ils se trouveront tout naturellement à main droite, comme autrefois.

Que préférer comme embrayage ?

Tous les systèmes bien exécutés sont bons ; le vieux cône cuir même se défend, surtout sous la forme inversée : il a pour lui sa simplicité et sa facilité relative de remise à neuf ; contre lui, sa grande inertie qui gêne parfois pour changer les vitesses, à moins de mettre des freins d'embrayage, ce qui le complique.

Les plateaux garnis de « Ferodo » ou composition similaire — amiante, cuivre, etc., — sont également très sûrs et se font de plus en plus ; mais n'oublions pas que sur les autobus de Paris, soumis à des épreuves effroyables, on emploie depuis fort longtemps avec satisfaction le type à petits disques multiples en tôle ondulée, très progressif et presque inusable, qu'on peut monter, soit à sec en alternant avec un disque dur et un disque plus mou, soit avec un bain d'huile.

Pour un service très dur en montagne, c'est à cette dernière solution que nous donnerons la préférence : l'inertie en est faible et les vitesses se passent très aisément, ce qui a bien son avantage.

Nous avons vu que des pneumatiques de 650 × 90 sont amplement suffisants pour nos quatre cents kilos à vide, mais à propos de cette question, nous nous élèverons encore con-

tre cette mode des roues pleines, surtout avantageuses pour le constructeur, mais bruyantes, lourdes, peu souples, fatiguant le mécanisme et donnant une moins bonne suspension ; gare aux trottoirs également ou aux ornières, car un voile se produira vite. Pour le lavage seul, il y a facilité évidente, mais on pourra très bien faire comme en Angleterre, rapporter sur ses roues à rayons de légères flasques en aluminium, un peu plus coûteux ? oui encore, mais combien vite rattrapé par la moindre usure des pneumatiques et de l'ensemble, sans compter celle du conducteur.

Les types en tôle emboutie à gros rayons soudés à l'autogène ne sont pas mal, mais coûtent très cher et sont du reste moins souples et légers que la roue à petits rayons ordinaires ; donc, nous en resterons à cette dernière, même sans plaques aluminium ; avec un jet d'eau et une grosse éponge on a vite fait un nettoyage satisfaisant.

Naturellement ces roues seront amovibles, nous savons bien qu'il en coûtera un peu plus, mais nous médecins nous sommes souvent pressés et devons avoir les mains propres ; or, on se salira évidemment moins à changer une roue qu'à s'escrimer contre une enveloppe récalcitrante et boueuse parfois.

Cependant, avec un véhicule léger, la crevaison sera rare et à la rigueur nous pourrons nous tirer d'affaire avec une ou deux chambres à air de rechange, ou une jante auxiliaire.

(A suivre.)

Dr de VAUBERCEY,
Miribel
(Ain).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations.

— Subventions en faveur des études médicales. — Conformément aux conclusions d'un rapport de M. Calmels, au nom de la 5e Commission, le Conseil municipal de Paris vient de voter à titre de subventions spéciales en faveur des études médicales un crédit global de 357.600 francs.

Ce crédit devra être partagé d'après les affectations suivantes :

1° Laboratoires individuels, 135.550 francs ;

2° Laboratoires centraux de radiographie et d'électrothérapie, 127.265 francs ;

3° Bibliothèques médicales (achat et entretien de livres, publications périodiques), 19,600 francs ;

4° Bourses de voyage, 9.000 francs ;

5° Amphithéâtre d'anatomie (Clamart), 2.400 francs ;

6° Musées des divers établissements, 42.160 francs ;

7° Réserve, 21.625 francs.

— Hygiène et propreté n'ont pas de classes sociales. Et si le cabinet de toilette est nécessaire au bourgeois, combien plus doit-il l'être au travailleur, qui a besoin de se débarrasser quotidiennement de la crasse et de la sueur du travail ! — Madeleine VERNET. (*Progrès civique.*)

4e Conférence interalliée pour l'étude des questions intéressant les invalides de la guerre. — Cette conférence aura lieu à Bruxelles du 19 au 24 septembre, au Palais des Académies, place du Palais.

Les adhérents à la conférence seront répartis en 8 sections.

La 1re : prothèse du travail et adjuvants mécaniques du travail.

La 2e : indemnisation des invalides.

La 3e : emplois réservés.

La 4e : relations entre valides et invalides.

La 5e : associations d'invalides.

La 6e : assistance aux invalides implaçables.

La 7e : protection interalliée des invalides.

La 8e : invalides tuberculeux.

Le droit d'admission à la conférence est fixé à 25 francs.

Le résumé (ne dépassant pas une page, conclusions comprises) des rapports sur les questions ressortissant aux travaux des sections susmentionnées sera remis aux adhérents en anglais, en flamand, en français et en italien. Il sera traduit par les soins du Comité d'organisation.

Les rapporteurs généraux feront une analyse sommaire des rapports des adhérents dans leur rapport général.

Les mémoires des rapporteurs généraux devront être envoyés, à Bruxelles, au plus tard avant le 1er septembre 1920.

Ils seront adressés à M. B. Reisdorff, secrétaire général de la conférence, 31, rue de la Chancellerie, à Bruxelles.

A la conférence sera annexée une exposition qui ne comprendra qu'une seule section : prothèse du travail et adjuvants mécaniques du travail. Le produit du travail des invalides ne sera pas admis à cette exposition.

Tout matériel destiné à l'exposition doit être envoyé au siège de la conférence, au plus tard avant le 1er septembre 1920.

Chaque délégation nationale assurera le groupement et l'envoi du matériel à exposer par ses nationaux.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Comité permanent iuterallié, 102, rue du Bac, Paris.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (Amphithéâtre Trousseau et Bichat). — *Sur les notions récentes de clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire au diagnostic.* Programme du cours de revision (septembre-octobre 1920).

Vendredi 24 septembre 1920, 9 h., M. Maurice Villaret : « Comment on doit pratiquer l'examen clinique d'un malade atteint d'affection hépatique ». — 10 h. ½, M. Paul Descomps : « Notions générales de bactériologie pratique ».

Jeudi 30 septembre, 9 h., M. Herscher : « Notions cliniques récentes sur les ictères. Spirochétose ictérigène ». — 14 h. ½, M. Chabrol : « Notions générales sur les ictères par hyperhémolyse. Recherche de la résistance globulaire. Les hémoglobinuries ».

Vendredi 1er octobre, 9 h., M. Maurice Villaret : « Comment on doit pratiquer l'examen clinique d'un hémiplégique. Les notions récentes sur les séquelles nerveuses des traumatismes crânio-cérébraux ». — 14 h. ½. M. Dumont : « Notions récentes sur le diagnostic de la tuberculose par les procédés de laboratoire. Les mycoses ».

Samedi 2 octobre, 9 h., M. Saint-Girons : « Notions récentes sur le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire ». — 14 h. ½, M. Saint-Girons. « Notions récentes sur le diagnostic et le traitement des épanchements pleuraux. Les infections pleuro-pulmonaires traumatiques. Notions nouvelles sur la grippe. Les accidents causés par les gaz ».

Lundi 4 octobre, 9 h., M. Jomier : « Comment on doit pratiquer l'examen clinique d'un malade atteint d'une affection du tube digestif ». — 14 h. ½, M. Deval : « Notions récentes sur le chimisme gastrique et intestinal ». — 16 h. ½, M. Dumont : « Diagnostic de la fièvre typhoïde par les procédés de laboratoire ».

Mardi 5 octobre, 9 h., M. Lippman : « Notions récentes cliniques, thérapeutiques et crénothérapiques sur les affections cardiaques ». — 14 h., ½, M. Khoury : « Notions cliniques et thérapeutiques récentes sur les affections de l'appareil circulatoire périphérique. Les hypertensions. Les aortites. Les anévrismes de l'aorte ». — 16 h. ½, M. Maurice Villaret : « Comment on doit pratiquer l'examen clinique d'un paraplégique, d'un tabétique ».

Mercredi 6 octobre, 9 h., M. Herscher : « Comment on doit pratiquer l'examen clinique d'un malade atteint d'affection rénale. Procédés récents d'exploration des reins ». — 14 h. ½, M. Deval : « Notions pratiques sur l'analyse chimique des éléments anormaux de l'urine ». — 16 h. ½, M. Henri Bénard : « Notions cliniques et bactériologiques récentes sur le paludisme, les dysenteries, le typhus exanthématique ».

Jeudi 7 octobre, 9 h., M. Maurice Villaret ; « Les attitudes pathologiques des membres et les troubles de la marche dans les lésions des nerfs périphériques » — 14 h. ½, M. Dufourmentel : « Comment on doit pratiquer l'examen clinique de l'oreille, du larynx, des cavités faciales ». — 16 h. ½, MM. Guilleminot et Gérard : « Notions générales sur la technique et l'interprétation de l'électro-diagnostic. Notions d'électrothérapie ».

Vendredi 8 octobre, 9 h., MM. Guilleminot et Lagarenne : « Notions générales sur l'application des rayons X et du radium au diagnostic clinique et à la thérapeutique». — 14 h. ½, M. Deval : « Notions récentes sur l'analyse chimique du sang ». — 16 h. ½, MM. Durey et Dausset : « Notions récentes sur la kinésithérapie dans les affections douloureuses. Les procédés nouveaux de thermothérapie ».

Samedi 9 octobre, 9 h., M. Saint-Girons : « Notions cliniques et thérapeutiques récentes sur les syndromes endocrines ». — 14 h. ½, M. Paul Descomps : « Globules rouges : notions générales sur les caractères hématologiques des anémies. Globules blancs (les leucémies) : notions sur leur diagnostic hématologique ». — 16 h. ½ M. Henri Bénard : « Notions cliniques récentes sur l'encéphalite épidémique ».

Lundi 11 octobre, 9 h., M Brin : « Notions pratiques sur les nouveaux procédés de diagnostic clinique et de traitement de la syphilis ». — 14 h. ½, M. Henri Bénard. « Notions pratiques sur les réactions de fixation : Principes, techniques et variétés de la réaction de Bordet-Wassermann ».

Mardi 12 octobre, 9 heures, M. Paul Descomps : « Les notions nouvelles sur les réactions méningées : Diagnostic et traitement des méningites aiguës et chroniques. Notions sur l'examen cytologique et bactériologique du liquide céphalo-rachidien. Les méningocoques ». — 14 h., M. Comandon : « Séance de projections de cinématographie ultra-microscopique ». — 15 h. ½, M. Maurice Villaret : « La rééducation fonctionnelle et professionnelle des blessés du système nerveux (projections cinématographiques) ».

Un voyage d'étude de cinq jours sera organisé les 25, 26, 27, 28 et 29 septembre 1920, à Evian et aux stations hydro-minérales de la Haute-Savoie (Saint-Gervais, Aix-les-Bains, etc.), sous la direction des professeurs du cours.

Pour connaître les conditions et le programme détaillé du voyage, s'adresser à M. Paul Descomps, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

délibération prise le 17 octobre 1919 par la Commission administrative de l'hôpital-hospice de votre commune au sujet de la nomination d'un médecin radiographe, en vous faisant connaître qu'il ne m'est pas possible d'y donner mon approbation.

Il résulte en effet de la circulaire ministérielle du 15 décembre 1899, dont un exemplaire a été adressé à l'établissement le 18 mai 1900, que les médecins et chirurgiens des hôpitaux doivent être nommés au concours partout où cela sera possible et que les préfets ne devront donner leur agrément à une nomination faite sans concours que lorsqu'il leur sera démontré que ce *concours ne peut pas être constitué.*

D'autre part, une circulaire du 9 août 1904, adressée par M. le Ministre de l'Instruction publique aux doyens des Facultés de médecine, les informe que « dans le cas où les commissions administratives des hôpitaux s'adresseraient à leurs facultés pour l'organisation du concours institué en vue du recrutement d'un personnel médical hospitalier, ils étaient autorisés à s'entendre avec elles à cet effet ».

En présence d'instructions aussi formelles, je ne peux que vous prier de vouloir bien appeler la Commission administrative de l'hôpital-hospice à décider que le médecin radiographe de cet établissement sera recruté par voie de concours et à s'entendre pour l'organisation de ce concours, avec M. le doyen de la faculté de médecine de P.

Le préfet,
Signé : X.

II

2° *nomination avec interprétation du texte de la loi.*

M. le président donne connaissance à la Commission administrative, de la lettre suivante que lui a fait parvenir M. le préfet, relativement à la nomination de M. le docteur X..., en qualité de médecin radiographe attaché à l'hôpital-hospice.

L'Assemblée hospitalière appelée à délibérer :

Considérant que le recrutement du personnel médical peut s'effectuer, soit par la voie du concours, soit directement par le droit de nomination conféré aux commissions administratives, conformément aux dispositions de la loi du 7 août 1851.

Attendu que la circulaire du 15 décembre 1899 ne peut modifier ces dispositions et que, même prise dans son sens étroit, celle-ci ne rend pas le concours obligatoire. Cependant on peut dire que la dite circulaire. dans son esprit, laisse entendre qu'il est désirable de recourir au concours et de substituer ce mode de recrutement au pouvoir discrétionnaire des Assemblées hospitalières.

D'autre part, considérant que la constitution d'un concours en vue de la nomination d'un médecin-radiographe suppose un emploi rétribué ainsi qu'une iastallation complète de radiologie : or, un service de cette nature entraînerait des dépenses fort onéreuses et la situation financière de l'établissement ne permet pas de réaliser un pareil projet, si intéressant soit-il,

Attendu que M. le docteur X... possède un matériel portatif et un outillage des mieux conditionnés ; qu'il a bien voulu le mettre à la disposition de l'hôpital, et que lui-même se charge d'assurer le service radiologique, sans rémunération, ni honoraires.

Attendu que celui-ci, ancien médecin-chef du centre de physiothérapie-électro-radiologie de la IIe région, de 1915 à 1919, et résidant dans la localité depuis plusieurs années, donne toutes les garanties de capacité et de qualités professionnelles.

Enfin attendu qu'aucun autre candidat ne s'est présenté.

Par ces motifs.

Estime que dans ces conditions il n'y a pas lieu de songer à organiser un concours pour la nomination d'un médecin-radiographe de l'hôpital-hospice, étant donné que le médecin titularisé à la suite du concours, ne pourrait exercer sa fonction qu'autant qu'il serait lui-même possesseur d'une installation portative et qu'il voulût également mettre celle-ci à la disposition de l'hôpital.

En conséquence, décide à l'unanimité de maintenir M. le docteur X... en qualité de médecin-radiographe attaché à l'hôpital-hospice et prie M. le Préfet de vouloir bien donner son agrément à cette nomination.

Avis donné sur demande de la Commission par les médecins de l'hôpital.

à Monsieur le Président et Messieurs
les membres de la Commission administrative.

En réponse à la lettre de M. le Préfet que vous nous avez envoyée en communication, nous avons l'honneur de vous faire connaître que :

1° ....

2° Nous avons demandé depuis longtemps qu'un service de radiologie soit installé à l'hôpital, car ce moyen de diagnostic et de traitement précieux est devenu aujourd'hui un rouage indispensable dans tout l'hôpital. Un devis avait été fourni en 1913 par M. Gallot, ingénieur de la maison Gaiffe, la guerre survenue a empêché de réaliser ce projet. Notre confrère le docteur X..., a bien voulu depuis quelques mois assurer ce service, en mettant à la disposition de l'hôpital tout son matériel *et ce service fonctionne ainsi à la satisfaction de tous, médecins et malades.*

Nous estimons qu'il n'y a pas lieu, pour le moment du moins, de songer à *ouvrir un concours* pour la nomination d'un radiographe, car cela pourrait entraîner des dépenses fort onéreuses. Si le médecin titularisé à la suite de concours ne possède pas une installation portative, ou ne veut pas la mettre à la disposition de l'hôpital, il y aurait lieu en effet d'envisager la création d'un poste fixe de radiographie et cela entraînerait une dépense qui atteindrait au moins vingt mille francs. L'état des finances de la ville ne permet pas de se lancer dans une pareille dépense.

Signé : Dr X...
Dr Y...

Réponse.

Le préfet est dans l'erreur : il n'a pas à approuver la décision de la commission administrative de l'hôpital nommant un médecin : son intervention ne peut se manifester qu'au cas de révocation. Ceci découle des termes de l'article 11 du règlement modèle du 25 décembre 1899, reproduisant l'article 14 de la loi du 7 août 1851

et ainsi conçu : « La commission nomme... les « médecins et chirurgiens ; mais elle ne peut le « révoquer qu'avec l'approbation du préfet, »

L'article 11 du règlement modèle donne en note : « La commission administrative peut ins- « tituer, et il est extrêmement désirable qu'elle « institue un concours préalable à la nomina- « tion des médecins et chirurgiens titulaires « et adjoints. »

Mais cette note n'est donnée qu'à titre d'insdication, et non pas comme un ordre venant modifier la loi de 1851.

Conclusion : la commission administrative de votre hôpital n'a qu'à considérer comme nul et non avenu le refus d'approbation du préfet et elle n'a qu'à passer outre. Une opposition du préfet serait susceptible de la formation d'un recours en Conseil d'Etat, pour excès de pouvoir.

Dr P. B.

Accidents du travail.
Honoraires d'expertise.

Un ouvrier est victime d'un accident de travail dans le Nord en 1911, incapacité de 30 %. La guerre arrive, l'ouvrier est prisonnier avec les boches, et ce n'est qu'aujourd'hui que l'assurance demande la révision. Elle me commet comme médecin, l'ouvrier étant réfugié ici. Je voudrais savoir :

1° Quels honoraires demander pour cette sorte d'expertise.

2° L'état du blessé est stationnaire : rétraction de 2 doigts dans la paume de la main : sa rente de 30 % doit donc être maintenue. Sera-t-elle définitive ? Y aura-t-il une nouvelle révision ? Cette rente continue-t-elle à être basée sur le salaire de 1911, ou, si elle est définitive, sera-t-elle basée sur le salaire actuel ?

Dr H.

Réponse.

Le tarif que vous devez appliquer est le tarif civil des médecins experts, établi d'après le décret du 16 février 1807, c'est-à-dire :

1 vacation pour prestation de serment 6 fr.

n vacations de 3 heures pour examen du blessé : 6 fr. x n.

p vacations pour examen du dossier : 6 fr. x p.

1 vacation pour déposer le rapport : 6 fr.

En envoyant votre mémoire d'honoraires, vous devez joindre le réquisitoire vous nommant expert. Envoyez le tout avec votre rapport.

Après votre examen, la rente sera définitive, puisque les trois ans prévus par la loi seront écoutés.

Le blessé touche la rente qui lui a été allouée en 1911, sur le salaire qu'il touchait à cette époque.

Dr P. B.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Le clapotage gastrique,

Par le Dr A. Satre (de Grenoble).

La recherche de l'état des parois stomacales chez les gastropathes présente un intérêt de tout premier plan. Pour l'étudier, il est utile de provoquer, par la palpation, le *bruit de clapotage*, dont la signification clinique est fort importante.

Le bruit de clapotage décrit déjà par Chomel sous le nom de *succussion digitale*, et mentionné de nouveau par Audhoui, a été surtout étudié par Bouchard, qui en a indiqué la fréquence et en a élargi la valeur sémiologique.

Le bruit de clapotage, analogue à celui que l'on produit en agitant une bouteille à moitié pleine, s'obtient chez certains individus en déprimant, par une série de secousses légères, brusques et répétées, faites au moyen des pulpes des quatre derniers doigts réunis, la région épigastrique. Ce bruit est plus ou moins intense selon les cas. Parfois la perception auditive s'accompagne d'une sensation tactile produite au niveau des doigts de l'observateur par le choc en retour, du liquide qui a été refoulé par la dépression subite des parois abdominale et gastrique. Mais celle-ci ne se produit que lorsque le clapotage est assez prononcé et non pas lorsqu'il est peu marqué.

On fait apparaître un bruit analogue, dit *bruit de succussion*, en prenant le tronc à pleines mains et en le secouant fortement, le bruit se produit toujours quand existe le bruit de clapotage. Il doit, à notre avis, être constamment recherché en même temps que lui, car il en confirme la réalité et la valeur.

Le bruit de clapotage indique que l'estomac contient une certaine quantité de liquide, mais il ne se perçoit pas dans tous les cas où cette condition est remplie. Pour qu'il se produise, il faut, d'abord, que les parois abdominales soient bien relâchées ; il faut aussi, et surtout, que la tension intra-stomacale soit insuffisante, ce qui est dû essentiellement à l'affaiblissement de la tonicité des parois du viscère. C'est en somme un signe *d'atonie de l'estomac.* Dans tous les cas, *normaux* ou *pathologiques*, où la tunique musculaire de l'estomac, petit, moyen ou grand, a conservé sa contractilité et son élasticité, le clapotage ne se produit pas. Même quand, pour une raison quelconque, la tension stomacale est suffisante, le clapotage manque. Par exemple, chez certains malades atteints de sténose du pylore avec rétention alimentaire prononcée, on ne peut produire le bruit de clapotage, alors que le cathétérisme permet d'évacuer une importante quantité de liquide. Cela est dû à l'une ou l'autre ou aux deux raisons suivantes : d'une part, la tension stomacale est accrue par la présence de gaz plus abondants

dégagés des résidus stagnants et fermentant dans ce viscère ; et d'autre part, il se produit fréquemment une hypertrophie des parois gastriques pour lutter contre l'obtsacle pylorique. En diminuant la tension intra-stomacale par l'évacuation d'une partie des liquides et des gaz contenus dans le viscère, on peut produire le clapotage, absent quand l'estomac se trouvait en tension.

Le clapotage stomacal, même très léger, est caractéristique et ne peut être méconnu par une oreille exercée. Les bruits analogues que l'on peut produire par la palpation de l'intestin présentent avec lui de sensibles différences. Ceux-ci sont désignés sous les noms de *borborygmes* ou de *gargouillements*. Les *borborygmes* sont des bruits purement gazeux, non humides, qui résultent du refoulement des gaz intestinaux d'une anse dans une autre à travers une partie plus étroite (coudure). Les gargouillements sont des bruits plus humides qui donnent l'impression d'une explosion de bulles gazeuses venant crever à la surface d'un liquide. D'ailleurs, pour provoquer ces deux bruits, la manœuvre à employer n'est pas la même que pour produire le clapotage. On les provoque, en effet, non par une série de petites secousses brusques et rapprochées, mais en déprimant une seule fois et lentement la paroi abdominale. Nous avons bien souvent essayé, dans des cas de diarrhée profuse, de provoquer le clapotage au niveau de l'intestin, et même au niveau du cæcum, nous n'avons pu l'obtenir. Cela tient sans doute à ce que la couche liquide contenue dans un segment de l'intestin est d'une trop faible épaisseur pour que sa vibration puisse lui donner naissance.

Il faudrait cependant (d'après Quénu et Judet) faire une exception pour les cas de dilatation intestinale consécutive à une obstruction. Les anses intestinales dans ces cas sont souvent assez distendues pour que la palpation puisse y déterminer du clapotage. Ces cas sont faciles à distinguer par leurs symptômes tout à fait caractéristiques.

La seule existence du bruit de clapotage est l'indice d'un état pathologique, l'atonie gastrique. Mais il ne suffit pas de le constater, il faut encore rechercher dans quelles conditions et dans quelle étendue de la paroi abdominale on peut l'observer.

Il importe d'abord de rechercher à quelle distance des repas on peut en provoquer l'apparition. En cherchant à des heures de plus en plus éloignées des repas le clapotage, on se rend compte, assez exactement, de la rapidité plus ou moins grande avec laquelle se fait l'évacuation de l'estomac, et par conséquent on peut juger du degré de l'insuffisance motrice de cet organe.

En second lieu, il faut étudier dans quelles limites se produit ce bruit, pour reconnaître, d'une part si l'estomac est augmenté de volume, et, d'autre part, avec quelle facilité il se laisse distendre et avec quelle énergie il peut se rétracter quand il se vide. Pour cela, on cherche quelle est la limite inférieure

au niveau de laquelle on peut le produire. On provoque donc des secousses sur la paroi abdominale en allant de bas en haut, et l'on s'arrête au moment où l'on perçoit le clapotage. En réunissant à l'aide d'une ligne les points ainsi obtenus, on a la limite inférieure de l'estomac. Cette exploration, pour donner des résultats utiles, devra être faite à plusieurs moments de la journée, tantôt après les repas, tantôt à distance des repas, tantôt à jeun. A ce moment, si le clapotage ne se produit pas spontanément, il sera bon de faire boire au sujet en observation un quart de verre d'eau pour le faire apparaître'.

Dans l'appréciation des données ainsi obtenues, il y a lieu de tenir compte d'une cause d'erreur signalée par Soupault et reproduite par divers auteurs : Mathieu, Hayem, Legendre. L'estomac repose sur l'intestin comme sur un coussinet gazeux ; lorsqu'on provoque des secousses sur l'intestin, en dehors des limites de l'estomac, on entend souvent du clapotage parce que la pression est transmise par la couche gazeuse jusqu'au niveau de l'estomac qui est ainsi indirectement soulevé et agité. On s'expose donc à prendre pour du clapotage directement produit ce clapotage indirectement provoqué. Pour éviter cette erreur, il suffit d'appuyer assez fortement sur la paroi abdominale le bord cubital de la main gauche et d'effectuer la palpation de la main droite immédiatement au-dessous de la région comprimée. L'effet des secousses est ainsi limité à la partie strictement sous-jacente.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Le Secret.

Non ! je ne dirai rien ! Que ton cœur se rassure !
Tu resteras pour tous haussé sur ton pavois,
De sage qu'on révère et d'honnête bourgeois,
Malgré qu'Eros t'ait mis en fâcheuse posture.

Quand même (j'en gémis septante fois sept fois !)
Ta race en l'avenir (pire des conjectures !)
Pâtirait à jamais de ta triste blessure,
Obstinément, il me faut taire : je le dois.

Mon honneur d'esculape est fait de ce silence ;
Ce que l'on me confie est, comme aux flots de l'anse,
Le roc qui dort sous l'algue aux teintes de béryl ;

Si l'inquiète épouse, à te soupçonner prompte,
M'interrogeait émue et non sans quelque honte,
Sache que ton secret ne serait en péril.

H. Broutelle.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE N° 37 DIMANCHE 12 SEPTEMBRE 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. N° 37 12 Septembre 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Goddard, Kent-Gazet, Leling.
Allevard-les-Bains, Boël.
Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Dresch, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. H. Bene.
Bagnoles-de-l'Orne. J. Arnaud, Joly, Pesnel.
Barèges. Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy, Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains, Colbert. — Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, Bayrac, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Baillivet.
Eaux-Bonnes. Bajac.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Evaux-les-Bains. J. Gruzu, Lepage.
Evian, L. Dalard, Martinaud.
Forges-les-Eaux. Bernardicou
Gréoux (Basses-Alpes). C. Mathieu, Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule. Christin, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot.
Luchon, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Pelon.
Luxeuil-les-Bains. Bornèque, Cugnier, Gauthier, Picot, Rimey.
Martigny. Dedet. Payen.
Mont-Dore. J. André, Débidour, Dubruel, Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard. Gillot. Hagen, de Langenhagen, Truelle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Chassagnard. Mougeot.
Salins-les-Bains Bourny.
Salies-de-Salat. Barbé.
Saint-Didier, (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Alphonsi. Baradat. E. Mallein, Musse, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte. Odin. Ségard.
St-Nectaire. Serane, Siguret, Versepuy.
St-Sauveur. Sabail.
Salies-de-Béarn. Callais, Coustère. Davia, Reynaud.
Sermaize-les-Bains. Rousselot.
Thonon-les-Bains, Vuillaume.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains, Chabannes, David.
Vichy. Cahen, Casteran, Chevreux, Cotar, Gannat, Guiuard, Gandelin, Reynes, Ed. Vidal.
Vittel, Constant, Mousseaux.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

MM. les docteurs :

Jougne (Doubs). Charlin.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). A. Dumont.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs :

Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Cassis-sur-Mer. Buges.
Chatelaillon. Barraud, Franck Duprat.
Douarnenez, Damey.
Paramé. Ronsin.
Ile-de-Bréhat Houdart.
Quiberon. A. Grias.
Riva-Bella. Gourceral.
St-Quay-Portrieux. Christian. Le Liennais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur LE PAGE, de Pougouven (Finistère), la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

AVIS
aux Porteurs d'OBLIGATIONS de la Société des EAUX MINÉRALES de CHATEL-GUYON

Les propriétaires d'obligations de la Société des Eaux Minérales de Châtel-Guyon sont convoqués en Assemblée générale le 20 octobre 1920, à 15 heures, au tribunal de commerce de la Seine, afin de délibérer sur les propositions de règlement transactionnel qui leur sont faites aux termes et sous le bénéfice de la loi du 2 juillet 1920.

Ils sont invités à y assister ou à s'y faire représenter en aussi grand nombre que possible.

Ils trouveront le rapport de l'Administrateur, les explications complémentaires et une formule de Pouvoir en blanc : soit au greffe du tribunal de commerce de la Seine, soit chez l'Administrateur, M. Gatte, 11, place St-Michel, Paris, soit au siège de la Société des E. M. de Châtel-Guyon, 6, square de l'Opéra, Paris, soit enfin aux Etablissements de crédit mentionnés ci-après, ou à leurs succursales.

Société Générale	29, Boul. Hausmann	PARIS
Crédit Commercial de France	20, rue Lafayette	PARIS
Société Marseillaise	4, rue Auber	PARIS
Crédit Mobilier Français	30, rue Taitbout	PARIS

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite, de quatre lignes au plus, aux « demandes et offres ».*

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Toute demandes de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 466. — Poste de campagne, rapport 30.000 fr., à céder de suite dans le Loiret, 100 km. de Paris. On fait la pharmacie. Dr Narbonne, Chambon-la-Forêt (Loiret).

N° 467. — Infirmière au courant manipulation rayons X est demandée pour service chirurgical. Ecrire Dr Méline, Neuves-Maisons (M.-et-M.).

N° 468. — A vendre de Dion 7-10 HP, 1915, torpedo 3 places, 4 cyl., complètement revue, parfait état de marche. Prix, 11.000 fr. S'adresser : Dr Mahé-Desportes, Brionne (Eure).

N° 469. — A vendre après décès, dans une ville importante, 90 k. de Paris, clientèle et installation de radiologie et d'électrothérapie.

N° 470. — Jeune docteur désirerait s'associer à confrère de ville, Lyon de préférence, possédant clinique ou autre.

N° 471. — Désire acheter microscope d'occasion, platine mobile, objectif à immersion. Docteur Simeray, Moirans, Jura.

N° 472. — Désire céder collection complète du *Concours médical* depuis 1894.

N° 473. — Château, Belle propriété agrément et rapport, 50 hectares, à vendre par intermédiaire confrère. Ecrire à Dr Souraud, Verteillac, Dordogne.

N° 474. — A céder 3.000 fr. installation électrologique, bobine et interrupteur, avec tableau milliampéremètre, spintermètre, meuble, en état de marche.

N° 475. — Confrère cèderait de suite châssis 15 HP., Berliet 1920, sortant usine, éclair. et démarrage él., etc., au plus offrant.

N° 476. — Paris. Bon coupé Peugeot 1913, 4 cyl., moteur remis à neuf et garanti, prix net, 15.000 fr.

Nº 477. — Médecin spécialiste de la peau et des voies urinaires cherche situation.

Nº 478. — A vendre, voiture Opel, 16 HP., 1920, roues interchangeables, état de neuf. S'adresser Plet, 37, rue Marly, à Rueil (S.-et-O.) Tél. 32.

Nº 479. — Ophtalmologiste, con. oto-rhino, âgé et malade, ayant perdu sa clientèle par suite de la guerre, serait très reconnaissant aux confrères qui lui indiqueraient à Paris ou dans toute autre ville grande ou petite, modeste poste avec appartement ou petite maison, libres. Pressé. Ecrire Docteur, 41, Bd. Victor, Paris, XVᵉ.

Nº 480. — Docteur, 28 ans, accepterait poste dans clinique, préférence, Paris.

Nº 481. — Banlieue immédiate, clientèle ancienne rapportant 65.000 fr. environ. Villa dans le centre de la localité. Indem. 35.000. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris.

Nº 482. — Poste seul médecin, 100 km. de Paris. rapp. 40.000 fr. env., grande maison avec électricité. Indem. 20.000 fr. compris auto. Belle contrée. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

La saignée à travers les âges.

En parlant du dernier livre de Cabanès (*Concours médical*, 4 juillet 1920), vous avez rappelé que l'hippopotame, d'après A. Paré, était l'inventeur de la saignée. Cette histoire de l'hippopotame atteint d'indigestion, se roulant sur des roseaux pointus pour perdre du sang, n'a pas été inventée par Paré. Quinze siècles avant lui, Pline, qui probablement la tenait de plus anciens que lui, a raconté, tout au long, cette légende dans son *Histoire naturelle*.

Contrairement à ce qu'en dit Cabanès, les Grecs connurent la saignée et la ... pratiquèrent.

Polybe, le gendre d'Hippocrate, cité par Aristote, a donné les raisons, discutables il est vrai, des points d'élection de la saignée (jarrets, malléoles interne et externe, bras droit pour les affections hépatiques, etc.).

Le Moyen-Age, qui n'a guère inventé, a appliqué sans discernement, suivant le *Magister dixit*, toutes les données scientifiques, vraies ou fausses, de l'antiquité.

A cela j'ajouterai que « la saignée est toujours debout » et que je m'honore d'avoir été un de ses apôtres.

Je suis toujours un saigneur qui vous salue et vous souhaite, mon cher confrère, de n'avoir jamais besoin de saignée.

Dr P. NOURY,
de Rouen.

Accidents du travail. Détournement de clientèle.

Une importante Compagnie Industrielle de notre

ville, qui emploie un très grand nombre d'ouvriers a fait un choix de 2 ou 3 médecins parmi nous et leur adresse systématiquement tous ses blessés.

Il s'est produit ce cas qu'un blessé s'étant présenté chez un médecin de son choix s'est vu délivrer un bon d'assurance au nom d'un autre médecin quand il a réclamé un bon à son patron pour le premier.

Des observations ont été faites à la Compagnie industrielle qui n'en a tenu aucun compte, pas plus que la Compagnie d'assurance qui l'assure.

Quelle procédure y-a-t-il à suivre pour faire cesser cet abus ?

P.-S. Il y a quelques mois, nous avons fait afficher à la porte de l'usine l'extrait de la loi de 98 sur le libre choix du médecin par l'ouvrier blessé.

Dr B.

Réponse.

Juridiquement, rien à faire. L'article 30 de la loi sur les accidents du travail ne punit que « toute personne, qui, soit par menace de renvoi, soit par refus ou menace de refus des indemnités dues en vertu de la présente loi, aura porté atteinte au droit de la victime de choisir son médecin. »

Or, il faudrait prouver que les ouvriers dont il s'agit ont été en butte à des menaces de ce genre. D'autant que si le chef d'entreprise a le droit de désigner son médecin, l'ouvrier a le droit de se rendre chez un autre docteur.

Un pareil fait constitue-t-il, en droit commun, un détournement de clientèle ? Oui, s'il est démontré que le chef d'entreprise, ou son représentant, a dénigré tout autre docteur que celui attaché à l'industrie, ou monopolisateur de fait, ou s'il a été dit devant témoins que les certificats délivrés par tout autre docteur, que celui désigné sur le bulletin, n'auraient aucune valeur.

Bref, il faudrait faire une enquête minutieuse avec témoignages, pour établir le détournement de clientèle.

Néanmoins, pourriez-vous nous adresser un bulletin incriminé ? Nous le montrerions à qui de droit, pour savoir si de pareils agissements peuvent être tolérés.

Et votre syndicat, a-t-il pris des sanctions contre les confrères qui se font les complices conscients, ou involontaires de pareils agissements ? Si ces confrères sont de bons syndiqués, ils se conformeront à l'avis donné par le Conseil de famille et prieront eux-mêmes le chef d'entreprise de donner des ordres pour que, désormais, le nom du docteur reste en blanc, sur les imprimés en question.

Si ces médecins veulent au contraire conserver leur monopole, dû à leurs relations et amitiés, ils sont indignes d'être syndiqués et doivent être exclus, ou mis à l'index.

Dr P. B.

Accidents du travail. Que faire contre le silence d'une assurance ?

J'ai présenté il y a quelques mois une note d'honoraires (358 fr.) à une Compagnie d'assurances, pour 5 accidents du travail. Cette note, établie régulièrement suivant le tarif Dubief majoré, et concernant des accidents survenus en 1919 et 1920, est restée sans réponse ; de même une 2e envoyée peu après.

Enfin, une traite postale de 358 fr. plus les frais de recouvrement expédiée après avis préalable, vient de me rentrer refusée.

Que dois-je faire ? Sans doute citer le patron en justice de paix ? Ressource assez ingrate, bonne en théorie ; le patron en l'occurrence n'en peut mais, et j'ai du reste avec lui de bonnes relations que je serais désolé d'amoindrir.

Aucun recours, n'est-ce pas, contre la Compagnie elle-même, à l'insigne mauvais vouloir ?

Dr T.

Réponse.

Faites une visite au chef d'entreprise puisque vous êtes en relations avec lui, ou écrivez-lui pour lui expliquer le cas et le prier de faire diligence auprès de son assurance, pour que satisfaction vous soit donnée dans le plus bref délai, sinon vous expliquerez à ce patron que les associations professionnelles auxquelles vous appartenez vous engagent à le citer en justice de paix, lui patron, ainsi que son ouvrier blessé, quitte à l'assuré à se retourner contre son assureur et à l'appeler en garantie.

Mais n'oubliez pas que la Cour de Cassation a décidé que la prescription n'était que d'un an, pour les accidents du travail. Les lettres recommandées n'interrompent pas cette prescription et si vos accidents remontent à juillet-août 1919 (date de la guérison), vous ferez bien d'interrompre la prescription en vous adressant au greffier de la justice de paix du lieu où s'est produit l'accident pour lui demander une feuille, pour assigner en conciliation ouvrier et patron. Après cela, vous aurez tout votre temps pour avoir le permis de citer.

Tenez-nous au courant, pour que nous puissions vous aider.

Dr P. B.

Prorogation de bail.

Membre du *Concours* depuis 1912, je viens vous soumettre un cas au sujet de la prorogation de mon bail.

J'ai contracté et signé, le 2 mars 1914, un bail de 3, 6, 9 ans, à charge par moi seul de le résilier trois mois avant l'expiration de chaque période de 3, 6 ou 9 ans.

(*Voir la suite page XXIII-2273*)

PROPOS DU JOUR

Le placement des enfants, des jeunes gens, des convalescents, dans les familles de médecins en France et à l'étranger. Echange au pair et placement familial.

Il n'est pas un médecin, père de famille, qui n'ait eu le désir de faire séjourner ses enfants à l'étranger dans le but de compléter leur éducation, de parfaire leur connaissance d'une langue étrangère, de les faire vivre quelque temps dans un milieu différent de celui de notre pays. C'est le meilleur moyen d'élargir l'esprit de la jeunesse, de créer des générations autres que la nôtre, qui fut tantôt trop encline à croire qu'aux frontières de la France s'arrêtaient les limites des pays vraiment civilisés, tantôt, au contraire, trop portée à décrier notre Patrie et à croire qu'il n'y avait rien de bien, de beau, de pratique qu'au-delà des mers ou des montagnes et que rien ne valait chez nous qui ne fût importé d'outre Rhin.

Le meilleur moyen d'éviter ces exagérations, toutes deux funestes, est d'envoyer nos enfants séjourner dans les autres pays ; c'est encore le procédé le plus sûr pour nouer de solides amitiés entre nations. Comme l'éducation et la politesse françaises tiennent encore la première place, il n'est pas douteux que nos enfants, vivant à l'étranger, n'arrivent à s'y faire apprécier, estimer et aimer.

A ce sujet, nous avons reçu récemment la lettre suivante qui pose nettement la question :

La Touche, par Cornuray (Loir-et-Cher).

Très honoré confrère,

Vieil abonné du *Concours*, je lis toujours avec un vif intérêt votre Propos du Jour, marqué au coin de l'expérience et de la conviction.

Dans le n° du 4 juillet, à propos des relations médicales internationales, me permettez-vous une « suggestion », comme disent les Anglais ?

« Prévoir et organiser un échange au pair des enfants de la famille médicale. »

Dans l'avenir (plus encore que dans le passé), nous aurons besoin de connaître langues et mœurs de nos voisins : Anglais, Italiens, Espagnols, etc.

Le *Concours* rendrait certainement service aux familles de médecins en leur facilitant ces échanges, qui diminueraient notablement les dépenses à prévoir pour les voyages à l'étranger.

Qu'en pensez vous ?

Croyez, mon cher confrère, à mes sentiments dévoués

Dr E. VIVANT.
en hiver à Monte-Carlo.

Le *Concours médical* n'est pas, à l'heure actuelle, en mesure de réaliser ce que réclame M. le Dr E. Vivant ; ses relations à l'étranger ne sont pas encore assez nombreuses ni assez intimes.

Mais l'Association générale des médecins de France ne pourrait-elle pas, en se mettant en relations avec les associations similaires des pays alliés ou amis, organiser cette œuvre utile ? Elle ne devrait pas d'ailleurs, à notre avis, se borner à un « échange au pair » pour les enfants et les jeunes gens, mais bien se préoccuper de provoquer une sorte de placement familial dans des conditions qui, sans être d'ordre commercial, permettraient de sauvegarder les intérêts de chacun.

L'Association générale des médecins de France trouverait là encore une nouvelle porte ouverte à son activité. Si, beaucoup non sans quelque raison, lui contestent le droit, à elle Société de bienfaisance, de se substituer aux Syndicats en s'engageant dans la lutte pour la défense professionnelle, personne n'oserait trouver à redire aux efforts qu'elle ferait pour procurer aux familles médicales des avantages moraux et matériels du genre de ceux que suggère M. le Dr Vivant.

***

A cette tentative ne devraient pas se borner pour nous les bienfaits du placement familial dans les milieux médicaux. Nous voudrions le voir réaliser autrement dans notre propre pays.

Et nous saisissons cette circonstance pour aborder une autre innovation, que nous avons maintes fois effleurée, mais qui, selon nous, rendrait de grands services si l'on parvenait à la faire entrer dans nos mœurs : le placement familial dans les foyers médicaux.

Il n'est pas de médecin de ville qui n'ait trouvé dans sa clientèle, des convalescents, des jeunes gens anémiques ou prétuberculeux, des personnes surmenées, qu'il voudrait faire séjourner pendant une période plus ou moins prolongée à la campagne. Souvent, pour ces demi-malades, le sanatorium n'est pas indiqué ou,

pour des raisons diverses, mettons d'ordre sentimental, ils ne veulent pas aller dans une maison de santé.

La question des frais est encore souvent d'ordre secondaire. Mais il est impossible aux parents de les accompagner et si ce sont des enfants ou des jeunes gens, leur famille serait désireuse de les savoir placés dans un milieu sûr, bien élevé et dans lequel une surveillance d'ordre médical serait bienvenue.

Comme il serait facile aux praticiens de nos plus belles et plus saines régions de France de se mettre en mesure d'accepter pendant les mois de belle saison ces personnes à leur foyer !

Ce serait pour eux une distraction, un stimulant, qui les feraient sortir un peu de la monotonie du train-train de la vie quotidienne. Cela les obligerait à faire parfois un effort pour l'amélioration matérielle de leur habitation, ce dont ils seraient les premiers à profiter. Ils augmenteraient en outre l'étendue de leurs relations, ce qui serait à considérer pour l'établissement de leurs enfants et ils rendraient ainsi d'inappréciables services.

Les dangers et les inconvénients de cette innovation seraient limités, si les institutions qui serviraient d'intermédiaires, se bornaient à mettre en relations des confrères qui, en toute franchise, débattraient entre eux les conditions du placement familial dans ses moindres détails et se donneraient, sur les intéressés, tous les renseignements désirables.

Nous voyons en outre dans l'organisation de ce placement familial un moyen d'augmenter dans de notables proportions les ressources du Corps médical et, avec la crise qui sévit et qui est loin de devoir s'atténuer, pareille préoccupation n'est pas à dédaigner chez ceux qu'intéresse l'avenir de notre profession.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades :

M. le Prof. Hutinel.

La tuberculose dans l'enfance.

La tuberculose présente, chez l'enfant, un certain nombre de caractères particuliers. Elle en présente même aux différentes périodes de l'enfance. On peut ainsi étudier, distinctement. la tuberculose : chez le nourrisson, chez l'enfant de 2 à 4 ans, chez l'enfant de 4 à 10 ans, et enfin chez l'adolescent, après 10 ans.

La tuberculose chez le nourrisson.

La contamination bacillaire du nourrisson se fait, en général, après la naissance, par l'entourage, les parents, les grands-parents, malades, ou encore par les domestiques, les nourrices, quelquefois par le milieu : il est rare que les nourrissons qui ont séjourné longtemps dans les salles d'hôpitaux ne réagissent pas à la tuberculine. Rappelez-vous que la bacillose du petit enfant est la plupart du temps une bacillose acquise et ne manquez jamais d'interroger les parents et l'entourage, en pareil cas. La contagion peut aussi se faire par le lait.

Comment pénètre le germe tuberculeux ? Par inhalation habituellement. Il y a une quinzaine d'années, on a prétendu que la tuberculose du petit enfant se produisait surtout par ingestion. Vallée et Calmette ont défendu cette théorie qui a été mise en échec par des études ultérieures.

Chez le nourrisson, les lésions se présentent ainsi. On trouve, dans le poumon, à la partie inférieure plutôt, un petit noyau tuberculeux, que Parrot appelait déjà chancre d'inoculation. C'est une petite masse de la grosseur d'un grain de millet, exceptionnellement de la taille d'un grain de raisin. La lésion s'étend aux ganglions, qui se développent et grossissent ; elle rayonne dans le poumon pour former de la pneumonie caséeuse, ou se généralise pour donner lieu à une granulie.

La marche de la tuberculose, chez le nourrisson, est rapide, dans le type caséeux comme dans le type granulique. Le diagnostic dans beaucoup de cas est fort difficile. Quand on est guidé par la constatation d'une tuberculose des parents, on y pense assez facilement. Mais, quand on vous présente simplement un enfant chétif, sans commémoratifs, l'embarras peut être grand.

Vous examinez l'enfant. Ce qui frappe d'abord, c'est sa maigreur, son aspect. Un tel enfant a souvent une physionomie spéciale, des longs cils, un système pileux développé, une peau

amincie, le ventre un peu gros, contrastant avec le corps amaigri. Passez-le en revue. L'attention est quelquefois appelée par des petites lésions cutanées, des rougeurs, des éruptions miliaires, des saillies sur le ventre, attribuées à des dilatations lymphatiques, des petits abcès indolents, sortes d'abcès froids minuscules, qui sont des gommes tuberculeuses de la peau. On trouve parfois des ganglions et même des ganglions suppurés. Les enfants au-dessous d'un an font des adénopathies, ont des ganglions qui se ramollissent, mais ne se fistulisent pas, car la tuberculose à cette période de la vie marche vite et ne laisse pas le temps de la fistulisation.

Lorsqu'il s'agit de nourrissons de 6 ou 8 mois, on peut noter des phénomènes de rachitisme, la tuberculose, comme la syphilis, pouvant agir sur l'évolution osseuse.

Il est d'autres signes : les adénopathies du cou, des aisselles, des aines. Elles ne sont pas pathognomoniques, ces lésions ganglionnaires pouvant être provoquées par des infections cutanées. Mais, lorsqu'on trouve des ganglions petits, durs, multiples , avec une peau normale, il faut se méfier de la bacillose.

L'enfant tousse ou ne tousse pas. On examine le thorax. L'auscultation révèle quelquefois à la racine des bronches une respiration plus rude d'un côté, plus faible de l'autre. On peut rencontrer, au voisinage du hîle, une couronne de râles sous-crépitants, et aux bases, des râles de bronchite, asymétriques. Dans d'autres cas, on trouve des signes de broncho-pneumonie atypique, d'une broncho-pneumonie qui traîne, avec une température peu élevée, une cachexie progressive.

Vous ne m'entendez pas parler de cavernes. Elles sont exceptionnelles chez le nourrisson, où la tuberculose à une marche trop rapide pour passer par le stade des cavernes. On en voit cependant quelquefois, dans les grands foyers caséeux par exemple, ou dans une autre circonstance encore, chez les nourrissons à la fois tuberculeux et hérédo-syphilitiques. L'association de la syphilis à la tuberculose est susceptible de modifier cette dernière, en accentuant la tendance scléreuse des lésions, ce qui permet la formation de cavernes, comme chez l'adulte.

Les troubles fonctionnels consistent en une respiration rude, du cornage parfois, ou de la toux quinteuse dans d'autres cas. On peut noter du tirage et l'on se demande alors s'il s'agit d'adénopathie ou d'hypertrophie du thymus. Dans les lésions du thymus, il n'y a pas de fièvre, l'enfant est plutôt mou et empâté qu'émacié. Les signes physiques se constatent surtout au-dessus du manubrium ; ils siègent plus bas dans la tuberculose, mais ce sont là des nuances. Ce qui établira principalement le diagnostic, ce seront la percussion, l'auscultation et la radioscopie. Au cas d'hésitation, vous ferez une cuti-réaction.

Deux mots sur la cuti-réaction. Lorsqu'il s'agit d'un nourrisson atteint de la forme granulique, il y a des chances pour qu'il ne réagisse pas à la cuti-réaction. La réaction négative, chez les cachectiques, ne signifie rien. Mais, lorsqu'elle est positive, vous pouvez assurer la tuberculose. Une cuti-réaction positive, chez le nourrisson, fait à la fois le diagnostic et presque le pronostic. Sa valeur est autre que chez l'enfant plus grand. Chez les grands enfants, la cuti-réaction positive est un fait banal ; on l'observe 75 fois sur 100 et cela veut dire simplement que le sujet a été touché par quelques bacilles. Chez le nourrisson, il n'en va plus de même. La réaction positive comporte un pronostic presque toujours mauvais. La tuberculose du nourrisson est, en effet, des plus graves. A l'hôpital, les chances de guérison sont extrêmement réduites. Il y a quelques années, j'ai réuni 40 enfants d'âge inférieur à un an ayant une cuti-réaction positive. Sur ce chiffre, 35 sont morts en moins de trois mois ; 3 ou 4 ont disparu, et un seul est revenu un an après. La statistique de l'hôpital est donc des plus noires. Celle de la ville est, il est vrai, moins troublante. Si ces enfants sont mis dans de bonnes conditions hygiéniques et alimentaires, ils peuvent quelquefois guérir.

On peut rechercher le bacille de Koch. Les enfants ne crachent pas, mais on y suppléera en prenant les mucosités du vestibule laryngien, ou encore, trois quarts d'heure après le réveil (lorsque le petit malade a rejeté l'expectoration de ses voies aériennes et l'a déglutie) en faisant un lavage de l'estomac pour recueillir ces sécrétions.

Le diagnostic de la tuberculose du nourrisson est donc toujours assez difficile. Le pronostic est grave, l'enfant ayant toutes chances de succomber à sa maladie, aux généralisations à la rate, au foie, au péritoine, à l'intestin, aux méninges.

La maladie revêt, d'ailleurs, des formes diverses : un type torpide, cachectique, à peine fébrile ; un type respiratoire avec des signes d'adénopathies médiastinales ; un type de bronchite, de broncho-pneumonie ; un type intestinal avec troubles digestifs et diarrhée ; un autre type, avec réaction méningée, raideur de la nuque, somnolence, convulsions. Cette tuberculose des nourrissons, en somme, d'un diagnostic embarrassant, est souvent latente. Son pronostic est redoutable.

Tuberculose de l'enfant de 2 à 4 ans.

La tuberculose de l'enfant de 2 à 4 ans n'a plus la même allure que celle du nourrisson, sans ressembler encore à celle des enfants plus

grands. On peut y trouver des tuberculides cutanées, osseuses, ganglionnaires. La tuberculose du poumon (je laisse de côté la tuberculose méningée et péritonéale) affecte principalement la forme broncho- pneumonique. A l'occasion d'une maladie infectieuse quelconque, d'une grippe, d'une rougeole, par exemple, on voit apparaître une bronchite, une broncho-pneumonie, à marche traînante. On croit à une bronchite ou à une broncho-pneumonie simple d'abord, mais l'état morbide se prolonge, pendant que le sujet se cachectise. La température est irrégulière et est liée aux poussées évolutives de cette tuberculose.

Tuberculose chez l'enfant de 4 à 10 ans.

La tuberculose de l'enfant âgé de 4 à 10 ans se présente sous un aspect caractéristique. A cet âge, la phtisie pulmonaire ne s'observe guère : ce que l'on voit, c'est la phtisie ganglionnaire. On vous présente un enfant qui a de la fièvre, que l'on attribue souvent à la croissance, à une auto-intoxication, à une infection du cavum. La température, modérée d'ailleurs, atteint 38°2, 38°4. Elle se reproduit pendant des semaines et des mois. L'enfant pâlit, maigrit, a mauvaise mine.

Cette température est assez instable. Elle s'élève, à la suite d'une fatigue, par exemple. Dans ces cas-là, cherchez la tuberculose. Examinez le médiastin. Vous pouvez trouver une diminution de sonorité, des modifications du murmure vésiculaire, une respiration soufflante d'un côté, faible de l'autre. Vous constatez, d'autre part, des ganglions au cou, aux aisselles, aux aines, et des ganglions médiastinaux, qui sont la cause des réactions fébriles et constituent une menace parce qu'ils sont des foyers de bacilles. A l'occasion d'une affection aiguë quelconque, en effet, il est possible que ces ganglions subissent un processus de ramollissement, que les bacilles, dont ils sont une réserve, soient absorbés par la circulation et aillent infecter l'organisme, comme si on injectait une émulsion de bacilles. Alors, on voit apparaître la fièvre, et l'affection évolue dans le sens de la typho-bacillose ou de la granulie.

Dans d'autres cas, ces ganglions agissent par altérations de voisinage. Il s'ensuit des réactions bronchiques et pleuro-pulmonaires. Vous trouvez, par exemple, une bronchite locale, localisée à un côté, à la base, à la partie moyenne, au sommet. Vous trouvez des congestions pulmonaires avec de la fièvre, des sortes de pneumonies abortives. Au lieu de vous féliciter de les voir s'amender aussi rapidement, méfiez-vous qu'il n'y ait une tuberculose derrière. De même, on rencontre parfois des spléno-pneumonies traînantes. L'affection se termine souvent par généralisation, accidents abdominaux, etc.

Entre 4 et 10 ans, la tuberculose est donc principalement ganglionnaire. Lorsqu'une complication fatale n'intervient pas, elle guérit ordinairement assez bien, le ganglion pouvant perdre sa virulence et se cicatriser. La plupart de ces adénopathies médiastinales se terminent favorablement, en effet. Entre 4 et 10 ans, donc, la tuberculose doit guérir, d'une façon générale du moins. Il importe de bien soigner ces adénopathies, par le repos, le calme, l'aération, la campagne, une bonne alimentation, des préparations calciques. Il convient d'éviter certaines médications intempestives, les arsenicaux ou le sérum artificiel de façon exagérée, qui pourraient donner un coup de fouet à la bacillose et pousser à la généralisation.

Les enfants qui ont eu ainsi une tuberculose des ganglions, entre 4 et 10 ans, qui a guéri, ont souvent, vers 17 ou 18 ans, un réveil de tuberculose sous forme de lésion du sommet.

Tuberculose des enfants au-dessus de 10 ans.

La tuberculose des enfants au-dessus de dix ans est différente encore. Je ne vous ai pas parlé jusqu'à présent de tuberculose du sommet. C'est qu'en effet, avant dix ans, la localisation apexiale, si importante chez l'adulte, ne se retrouve guère. Il n'en va plus de même après cet âge.

La tuberculose des enfants au-dessus de dix ans débute souvent par une hémoptysie, accident que l'on n'observe pas chez les sujets plus jeunes. Après 12, 14 ans, l'hémoptysie est fréquemment le phénomène initial, qui sonne la cloche d'alarme, de la tuberculose. Et alors, la lésion se fixe au sommet, beaucoup plus qu'au lobe moyen ou à la base du poumon. Avec l'adolescence, la tuberculose commence à se localiser, comme chez l'adulte.

Cette tuberculose de l'adolescent se présente-t-elle comme celle de l'adulte ? Non. Elle en diffère par la marche, l'évolution. Certains de ces malades toussent, ont mauvaise mine. D'autres au contraire, semblent bien portants, et c'est au cours d'un examen fortuit de la poitrine que l'on découvre la bacillose. Chez une jeune fille qui venait consulter pour une otite, nous avons ainsi trouvé, ces jours derniers, en l'auscultant, une tuberculose cavitaire d'un sommet. Une telle éventualité n'est pas rare.

Vous serez ainsi parfois étonnés de constater des lésions avancées du poumon avec une apparence générale bonne, trompeuse. C'est surtout chez les jeunes filles que s'observent ces tuberculoses florides. Les malades de cette catégorie conservent leur embonpoint, n'ont pas de fièvre, mangent bien et toussent à peine. Vous les auscultez et vous trouvez un foyer de râles humides au sommet. On note de l'opacité aux rayons. Mais, ne vous y trompez pas, cette tuberculose n'est pas floride pour longtemps, car c'est

VALS SOURCE REINE

AVIS

TARIF BRETON

ancien TARIF DUBIEF)

Le TARIF BRETON (ancien tarif Dubief), est édité avec son RÉPERTOIRE ALPHABÉTIQUE et mis en vente dans les bureaux du journal au prix de 1 fr., et *franco par poste* au prix de 1 fr. 50.

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. BOULANGER, administrateur du *Concours Médical*, 132, faubourg St-Denis. Paris 10e, (contre chèques - Postaux Paris 167-95).

là une mauvaise forme de bacillose. Quoique vous fassiez, en pareil cas, habituellement la fièvre s'allumera bientôt et une cachexie rapide s'installera. Ce sont des enfants qui tolèrent, sans réagir, l'envahissement du bacille de Koch, jusqu'au jour où les troubles généraux apparaissent et se précipitent.

Quel que soit le début de la tuberculose de l'adolescent, qu'il soit net ou masqué par cet état floride, la marche est caractéristique. Vous avez des lésions, au sommet, qui ne tardent pas à devenir importantes. Les malades crachent peu, en général. L'auscultation révèle des râles humides. La marche est progressive ordinairement, l'extension se faisant vers la partie moyenne et inférieure du poumon et gagnant l'autre sommet. De semaine en semaine, les lésions s'exagèrent, en même temps que souvent se montrent des manifestations tuberculeuses du côté de l'intestin, du cæcum, du foie, de la rate, qui est grosse, et des accidents cérébraux qui n'aboutissent pas d'emblée à la méningite. L'enfant a alors de la céphalée, un peu de raideur de la nuque, et ne meurt parfois que quelques mois plus tard, de tuberculose généralisée.

L'évolution est généralement assez rapide. Selon l'expression de Peter, il s'agit de phtisie chronique moins la chronicité. La sclérose est ici peu active et la mort a lieu souvent au bout de quelques semaines. Cependant, l'affection est susceptible de se prolonger beaucoup plus longtemps. En présence d'une phtisie cavitaire des sommets chez un enfant de cet âge, faites le pronostic *quoad vitam* mais pas *quoad tempus*.

J'ai vu, une fois, un de ces malades survivre 18 mois, alors qu'au début ou était tenté de porter un pronostic fatal à quelques jours d'échéance presque. Il peut y avoir des répits.

En résumé, la tuberculose de l'enfant a pour caractère général d'offrir une marche rapide. Elle est plus menaçante, plus grave dans le jeune âge que chez l'adulte. Elle diffère, d'ailleurs, chez le nourrisson, chez l'enfant plus âgé et chez l'adolescent. Retenez cependant qu'elle n'est pas toujours fatale. A l'âge moyen de l'enfance, en particulier, tant qu'elle reste ganglionnaire, elle a des chances sérieuses de guérir, bien traitée surtout. Prescrivez une hygiène convenable, une médication réconfortante, mais non tumultueuse. N'abusez pas des arsenicaux, à ce point de vue. Donnez plutôt des calciques. Quand votre petit malade, guéri, arrivera à l'âge d'homme, recommandez les plus grandes précautions car, à l'occasion d'un surmenage par exemple, quelques lésions bacillaires encore latentes pourraient se réveiller.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

A TRAVERS LA PRESSE

Presse française.

Le talc, succédané du bismuth.

On connaît le rôle que joue le bismuth dans le traitement de certaines affections de l'estomac.

Or, ce corps est devenu d'un prix tel qu'on a dû songer à le remplacer par des substances analogues dans leurs effets, le kaolin, par exemple, recommandé par le professeur Hayem.

M. Dresch (*Journ. des Prat.*, 26 juin 1920) recommande le talc, qui est un silicate de magnésium hydraté, et qui s'administre par grandes cuillerées, plus ou moins répétées, délayées dans l'eau.

On peut ajouter un peu de gomme dans l'eau pour mieux émulsionner le talc, et on aromatise selon le goût de chacun.

Le talc n'empâte pas la bouche comme le bismuth ; il n'est pas astringent comme le kaolin ; enfin son onctuosité facilite son glissement dans l'œsophage et son absorption.

La toux émétisante des tuberculeux.

Pour la prévenir, M. Coubard (*Journ. des Prat.*, 26 juin 1920) conseille de mettre en œuvre le régime sec, réalisé de la façon suivante : quatre repas par jour, deux principaux, deux accessoires, *sans boisson*, pris lentement, avec une mastication soigneuse. Un peu avant chacun d'eux, le malade prend un verre à bordeaux d'une eau alcaline légère additionnée d'une pincée de bicarbonate de soude, et quelque temps après, une petite tasse d'infusion eupeptique : verveine, anis, camomille, thé léger, etc. Il se couche et garde le repos pendant la première partie de la digestion.

Les résultats sont excellents. Ils s'expliquent par ce double fait que la masse pâteuse du repas sec remplit mieux la poche gastrique et en est plus malaisément expulsée, et que l'absence de boisson, au cours des repas, combat la dilatation fréquente chez les tuberculeux, ou l'empêche de se produire.

Traitement des streptococcies cutanées par les badigeonnages de sérum antistreptococcique.

Ce procédé, qui s'applique aux lésions cutanées d'origine streptococcique (érysipèle, lymphangites, pyodermites), est recommandé par M. Montel, avec, à l'appui , une très intéressante observation recueillie par lui dans le service de notre éminent confrère, M. Arnozan.

Il est ainsi décrit par l'auteur (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 25 juin 1920) :

« Badigeonnages au pinceau avec du sérum
« anti-streptococcique de l'Institut Pasteur, de
« toute la région atteinte, en ayant soin de

« dépasser largement la périphérie des lésions.
« *Laisser sécher sur place.* Renouveler les badigeonnages deux ou trois fois par jour suivant les cas. (Il y aurait peut-être intérêt à nettoyer « préalablement la peau à l'alcool ou à l'éther ; « dégraissage) ».

A la suite de ces badigeonnages, la température élevée des malades tombe et redevient normale, en même temps que les accidents généraux s'atténuent et rétrocèdent.

Le mérite de cette méthode de traitement, dont l'auteur proclame l'efficacité avec documents à l'appui, est en outre de présenter une telle simplicité et une telle innocuité, qu'elle se recommande au praticien, dans le traitement des pyodermies, et surtout de l'érysipèle, qui résiste souvent aux traitements classiques.

Le point dorsal de la colique hépatique.

Il s'agit d'un point douloureux objectif, siégeant au niveau du 4e ou 5e espace intercostal droit, à 2 ou 3 cm. en dehors de la ligne épineuse.

Au dire de M. PAULY (*Lyon Médical*, 25 juin 1920), ce point serait en quelque sorte pathognomonique de la colique hépatique et de la cholécystite calculeuse. Du moins, l'a-t-il constaté nettement chez 21 malades dont il rapporte les observations sommaires, en même temps qu'une sorte de contre-épreuve en montrait l'absence dans des affections du foie autres que la colique hépatique.

Pour rechercher le point dorsal, on se place à droite du malade assis dans son lit les bras portés en avant, et on exerce avec le pouce gauche des pressions sur l'espace inter-scapulo-vertébral droit, en allant de haut en bas. En arrivant au 4e ou 5e espace, on provoque une douleur plus ou moins vive que le malade accuse immédiatement.

Le point dorsal n'a rien de commun avec le point scapulaire, qui est purement subjectif. Il s'explique pathogéniquement par l'émergence au niveau des ganglions sympathiques thoraciques des nerfs splanchniques qui président à l'innervation des voies biliaires, nerfs moteurs aussi bien que nerfs sensitifs, ceux-ci accompagnant les premiers.

L'élimination urinaire nythémérale.

La physiologie du rein normal et pathologique s'éclaire un peu mieux chaque jour, à l'occasion des recherches expérimentales et cliniques dont elle est l'objet. Voici une très intéressante étude de M. COTTET (*Paris Méd.*, 26 juin 1920) relative à l'épreuve de diurèse provoquée, et les conséquences pratiques qu'on en peut tirer.

Cette épreuve est basée sur la loi suivante: « le rein possède la faculté de varier, suivant « l'apport sanguin qui lui est fait, sa sécrétion, « soit en concentrant, soit en diluant l'urine « qu'il émet ; l'amplitude de ces variations est « d'autant plus limitée, que, son parenchyme « étant plus altéré, il est moins apte, d'une « part, à concentrer, ce dont témoigne l'abaissement de la concentration maxima, et d'autre part, à diluer, ce que montre son incapacité « à répondre par la polyurie à l'ingestion d'une « certaine quantité d'eau, concentration et « dilution étant d'ailleurs le même acte physiologique envisagé dans ses deux sens, positif « et négatif. »

Elle consiste à faire ingérer au sujet, le matin à jeun, une certaine quantité d'eau (450 à 500 gr.) et à examiner au point de vue de la quantité, de la densité et de la teneur en chlorures, les urines des 24 heures, en trois périodes, de 21 à 7 h. ; de 7 h. à 9 h. et de 9 h. à 21 h.

Le rapport urinaire nycthéméral, de la diurèse nocturne à la diurèse diurne, est normalement compris entre 1/4 et 1/2. A l'état pathologique, ce rapport se rapproche de l'unité, et peut même être inversé.

Quand le volume et le rapport nycthéméraux urinaires sont normaux, on peut conclure à l'intégrité fonctionnelle des reins.

Quand le volume est diminué (oligurie), le rapport nycthéméral demeurant normal, il s'agit d'une oligurie en quelque sorte physiologique, chez des sujets qui boivent insuffisamment ou qui présentent des éliminations de suppléance (vomissements, diarrhée, sueurs).

Dans le cas d'oligurie avec, par contre, trouble du rapport nycthéméral, on conclura à une rétention hydrochlorurée, si les urines sont concentrées et hautes en couleur, et à une néphrite chronique atrophique, si elles sont pâles, diluées et peu denses.

Dans la polyurie avec rapport nycthéméral normal, le diabète sucré mis à part, on a affaire à un sujet qui consomme beaucoup d'eau ou d'aliments aqueux. La polyurie excessive fera penser à l'hystérie, au diabète insipide.

La même polyurie avec rapport nycthéméral inversé ressortira soit à des troubles de l'hydraulique, dont on s'assurera en pratiquant l'épreuve de la diurèse provoquée, le sujet étant observé dans les attitudes variées du clino et de l'orthostatisme. Ou bien, cette cause étant éliminée, à des altérations des reins.

L'étude de l'élimination rénale ainsi poursuivie « constitue une méthode d'exploration « fonctionnelle des reins, dont les résultats pourront être contrôlés et complétés par les « autres épreuves ... mais qui, en clinique offre « cet avantage d'être, par sa simplicité même, « compatible avec toutes les circonstances de « la pratique médicale. »

LE GASTROCAOL RÉALISE LE MEILLEUR PANSEMENT GASTRIQUE

Poudre de Silicates hydratés d'Alumine et de Magnésie

ULCÈRE DE L'ESTOMAC
DU DUODÉNUM
HYPERCHLORHYDRIE
AÉROPHAGIE
DOULEURS & SPASMES
GASTRIQUES
DIARRHÉE DES
TUBERCULEUX.ETC.

La boite : 8 Fr.cs
assurant
au minimum
dix jours
de traitement

2 à 4 cuillérées
à café par jour.

SUPÉRIEUR AUX SELS
DE BISMUTH :
AUSSI EFFICACE
JAMAIS TOXIQUE
SEPT FOIS MOINS CHER

Littérature - Echantillons - *LABORATOIRE DE LA SULFOLÉINE ROZET*
BENDERITTER, Vendôme *(Loir & Cher)*

GASTRO-ENTÉRITES DES NOURRISSONS

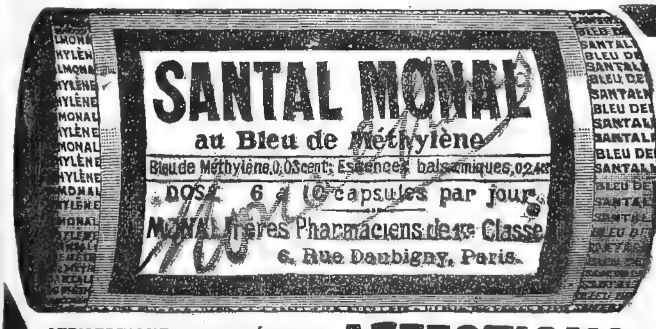
DIARRHÉES INFANTILES, Troubles Dyspeptiques de la 1re Enfance

Prescrire, avant ou après chaque tétée ou biberon, 1/2 à 1 cuillerée à café de

SIROP DE TROUETTE-PERRET
à la PAPAÏNE

Le Sirop de Trouette-Perret à la Papaïne digère le lait, sans le coaguler, combat la Dyspepsie et permet aux muqueuses de réparer leurs lésions, souvent sans autre médication.

Les **COMPRIMÉS** de **TROUETTE-PERRET** à la **PAPAÏNE** ont la même action.



SANTAL MONAL

Le plus actif

Le mieux toléré

de tous les produits préconisés dans le Traitement des

ANTISEPTIQUE - ANALGÉSIQUE
DIURÉTIQUE - ACTION RAPIDE

AFFECTIONS DES VOIES URINAIRES

Laboratoires MONAL & Cie, 6, Rue Daubigny, PARIS

Les dermo-épidermites microbiennes en carapace.

M. Gougerot décrit cette forme de dermatose infectieuse dont il a eu l'occasion d'observer plusieurs cas, et indique le traitement qu'il recommande et dont il a obtenu de pleins succès. (*Paris Médical*, 19 juin 1920.)

Le diagnostic de ces dermites étant fait avec l'eczéma et le psoriasis, on procèdera thérapeutiquement en 3 étapes :

1° Décapage de la région malade, sans irriter : bains quotidiens, pulvérisations quotidiennes ou pansements humides avec de l'eau bouillie pure ou additionnée de faibles doses d'antiseptiques, eau d'Alibour, permanganate de potasse, résorcine. Dans l'intervalle des bains ou des pulvérisations, applications, selon la tolérance de la peau, de pâte, de crème ou de pommade d'Alibour, à base de sulfate de cuivre, de sulfate de zinc et de soufre. On enlève les squames avec une pince à bords plats, en procédant doucement, sans arracher ni faire saigner.

2° Désinfection, les squames étant tombées : continuation des bains ou des pulvérisations, ou simple nettoyage avec un corps gras, en ayant soin d'ouvrir les micro-abcès. Dans l'intervalle, mêmes préparations d'Alibour que précédemment. Une fois par semaine, badigeon de solution de nitrate d'argent au 20e.

3° Réfection épidermique avec des applications du baume réducteur de Duret ou de Baissade, ou de la pâte selon la formule suivante :

Acide salicylique	1 gr.
Camphre	2 gr.
Soufre précipité lavé	1 à 3 gr.
Huile de cade	ââ 10 gr.
Huile d'amandes douces	
Oxyde de zinc	ââ 15 gr.
Talc	

Cette pâte étant mélangée en proportions croissantes, selon la tolérance du sujet, avec une pâte neutre à l'oxyde de zinc. G. D.

Abus des injections sous-cutanées d'huile camphrée.

Rectification. — C'est par suite d'un *lapsus calami* que nous avons attribué au Dr Pagniez l'article ainsi intitulé, dont nous avons donné une analyse dans le dernier numéro du *Concours médical.*

Cet article est dû à M. L. Cheinise, qui tient excellemment la rubrique des « Mouvements Thérapeutiques » dans la *Presse médicale* et dont nous avons plaisir et intérêt à rendre compte de ses instructives revues.

Presse anglaise.

Traitement de l'éclampsie.

Dans une leçon clinique publiée par le *British medical Journal* (29 mai 1920), M. Alek W. Bourne étudie la question des toxémies de la grossesse et envisage plus particulièrement l'éclampsie et son traitement.

Deux méthodes générales sont recommandées dans la thérapeutique de l'éclampsie, l'une active, l'autre passive. La première soutient que la présence du fœtus et du placenta étant la cause de la maladie, plus tôt ils seront chassés de l'utérus, plus vite les troubles cesseront. La seconde estime qu'il faut s'efforcer de favoriser l'élimination des poisons, calmer les accès, et agir par une intervention obstétricale simplement opportuniste. Les statistiques fournies par les défenseurs de chacune des deux méthodes ne permettent pas de trancher le débat, les chiffres de mortalité n'étant pas très différents dans les deux cas, et l'éclampsie étant, d'ailleurs, un état morbide de gravité un peu variable.

M. Bourne pense que la thérapeutique ne doit pas être, ici, systématique, mais qu'elle doit varier selon les circonstances. Une primipare à terme atteinte d'accès éclamptiques intenses avant le travail, avec un col fermé, sera avantageusement traitée par une opération césarienne. Une multipare se trouvera mieux d'une dilatation avec le ballon de Champetier.

Ceci, pour les cas graves. Dans les cas moyens, on pourra s'en tenir, pendant les premières heures, au traitement sédatif et éliminateur. De tous les médicaments, la vératrine est celui qui semble le plus apte à prévenir les accès et à modifier l'albuminurie. Son effet physiologique principal est la réduction de la pression sanguine et le ralentissement du pouls ; ceux-ci diminuent notablement presque aussitôt après l'injection. Il n'est pas rare de voir les accès cesser pendant que l'abaissement de la tension artérielle est maintenu par des injections judicieusement répétées de vératrine. La haute tension sanguine est, en effet, un facteur important dans l'éclampsie.

Il convient d'administrer la vératrine avec précautions, sous peine de provoquer une prostration dangereuse. On surveille le pouls et la pression artérielle après la première piqûre et, lorsque la tension remonte un peu, on pratique une nouvelle injection, à dose plus faible (une demi-seringue ou un quart de seringue). La vératrine ne calme pas cependant dans tous les cas l'insomnie et, pour ramener le sommeil, on peut employer de petites doses de morphine, qui sont sans danger.

Ayant ainsi réduit la tension et le pouls, et avec cela les accès, après une heure de traitement par exemple, il est utile de pratiquer un lavage de l'intestin, à répéter jusqu'à ce que le liquide ressorte clair, et de provoquer de la sudation par des enveloppements chauds, des bouillottes chaudes. Les lavements évacuateurs pourront être suivis de l'administration de lavements,

à garder, de sérum glycosé et bicarbonaté. Les injections de sérum physiologique, bonnes s'il y a eu sudation et sécrétion urinaire assez abondantes, peuvent être dangereuses, en encombrant la circulation, si ces conditions ne sont pas remplies. La saignée est moins employée qu'autrefois, mais elle est nettement indiquée s'il y a de la cyanose ou de l'embarras du cœur droit. On tiendra compte de la proximité de la délivrance et de la perte de sang qui l'accompagne.

Après une douzaine d'heures de ce traitement, la malade est en général dans des conditions meilleures et prête au développement du travail ou à une manœuvre obstétricale nécessaire. Les accès ont cessé, l'état mental est meilleur, le pouls plus lent, la tension moins élevée. On appliquera s'il y a lieu, un ballon Champetier, on aidera l'accouchement, en continuant à surveiller le pouls pendant une douzaine d'heures encore et en injectant de la vératrine s'il y a lieu.

Dans ces cas d'intensité moyenne, M. Bourne est donc un partisan de l'emploi des agents sédatifs et déplétifs, suivis plus tard, s'il convient, d'une assistance obstétricale, celle-ci ne devant pas être violente mais s'en tenir au ballon Champetier, au forceps, à la version et, dans l'ordre chirurgical, à l'opération césarienne.

De toutes façons, l'éclampsie reste une maladie dont la mortalité est sujette à de grandes variations, suivant les cas et les circonstances. Lorsque le foie est gravement touché, par exemhle, toute thérapeutique reste vaine. Aussi, faut-il intervenir, autant que possible, par prévention, en dépistant les toxémies gravidiques et en évitant ainsi l'éclosion de l'éclampsie.

Corps étranger des bronches.

M. Thomas Guthrie (*British med. Journal*, 29 mai 1920) rapporte un cas de corps étranger des bronches. Il s'agit d'un enfant de 11 ans qui, en jouant, inspira une petit ballon de caoutchouc muni d'un embout en bois. Il en résulta une obstruction respiratoire immédiate et complète. Un médecin appelé aussitôt soulagea le malade par une trachéotomie. On envoya alors l'enfant à l'hôpital de Liverpool, où il arriva en état de shock, avec un emphysème chirurgical partant de la plaie trachéale et s'étendant au cou et à une grande partie du thorax. L'état du petit malade ne justifiait pas à ce moment l'emploi de tentatives d'extraction du corps étranger, lequel siègeait probablement alors dans le larynx. Le lendemain, le ballon de caoutchouc fut rejeté par la toux, sans l'embout de bois, et le patient put respirer et parler clairement en fermant l'ouverture trachéale. L'emphysème chirurgical disparut, l'état général s'améliora, si bien que six jours plus tard, l'auteur pensa opportun de tenter l'ablation du corps étranger supposé être tombé dans une bronche. La bronchoscopie inférieure montra sa présence dans la grosse bronche droite, d'où il fut extrait sans difficulté. L'absence de signes d'obstruction tenait à ce que l'air pouvait passer librement au travers de la lumière du corps étranger.

Un signe de perméabilité des trompes.

Il peut être intéressant, au point de vue de la stérilité féminine, par exemple, de connaître l'état de perméabilité ou d'imperméabilité des trompes. S'appuyant sur l'innocuité de la méthode d'injection intra-péritonéale d'oxygène actuellement employée en radiologie, M. Rubin (*Journ. of Americ med. Assoc.*, 10 avril 1920) a eu l'idée d'injecter sous pression dans la cavité utérine de l'oxygène. Y a-t-il perméabilité tubaire, l'oxygène est refoulé de l'utérus dans le péritoine par les trompes, d'où un pneumo-péritoine artificiel analogue à celui obtenu par l'injection directe d'oxygène dans la cavité péritonéale. Dans 55 cas de stérilité, l'auteur a noté une imperméabilité totale des trompes. Il n'a observé aucun inconvénient de cette méthode. Les patientes ont pu retourner chez elles aussitôt. Toutes ont été revues ultérieurement, sans avoir eu de complication.

Traitement de la névralgie faciale chronique.

La névralgie invétérée du trijumeau est une affection particulièrement pénible, dont l'intensité est parfois telle que les malades songent au suicide. Il s'agit donc d'une maladie importante, qui mérite toute l'attention du praticien.

M. Wilfred Harris (communication à la *Royal Society of medicine*, publiée par le *Brit. med. Journ.*, 22 mai 1920) étudie les causes et le traitement de la névralgie paroxystique du trijumeau, en s'appuyant sur plus de 312 cas de sa pratique personnelle. Les causes sont de divers ordres, caries dentaires, opérations dentaires et fractures des dents, en particulier au cours d'extraction de chicots, refroidissement de la face, pendant une promenade en automobile par exemple, émotions violentes, chocs sur la mâchoire.

La névralgie faciale chronique, quoique rebelle à beaucoup de moyens de traitement, peut cependant être amendée et guérie par une thérapeutique appropriée. Les médicaments analgésiques habituels sont peu utiles en général dans ce cas. La morphine elle-même ne donne pas de grands résultats. Le gelsemium soulage quelques malades. Mais, les deux méthodes réellement efficaces sont l'injection d'alcool et la gassérectomie, cette dernière ne devant être employée qu'après échec de la première. Pendant ces dix dernières années, M. W. Harris a fait 63 fois l'injection d'alcool dans le ganglion de Gasser par le trou ovale. Dans 31 cas, l'anesthé-

sie s'est maintenue, sans récidive des douleurs. Dans nombre des cas restants, l'anesthésie n'a été que partielle, mais la névralgie n'est pas réapparue.

Quelquefois, bien que l'anesthésie totale du ganglion ait été obtenue au moment de l'injection, l'insensibilisation de la 1re et de la 2e divisions a cessé au bout de peu de temps (10 minutes à une heure), la troisième division restant complètement insensible. Sans doute, alors, les cellules du ganglion ont été seulement traumatisées par l'alcool, et non détruites. En pareille circonstance, la douleur est susceptible de revenir après un an ou deux, comme lorsqu'on injecte le nerf seulement.

L'injection du ganglion, comme la gassérectomie, peut être suivie de kératite, mais si les paupières sont soigneusement fermées et les conjonctives lavées à l'eau boriquée, cette complication opératoire est des plus rares.

Pour être sûr que l'injection d'alcool est bien faite, on usera du contrôle suivant. Lorsqu'on pense que l'aiguille est arrivée sur le nerf, on injecte quelques gouttes d'une solution de novocaïne à 2 %. Si, au bout d'une demi-minute, la zone cutanée de distribution de la branche nerveuse est insensibilisée, c'est que la position est bonne : il suffit d'injecter alors un cent. c. d'alcool à 90°.

L'injection convenablement faite amène la cessation des douleurs. Ce résultat se prolonge pendant au moins une année, et quelquefois deux, trois ans, et plus. L'injection du ganglion donne une guérison définitive, comme la gassérectomie. La kératite est un risque à courir, si la cornée est anesthésiée après l'injection, mais on peut généralement l'éviter par des précautions convenables.

P. L.

FAITS CLINIQUES

Dystocie par soudure cicatricielle des lèvres du col.

Au « cas intéressant de dystocie » que vous avez publié d'après le *Tunis médical*, dans un récent numéro du *Concours*, voulez-vous me permettre de joindre le fait suivant.

Le 1er juillet 1879, Mme M., sage-femme à Cancale, où je résidais à cette époque, me fait demander auprès d'une de ses clientes, Mme D., âgée de 36 ans, enceinte pour la sixième fois, en travail depuis quelques heures et dont l'état lui paraissait anormal. J'examine la malade et, pratiquant le toucher, je constate la présence d'une tête bien engagée dans l'excavation en position normale du sommet. Je contourne en tous sens cette partie fœtale, à la recherche de l'orifice externe du col, d'ailleurs complètement effacé. Ne trouvant rien, j'explore les culs-de-sac, mais partout mon doigt est arrêté par la continuité des parois du vagin et du col. Je reviens sur le contour de la tête et en haut, à gauche, je finis par percevoir quelque chose d'un peu irrégulier, qui me paraît de la dimension de la tête d'une petite épingle, mais tranchant sur le reste de la calotte qui est lisse, tendu et très aminci. A l'aide d'un spéculum, je vois sourdre de là une petite gouttelette de mucus et je me rends compte qu'une différence de teinte des tissus s'étendant en une étroite bande de haut en bas et de gauche à droite, est l'indice d'une soudure anormale des deux lèvres du col. Un stylet que j'introduis avec peine dans ce pertuis n'arrive pas à rompre ses bords.

Par suite de circonstances indépendantes de ma volonté et malgré que la famille fût prévenue de la possibilité d'une rupture utérine avec toutes se s conséquences, car les douleurs devenaient de plus en plus fortes et rapprochées, je fus obligé d'attendre au lendemain matin, onze heures, pour intervenir. Une incision cruciale fut alors faite à l'aide du scarificateur de Siredey, sur la soudure des lèvres, chacune des incisions ayant environ 2 centimètres de longueur. La dilatation se fit dès lors rapide et régulière, puis l'accouchement se termina sans tarder, d'une façon très naturelle par la naissance d'un fort garçon (aujourd'hui brave marin, père de plusieurs enfants).Les suites de couches furent très normales.

Et maintenant, à quelle cause attribuer cette soudure anormale, sans aucun doute postérieure à la conception ? Je ne puis lui trouver d'autre raison d'être que l'abus de cautérisations intra-cervicales, au nitrate d'argent, faites d'une façon régulière, plusieurs fois par mois, et jusqu'à une période très avancée de la grossesse, par un confrère d'une ville voisine, dont Mme D., était la cliente. Depuis lors, celle-ci a laissé son utérus poursuivre et terminer en paix sa carrière physiologique, sans nouvel accouchement, il est vrai, mais aussi, sans cautérisation, ni opération d'aucune sorte. D'après ce que son dernier fils vient de me raconter, elle est morte âgée de 66 ans, d'une affection cardiaque.

Deux choses, me semble-t-il, sont à retenir de cette observation : 1° le danger de pratiquer des cautérisations intra-cervicales à une époque avancée de la grossesse ; 2° la notion de la solidité des soudures anormales du col utérin.

Espérant, Monsieur le Rédacteur en chef et cher Confrère, que vous voudrez bien, pour une fois, accorder l'hospitalité du *Concours* à l'un de ses très vieux abonnés, vous en remerciant à l'avance, je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs et les plus distingués.

Dr Labbé (de Saint-Servan).

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Les soins médicaux aux pensionnés de guerre.

L'article 64 de la loi du 31 mars 1919 à la Chambre.

(*Séance du* 11 *juin* 1920.)

« Il n'est jamais trop tard pour bien faire », proclame la Sagesse des Nations.

Par ces temps de vacances, où l'activité professionnelle se trouve un peu ralentie, nous soumettons à l'examen de nos lecteurs l'extrait du procès-verbal de la séance de la Chambre des Députés du 11 juin dernier.

Nous appelons leur attention sur la singulière conception de M. Lugol, député de Meaux.

Nous leur signalons aussi la déclaration du ministre des pensions relative aux médecins de l'Eure, qui, jusqu'à présent, n'ont pas accepté la rémunération qui leur est offerte pour assister aux séances du tribunal des pensions. « Ils finiront, a-t-il dit, par se soumettre à la règle commune ».

Et s'ils refusent ! Qui pourra les obliger à accepter un tarif qu'ils jugent insuffisant !

Il est bon que nous connaissions nos amis et nos adversaires. Il est nécessaire que nous sachions les arguments avec lesquels ceux-ci nous combattent.

De bons avertis en valent le double !

G. D.

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. Il me reste à dire un mot de l'application de l'article 64 et des tribunaux de pensions.

Aux termes de l'article 64, vous le savez, l'Etat doit assurer, pendant leur vie, aux invalides de la guerre, la gratuité des soins chirurgicaux, médicaux et pharmaceutiques que peuvent nécessiter les blessures ou les maladies ayant motivé leur réforme.

En ce qui concerne les soins hospitaliers, les invalides de guerre, blessés et malades, sont reçus à l'heure actuelle dans les diverses formations hospitalières du territoire, c'est-à-dire dans les hôpitaux civils et dans les hôpitaux du service de santé militaire. Le rôle du ministre des pensions est d'abord, dans la circonstance, d'assurer la gratuité des soins, c'est-à-dire de payer le montant des frais qu'exige l'hospitalisation des intéressés.

Mais le rôle du ministre des pensions en ce qui concerne l'application de l'article 64, ne saurait se borner à cette simple intervention comptable. Et, pour ma part, j'estime que j'ai le devoir de contrôler la façon dont nos invalides de guerre sont soignés et traités, dans les formations hospitalières où ils sont admis. (*Applaudissements.*)

A cet effet, j'ai saisi dernièrement M. le ministre des finances d'un projet tendant à la création d'un corps d'inspecteurs qui seront notamment chargés de surveiller l'application de l'article 64 dans les divers hôpitaux.

Je souhaite que la commission des finances veuille bien approuver ce projet, dont l'adoption me permettra d'exercer un contrôle indispensable à l'intérêt de nos pensionnés.

Un membre à gauche. Quand ?

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. Dès que les crédits m'auront été attribués, j'organiserai le service.

M. ABOUT. Nous vous demandons, monsieur le ministre, de confier cette inspection à des mutilés.

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. Vous savez que chaque fois que je puis employer des mutilés, je le fais. (*Très bien ! très bien !*)

M. ABOUT. Nous n'en doutons pas.

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. J'ai parlé des soins hospitaliers. Je passe aux soins à domicile.

Là où existent des sociétés de secours mutuels, on peut dire que l'article 64 est bien appliqué, et je suis heureux de saisir cette occasion de remercier les groupements mutualistes du concours précieux qu'ils nous prêtent en cette circonstance. Mais là où n'existent pas de sociétés de secours mutuels, l'application de l'article 64, je le reconnais, laisse à désirer.

Nous avons bien adressé aux préfectures pour les répartir entre les municipalités, qui les distribue aux pensionnés, des carnets de bons à souche permettant aux invalides de la guerre de recevoir des soins au lieu de leur résidence ; mais nous ne sommes pas encore arrivés à assurer la rémunération de ces soins. En effet, pour la rémunération des visites médicales, l'article 64 nous oblige à nous mettre d'accord avec les syndicats de groupements de médecins, et, malheureusement, jusqu'à ce jour, l'accord n'a pu s'établir, par suite, il faut bien le dire, des exigences du corps médical. Les pourparlers engagés avaient même été interrompus à un certain moment.

M. GILBERT LAURENT. L'Union des syndicats médicaux vous remercie, monsieur le ministre, de l'effort que vous avez fait pour cette entente.

Je suis convaincu que nos confrères feront, de leur

côté, tout leur possible pour s'entendre avec vous. Vous êtes le premier qui ayez compris que les mots inscrits dans la loi « après entente avec le corps médical » doivent être interprétés ainsi :« que vous devez vous entendre ensemble », tandis que vos prédécesseurs disaient que ces mots signifiaient simplement : « après avoir entendu les médecins et n'avoir pas tenu compte de leurs observations ». (*Rires et applaudissements.*)

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. Je puis vous dire qu'à l'heure actuelle, les pourparlers sont en bonne voie et que nous avons obtenu des délégués des médecins les propositions suivantes....

M. GILBERT LAURENT. Grâce à vous !

M. LUGOL. *Permettez-moi, monsieur le ministre, de faire connaître à la Chambre que, lorsque nous avons inscrit dans le texte auquel on fait allusion les mots « après entente avec le corps médical », nous n'avons pas entendu dire que l'application de l'article 64 serait subordonnée à une convention préalable passée entre le Gouvernement et les médecins et acceptée par eux.*

Nous avons dit et nous avons voulu dire, sur la demande même du docteur Pacaud, qui a pris la parole à ce moment, *que les médecins seraient entendus et consultés sur la fixation d'un tarif, qui ne serait pas celui de l'assistance médicale gratuite alors en vigueur. Mais il n'a pas été dans notre esprit de dire que toutes leurs demandes seraient acceptées par le Gouvernement.*

Le Gouvernement a donc la faculté de discuter ces demandes, il en a même le devoir : il l'a rempli en discutant comme il l'a fait. Nous ne pouvons que l'en féliciter, et nous comptons sur lui pour qu'il arrive à une entente qui sauvegarde à la fois les droits du Trésor et les intérêts des médecins. (*Très bien ! très bien !*)

M. GILBERT LAURENT. Oui, mais qui sauvegarde surtout les droits des mutilés, qu'il ne faut pas assimiler à de simples assistés. (*Très bien ! très bien !*)

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. L'état des pourparlers est actuellement le suivant. Les représentants des médecins ont accepté l'établissement de tarifs calculés pour l'ensemble du territoire, ce qui nous permet de donner une certaine souplesse à notre organisation, et ce qui est aussi plus conforme aux intérêts du Trésor.

D'autre part, les médecins ont accepté un maximum de 10 fr. pour les visites dans les agglomérations de 200,000 habitants, et de 8 fr. dans les agglomérations de moindre imporance. Tous les préfets sont, à l'heure actuelle, consultés sur ces bases et doivent examiner sous quelles modalités les propositions faites peuvent jouer dans leur département.

Dès que les préfets nous auront fait connaître leur réponse, j'espère que notre entente avec les médecins pourra s'achever.

En ce qui concerne les soins pharmaceutiques, l'accord est complet entre les pharmaciens et nous Les propositions des pharmaciens étaient d'ailleurs justifiées. Ils ont demandé que, pour l'application de l'article 64, on adoptât les tarifs de l'association générale des pharmaciens de France, applicables aux œuvres d'assistance et de prévoyance sociales. Ils ont en outre, consenti un rabais de 5 % sur ces propositions....

M. CLAUSSAT. Ils ne se sont pas fait une entorse !

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. ...dans les agglomérations d'au moins 70,000 habitants. Voilà pour l'article 64.

Avant d'en terminer avec l'application de la loi du 31 mars, je voudrais vous dire un mot des tribunaux des pensions, de ces tribunaux qui ont pour but, comme vous le savez, de fixer les droits des invalides de la guerre et de les faire respecter.

Il a fallu un certain temps pour que ces tribunaux de pensions fussent constitués. Mais ce retard a tenu souvent à ce que, dans certains départements, les associations des mutilés ne se sont pas immédiatement entendues pour la désignation des vingt membres, parmi lesquels doit être tiré au sort le mutilé chargé de représenter ses camarades au tribunal départemental.

A l'heure actuelle, tous les tribunaux de pensions sont constitués, sauf toutefois dans le département de l'Eure, où nous nous sommes heurtés à une véritable grève des médecins, lesquels considèrent comme insuffisante la rémunération de 10 fr. par heure de séance, qui leur est attribuée par le règlement d'administration publique du 2 septembre 1919. *Mais nous espérons que les médecins du départemenl de l'Eure finiront, comme les autres, par se soumettre à la règle commune.*

Tous les autres tribunaux de pensions sont constitués et fonctionnent. Nous avons reçu un premier pourvoi, le 12 mai dernier, pourvoi porté devant le tribunal départemental de Saône-et-Loire, et, depuis ce moment, de nombreux pourvois sont portés devant les tribunaux départementaux des pensions.

II

A propos de l'encombrement.

Le *Concours* a publié deux lettres dans lesquelles deux confrères préconisent diverses mesures destinées à y porter remède. L'idée de supprimer certaines Écoles et de transformer certaines Facultés en Écoles, est excellente. C'est pour cela qu'elle ne sera pas adoptée. Aussi vaut-il mieux n'en plus parler.

Quant à l'idée de limiter le nombre des étudiants par concours ou élimination rapide des non-valeurs, elle est impraticable.

Qui établira le programme de ce concours et par

qui sera-t-il appliqué ? Ce sera un autre bachot et un bon piston y sera très utile.

Par qui et sur quelles notes seront classées les non-valeurs ?

Toutes les parties de l'enseignement médical se valent. Il s'ensuit que tout médecin doit posséder des connaissances suffisantes sur l'ensemble de ce qui lui est enseigné. Est-ce le cas ? Non.

J'ai vu à l'époque, feu M. le professeur Baillon, examiner des candidats qui depuis sont devenus brillants. Ils ne l'étaient pas alors et si on leur avait appliqué la règle des non-valeurs, la Science aurait été privée de médecins bien remarquables.

N'en est-il pas de même encore ? Je crois que si, car à certains examens (thérapeutique, matière médicale, hygiène, médecine légale, anatomie pathologique, etc.), bien des candidats peuvent être mis d'office dans les non-valeurs.

Quel remède apporter à l'état de choses actuel ? Voici ce que je propose.

Le fait d'être étudiant en médecine procure, au point de vue militaire, des avantages spéciaux.

Au bout de deux mois, l'on n'est plus biffin de 2e classe, l'on n'a plus l'avantage de pincer l'oreille à Jules, il est rare de ne pas avoir un endroit décent où l'on peut se laver ; sans compter qu'on n'est plus l'habitant d'une chambre de 127 hommes avec des millions de punaises, enfin l'on est presque toujours dans une ville de garnison un peu plus plaisante que celles où sont affectés les camarades d'éducation, instruction, fortune équivalentes.

Alors, comme les années de service militaire sont plutôt pénibles, on les abrège le plus possible et l'on se fait carabin.

Cela serait évité si tous les jeunes gens intellectuellement égaux étaient traités de la même manière. C'est ce qui existait lors du volontariat à 1500 fr. qui envoyait dans les régiments des jeunes gens instruits qui, au bout de leur année de service, étaient capables de faire des chefs de section, puis des officiers de réserve.

Qu'on y revienne donc à ce volontariat. L'on sera alors étonné, si l'on y ajoute la sélection physique (c'est-à-dire que tout médecin doit être capable de faire un soldat), du peu d'étudiants restant dans les Facultés. Pour moi, ce sera un bien.

GONTIER-LALANDE.

L'idée de notre excellent correspondant n'est pas absolument neuve. On a fait valoir, il y a longtemps, comme un des facteurs de l'augmentation du nombre des étudiants en médecine, l'espèce de privilège dont ils jouissent pour l'accomplissement de leur service militaire.

Ce facteur n'est certainement pas douteux.

Il ne faut pas compter cependant que l'on revienne jamais au système du volontariat d'un an. Mais, il est à prévoir que, dans un temps plus ou moins éloigné, la durée du service militaire des jeunes Français, j'entends du service actif, n'excédera guère une année. C'est l'opinion des grands chefs de l'armée eux-mêmes que ce temps est largement suffisant pour achever l'instruction technique du soldat, à la condition qu'une sage et prudente organisation des réserves permette une mobilisation rapide de toutes les forces vives de la nation, suffisamment préparées et entretenues dans l'art de la guerre. Ceci évidemment dans le seul cas où la France serait attaquée de nouveau. Car, il ne peut venir à l'esprit de quiconque qu'elle puisse être jamais l'agresseur.

Donc, pas de retour au volontariat : cela ne se discute pas.

Mais ce que l'on pourrait concevoir, ce serait, pour l'étudiant en médecine, le droit commun, le sort de tous, sous les drapeaux.

C'est discutable. Tant qu'il y aura une armée, il faudra un service médical pour veiller sur la conservation des effectifs. Ce service médical, nous le voyons en très grande partie assuré par le corps médical tout entier, pendant le temps de la durée légale des obligations militaires de ses membres.

N'est-il donc pas indiqué d'affecter l'étudiant en médecine à ce service ?

Tout ce que l'on pourrait peut-être concéder serait que, bien qu'employé comme médecin, ou aide-médecin, l'étudiant en médecine vécut matériellement de la même vie que ses camarades soldats.

Nous avouons qu'à cet égard, nous professons une autre opinion. Elle n'est pas encore assez mûre dans notre esprit pour que nous nous hasardions à la faire connaître. Cela viendra certainement un jour.

En attendant, s'il faut remédier à l'encombrement, nous pensons que c'est d'abord en répandant *urbi et orbi* cet axiome que, la plupart du temps, dans la carrière médicale, le métier ne nourrit pas son homme, et *à fortiori*, la femme de celui-ci et ses enfants.

Nous conservons en outre quelque sympathie pour le projet dont nous nous fîmes jadis le défenseur : une barrière élevée à l'entrée des études médicales, pour limiter impartialement le nombre des étudiants.

Enfin, nous voyons sans déplaisir les difficultés même de ces études augmenter un peu chaque jour. Elles seront peut-être telles un jour qu'elles rebuteront à l'avance un grand nombre de ceux qui songent à les entreprendre, et qu'il en résultera une excellente sélection qui fera, du corps médical de l'avenir, une élite au sens absolu du mot.

G. DUCHESNE.

III

Fédération des Syndicats médicaux de l'Eure.

(4 *juillet* 1920.)

L'assemblée générale de la Fédération des Syndicats médicaux de l'Eure s'est tenue, dans l'une des salles de l'Hôtel de Ville d'Évreux, le 4 juillet, à 3 heures et demie du soir, sous la présidence du Dr Couderc, de Beaumont-le-Roger.

1° Après la lecture et l'approbation du procès-verbal de l'Assemblée générale de 1919, le Secrétaire général expose les résultats des demandes de relèvement d'honoraires qui ont été adressées à l'Administration préfectorale.

2° En ce qui concerne *l'inspection des enfants du 1er âge*, le taux de la visite mensuelle, faite à chaque nourrisson jusqu'à deux ans, est porté à 3 francs avec application à partir du 1er janvier 1920.

3° *Les vaccinations* obtiennent les majorations suivantes, comptées du 1er janvier 1920.

Séance de vaccination :

Vaccinations et revaccinations, 0,50 par opération
Indemnité kil. portée à 1,50
par kilomètre compté à l'aller.
Vacation minimum de ... 10 fr.

si le total des vaccinations ou revaccinations et de l'indemnité kilométrique n'atteint pas ce chiffre.

Séance de Révision :

Indemnité kilométrique portée à .. 1 fr. 50
par kilomètre compté à l'aller.
Vacation minimum de........... 10 fr.

si le total de l'indemnité kilométrique n'atteint pas ce chiffre.

4° *L'A.M. G.* a fait l'objet de plusieurs entrevues, avec la commission du Conseil général et l'Administration préfectorale. Le principe d'un relèvement de notre tarif a été admis par MM. les Conseillers généraux, mais l'accord n'a pu se faire avant une étude approfondie de la question ; de sorte que la solution en a été reportée à la session d'août du conseil général. Une nouvelle demande est adressée à la préfecture et la rétroactivité au 1er janvier 1920 a été envisagée, pour l'application du nouveau tarif.

Sur une remarque de l'Administration, que des confrères ne se déplaçaient, pour des assistés, qu'à la condition que le malade ajoute, au prix de visite accordé par l'A. M. G. le complément nécessaire pour parfaire le prix du tarif ordinaire, il a été voté que ce procédé était irrégulier et que notre bureau ne prendrait pas la défense des confrères qui recevraient, de ce fait, un blâme de la Préfecture ou encourraient une révocation ; mais le bureau ne prend pas la charge de transmettre les blâmes adressés par l'Administration, comme il lui avait été demandé.

5° ....

6° La question *des pensionnés de guerre* a fait l'objet de deux entrevues avec la préfecture mandatée par le ministère, pour jeter les bases d'un tarif départemental.

Notre bureau a demandé la constitution d'une Commission officielle et il a fait connaître les propositions établies, qui ont été transmises au Ministre intéressé, mais aucune solution n'est encore intervenue. Toutefois nous conseillons aux confrères d'établir leurs notes du second trimestre, qui doivent être envoyées directement à la préfecture, sur les bases suivantes :

Consultations................. 7 fr.
Visites .... 8 »
Indemnité kilométrique....... 2 »

par kilomètre compté à l'aller.

7° A la demande du Secrétaire général, des délégués des Syndicats furent nommés, pour entrer dans la constitution des Commissions, appelées à collaborer avec l'Administration préfectorale.

Ont été désignés ; les Drs Moisson, Peigné, Thirard, Vassal et Vivier.

8° Les pourparlers pour le fonctionnement du *Tribunal départemental des pensionnés de guerre*, engagés d'abord avec le Président du Tribunal civil d'Évreux et continués par la suite avec le Ministre intéressé, n'ont pas donné de résultat et il a été ajouté, aux honoraires primitivement fixés, une majoration qui correspond aux prix suivants :

a) Indemnité de 50 francs pour toute séance ne dépassant pas deux heures.

b) Toute heure supplémentaire sera payée 25 francs.

c) Indemnité kilométrique de 3 francs par kilomètre compté à l'aller, qui sera allouée à tout médecin choisi en dehors d'Évreux.

9° *Les Sociétés de secours mutuels* ne doivent plus honorer le corps médical à l'abonnement, sauf dans le cas d'un accord établi par dérogation entre tous les médecins de la localité ; par conséquent, les principes du libre choix et du tarif à la visite sont votés, et les honoraires seront fixés d'après le tarif minimum départemental, avec une remise pour frais de recouvrement qui ne pourra dépasser 10 %.

10° Une indemnité de 50 francs par jour d'absence est proposée comme allocation, pour les médecins qui seront délégués aux assemblées des associations générales, et cette somme sera prise sur la caisse des syndicats intéressés.

11° La demande de liaison plus étroite, entre

le bureau de la Fédération et les Syndicats d'arrondissement, se trouve réalisée, par une application plus stricte des statuts de la Fédération.

12° L'augmentation de la cotisation attribuée à la Fédération est fixée à 4 francs par syndiqué et par an et les cotisations doivent être recueillies par les trésoriers des syndicats, afin d'être adressées au secrétaire-trésorier de la Fédération, dans le premier trimestre de chaque année.

13° Les rapports qui doivent exister entre médecins syndiqués et non syndiqués auront, sauf exception, comme but de solliciter l'adhésion des dissidents, en leur montrant les avantages de l'union et en leur expliquant qu'ils profitent des améliorations obtenues, et que leur persistance dans l'isolement en ferait des parasites.

14° Le tarif des *accidents du travail* reste, jusqu'au 1er septembre, représenté par le *tarif Dubief* majoré de 100 %, mais un nouveau tarif a été élaboré par une commission ministérielle, dans laquelle l'Union des Syndicats a défendu les légitimes intérêts du corps médical, et sa publication doit paraître incessamment, pour prendre effet du 1er septembre.

15° La situation des médecins de chemin de fer a suscité de nombreuses critiques, se résumant dans le vœu suivant, qui doit être adressé à l'Union des Syndicats pour être transmis aux pouvoirs compétents et proposé aux Syndicats de Cheminots : « Suppression des médecins de « médecins de chemin de fer et liberté pour le « malade de choisir son médecin qu'il devra « payer au tarif ordinaire. »

Le secrétaire général,
Dr THIRARD.

IV

Fédération des Syndicats médicaux de l'Hérault.

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE.

a) La commission de vérification (art. 25 du règlement de l'Assistance médicale gratuite du département de l'Hérault, en date du 15 novembre 1919) doit comprendre, entr'autres membres, deux conseillers généraux et trois médecins du service, dont un désigné par les Syndicats, deux par le Préfet. Les désignations faites à l'heure actuelle prêtent à ambiguïté : le Président de la Fédération fera préciser par l'administration préfectorale la qualification de chacun des délégués en fonction.

b) Les tarifs arrêtés par le Conseil de la Fédération dans sa séance du 25 avril 1920 comme devant être proposés au conseil pour l'exercice 1921 doivent être modifiés, en raison du renchérissement général de l'existence et des charges que les nouvelles lois fiscales font peser sur le corps médical. En conséquence, la visite ou consultation est tarifée à 6 fr. L'indemnité de déplacement, basée sur le prix du kilomètre parcouru en automobile, sera de 2 fr. à l'aller, plus 2 fr. au retour, soit 4 fr. en tout. Notification de cette décision sera faite à la Préfecture par les soins du Président.

HONORAIRES POUR SOINS AUX BÉNÉFICIAIRES DE L'ART. 64 DE LA LOI DES PENSIONS. — En conformité avec les suggestions émanées de l'Union des Syndicats médicaux de France (circulaire du 29 juin 1920), le taux de l'acte médical simple, visite ou consultation, est fixé à 10 fr. Invité par le Préfet à se concerter avec lui à ce sujet, le bureau de la Fédération devra spécifier qu'il s'agit là d'un simple renseignement en vue d'une entente préalable, qui ne saurait être valablement réalisée, selon l'esprit et la lettre de la loi du 31 mars 1919 qu'après accord entre les délégués du Préfet, les Associations de Mutilés, et les Syndicats médicaux.

HONORAIRES POUR SOINS AUX PUPILLES DE LA NATION. — Lecture est donnée d'une lettre en date du 29 juin 1920 du secrétaire général de l'Office départemental des Pupilles de la Nation de l'Hérault, demandant à la Fédération de s'informer auprès des Syndicats médicaux du département des conditions auxquelles pourraient être assurés les soins médicaux aux 6,000 pupilles que compte le département, chiffre susceptible de s'augmenter encore sensiblement. Le Conseil décide de proposer le chiffre de 10 fr. pour la visite ou consultation.

La Fédération croit devoir encore rappeler aux membres du corps médical de l'Hérault que, sur ce point encore, il convient de s'abstenir de toute entente particulière et que chacun a le devoir de se retrancher, en cas de sollicitation individuelle, derrière les décisions collectives prises par les groupements professionnels régulièrement mandatés à cet effet.

MODIFICATION AUX STATUTS DE LA FÉDÉRATION. — La Commission chargée de ce soin lors de la séance du 25 avril 1920 présente au conseil les nouveaux statuts dont les modifications s'inspirent à la fois des statuts types de Seine-et-Oise et de la loi du 12 mars 1920 sur l'extension de la capacité civile des Syndicats professionnels. Un exemplaire en sera adressé à tous les médecins du département.

CODE DE DÉONTOLOGIE. — Diverses décisions syndicales (vote du Syndicat de Montpellier, en date du 1er février 1920, relatif aux honoraires des médecins traitants à l'occasion des consultations avec les Professeurs de Faculté ou les spécialistes) sont de nature à modifier cer-

taines dispositions de ce règlement, devenu désuet et d'ailleurs introuvable. Une commission est nommée pour présenter à la prochaine séance un texte remanié.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE DU DÉPARTEMENT. — La commission nommée à cet effet le 25 avril 1920 rend compte de ses démarches. Mandat lui est donné de continuer son action méthodique touchant le recrutement syndical et la surveillance des déclarations de vacances de postes médicaux.

Paul DELMAS.

SOCIOLOGIE

Qu'est-ce que l'Etat ?

Il est très difficile, voire même impossible, de donner une définition exacte, précise et claire de la notion de l'État. Les auteurs, qui font autorité en Droit public, ne sont pas d'accord et, selon que chacun se place, au point de vue des buts de l'État, ou de la politique, on reconnaît à l'État une puissance idéale, devant apporter le règne du bonheur et de la félicité humaine, lorsque l'État aura monopolisé, centralisé, nationalisé tous les services, cependant que d'autres auteurs vont jusqu'à nier l'État, ou à prédire sa fin prochaine.

Qu'il me soit permis, pour essayer d'être clair, dans cet exposé, d'évoquer l'histoire sociologique des peuples.

Vivant en collectivité, les hommes ont toujours ressenti, plus ou moins clairement, le besoin d'organisation collective, pour faire régner la paix entre eux et pour pouvoir être protégés contre les ennemis du dehors.

Dans les temps antiques, c'est la loi religieuse qui a groupé les tribus. La loi de Moïse, la loi de Mahomet, l'évangile de Jésus, ont été des règles de morale et d'hygiène, décrétées par les ministres des diverses religions.

Si nous prenons l'histoire française, nous voyons les hommes se grouper autour d'un château seigneurial, ou d'une église, pour se mettre sous la protection d'un guerrier, qui combattra avec ses armes ou avec son caractère sacré, sacerdotal.

Mais les seigneurs eux-mêmes se plaçaient sous la suzeraineté d'un seigneur plus puissant. D'où progressivement, la formation de fiefs et de provinces.

A ces intérêts locaux, vint se juxtaposer d'abord, puis se superposer, par la force, ou par les mariages et les alliances, la puissance royale. Le roi, féodal et suzerain des seigneurs, affirme peu à peu son autorité et sa suprématie sur les autres seigneurs de France, et il faut arriver à Louis XIV pour dégager la notion de l'État, personnifié par le roi.

Actuellement, que constatons-nous ?

Les Français, vivant en collectivité, se groupent localement en commune, pour administrer les biens communaux communs et pour faire respecter la paix locale.

Ces communes, agglomérées les unes aux autres, d'après des divisions géographiques mal déterminées, forment des départements, ou réunions de communes, pour l'administration plus supérieure d'un territoire et des intérêts communs à plusieurs communes.

Tous ces départements forment une collectivité unique appelée l'État français, c'est-à-dire la réunion des intérêts et des aspirations, qui sont communs à des hommes, vivant sur un territoire déterminé, enclos par des frontières, hommes provenant de la même race, unis par des traditions et une histoire commune. Il n'y a pas de juxtaposition d'invididus, mais collaboration : la preuve en est dans la mobilisation de ces hommes, en 1914, non pour une guerre de conquête, mais pour une guerre de défense du territoire et de la nation, c'est-à-dire de l'État.

L'État se trouve donc être la personnification des intérêts communs des gens de race française habitant en France, c'est-à-dire dans un territoire déterminé, et entendant vivre en paix d'après leur mentalité française.

De même que le maire et son conseil municipal règlent les questions communales, et que le préfet et le conseil général règlent les affaires intercommunales, c'est-à-dire départementales, l'État aura pour mission :

1° D'établir les règles communes à tous les gens vivant en France, c'est-à-dire de faire les lois, par l'intermédiaire des représentants du peuple appelés députés et sénateurs ;

2° De faire exécuter les lois, par les ministres et l'administration, ayant des représentants dans chaque département, sous le nom de préfets et de sous-préfets ;

3° De faire respecter les lois, par le pouvoir judiciaire. Il devra en outre faire respecter la police, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur et, par l'armée, être en mesure de repousser toute agression provenant des autres États.

Pour remplir ces fonctions, l'État devra se procurer des ressources, d'où le droit d'impôt ; il devra faire respecter ses décisions, d'où le droit de contrainte ; il devra faire prédominer l'intérêt collectif, national, à l'intérêt individuel, d'où le droit de souveraineté.

A l'État revient le soin d'organiser les services publics, soit pour secourir les malheureux, par ses établissements publics (hôpitaux), soit en exécutant des travaux publics de grande envergure et de rendement peu lucratif (canaux,

routes, etc.), surtout au siècle dernier, alors que la grande industrie, la grande finance, n'avaient pas encore le développement, partant, la puissance actuelle.

Puis, pour se procurer des ressources supplémentaires par des monopoles, l'État s'est fait commerçant et industriel : il fabrique des allumettes, il manipule le tabac, il assure le transport des correspondances, par les P. T. T., etc.

Enfin, étendant son action, l'État devient un simple industriel, ou commerçant, faisant la concurrence aux industriels et commerçants ordinaires.

Comment l'État exerce-t-il ces diverses fonctions ? L'État est personnifié par un homme, appelé président de la République. Élu par les représentants du peuple (députés et sénateurs), le chef de l'État nomme les administrateurs de la chose publique (ministres et autres) ; il nomme également les représentants de l'autorité judiciaire (les juges).

Actuellement, ce qui occasionne de nombreuses attaques contre l'État, c'est d'une part cette concurrence industrielle et commerciale que provoque l'État, en dehors de ses monopoles, mais c'est surtout la manière désuète, suivant laquelle s'exerce la puissance publique.

La Révolution de 1789 a réagi contre l'autocratie de l'ancien régime et contre la tyrannie des corporations. Ce mouvement de réaction s'est traduit par l'apogée d'un individualisme outrancier.

Peu à peu s'est dégagé un intérêt collectif, social, auquel se joint, depuis une cinquantaine d'années un intérêt professionnel, corporatif. C'est parce que ces trois intérêts ne sont pas harmonieusement réglés, dans leurs rapports respectifs, qu'il se produit tant de tiraillements et tant de mécontentement.

Il est reproché aux représentants du peuple, qui font les lois, d'être trop impressionnés par les seuls intérêts locaux de leur circonscription. Le député, soucieux de sa réélection, oublie parfois l'intérêt collectif de la France entière : d'où des conflits pour des questions de douanes, de bouilleurs de crû, etc.

D'autre part, les techniciens des diverses professions et corporations reprochent aux représentants du peuple d'être souvent des incompétents et d'aboutir au vote de lois mal bâties, inapplicables, véritables nids à procès. Il serait donc souhaitable que le représentant du peuple puisse s'inspirer d'abord des intérêts de ses électeurs personnels, puis de ceux de la collectivité française, enfin qu'il reçoive obligatoirement les suggestions (et non les ordres) des représentants de la profession organisée à laquelle chaque député appartient.

Je m'explique : un député est un homme politique : il ne doit faire que de la politique. Par politique, nous n'entendons pas la conception grossière, c'est-à-dire l'art de devenir député, sénateur, ministre, etc. La politique est l'art de gouverner la chose publique, d'après les données de la science du Droit public et en s'inspirant des notions de l'opportunité. C'est ainsi qu'il y a une politique agraire, une politique industrielle et commerciale, pénale, etc.

Si le représentant du peuple était professionnel, c'est-à-dire élu par les syndicats et les associations, il représenterait, non les intérêts communs des électeurs de sa circonscription, mais uniquement les intérêts corporatifs d'un groupe professionnel.

Au contraire, le syndicat, représentant légal, (loi du 21 mars 1884) des intérêts professionnels, devrait être appelé à donner son avis autorisé lors de l'élaboration des lois et des textes réglementaires.

Par exemple, la loi du 15 février 1902, sur l'hygiène publique, est presque inappliquée en France : le ministre de l'hygiène, comme le législateur, devraient charger l'*Union* des syndicats médicaux de France, les syndicats de pharmaciens, ceux d'architectes, d'agents voyers, etc. de donner leurs avis écrits, ainsi que le texte des modifications proposées, après des études en commun avec des juristes, des membres de l'administration, des savants spécialisés, etc.

Aux administrateurs, ministres, préfets, etc. il est reproché de conserver, sous notre régime républicain, les errements césariens, autoritaires et centralisateurs de l'Empire. L'autorité administrative ordonne, sans prendre conseil, ou sans tenir compte des avis compétents qui lui sont fournis.

Au pouvoir judiciaire, il est reproché de trop se préoccuper des influences politiques, qui peuvent favoriser un avancement et de rendre une justice boiteuse. Pour ma part, j'estime qu'un tribunal a moins la mission de rendre une justice aussi équitable que possible, que d'assurer avant tout la paix publique. Par son pouvoir discrétionnaire, le juge donne raison à l'une des parties, tort à l'autre et fait exécuter ses jugements, plus ou moins équitables, grâce à la force publique.

Conclusion : l'État est donc la personnification des intérêts communs, collectifs de tous les Français. Chargé d'établir les règles générales de l'existence en collectivité, l'État doit être moins combattu dans son essence que dans les défectuosités de l'exercice de son pouvoir. Il importe donc, à notre avis, moins de provoquer une révolution, qui ne changerait nullement la nature humaine et toutes ses imperfections, que d'étudier les défectuosités de chacune des branches de l'activité de l'État, pour apporter progressivement les remèdes appropriés.

D[r] Paul Boudin.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Lettres sur l'indemnité de 20 francs.

C'est à mon tour de recevoir des lettres : elles montrent que nos confrères lisent d'un œil bien distrait ce que nous publions ; mais, peu importe, il faut que les divers services de la mutualité soient bien compris de tous, et c'est pour cela que nous continuons à répondre par le *Concours médical* :

Voici plusieurs de ces lettres

Je vois dans le *Concours* du 22 août que vous créez une combinaison MAD comprenant des sociétaires à part entière et à demi-part.

Je ne vois pas très bien les avantages que les sociétaires de MA, dont je fais partie, auraient à quitter cette combinaison pour s'inscrire à 1/2 MAD : l'indemnité serait la même et la cotisation serait beaucoup plus élevée...

Est-ce qu'il est question de supprimer MA ? Veuillez me renseigner et recevoir...

Nous ne supprimons pas MA et n'avons jamais songé à la supprimer — d'ailleurs nous n'en aurions pas le droit : que deviendraient les droits acquis des membres de cette combinaison ?

Mais les membres de MA qui actuellement reçoivent l'indemnité de 10 francs et qui veulent s'assurer 20 francs par jour sont autorisés, tout en continuant à rester à MA, à s'inscrire à 1/2 MAD qui leur donnera aussi dix francs (10 + 10 = 20). Ils n'auront qu'à repasser une visite médicale et à envoyer leur certificat avant le 15 décembre prochain, car MAD ouvrira au 1er janvier 1921, après le vote de la prochaine assemblée générale.

Autre lettre :

Après lecture du n° du *Concours*, je viens vous demander si, nouvel admis de MA, je puis rentrer à MAD de façon à avoir 30 francs par jour, ce qui, à notre époque, ne serait pas exagéré.

Si cela est possible, inscrivez moi pour MAD, sinon inscrivez-moi toujours pour 1/2 MAD. Je crois inutile de constituer un nouveau dossier, le mien datant de juin dernier.

Sur l'avis d'un certain nombre de sociétaires, la Commission a été d'avis qu'il n'y avait pas lieu, pour le moment, de permettre l'indemnité de 30 francs. Sans aller aussi loin que le confrère qui prétendait que cela équivaudrait à *semer un vaste champ de carottes*, nous avons dû constater qu'avec une indemnité de 30 francs par jour, le sociétaire serait moins incité à reprendre rapidement son service, et, chargés sous notre seule responsabilité de décider, nous avons adopté le prix limite de 20 francs. Après l'inventaire et l'avis de l'actuaire, l'Assemblée générale de 1921 pourra peut-être se montrer plus hardie.

L'essentiel est de commencer à fonctionner au plus vite, quitte à améliorer au fur et à mesure des possibilités et des besoins.

Je vous inscris pour 1/2 MAD, mais vous aurez à m'envoyer pour décembre un certificat médical constatant que votre santé est restée bonne. Nous ne pouvons faire aucune exception à la règle générale.

Une dernière lettre :

Je suis encore dans les limites voulues pour me faire inscrire à 1/2 MAD. Depuis que je fais partie de MA, je n'ai reçu que 80 francs d'indemnité pour un accident de bicyclette et je me porte aussi bien que possible : je fournirai le certificat médical et je serai admis, j'en ai la certitude.

Quelle sera alors ma situation au 1er janvier prochain ? Je payerai comme cotisation MA entière + 1/2 MAD, mais si je tombe malade, je ne recevrai donc rien du tout puisqu'il y a un nouveau stage de six mois ?

Le stage ne s'applique qu'à la combinaison 1/2 MAD et MA continue à fonctionner comme si de rien n'était. C'est dire, cher confrère, que si de janvier à fin juin le malheur voulût que vous fussiez arrêté, vous recevriez l'indemnité journalière comme par le passé, tandis que si vous êtes arrêté postérieurement au 1er juillet 1921 vous recevrez les deux indemnités, c'est-à-dire 10 fr. + 10 fr. = 20 francs.

La seule réserve qui ait été faite, encore n'est-ce que pour le 2e semestre de 1921, c'est que les indemnités de la nouvelle combinaison MAD ne seront réglées que fin décembre après que l'Assemblée générale extraordinaire aura voté d'une manière définitive l'organisation de la combinaison MAD.

J'ajouterai, pour tranquilliser ceux des membres de MA qui pourraient concevoir quelque inquiétude de l'ouverture de MAD, que les comptes des deux combinaisons demeureront absolument séparés.

H. Mignon,

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Assurance invalidité-maladie et monopole.

On étudie dans tous les milieux, sauf peut-être dans les milieux médicaux, la grande réforme de demain, l'assurance et l'invalidité-maladie. Des projets multiples sont à l'état de gestation, il y a un projet Grinda, il y a un projet mutualiste. Le gouvernement, de son côté, étudie un projet qui empruntera à Pierre et à Paul et essayera de mettre tout le monde d'accord. Si le public médical ne s'occupe pas de la question, il sera mangé, la question de sauce semble seule en discussion parmi nos cuisiniers gouvernementaux.

Il va sans dire que, du moment qu'on crée quelque chose de nouveau, la Mutualité cherche à l'accaparer. Mais pour lui confier la mise en

marche de ce service social, il convient d'étudier si elle en est capable et si son passé est une garantie pour l'avenir.

En réalité, la Mutualité est la bonne à tout faire du gouvernement de la République en matière sociale. Quand nous prenons une domestique, notre premier mouvement est de demander des références et dans l'espèce de réclamer des certificats.

La Mutualité ne sera pas embarrassée pour nous exhiber ses certificats.

Je groupe, dira t-elle, près de 600.000 sociétaires, je possède plus de 600.000.000, j'existe depuis bientôt un siècle, n'ayant jamais cessé de prospérer. Mon œuvre est donc indiscutable.

Soit. Mais la bourgeoise arrêtant une domestique ne se contente pas de lire ces certificats, elle va demander des renseignements aux anciens maîtres, et souvent les fameux certificats sont considérés comme des pièces de peu de valeur.

Quand nous dissocions, pour les étudier, les rouages mutualistes, nous ne trouvons guère que bluff et faillite.

Quelle a été la gestion de la Mutualité. ? Nulle. Cotisations insuffisantes, nullement en rapport avec les services créés, cotisations établies au petit bonheur, sans base mathématique, donnant à tous des avantages précaires et dérisoires. Du reste, l'organisation financière est telle que la Mutualité serait incapable de boucler son budget, si elle n'avait recours à un système très étudié de mendicité : cotisations des membres honoraires, subventions de l'Etat et, par dessus tout, exploitation systématique du corps médical.

Son allocation de chômage est infime et limitée dans sa durée. Dans les cas de maladies de longue durée, lorsque les économies du ménage sont épuisées, c'est alors que l'indemnité de chômage est suspendue, celle-ci ne pouvant être versée que deux mois, trois mois au plus.

Que dire du service médical ? Nous autres médecins nous sommes fixés sur sa valeur : médecins mal payés, obligés par conséquent, au détriment des sociétaires, de considérer les indemnités mutualistes comme un appoint insignifiant ; manque de confiance du sociétaire envers le médecin qu'il n'a pas librement choisi, mais qui lui est imposé. Souvent mode archaïque de rémunération médicale, tel le forfait qui permet au médecin de gagner sa vie quand il n'y a pas de malades, mais en revanche le laisse mourir de faim à la peine en cas d'épidémie.

En résumé, service médical de pure forme, au vu et au su du malade, qui se hâte d'appeler un autre confrère en cas de maladie grave.

Pourtant il y a un service toujours assez convenable dans les sociétés mutuelles, c'est le service des funérailles. Je crois même que les sociétés mutuelles, au lieu de se dire assurance-maladie-chômage, pourraient avec avantage s'intituler assurance-pompes funèbres. Voilà en quelques lignes l'ensemble des services mutualistes.

Cependant depuis quelques années la Mutualité fait grand bruit autour de ses caisses de réassurance-maladie, faites par les unions départementales, caisses dotées de cotisations individuelles microscopiques.

A force d'en parler, elle s'auto-suggestionne et finit par se persuader qu'elles existent. Je crois qu'il s'agit là, comme pour les autres organismes, d'une véritable faillite. Et c'est pourtant sur cet embryon de caisses départementales que la Mutualité espère échafauder son système d'assurance obligatoire et d'invalidité-maladie.

Faut-il parler du dispensaire mutualiste, des organismes créés pour la lutte contre la tuberculose et la syphilis ? Je n'ai pas l'intention de verser dans l'humorisme, je cherche à ne parler que de choses sérieuses.

Voilà tous les titres de la Mutualité au monopole de l'assurance obligatoire et de l'invalidité-maladie, à la suppression de l'assistance médicale gratuite, à la lutte contre les maladies sociales, tuberculose, syphilis, alcoolisme ; tout se résume en ces mots : Bluff et faillite.

Si vous aviez une maison de commerce à faire gérer, prendriez-vous un failli, un homme n'ayant pas su faire ses affaires, c'est là pourtant l'outrecuidance de la Mutualité pour s'imposer à l'Etat.

Dr VIMONT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations.

— **Légion d'honneur.** — Une très abondante floraison de rubans rouges paraît depuis quelques jours à l'*Officiel*.

Parmi les noms des nouveaux promus, nous avons relevé avec un vif plaisir ceux de notre excellent confrère SOULIGOUX, chirurgien des hôpitaux qui se voit attribuer la rosette d'officier, et de notre non moins bon ami Ch. LEVASSORT, qui voit ainsi récompenser par la croix de chevalier les longs services qu'il a rendus au Corps médical et qui lui ont attiré depuis longtemps la sympathie de ses confrères, dont il n'est pas un qui ne soit prêt à rendre hommage à son dévouement, à sa parfaite courtoisie, à son urbanité, en un mot aux très solides qualités de son cœur et de son esprit.

A tous deux, la Rédaction du *Concours médical* adresse ses bien cordiales félicitations.

G. D.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs,
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.



J'ai été mobilisé du 2 août 1914, au 20 juin 1919. J'ai conservé ma maison pendant la guerre, en en payant le loyer et réparations après entente avec mon propriétaire.

Or, j'ai négligé de faire savoir que je comptais faire proroger ce bail de la durée des hostilités, que dois-je faire ?

Puis-je comme mon confrère, auquel vous avez répondu dans le *Concours* du 18 juillet, espérer faire proroger ce bail en prévenant mon propriétaire 3 mois avant l'expiration du bail, soit en 1923 et en vertu de quel article de la loi sur les loyers ?

Je crois que cette loi ne me concerne pas, à moins que votre réponse au confrère ci-dessus désigné ne s'appuie sur de *nouvelles dispositions* que je vous serai très obligé de me citer dans votre réponse.

D[r] B. à C.

Réponse.

Page 319 de l'Agenda du *Concours* 1920, vous trouverez le texte que vous nous demandez.

Vous verrez que vous pouvez faire votre notification de prorogation du bail à votre propriétaire, par acte extrajudiciaire, c'est-à-dire par ministère d'huissier, au plus tard dans les trois mois avant l'expiration de votre bail, puisque ce bail expire plus de six mois après votre démobilisation.

Telle est la loi du 9 mars 1918.

D[r] P. B.

Quelles sont les Ecoles dentaires de Paris ?

Je vous serai bien reconnaissant de bien vouloir me donner le renseignement suivant. Où pourrais-je me procurer le règlement *officiel* concernant les études organisées nécessaires pour obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste ?

Ce renseignement m'est nécessaire pour une jeune fille, ma parente, qui se destine à cette profession.

D[r] M.

Réponse.

Il existe trois écoles dentaires à Paris :

L'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne,

L'Ecole odontologique, 5 rue Garancière,

L'Ecole dentaire française, 29, boulevard Saint-Martin.

Enfin existe l'Ecole française de stomatologie, 24, passage Dauphine, destinée aux étudiants en médecine et aux docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans l'art de la stomatologie.

Le médecin non propharmacien peut-il fournir des objets de pansement ?

Je vous serais très obligé de vouloir bien me dire si je puis fournir, pour mes pansements et en particulier pour les pansements aux accidentés du travail, les objets de pansement. Et si j'ai ce droit, puis-je faire figurer sur mes notes d'honoraires, une note spéciale pour ces objets de pansement ?

Il y a un pharmacien dans la localité où j'exerce, mais des circonstances m'empêchent de me servir chez lui. En somme, serait-ce faire de l'exercice illégal de la pharmacie que d'agir comme je vous l'explique plus haut, et en me fournissant pour me procurer les objets de pansement chez un pharmacien d'une localité voisine de la mienne ? Je ne tiens nullement en effet à réaliser un bénéfice sur ces fournitures mais en faisant comme je vous le propose il y a plus grande commodité pour moi.

Dr B.

P. S. Il est bien entendu que je ne parle que des fournitures, gaze, ouate, bandes, antiseptiques divers utilisés par moi-même au cours de mes pansements.

Réponse

Il faut distinguer entre les produits hygiéniques, qui sont dans le commerce courant : ouates, gazes, bandes, etc., et les produits médicamenteux, cotons et gazes antiseptiques, etc., dont la vente est du domaine exclusif du pharmacien.

Aux termes de la loi sur la pharmacie, vous ne pouvez pas délivrer ceux-ci.

Si par contre, la vente des premiers est libre, comme elle n'est pas prévue dans le tarif des honoraires pour soins médicaux aux accidentés du travail, vous vous exposez à vous en voir contester et même refuser le remboursement par le responsable, patron ou assurance substituée.

En pratique, nous vous conseillons de faire le premier pansement à votre blessé, avec les matériaux que vous possédez chez vous, et en même temps, de lui remettre une ordonnance comportant les dits matériaux qu'il doit vous rapporter en remplacement.

Les médecins propharmaciens et l'impôt sur le chiffre d'affaires.

I

1) Étant propharmacien, suis-je soumis à l'impôt sur le chiffre d'affaires, comme je le pense ?

2) Si oui, suis-je imposable seulement pour les médicaments délivrés.

Dr C.

II

Pourriez-vous me dire, comme abonné du *Concours*, si les propharmaciens sont soumis à la taxe de 1,10 % sur le chiffre de leurs recettes en pharmacie. Si oui, veuillez me donner un modèle de déclaration et à qui dois-je adresser cette déclaration.

Dr B.

Réponse

Nos conseils juridiques sont d'avis que l'impôt sur le chiffre d'affaires est dû par le propharmacien, mais seulement sur ce qu'il vend après l'avoir acheté.

En d'autres termes, les honoraires médicaux proprement dits ne sont pas soumis à cet impôt. Mais les médicaments, pansements, et produits divers vendus par le propharmacien y sont assujettis.

Vous deviez faire au receveur des contributions indirectes de votre ressort, avant le 1er août, une déclaration portant votre nom, votre adresse et la nature de votre établissement, et attendre qu'on vous fixe sur la catégorie dans laquelle vous serez rangé, et l'époque du mois où vous devrez produire le chiffre d'affaires réalisé dans le mois précédent.

Procurez-vous l'*Officiel* du 25 juillet ou le règlement d'administration publique qui s'y trouve publié et dont il existe des tirages à part. Vous y trouverez toutes les indications utiles.

Majoration des loyers.

Dans le nº du 11 juillet dernier du *Concours médical*, dans votre réponse au Dr X., concernant la conclusion d'un nouveau bail avec augmentation de prix, vous parlez de « limites n'atteignant pas « la spéculation illicite punie par la loi ». Quelles sont ces limites ? Y a-t-il un taux maximum d'augmentation par rapport au prix du loyer antérieur ? Si oui, je serais heureux d'en être informé.

Dr G.

Réponse.

La jurisprudence répressive semble admettre qu'il y a majoration abusive des loyers et spéculation, lorsque le prix est augmenté de plus de 50 %.

Mais ce n'est qu'une question d'appréciation qui ne peut être basée que sur des points de fait et des conditions particulières.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Concours d'agrégation en médecine. Irrégularité dans le tirage au sort des questions.

CONSEIL D'ÉTAT

30 *juillet* 1920.

Le Conseil d'Etat statuant au Contentieux,

Vu la requête sommaire et le mémoire ampliatif présenté par le sieur Ginestous (Paul-Simon-Etienne) docteur en médecine, demeurant à Bordeaux, 40, rue Neuve, candidat au concours d'agrégation des facultés de médecine (section d'ophtalmologie) ouvert à Paris le 5 novembre 1913, ... et tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler, pour excès de pouvoir, avec toutes conséquences de droit, la décision en date du 4 décembre 1913, par laquelle le Minis-

tre de l'Instruction publique a rejeté sa protestation contre les opérations de ce concours ;

Sur le moyen tiré, d'une part, de ce que, par une violation prétendue du statut de l'agrégation, la leçon orale de trois quarts d'heure a été faite par tous les candidats sur la même question ; d'autre part, de ce que des irrégularités auraient été commises dans le tirage au sort de cette question :

Considérant que, d'après l'article 39 de l'arrêté du Ministre de l'Instruction publique du 16 novembre 1874, modifié par l'arrêté du 21 juillet 1909, la première épreuve préparatoire consiste dans une leçon orale de trois quarts d'heure faite, après trois heures de préparation dans une salle fermée et dans les conditions de surveillance fixées par le jury, sur une question empruntée à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat est inscrit ; qu'aux termes de l'article 11 du même arrêté, le président désigne, de concert avec les membres du jury, les sujets de leçons et d'épreuves pratiques destinés à être tirés au sort entre les candidats ; qu'enfin, l'article 16 porte que le sort détermine les sujets à traiter par chaque candidat dans les différentes épreuves.

Considérant, d'une part, qu'aucune de ces dispositions ne prescrit que la leçon de trois quarts d'heure sera faite par les candidats sur des sujets différents ; qu'il appartient au jury de décider, s'il l'estime convenable et sous la réserve qu'il ne soit pas porté atteinte à l'égalité des conditions du concours entre les concurrents, que tous les candidats traiteront le même sujet ; que, par suite, le jury du concours pour la section d'ophtalmologie a pu régulièrement, après avoir pris les mesures nécessaires pour assurer l'égalité dans les conditions de l'épreuve, faire subir, le 6 novembre 1913, aux trois candidats de ce concours, sur une seule question, la première épreuve préparatoire ;

Considérant, d'autre part, que si le tirage au sort des enveloppes contenant les trois sujets choisis par le jury a eu lieu dès le 5 novembre, il est établi par les procès-verbaux joints au dossier que l'enveloppe sortie au tirage a été enfermée dans une urne scellée après avoir été signée par le Président et par les candidats et n'a été extraite de l'urne et ouverte que le lendemain au début des opérations de l'épreuve ; qu'il résulte des mêmes procès-verbaux que l'inscription de numéros sur les enveloppes a été nécessitée par le mode de tirage au sort adopté par le jury et qu'il n'est pas justifié que ces numéros aient constitué des signes extérieurs de reconnaissance ;

Considérant, enfin, que le requérant n'est pas fondé à invoquer la violation des dispositions de l'article 41 du règlement général du 11 janvier 1842, ce règlement ayant été abrogé, en ce qui concerne les concours d'agrégation, par l'article 75 de l'arrêté ministériel du 16 novembre 1874 ; que de tout ce qui précède il résulte que les irrégularités alléguées ne sont pas établies ;

Sur le moyen tiré de ce que les livres mis à la dis-

position des candidats en vue de la préparation de la leçon de trois quarts d'heure ne pouvaient, à raison de leur caractère élémentaire et général, être d'aucune utilité pour le sujet à traiter.

Considérant qu'aux termes de l'article 39 de l'arrêté ministériel du 16 novembre 1874 modifié par l'arrêté du 21 juillet 1909, le candidat peut s'aider des ouvrages désignés par le jury ;

Considérant que si le jury est tenu, en vertu de ce texte, de désigner des ouvrages destinés à venir en aide, le cas échéant, à la mémoire des candidats, il lui appartient de choisir, parmi les livres susceptibles de remplir cet objet, ceux qui seront mis à la disposition des concurrents ; qu'en désignant, dans l'espèce, deux manuels généraux, le jury a obéi aux prescriptions de l'article 39 précité et que son choix n'est pas de nature a être discuté par la voie contentieuse ;

Décide :

Art. 1er. — La requête du sieur Ginestous est rejetée.

Réflexions.

Les recours en Conseil d'Etat contre les concours sont rares, parce que les candidats se résignent souvent, en doux moutons qu'ils sont, à ne pas être reçus, s'ils n'ont pas leur jury, espérant que, trois ans plus tard, leurs patrons (au sens romain du mot) seront désignés comme juges.

A quoi servirait d'engager un recours contentieux, alors que ce geste vous fermerait à tout jamais la carrière ? le Conseil d'Etat ne se trouve-t-il pas en présence d'un règlement, donnant toujours raison aux juges, qui, ainsi, peuvent faire passer tel candidat favori ?

Mais pourquoi persister dans l'hypocrisie d'un concours truqué, puisque le nom des heureux élus est connu (avant même que commencent les épreuves) par le seul énoncé des membres du jury ?

Je sais bien que les candidats sont tous de grand mérite, bien que leurs facultés, leur rendement cérébral, aient été stérilisés par la préparation abrutissante et absurde, en vue du concours.

Pourquoi donc faire un simulacre de concours puisque les juges sont fermement décidés à ne pas tenir compte de la valeur des épreuves ?

Le mode actuel du choix des agrégés est mauvais, parce qu'il oblige les candidats à perdre un temps précieux en préparations livresques absolument inutiles comme rendement scientifique.

Il est détestable, parce que la valeur des candidats est handicapée par le tirage au sort des membres du jury.

Il est antisociale et antidémocratique, parce qu'un cerveau supérieur, qui n'a pas pu préparer les concours, parce que pauvre ou sans patrons, ne pourra jamais faire bénéficier les étudiants, partant la société tout entière, d'un enseignement personnel, fruit de son travail et de son expérience. Il faut être du bâtiment pour pouvoir enseigner ; il faut suivre la filière des concours, sinon, jamais, quelle que soit la valeur de vos découvertes, de vos travaux scientifiques, jamais une faculté de médecine ne commettra l'hérésie de s'attacher, comme professeur, une personnalité qui aura fait ses preuves comme savant et même comme professeur libre.

Aussi, donnons-nous, à titre documentaire, l'arrêt ci-dessus, espérant que prochainement, lors de la discussion du budget de l'instruction publique au Parlement, nos élus aborderont franchement la réforme des études médicales pour la plus grande utilité des malades et de la santé publique.

Dr Paul Boudin.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Villanelle.

Pauvre cœur que le cœur humain,
Qu'un rien afflige ou met en fête....
Triste aujourd'hui, joyeux demain !

Pour un bonheur qu'il cherche en vain
Il affronte bien des tempêtes ....
Pauvre cœur que le cœur humain !

L'espoir est son plus grand levain
Et de chimère il reste en quête,
Triste aujourd'hui, joyeux demain !

Vers un avenir incertain
L'emporte un désir de conquête ....
Pauvre cœur que le cœur humain !

Pour un mirage très certain
Il se grise et rien ne l'arrête ....
Triste aujourd'hui, joyeux demain !

Et quand le grand âge l'atteint,
Il ne peut croire à sa défaite ....
Pauvre cœur que le cœur humain
Triste aujourd'hui, joyeux demain !

Dr Monplaisir.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 38 — DIMANCHE 19 SEPTEMBRE 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
G. BOULANGER, administrateur

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
Dr A. GASSOT, directeur
Dr P. BOUDIN, secrétaire général
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, avocat
J. DUMESNY, avocat, secrétaire de la direction

RÉDACTION
Dr J. NOIR, rédacteur en chef
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
secrétaires de la rédaction

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. **N° 38** 19 Septembre 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de MM. les docteurs MARQUEZ, de Port-Ste-Marie et BLAIN, de Pont-Audemer, la somme de vingt francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite, de quatre lignes au plus, aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 483. — Landaulet Chenard, type P, 12 chevaux, 4 cylindres, 8.000 fr. S'adresser, 119, rue Cardinet, Paris, 17e.

N° 484. — Dr 45 ans (fac. de Paris), cherche, banlieue immédiate ou gde ville Ouest ou Sud-Ouest, succession confrère, ou assist. dans clinique, ou affaire para-médicale.

N° 485. — A vendre de Dion 15 HP.. type AX, peu roulé, parfait état de marche, au plus offrant. Ecrire Dr Le Prieur, Troyes (Aube).

N° 486. — Médecin chirurgien expérimenté et connaissant l'espagnol est demandé dans Amérique du Sud pour entreprise industrielle. Contrat deux ans, voyage payé, app. 25.000 fr. par an. Pour renseignements complémentaires. S'adresser, 4 rue Rossini, Cie Collao.

N° 487. — Docteur en médecine, 53 ans, médecine générale et voies respiratoires, demande poste d'hiver dans station hivernale, au besoin prendrait suite.

N° 488. — A céder : 1 table à spéculum bois avec allonge et étriers nickelés, 250 fr. ; 1 tableau 110 volts continu pour galvanique, faradique, métronome, inverseurs, 400 fr. ; 1 spéculum, 1 curette utérine, 1 hystéromètre, neufs, 35 fr. ; 1 transformateur cautère, lumière, 110 volts alternatif, 195 fr. ; 1 chariot à pansements souillés, 150 fr. ; 1 brancard mobile sur chariot, 250 fr. ; 1 table de nuit pliante, laquée blanc, 25 fr. ; 1 trousse à sutures Michel, 25 fr. ; 1 petite installation radiographique pour courant continu 110 volts, 1,500 fr.

N° 489. — A céder de suite excellent poste, campagne agréable.

N° 490. — Médecin 35 ans, très actif, rompu aux difficultés du métier par 10 années d'intense pratique, en plus homéopathe et excellent radiologue, cherche poste d'avenir à Paris ou gde ville.

N° 491. — Docteur français cherche poste d'assistant auprès confrère ou dans clinique accidents travail, Paris ou banlieue. Dr Fedorowsky, 29, rue Monge (5e).

N° 492. — Poste de campagne, rapport 30.000 fr., à céder de suite dans le Loiret, 100 km. de Paris. On fait la pharmacie. Dr Narbonne, Chambon-la-Forêt (Loiret).

N° 493. — Médecin spécialiste de la peau et des voies urinaires cherche situation.

N° 494. — Etudiant en médecine, 4e année (méd. gén., vénéréologie), demande place clinique, maison de santé, ou emploi médical, etc.

N° 495. — On désire acheter maison de santé à Paris ou banlieue immédiate, de 25 à 30 chambres. S'adresser au bureau du journal.

N° 496. — A vendre différents livres et dictionnaires de médecine et chirurgie pratiques. S'adresser à Mme Vve Legendre, à St-Léger-sous-Beuvray (S.-et-Loire), pour avoir la liste.

N° 497. — Poste de 30.000 fr. à céder dans riche

chef-lieu de canton du centre, affaire sûre. Légère indemnité de déplacement.

N° 498. — Excellent poste région Nord-Est, non dévastée Rapp. 35.000 fr. env. Fixes officiels. Belle maison, conditions très avantageuses. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 499. — Région Centre, poste sérieux, seul médecin faisant pharm. Rapp. 25.000 fr. touchés. Petit loyer, grande maison. Indem. 12.000 fr. dont partie compt. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

L'interprétation du Tarif Dubief.

I

Le *Médecin Syndicaliste* et le *Concours* doivent, je crois, publier quelques commentaires du nouveau tarif accidents du travail.

En attendant, je me permets de solliciter votre conseil sur l'un des articles de ce tarif.

Nos confrères ont obtenu avec une peine dont nous devons leur savoir grand gré, une rémunération honnête des services rendus : le texte qui l'encadre me semble laisser encore place à des interprétations dont certaines compagnies joueront trop facilement : telles les visites « en passant » qui promettent encore à nos confrères de délicieuses joutes oratoires !

Quand on verra à la fois dans la même commune un client ordinaire et un accidenté, celui-ci sera-t-il toujours le « secondaire » et dans une tournée (?) ne sera-t-il jamais le « principal » ???

Mais en dehors de ces arguties, n'y a-t-il pas une certaine obscurité dans la rédaction de l'art. 15 ?

Les soins médicaux et *opérations de petite* et de grande chirurgie, sont tarifés ainsi que suit........ doivent être diminués de 25 % pour la *seconde catégorie*, et à la ligne suivante : les soins qui font l'objet des *tarifs de chirurgie ou de spécialités*, s'ils sont donnés par des *médecins de la campagne*.... en ce qui concerne *la pratique courante* seront rémunérés *au tarif où ils sont inscrits* dans chaque catégorie technique.

Où est la différence entre la pratique courante dans les soins.... de chirurgie et de spécialités rémunérée au tarif où ils sont inscrits, et les soins de petite et de grande chirurgie diminués de 25 % à la campagne ?

Comment doit être interprétée cette ligne : les premiers seront *rémunérés au tarif où ils sont inscrits* ?

Une réduction de l'extrémité inférieure du radius qui est bien de la pratique courante, une extraction de corps étranger superficiel de la cornée, un traitement de l'asphyxie, une réunion par sutures doivent-ils subir la réduction de 25 % parce que pratiqués par un médecin de la campagne (2e catégorie de praticiens) ou *être rémunérés au tarif où ils sont inscrits*, parce que de pratique courante ? Il y a là, si mes vieilles connaissances en français ne sont pas trop obnubilées, un langage dont la clarté ne me paraît pas la qualité maîtresse.

Dr L.

Réponse.

Nous vous transmettons la réponse que fait à votre lettre M. le Dr Decourt, membre de la Commission officielle du Tarif, et qui a pris à sa discussion une part très importante :

1° Il a été impossible aux délégués médicaux à la sous-commissoin de supprimer la « visite en passant ». Les arguments que vous présentez avec tant de raison ont été en vain exposés. Ce n'est d'ailleurs que la *continuation* des errements de l'ancien tarif à ce sujet. Il n'y a rien de changé. ..... Heureusement que, le plus souvent, il sera impossible aux Compagnies d'invoquer cet article, à cause de la difficulté d'apporter la *preuve* que telles visites furent faites en passant.

2° Pour l'article 15, cela signifie que les soins, opérations, etc., qui ne sont pas indiqués dans l'article 16, mais dans les articles 17 et suivants, même ceux qui sont indiqués dans les articles consacrés aux spécialités (22 à 26) sont rémunérés au *même taux*, qu'ils aient été effectués par des médecins de campagne ou de ville faisant la médecine courante, ou par des médecins spécialisés. Seulement, les prix seront ceux indiqués sur le tarif quand ces médecins seront, par leur localité, de la 1re catégorie, tandis qu'ils devront être minorés de 25 % quand ces médecins seront de la 2e catégorie (villes au-dessous de 100.000 habitants ou campagnes).

II

1° Dans le tarif Breton, où commence la zone dite des Régions libérées, donnant droit à l'indemnité kilométrique de 1 fr. 50 ?

Au moment de la démobilisation, le fait d'habiter les régions libérées donnait droit à une majoration de classes. Or, les régions libérées comportaient le territoire de la VIe région, qui s'étend jusque dans l'Aube.

2° Un blessé qui peut se déplacer doit venir se faire panser au cabinet du médecin. Je suppose qu'il y a une limite kilométrique. Une certaine compagnie d'assurances avait émis la prétention de faire faire 13 + 13 kil. à un blessé de la main pour venir se faire panser chez moi.

Dr C.

Réponse du Dr Decourt.

1° La zone dite des « Régions libérées » est celle qui comprend toutes les communes dépendant du Ministère des Régions libérées.

C'est donc une question de fait très facile à résoudre.

2° Pour le blessé qui peut se déplacer, le tarif nouveau n'a apporté aucun changement à l'ancien tarif.

C'est donc là une question d'appréciation, qu'il appartient, en cas de difficulté, au juge du fait de trancher.

III

Je viens de lire dans le *Concours Médical* le nouveau tarif J.-L. Breton concernant les accidents du travail. Il représente une très notable amélioration du tarif ancien et paraît mieux adapté aux conditions actuelles de la vie.

Le corps médical peut être reconnaissant à ses délégués qui ont lutté pour l'obtenir.

Voulez-vous m'autoriser à vous faire part d'une simple remarque ?

Il est certainement regrettable que la classification des médecins de France en catégories ait été maintenue. Il paraît qu'il n'a pas été possible de faire autrement, mais cela a abouti à quelques cocasseries. Exemples :

1° Pour les médecins de seconde catégorie, le prix de la visite est inférieur de 20 %.

Le prix de la consultation est inférieur de 12,50 %, le prix des interventions de 25 % aux prix obtenus par les confrères des grandes villes et de leur banlieue. Pourquoi cette réduction arbitraire et variable ? Le prix supérieur de la visite et de la consultation peut se défendre, puisque l'indemnité de déplacement n'existe pas pour les confrères de grande ville et qu'ils sont obligés d'accomplir parfois de longs trajets, avec des moyens de locomotion qui sont d'ailleurs variés, multiples et relativement peu coûteux.

Mais pourquoi un chirurgien de Rennes, par exemple, ou de St-Brieuc, doit-il prétendre pour un travail égal et une responsabilité égale, des honoraires inférieurs à ceux d'un confrère de Versailles, d'Argenteuil ou du Raincy ?

Pourquoi cette réduction est-elle de 25 % ou d'un quart ?

2° Beaucoup d'interventions sont tarifées, 15, 25, 30, 35, 50, 75, 125, 150, 250 francs. A-t-on réfléchi que ces chiffres ne sont pas divisibles par 4 et que réduits de 25 %, ils donnent respectivement les chiffres de 11 fr. 25, 18 fr. 75, 22 fr. 50, 26 fr. 25, 37 fr. 50, 56 fr. 25, 93 fr. 75, 112 fr. 50, 185 fr. 50 ! Pour des interventions chirurgicales, ces chiffres ne vous paraissent-ils pas des chiffres de bazar ? Pour obtenir des chiffres dépourvus de centimes, il eût fallu, si l'on tenait absolument à maintenir d'une façon si illogique deux catégories de médecins, n'opérer la réduction de 25 % (?) que sur des chiffres multiples de 4, *ou ne faire qu'une réduction de* 20 %, ce qui n'eût pas saigné à blanc la bourse des Compagnies d'assurances.

Est-il trop tard pour le faire remarquer ? Peut-être, bien que trois lignes à l'*Officiel* suffiraient à modifier l'article 15 du décret ministériel. S'il est trop tard, il est permis de regretter et de prendre note pour l'avenir.

Dr C.

Réponse du Dr Decourt.

1° Il a été impossible d'obtenir un tarif uniforme pour toute la France. Il y a cependant,

progrès, puisque, au lieu de 3 catégories, il n'y en a plus que deux, dont l'une comprend 14 villes, et l'autre, le reste de la France.

2° Le Dr Decourt avait demandé 20 % de réduction, au lieu de 25, pour éviter les prix de grands magasins à 15,95 (*sic dixit*). Il n'a pas réussi à l'obtenir.

IV

Je viens de recevoir et de lire le nouveau tarif des accidents du travail, et comme secrétaire du Syndicat de la Haute-Saône, je viens vous demander — déjà — des éclaircissements.

1° Le nouveau tarif est applicable dit l'arrêté, à partir du 1er septembre 1920. L'ancien tarif Dubief doublé était valable jusqu'au 1er juillet. Quel tarif doit-on appliquer du 1er juillet au 1er septembre ?

2° Est-ce que l'article 4 de la loi est modifié. Article concernant les frais d'hospitalisation et le *tout compris*. Un médecin opérant un accident du travail dans un hôpital public, continue-t-il à se voir opposer le « tout compris » ?

3° Enfin, que veut dire l'article 15, du nouveau projet.

1er paragraphe :

Les soins médicaux et opératoires, etc...

a) Cela veut-il dire que la consultation marquée 7 fr., doit être diminuée de 25 % ;

b) Cela veut-il dire que le massage ou pointes de feu, prix 8 ou 7 fr., doit être diminué de 25 %. Si la consultation 7 fr. ou visite 8 fr. ne doivent pas être diminués de 25 %, nous aurions avantage à marquer :

Une consultation ou visite non diminuée de 25 %, plutôt qu'un massage ou pointes de feu diminué de 25 %.

2e paragraphe :

Les soins qui font l'objet, etc.....

Je n'y comprends rien ! ! Le ministre a adopté le projet de l'Union, sans y comprendre davantage sans doute.

Qu'est-ce que cela veut dire ?

Je prends l'exemple d'un corps étranger de l'œil ou d'une luxation épaule, non sanglante, serons-nous payés : 15 fr. et 75 fr., ou 15 et 75 fr. moins 25 %.

Dr P.

Réponse du Dr Decourt.

1° Du 1er juillet au 1er septembre, c'est le tarif Dubief ancien avec 100 % de majoration qui est applicable.

2° Le « tout compris » de l'article 4 de la loi accidents est toujours en vigueur. Il ne pourrait être modifié que par une loi et le Ministre n'avait aucune qualité pour le modifier par l'arrêté ministériel qui constitue le nouveau tarif.

(*Voir la suite page XXXI-2337*)


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
DRAEGER

PROPOS DU JOUR

La menace d'épidémies de peste et de typhus en France.

Les journaux parisiens font grand bruit sur la nécessité de « dératiser » Paris. On estime que les rats y vivent au nombre de huit millions, sans qu'on nous indique cependant de quelle manière on a pu procéder à cette statistique. On songe (mieux vaut tard que jamais) à obtenir l'enlèvement rapide des ordures ménagères et à mettre un terme à cette coutume, étrange dans une ville qui a souci de la santé publique, de laisser des milliers de chiffonniers fourrager toute la nuit dans les boîtes à ordures et répandre sur le trottoir leur malpropre contenu qui sert de pâture aux rats.

D'où vient ce brusque souci de l'hygiène et cette terreur subite des rongeurs ? Ces animaux peuplent la capitale depuis toujours, et sans remonter au dernier siège de Paris, où ils furent très appréciés comme gibier par nos pères affamés, nous nous souvenons qu'étant étudiant, il y a une trentaine d'années, ils peuplaient les « cagnards » du vieil Hôtel-Dieu de Paris, servant alors d'amphithéâtre, et dévoraient les cadavres avant de nous permettre d'en faire l'autopsie.

Le rat le plus dangereux n'est pas la petite souris autochtone, ni le rat noir importé du Levant à l'époque des croisades, pas même le répugnant rat d'égoût, mais le surmulot, rongeur barbare, venu des pays orientaux. Il a presque détruit le rat noir et a envahi l'Europe occidentale et le monde entier depuis le XVIII[e] siècle, car c'est lui qui infeste les cales des bateaux.

Si l'on prêche actuellement la croisade contre les rats, si M. le Préfet de la Seine met même leur tête à prix (0 fr. 25 par tête), c'est que ces rongeurs sont les agents propagateurs de la peste.

Or, il y a eu récemment des cas de peste en France et à Paris. Pourquoi le cacher ? Les journaux qui font tant de bruit quand on constate quelques décès de variole, quelques cas de méningite cérébro-spinale ou d'encéphalite léthargique, n'osent prononcer les mots de peste ni de typhus.

Seul, notre distingué confrère, le D[r] Héricourt, dans le n° du 4 septembre du *Progrès civique*, a franchement traité la question dans un remarquable article intitulé : *Des rats à la peste... par les puces*. Il nous apprend qu'il y a eu récemment plusieurs cas de peste dans la banlieue Nord de Paris et à Paris même. Nous croyons pouvoir affirmer qu'il y a eu, au centre de Paris, des décès attribués à la peste bubonique et que c'est la cause de la déclaration de guerre de notre Administration sanitaire aux rats parisiens.

Il n'y a là rien de bien étrange et il eût été tout à fait surprenant qu'après une très longue guerre et les mouvements de troupes et d'émigrants dont la France a été le théâtre, la peste ne se fût pas manifestée chez nous. Est-ce une raison pour en être effrayé ? Evidemment non. Dans les pays, comme la France, où règne le bien-être, où, malgré l'incurie administrative, il est encore des gens soucieux de la propreté et de l'hygiène, la peste ne saurait affecter cette malignité terrible dont Lucrèce a laissé un si épouvantable tableau en décrivant la fameuse peste d'Athènes au dernier chant de son poème : *De rerum natura.*

La maladie qui fut la terreur du monde, du Moyen-Age jusqu'au siècle dernier, est actuellement vaincue. On sait comment elle se transmet par les rats qui la contractent, et dont les puces l'inoculent.

On sait, depuis 1894, qu'elle est causée par le streptobacille, découvert par Yersin, bacille court et trapu qui se colore facilement par les couleurs d'aniline mais ne garde pas le Gram ; on sait que ce microbe aérobie se cultive bien dans les milieux de culture ordinaires et à toutes les températures ; on sait enfin qu'on le trouve toujours dans les trois formes cliniques de peste : dans le pus des bubons et des charbons de la peste bubonique, dans les crachats de la peste pneumonique, et dans le sang de la peste septicémique.

Mais depuis 1896, nous sommes armés contre la peste ; le sérum antipesteux de Roux et Yersin que l'on délivre à l'Institut Pasteur, est d'une efficacité indéniable. Il fait tomber la mortalité de cette maladie de 60 à 15 pour 100, surtout si l'on peut l'injecter à temps par voie intraveineuse. Ce sérum, malheureusement,

n'a pas le temps d'agir dans certaines formes pneumoniques ou septicémiques où l'infection évolue de façon foudroyante.

La vaccination est possible avec le sérum de l'Institut Pasteur mais son action n'a que quelques jours de durée.

La « lymphe » de Haffkine, obtenue en traitant des cultures de streptobacilles par le chauffage, confère une immunisation de plus de six mois, mais elle détermine une réaction analogue à celle de la vaccination antityphoïdique et prédispose davantage pendant une semaine à la maladie avant de procurer l'immunisation.

La peste et ses symptômes sont bien peu connus actuellement des praticiens français et nous croyons utile d'éveiller leur attention à son sujet, car la maladie affecte souvent des formes atténuées qui ressemblent un peu à toutes les maladies infectieuses à apparence typhique dont il est si souvent difficile de déterminer cliniquement la cause.

Quoi qu'il en soit, nous sommes armés contre la peste.

Sa prophylaxie consiste à supprimer les rats, à se préserver des puces (1) et à utiliser, au cas échéant, la sérovaccination de Roux et Yersin ou la vaccination d'Haffkine. Son traitement consiste dans l'injection sous-cutanée de 50 à 100 cc. du sérum antipesteux de l'Institut Pasteur ou mieux, s'il faut en croire MM. Calmette et Salimbeni, à injecter la même dose dans une veine. Il est préférable de faire alors tiédir le sérum à 37° et de l'injecter très lentement dans la veine.

Nous pouvons donc attendre le fléau sans émotion. Nous ne sommes plus à l'époque d'Ambroise Paré qui, après avoir consacré, le XXII[e] livre de ses œuvres à la peste et y avoir accumulé les inoffensives recettes, termine par un singulier « *Advertissement de l'Autheur* :

Il y conseille au jeune chirurgien qui se trouve auprès de pestiférés, s'il n'y a prêtres, ou autres gens d'Église, de leur réciter l'admonition suivante pour les « ayder en leur extrémité de mort » :

La mort est la peur des riches,
Le désir des pauvres,
La ioye des sages,
La crainte dea meschans,
Fin de toutes misères,
Et commencement de la vie éternelle.
Bien-heureuse aux esleus,
Et mal-heureuse aux réprouvez (1).

Voilà un traitement moral tout à fait rassurant pour les malheureux pestiférés.

***

Ce que nous venons de dire de la peste, nous pourrions le répéter pour le typhus exanthématique, mais contre lui nous nous trouvons moins bien armés. Si l'on connaît les agents de transmission du typhus, qui sont les poux, de toutes les espèces, l'on n'a pas encore découvert son agent pathogène et l'on ne possède pour le combattre ni un sérum curatif, ni un vaccin préventif efficaces.

Depuis 1917, on a fréquemment constaté des cas de typhus en France et notamment à Paris, mais ces cas, souvent bénins, n'ont pas donné lieu à de véritables épidémies. Ce n'est pas une raison pour manquer de vigilance et trop souvent pendant la guerre... et même après, l'action prophylactique s'est bornée à des moyens par trop rudimentaires.

Le typhus nous fut importé de Serbie en 1917. Actuellement il peut chaque jour nous venir de Pologne ou de Russie. Il est devenu un péril mondial et préoccupe sérieusement le Conseil de la Société des Nations.

Nous avons exposé ici tous les efforts que faisait l'an dernier, pour lutter contre ce fléau, le ministère polonais de la Santé publique. Or, les moyens matériels et financiers dont dispose la Pologne pour enrayer les épidémies sont très insuffisants et les cas de typhus sur les territoires polonais et russes se chiffrent par *millions*.

S'il faut en croire les renseignements que donne M. Pierre de Lanux (*Les Nations devant le typhus*, in *Revue hebdomadaire*, du 28 août 1920), le nombre des cas de typhus aurait suivi la progression suivante en ces quatre dernières années dans la seule Pologne (en n'y comprenant ni la province de Volhynie ni celle de Podolie) :

1916..........	34.538 cas
1917..........	43.840 —
1918..........	97.082 —
1919..........	231.206 —

(1) Le D[r] Héricourt conseille pour se préserver des puces, de passer sur les poignets, le cou et le bas des jambes un linge imprégné de :

Essence de verveine des Indes...	10 gr.
Essence de menthe Pouliot.......	10 gr.
Eucalyptol....................	10 gr.
Naphtaline....................	5 gr.

On peut encore imprégner un sachet de cette solution et l'introduire dans le lit ou le porter sur le linge de corps.

(1) Les *Œuvres d'Ambroise Paré*, Lyon, chez Claude Proust, M. D. C. XLI, page 571.

En Russie, les autorités soviétiques accusent 1.600.000 cas pour la seule année 1919. En 1920, la famine s'est accrue dans les villes de Russie, et la guerre russo-polonaise, jointe aux guerres de la Russie méridionale, du Caucase et d'ailleurs sont venues accroître en Orient toutes les causes qui permettent la recrudescence du typhus. Or, fait remarquer M. Pierre de Lanux, au cours des 15 mois qui ont précédé janvier 1920, il est passé de Russie en Pologne 652.000 prisonniers de guerre rapatriés, 627.000 émigrants et 200.000 réfugiés, soit 1.479.000 individus, venant de pays contaminés et dans un état de terrible détresse. On estime à plus d'un million les étrangers qui attendent sur le territoire russe leur rapatriement dans les pays occidentaux. Nous savons que le Dr Nansen s'efforce d'organiser ce rapatriement, que M. Millerand vient d'adresser un ultimatum aux Soviets pour obtenir avant le 1er octobre le retour des 900 Français qui sont encore maintenus comme otages en Russie.

Malgré les efforts de la Ligue internationale des Sociétés de la Croix-Rouge, malgré les mesures prises par la Pologne qui, tant que la guerre continue, ne peut disposer que d'un médecin pour 10.000 habitants, 1.400 médecins étant retenus au front, il faut convenir que l'invasion du fléau en Europe centrale et peut-être avant peu en Europe occidentale est imminente et qu'une entente de toutes les nations, *sans exception*, est indispensable si l'on veut arrêter l'épidémie.

Il est même probable que, quelle que soit la sévérité des mesures prises, des cas de typhus seront constatés en France, surtout à Paris et dans nos grandes villes, où affluent les étrangers. Il convient donc aux médecins praticiens de se renseigner sur les symptômes de cette maladie, aux administrations, chacune dans son ressort, de faire tout le nécessaire pour faire disparaître les poux, sans lesquels le typhus ne peut le plus souvent se transmettre (1).

L'épouillage doit donc être sérieusement organisé dans les écoles d'abord, dans les casernes et les camps, dans les hôpitaux, les hospices, les refuges, les asiles, aux quais de débarquement des transports maritimes, dans les gares pour tous les trains venant de l'étranger, etc., etc.

Il ne faut pas se borner à publier des conseils et à lancer des circulaires inexécutables. Il convient de mettre à la disposition de chacun les moyens abordables pour se nettoyer et se désinfecter. Pour réaliser tout cela, il faut faire appel à ceux qui connaissent les milieux sujets à la contamination, qui y exercent, qui y vivent, et ne pas se borner aux rêveries théoriques des hygiénistes de cabinet, donneurs de conseils, lanceurs de circulaires, qui croient *a priori* tout savoir, pensent avoir agi parce qu'ils ont écrit ou palabré. Qu'ils méditent cette phrase que Platon prête à Socrate dans son dialogue d'*Alcibiade* :

« Les erreurs de conduite résultent de ce genre d'ignorance qui consiste à croire que l'on sait ce que l'on ne sait pas. »

J. Noir.

(1) Il faut faire quelques réserves sur le rôle des punaises dans la propagation du typhus, le Dr Jeanneret-Minkine attribue à ces parasites quelques cas observés en Serbie.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le professeur Hartmann.

La dilatation aiguë de l'estomac post-opératoire.

Ces jours-ci, est mort dans le service un malade que mon assistant, M. Okinczyc, avait opéré. Ce malade présentait des phénomènes de sténose pylorique avec stase gastrique, pour lesquels on pratiqua une gastro-entérostomie. Le premier jour se passa bien. Le lendemain, il y eut des régurgitations, et, le jour suivant, se montrèrent des vomissements verdâtres répétés. Je fis faire un lavage de l'estomac, suivi de gavage, qui procurèrent une amélioration. On se contenta, toutefois, les jours suivants de lavages simples, sans gavage. Les vomissements reprirent et, le dixième jour, le malade s'éteignit sans avoir présenté rien de particulier. A l'autopsie, on ne trouva pas trace de péritonite, mais une compression de la 3e portion du duodénum par le mésocôlon.

Ceci m'amène à vous parler de la compression du duodénum par les vaisseaux mésentériques, question qui se rattache à ce qu'on a appelé la dilatation aiguë de l'estomac post-opératoire.

Déjà, en 1871, Albrect avait attiré l'attention sur ce fait qu'à l'état normal le duodénum est croisé en un point par les vaisseaux mésentériques qui le compriment. Si l'on tire sur la racine du mésentère, on augmente cette compression. Si l'on suspend à la racine mésentérique un poids de 2 kilogrs, la compression est telle qu'il n'est plus possible de faire passer du liquide de l'estomac dans l'intestin. En somme, cette compression, légère à l'état normal (Glénard lui attribuait pour rôle de ralentir la circulation du chyme), peut à l'état pathologique arriver à une occlusion.

Une question se pose : cette compression est-elle primitive ou secondaire ? La plupart des observations publiées jusqu'à ces dernières années l'ont été sous le nom de dilatation aiguë de l'estomac. Reynier a bien étudié cet état morbide. Il se caractérise le plus souvent par des vomissements incessants, bilieux, verdâtres, jamais fécaloïdes, quelquefois irritants. J'ai vu des malades vomir jusqu'à 8 et 10 litres de liquide par 24 heures. A côté de ces cas, il en est d'autres où les vomissements sont peu abondants, noirâtres. Reynier a publié des observations de cet ordre où les matières rejetées contenaient un peu de sang. Les vomissements peuvent même manquer. Chez une femme que j'ai opérée en 1906, de cholécystectomie, j'ai vu se produire, après l'opération, et à mon grand étonnement, sans fièvre, sans vomissements, un état d'affaissement progressif. La malade tomba dans le collapsus et succomba le troisième jour. A l'autopsie, je trouvai une distension gastrique énorme s'arrêtant au croisement des vaisseaux mésentériques. J'avais eu affaire à une dilatation aiguë de l'estomac méconnue.

Il ne faut pas croire que les vomissements — sur lesquels insistent les livres — soient constants. Ils font parfois défaut. On attribue leur absence à ce fait qu'il peut se produire, au niveau du cardia, quand l'estomac se distend, un pli muqueux qui ferme l'orifice œsophagien.

En dehors des vomissements, il est d'autres symptômes.

Le phénomène capital est le collapsus précoce caractérisé par l'accélération et la petitesse du pouls, l'altération des traits. On l'attribue à des causes diverses. On a invoqué la compression du cœur par l'estomac dilaté, l'action réflexe, l'intoxication par les sécrétions intestinales. M. Roger a établi que l'intestin sécrète des liquides toxiques dont la résorption peut causer des phénomènes d'intoxication. On aurait ainsi, chez l'homme, ce que M. Roger a décrit chez l'animal sous le nom de collapsus intestinal.

L'abdomen est distendu, les urines rares, la soif intense. Au point de vue du fonctionnement intestinal, rien de fixe. Il est des cas avec diarrhée, d'autres sans selle, ni gaz. A l'autopsie, on trouve un estomac très distendu, un duodénum également très distendu, l'ectasie s'arrêtant au niveau de croisement des vaisseaux mésentériques. Le reste de l'intestin est affaissé. Tels sont les principaux symptômes de cet état morbide.

La pathogénie est discutée. On s'est demandé si l'étranglement du duodénum était primitif ou secondaire. Reynier considérait la paralysie de la musculature de l'estomac comme le phénomène initial. Ce qui, pour lui, constituait la première lésion, ce n'était pas la compression par le pédicule mésentérique mais la paralysie gastrique. Il assimilait cela à la rétention d'urine observée à la suite d'une dilatation anale par exemple. A la *Société de chirurgie*, cette opinion de Reynier n'a pas été généralement acceptée. Routier, Walther, Terrier ont soutenu l'hypothèse d'une infection opératoire. Une telle hypothèse était évidemment une erreur, les autopsies n'ayant pas montré trace de péritonite et ces accidents pouvant se produire en dehors de toute opération abdominale. On a vu, en effet, des opérations sur le rein, sur l'épaule, sur l'astragale, être suivies de dilatation aiguë de l'estomac. Certes, celle-ci est plus fréquente après les opérations sur l'estomac et les voies biliaires. Mais on l'observe dans d'autres circonstances, même dans des cas purement médicaux, au cours de la convalescence de la fièvre typhoïde, de la scarlatine, dans l'éclampsie, etc.

Certaines expériences physiologiques sont à retenir. Lorsque, chez le chien, on sectionne les splanchniques, on voit apparaître une paralysie motrice de l'estomac et une dilatation qui refoule la masse intestinale, d'où traction mésentérique et compression avec étranglement de la troisième portion du duodénum. L'étranglement du duodénum ne serait donc pas le phénomène initial.

Cette pathogénie est celle qui est la plus ordinairement admise. Et cependant, on lui a fait des objections. Lecène a montré que la traction sur le duodénum était, dans certains cas, bien établie. Les faits en question ne sont pas aussi exceptionnels qu'on l'a dit, mais ils ont été publiés sous des noms divers. En 1895, M. Nicaise en a relaté un exemple sous ce titre : un cas rare d'occlusion instestinale. Le cas de M. Okinczye est également particulier. L'estomac, à l'autopsie, ne s'est pas montré énorme, et il ne pouvait pas l'être puisqu'il y avait eu gastro-entérostomie. On peut remarquer autre chose, noté dans les observations. Ces accidents se voient plus fré-

quemment chez les sujets maigres, à parois flasques, ayant des ptoses. On en vient à se demander s'il n'y a pas ptose antérieure, facilitant la compression, le tout s'aggravant lorsque (du fait de l'intervention, de l'anesthésie) l'estomac se contracte avec moins de vigueur. A la *Société de chirurgie*, M. Ombrédanne citait récemment un cas de dilatation énorme de l'estomac et crises aiguës avec vice de conformation du mésentère.

Dans ces dernières années, les auteurs ont étudié les dilatations chroniques dues à la compression de la troisième portion du duodénum. La symptomatologie fait croire à une sténose du pylore, qui n'est pas réelle. Il semble bien qu'aujourd'hui, à côté des cas aigus, on puisse décrire des dilatations subaiguës, amenant des troubles digestifs. Il est possible que ce soit chez les malades offrant ces petites lésions antérieures, que surviennent les grandes dilatations aiguës. Il y a là une série de recherches à entreprendre. Aujourd'hui, avec la radioscopie, l'étude des dilatations du duodénum devient possible.

Le traitement comporte des indications particulières. On a conseillé, en présence d'une dilatation aiguë de l'estomac, de pratiquer la gastro-entérostomie. Son utilité est plus que discutable. D'ailleurs, le malade de M. Okinczyc avait été opéré de gastro-entérostomie. On a conseillé aussi la gastrostomie. Faite 8 fois, elle a donné 8 morts.

Trois choses frappent : les vomissements, le collapsus, la déshydratation. Contre la déshydratation, on pratiquera des injections de sérum. Contre les vomissements et l'intoxication les lavages de l'estomac suffiront souvent. Vous devez utiliser aussi la position ventrale, faire coucher les malades sur le ventre, l'estomac tombant alors en avant et dégageant le duodénum. On a obtenu de cette façon des résultats.

Dans les cas chroniques, on a proposé des opérations, la duodéno-jéjunostomie. C'est ce que j'ai fait une fois chez un malade qui, aujourd'hui, a recouvré sa santé ! Mais, ce sont là des troubles peu connus encore.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

A TRAVERS LA PRESSE

Presse française.

Un procédé esthétique d'extirpation des loupes.

M. Passot continue à faire connaître les procédés qu'il imagine pour réaliser ce qu'il appelle la chirurgie esthétique.

Celui qu'il emploie pour l'extirpation des loupes les plus volumineuses au moyen d'une simple ponction de la peau mérite d'être signalé aux praticiens, tant en raison de sa simplicité que de son élégance (*L'Hôpital*, juillet 1920 A).

Quand il s'agit de loupes du cuir chevelu, il se contente de couper les quelques cheveux très clairsemés qui sont à sa surface, et rabat le reste de la chevelure de chaque côté. Puis, il fixe sur la tumeur, la débordant latéralement, un placard de sparadrap perforé en son centre, d'un orifice qui représente la voie d'accès chirurgical. Une couche de teinture d'iode sur cet ensemble en assure la stérilisation.

L'anesthésie locale est obtenue à l'aide d'une seule injection de 2 à 5 cmc. de solution de cocaïne-adrénaline poussée entre la paroi du kyste et le tissu celluleux condensé qui l'enveloppe, de telle sorte que le décollement est effectué en même temps.

Il ponctionne ensuite la peau sur une étendue de 6 à 8 millim., avec un bistouri étroit, jusqu'à ce qu'il tombe sur la paroi brillante et blanche du kyste. Une pince de Kocher est alors introduite par cet orifice. Les mors de cet instrument, maintenus fermés, sont promenés successivement autour et au-dessus du kyste ils effondrent tous les trabécules fibreux qui le fixent, et le libèrent ainsi de ses attaches.

Le kyste étant mobilisé, il l'ouvre par une ponction faite en regard de l'orifice cutané et le vide par expression. Il ne reste plus qu'à extirper facilement une poche flasque, vide, libre de toute adhérence, mobile au fond d'une cavité.

Aucune résection de peau n'est nécessaire. Une compression exercée avec une plaque métallique évite l'hématome et assure l'adhérence du revêtement cutané au plan profond, avec la rétraction nécessaire.

L'orifice de la ponction cutanée se ferme généralement de lui-même. Au besoin, un point de suture y pourvoira.

Valeur thérapeutique de l'iodure de potassium dans la syphilis.

L'iodure de potassium fait partie de la médication spécifique classique de la syphilis. Que doit-on en attendre ? C'est ce qu'examine M. Renault (*Journal des Prat.*, 3 juillet 1920), en se basant sur six faits résultant de son observation personnelle.

Il s'agissait, en résumé, de malades ayant suivi très strictement des cures préventives d'iodure de potassium pendant plusieurs années consécutives, et qu, cependant, ont quand même été atteints d'accidents secondaires et tertiaires. L'iodure avait donc été impuissant à prévenir ceux-ci.

L'auteur incrimine la rapidité d'élimination

de l'iodure qui apparaît dans les urines très rapidement, et n'a pas ainsi le temps de s'emmagasiner dans les tissus et de les imprégner.

L'iodure est un excellent remède de la syphilis, et particulièrement du tertiarisme. Mais il ne faut pas lui demander plus qu'il ne peut donner. Il ne doit donc être administré qu'à bon escient, « c'est-à-dire à titre non préventif, qu'il ne possède pas , mais exclusivement curateur ».

Le diagnostic en psychiatrie.

Au dire de M. Laignel-Lavastine (*Presse Méd.*, 3 juillet 1920) les maladies mentales primitives n'existeraient pas. Elles seraient uniquement des syndromes à l'origine desquels on retrouverait toujours le trépied : alcoolisme, tuberculose et syphilis, le premier élément de ce trépied, ainsi que nous l'avons nous-même souvent exprimé, étant lui-même souvent générateur des deux autres.

On s'efforcera donc de faire ici, comme en clinique générale, le diagnostic psychiatrique, complété par le diagnostic biologique de l'affection et de la maladie. C'est ainsi par exemple qu'on formulera : démence (diagnostic psychiatrique), par méningo-encéphalite diffuse (diagnostic de l'affection) d'origine syphilitique (diagnostic de la maladie).

« En résumé, il n'y a pas de maladies mentales ; il n'y a que des syndromes mentaux « ou des affections cérébrales à expression « psychique déterminés par des perturbations « organiques ou fonctionnelles causées par des « toxi-infections acquises ou héréditaires.

« Le diagnostic en psychiatrie n'est donc « qu'un cas particulier du diagnostic général. Il « comprend seulement un stade de plus, le « diagnostic pittoresque qui, d'habitude, précède le diagnostic du syndrome, de l'affection « et de la maladie.

« Si, pratiquement, la psychiatrie est une « spécialité très isolée, théoriquement, au point « de vue biologique, elle n'est qu'une simple « dépendance de la pathologie interne, la pa- « thologie de l'encéphale ».

Ces aperçus sont, dans une certaine mesure, originaux, et en tous cas, intéressants. De ce qu'on n'a pas encore découvert le substratum anatomique des vésanies, il ne s'ensuit pas qu'il n'existe pas, et que la folie pure n'est qu'une maladie de l'esprit. Il est peut-être néanmoins prématuré de généraliser aussi absolument que le fait M. Laignel-Lavastine. Les troubles mentaux de la P. G. ou de l'alcoolisme sont évidemment des expressions symptomatiques de l'affection primitive qui leur donne naissance : tout le monde est d'accord sur ce point. Il est peut-être plus difficile de raisonner de la même façon sur ce que les psychiatres appellent les folies partielles, les délires systématisés, qui évoluent sans qu'il soit possible de trouver chez les malades le moindre trouble somatique. Sans doute pourra-t-on alors invoquer l'hérédité, et retrouver dans l'ascendance l'une des affections organiques invoquées par l'auteur comme les bases des états psychopathologiques. C'est peut-être aller un peu loin pour le moment, bien des cas ne comportant pas une telle interprétation. Je n'insiste pas, et ne veux retenir de cette théorie que son ingéniosité et les horizons qu'elle ouvre sur la psychiatrie.

L'accouchement brusqué.

Il arrive parfois que, bien que le col ne soit ni dilaté, ni même effacé, l'indication de terminer rapidement l'accouchement s'impose, en raison de l'état soit de la mère, soit de l'enfant.

Pour le pratiquer, les auteurs conseillent de faire la dilatation extemporanée du col soit au moyen du ballon de Champetier, soit avec certains dilatateurs de force, soit enfin tout simplement avec les deux mains.

M. Schwaab, considérant que ces manœuvres sont tantôt de trop longue durée, étant donné le but qu'on se propose, ou que, tantôt, elles ne réussissent qu'au prix de dilacérations plus ou moins nombreuses et marquées du col, leur préfère, quand il faut aller très vite et que l'évacuation de l'utérus doit se chiffrer « par minutes » les grandes incisions cervicales, selon le procédé de Durhssen (*Presse méd.*, 3 juillet 1920).

« Pour pratiquer les incisions, on placera « la parturiente dans la position obstétricale. « On introduit l'index et le médius de la main « gauche, accolés, dans l'orifice cervical, en « rapport avec le bord gauche du col ; puis, « écartant légèrement, on insinue dans leur intervalle une des branches des ciseaux (droits « ou mieux courbés ou coudés) et on sectionne « le col directement à gauche. Puis reportant « les doigts guides vers le bord droit du col, « on sectionne symétriquement de ce côté. « Les insertions vaginales auront été repérées au préalable. »

La dilatation ainsi réalisée permet l'extraction immédiate du fœtus. On suturera ensuite très exactement au catgut les brèches ainsi pratiquées et qui, abandonnées à elles-mêmes, n'ont aucune tendance à se cicatriser spontanément.

Les conditions de cette méthode sont l'état de travail, et l'effacement complet du col avec l'amincissement et l'amplification du segment inférieur.

Les indications principales sont l'agonie de la mère ou ses états graves, l'éclampsie menaçante, les hémorragies graves du travail, la

lenteur excessive de celui-ci, la mort imminente de l'enfant.

« C'est une opération d'urgence, souvent « précieuse, qu'on a eu le tort de proscrire « pendant très longtemps. C'est une méthode « simple et qui n'est pas sensiblement plus « dangereuse que les autres procédés d'accou- « chement rapide. Mais on ne doit jamais y « recourir sans indication précise et impérieuse « ou en l'absence des conditions requises pour « sa mise en pratique. »

Les injections sous-cutanées d'arsenobenzol.

Les incidents et les accidents mêmes des injections intra-veineuses d'arsénobenzol ont incité certains auteurs à chercher à leur substituer les injections sous-cutanées.

Telle est la pratique de M. POULARD (*Presse Méd.*, 9 juin 1920), qui emploie une seringue de 1 ou 3 cmc. munie d'une aiguille de 3 cmc. pour injecter en pleine fesse la solution de novarsénobenzol additionnée d'un cmc de solution au 100e de novocaïne.

« Ces injections n'immobilisent pas le malade ; « elles sont faites le matin, entre 8 et 9 heures, « afin que les malades puissent aussitôt aller « prendre leur travail. Jamais, jusqu'ici, après « plusieurs années d'expérience, je n'ai vu se « produire d'accidents locaux ou généraux. »

Mucocèle du sinus frontal.

Il s'agit d'une affection rare et curieuse, dont M. RAOÚLT donne une excellente description à l'occasion d'un cas qu'il en a observé et opéré avec succès chez un jeune garçon de 13 ans (*Revue Méd. de l'Est.*, 15 juin 1920).

Cette affection est caractérisée par la formation d'une tumeur kystique aux dépens du sinus frontal, par suite de l'obstruction du canal naso-frontal. Le traumatisme, ainsi que l'auteur l'a noté dans son observation, peut se trouver à l'origine de cette formation.

Elle se manifeste sous la forme d'une tuméfaction dont le volume peut atteindre celui d'une noix, qui siège dans l'angle supéro-interne de l'orbite. Elle augmente progressivement de volume et détermine alors la déformation de la paupière supérieure et la déviation du globe oculaire, généralement de haut en bas, et de dedans en dehors. Elle peut comprimer le sac lacrymal, et produire le larmoiement. A son niveau, la peau est mobile et normale. Elle se continue avec l'os frontal dont elle fait partie. Elle est mollasse, fluctuante, se gonfle légèrement à l'occasion des efforts.

L'œil dévié et comprimé est souvent le siège d'une diplopie parfois intense et gênante.

L'examen des fosses nasales et du fond de l'œil est négatif habituellement.

Le liquide retiré par la ponction est jaune, rosé ou citron et gélatineux.

La diaphanoscopie donne peu de renseignements.

La marche de la mucocèle frontale simple est lente et chronique. Le pronostic en est bénin. Les troubles oculaires en sont les complications les plus ennuyeuses. Elle s'ouvre parfois spontanément dans les fosses nasales et se guérit ainsi.

Les mucocèles secondaires à des tumeurs sont plus graves.

On fera le diagnostic de la mucocèle avec les tumeurs lacrymales, le fibro-sarcome et le lymphadénome de l'orbite, les kystes osseux, hydatiques, dermoïdes, rares. Les méningocèles, congénitales et précoces, sont surtout éliminées à l'aide de la radioscopie qui révèle l'existence de la déhiscence faisant communiquer la cavité crânienne avec le kyste. Les ostéites et les gommes syphilitiques, les pneumatocèles, l'empyème du sinus frontal, les tumeurs malignes, ont une symptomalologie qui permet de les reconnaître généralement.

Le traitement est chirurgical. On ouvrira largement la tumeur et on la résèquera en même temps qu'on rétablira la communication entre la fosse nasale et la cavité de la mucocèle.

Un cas d'oïdiomycose pulmonaire.

Les mycoses sont relativement rares chez l'homme. Il est des cas où il faut y songer, car elles sont justiciables d'un traitement qui les guérit radicalement.

M. NATHAN a observé l'un de ces cas chez une jeune fille qui était considérée comme une tuberculeuse et traitée en conséquence.

L'examen répété des crachats, dans lesquels le bacille de Koch ne fut jamais décélé, mais où, par contre, furent trouvés des filaments mycéliens, précisa le diagnostic, à la suite duquel l'administration de l'iodure de potassium amena la guérison. (*Bull. méd.*, juin 1920).

G. D.

Presse anglaise.

Traitement du lupus par le nitrate acide de mercure.

Les nouvelles méthodes de traitement du lupus, les applications de rayons X et la photothérapie de Finsen, ne sont pas toujours praticables, et, pour bon nombre de malades, on doit encore avoir recours aux anciennes méthodes, aux cautérisations en particulier. M. ADAMSON (*British med. Journ.*, 24 juillet 1920), recommande d'une façon spéciale, le nitrate acide liquide de mercure, qui lui a donné d'excellents résultats. Il applique le médicament avec un tampon d'ouate

sur les surfaces lésées en exerçant une pression ferme pendant une à deux minutes, et en prenant soin de bien limiter l'action aux plaques lupiques, aux nodules ou aux surfaces ulcérées. Aucun pansement n'est nécessaire et le patient est revu au bout d'une semaine. La surface cautérisée se montre alors recouverte d'une petite croûte brune, qui tombe en quelques jours et laisse la partie malade quelquefois complètement cicatrisée, d'autres fois en légère exulcération qui se referme rapidement. Dans bien des cas, une seule application suffit pour obtenir à la place du lupus une cicatrice souple. Si nécessaire, on renouvelle la cautérisation.

Tumeurs du sinus maxillaire.

M. New (*Journ. Amer. med. Assoc.*, 8 mai 1920) présente une étude des tumeurs du sinus maxillaire basée sur trois années d'observation à la clinique des frères Mayo, à Rochester. Le premier symptôme d'une tumeur maligne de l'antre maxillaire est la douleur. Elle peut se traduire d'abord par une sensation de brûlure ou de démangeaison dans la joue due à l'irritation de la cinquième paire. Dans la suite, apparaît une douleur sourde dont on rapporte fréquemment l'origine à une affection dentaire. Les souffrances diminuent quand la néoplasie perfore la paroi antrale, vers la joue ou la bouche. Dans quelques cas, le patient se plaint en premier lieu d'obstruction du nez, ou d'une augmentation de la sécrétion nasale.

Le traitement le plus avantageux, et que l'auteur place au-dessus de la résection du maxillaire, consiste en une action combinée du cautère et du radium.

Traitement des maladies vénériennes chez la femme.

Dans un rapport présenté au 88e Congrès annuel de la *British med. Assoc.* (1er juillet 1920), Miss Morna Rawlins, chef du service féminin des maladies vénériennes au Guy's hospital, de Londres, expose quelques points relatifs au traitement de la syphilis et de la blennorrhagie chez la femme.

Au mercure et à l'arsenic, l'auteur ajoute volontiers le soufre dans la cure de la syphilis. Les préparations sulfureuses sont particulièrement utiles quand la malade présente une intolérance vis-à-vis du mercure et de l'arsenic, ce qui est peut-être plus commun dans le sexe féminin que dans le sexe masculin.

Le traitement de la blennorrhagie de la femme est toujours délicat et difficile. Il faut poursuivre tous les repaires du gonocoque et ils sont nombreux, souvent peu accessibles. Les préparations médicamenteuses les plus recommandables sont : les sels d'argent, le protargol à 10 p. 100, l'eucalyptol dans l'huile d'olive à 40 p. %, l'acide picrique en solution glycérinée à 50 pour 100. Miss Rawlins accorde la préférence à la glycérine picriquée, employée avec quelques précautions, au niveau du col, du vagin, de l'urèthre, l'excédent de médicament étant chassé par une injection et par une émission d'urine. Nombre de cas peuvent être améliorés par les vaccins. Toutefois, si les trompes sont intéressées, la vaccinothérapie doit être employée prudemment, en commençant par les doses faibles.

Traitement de la syphilis infantile.

M. Leonard Findlay, dans une communication au 88e Congrès de l'*Association médicale britannique* (Cambridge, 30 juin 1920), envisage le traitement de la syphilis chez les nouveau-nés et dans l'enfance en général.

De toutes les préparations mercurielles, celle qui lui paraît la mieux adoptée à l'enfance est l'onguent napolitain, utilisé en frictions. Pour les sels arsenicaux, la voie intra-veineuse, moins douloureuse que la voie intra-musculaire, est préférable dans le jeune âge. Le siège de l'injection variera avec l'âge. Chez l'enfant au-dessous de 18 mois, les veines du crâne sont celles qui offrent le maximum d'avantages. Ce sont les plus visibles, en général. D'autre part, la tête est certainement la partie du corps la plus facile à maintenir immobile chez les très jeunes sujets. Cette immobilité est, en effet, une condition majeure du succès de l'opération. L'enfant sera couché sur une table, la tête posée sur un oreiller et fermement appuyée par un aide. L'opération doit être effectuée rapidement pendant que le pouce de l'assistant comprime le bout central de la veine crânienne choisie. M. Findlay préfère les veines du crâne au sinus longitudinal, qui a été recommandé récemment comme lieu d'élection pour ces piqûres. L'injection dans le sinus longitudinal est susceptible d'accidents lorsque son exécution est imparfaite.

Chez les enfants au-dessus de 2 ans, les veines du crâne cessant d'être visibles, on s'adressera à la jugulaire externe, et, plus tard, aux veines du pli du coude comme chez l'adulte. Entre 2 et 5 ans, l'opération est délicate, le point de la piqûre étant difficile à immobiliser. L'anesthésie générale est alors souvent nécessaire.

Comme doses (de néo-salvarsan), l'auteur emploie un à cinq centigrammes au début, et augmente jusqu'à 20 et 30 centigr., quand l'âge le permet.

Sur la néphrectomie.

M. Indd (*Minnesota Medicine*, 4 mai 1920), publie une statistique de 239 néphrectomies pratiquées à la clinique Mayo. Sept opérés ont succombé, soit une mortalité de 2,9 %. Les décès

opératoires ont été causés par des hémorrhagies, de l'infection ou des affections concomitantes.

Curiosités radiographiques.

L'examen radiographique permet quelquefois des diagnostics assez inattendus. M. F. STONEY (*Archiv. of radiol. and electro-therap.*, avril 1920) relate deux observations de cet ordre. Le premier cas concerne un sujet qui se plaignait d'un asthme chronique. Un examen aux rayons X montra la présence d'un tube laryngien tombé dans la partie inférieure de la trachée. Le malade n'avait aucun souvenir d'un tubage dans son enfance, mais une enquête auprès de sa famille apprit qu'il avait été traité vers l'âge de 2 ou 3 ans pour du croup. Le tube fut enlevé et l'asthme disparut. Dans le deuxième cas, on découvrit par hasard, chez un aliéné, à l'examen radiographique, une montre que le patient avait avalée et qui s'était arrêtée dans l'œsophage au niveau de la base du cou. Aucun renseignement ne pouvait faire penser à l'existence d'un tel corps étranger.

Anesthésie locale de la région amygdalienne.

M. COURTENAY YORKE (*British med. Journ.*, 28 août 1920), pratique, chez l'adulte, l'ablation des amygdales sous l'anesthésie locale selon la technique suivante :

La solution anesthésique (novocaïne à 2 pour 100, additionnée d'adrénaline) est injectée dans les deux piliers, et également à la jonction du pôle inférieur de l'amygdale avec la langue. L'injection dans le pilier antérieur est la plus importante. Elle doit être faite juste au-dessous de la muqueuse et on doit voir le liquide se répandre largement en provoquant une zone blanche d'anémie de la grandeur d'une pièce de un franc. Le pilier postérieur, plus fin et plus mobile, est moins atteint généralement par l'injection.

P. L.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

De la prévention des maladies infectieuses et de la tuberculose par la désinfection des couverts de table, des verres et de la vaisselle.

Ch. BROQUET. — (*Société de Médecine publique et de Génie sanitaire*).

L'auteur rappelle les travaux et les expériences de Lynch et Cumming en Amérique, montrant la possibilité de la transmission fréquente des maladies du groupe pneumonique et de la tuberculose par les couverts de table et l'eau de lavage de ces couverts et de la vaisselle, souillés par des germes pathogènes et par le bacille tuberculeux. Cumming croit qu'il est possible de prévenir ces maladies dans l'armée, les établissements publics, les restaurants et le home, en désinfectant les ustensiles de table à l'eau bouillante et que l'application généralisée du principe de la désinfection bien faite des ustensiles de table réduira le pourcentage de toutes les maladies dont l'origine se trouve dans les crachats.

Se ralliant à cette manière de voir, l'auteur montre combien, en France, cette question de la désinfection des ustensiles de table laisse à désirer. A quoi bon, dit-il, les lois : sur l'alcool, l'éducation physique, les logements, les sanatoriums et toutes mesures préventives de la contagion de la tuberculose par les voies respiratoires, si la contagion peut s'exercer impunément par les voies digestives ? Il demande à la Société de Médecine publique et de Génie sanitaire d'émettre un vœu auprès des pouvoirs publics tendant à ce que les cuisines des établissements publics (restaurants, débits de boissons, cafés, hôpitaux, maisons de santé, sanatoriums, lycées, écoles, communautés, cercles) ; des établissements de l'armée (casernes), et des navires de guerre et de la marine marchande soient obligatoirement dotées de chaudières permettant la désinfection des couverts, verres et vaisselles, soit par l'eau bouillante, soit par la vapeur.

Dans l'armée et dans la marine, le médecin du régiment et le médecin du navire ; dans les établissements publics, les inspecteurs du travail, et de l'hygiène ; dans la famille, le médecin praticien, qui doit devenir le « combattant » de l'hygiène, seront qualifiés pour faire appliquer et pour contrôler ces mesures.

Elles devront être complétées par l'action et la propagande des Sociétés de prophylaxie qui, par les leçons de l'école et par l'affiche, les feront pénétrer dans les foyers et dans le public. Peut-être y aurait-il lieu de *souhaiter* aussi que les comptes-rendus des séances de la Société d'hygiène et de Police sanitaire soient donnés dans la presse d'informations qui constitue un moyen de propagande d'une valeur indéniable.

Les possibilités actuelles d'extinction des virus vénériens.

A. GAUDUCHEAU. — (*Société de Médecine publique*).

La disparition des maladies vénériennes peut être envisagée aujourd'hui comme une possibilité prochaine de l'hygiène moderne.

Nous pensons que, pour obtenir ce résultat, la désinfection prophylactique est le moyen le plus simple et le plus puissant.

Nous voudrions démontrer que la diffusion des habitudes d'antisepsie individuelle amènerait une diminution, puis l'extinction des maladies vénériennes.

I. — Méthode antiseptique individuelle.

Les moyens de prophylaxie antisyphilitique proposés autrefois par Metchnikoff et Roux devraient être étendus aux autres maladies vénériennes, améliorés et simplifiés afin d'en généraliser l'emploi. Tel est le but des travaux que nous poursuivons depuis six ans dans cette partie de l'hygiène.

Nous avons fait connaître, dans des publications antérieures (1) une méthode simplifiée de prophylaxie individuelle.

Il s'agit d'un procédé de désinfection consistant en l'emploi d'un mélange antiseptique multivalent qu'il suffit d'appliquer sur les muqueuses génitales de l'homme exposées à la contagion, pour se préserver contre les différentes virus vénériens.

Nous rappelons ici la formule de ce désinfectant, qui n'est donc en aucune façon un remède secret.

Thymol	1 gr. 75
Calomel	25 gr.
Vaseline	23 gr. 25
Lanoline	50 gr.
Total	100 gr.

Ce mélange multivalent, à employer dans l'heure qui suit un rapprochement suspect, suffit, même sans lavage préalable, à réaliser toute la prophylaxie antivénérienne.

Il exerce son action *intus et extra* ; il est appliqué sur les muqueuses externes et déposé dans l'urètre antérieur ; il sert aux deux fins : contre la blennorragie et contre les chancres.

La preuve de son efficacité a été fondée sur des faits que nous avons relatés dans nos travaux précités.

A ces résultats, nous ajouterons aujourd'hui que deux nouvelles séries d'observations viennent d'être faites aux armées par un de nos anciens camarades.

Des jeunes volontaires, comprenant à la fois le profit personnel qu'ils pourraient tirer d'une bonne méthode de sécurité et l'intérêt social qui s'attache à de pareilles expériences, ont bien voulu se prêter à des essais.

Les séries d'observations entreprises par notre éminent confrère et ami ont duré 8 mois sur 140 hommes.

Le résultat de ces travaux très rigoureusement conduits a dépassé ce que nous en attendions.

Aucun insuccès n'a été enregistré sur les quelques centaines de rapprochements plus ou moins suspects que ces 140 hommes ont pratiqués dans ces conditions.

Il faut noter que, dans la plupart des cas, notre technique a été appliquée à la lettre, c'est-à-dire sans lavage préalable.

(1) *Revue d'Hygiène et de Police sanitaire* (Tome XLI, n° 12, décembre 1919, p. 1122).
Bulletin de la Société méd. ch. de l'Indo-Chine : 16 novembre 1914 ; 14 février 1915, 16 avril 1916.
The Medical Bulletin, mai 1918.

Nous tenons donc pour démontrées l'innocuité et l'efficacité de cette méthode.

II. — Programme d'action.

Nous disposons donc d'une méthode de prophylaxie antiseptique individuelle qui présente, outre son innocuité et son efficacité, une simplicité d'exécution telle que l'on peut en espérer l'emploi par tous ceux qui désirent se mettre à l'abri des maladies vénériennes.

Il faut maintenant apprendre aux jeunes hommes à se désinfecter. C'est une mesure d'hygiène génitale à faire entrer dans les mœurs.

Nous pourrons y arriver à condition que les médecins y prêtent leur concours, à condition que nos confrères veuillent bien accepter le rôle éducateur de l'hygiéniste. Ils savent que la syphilis et la blennorragie sont causées par des microbes et que ces microbes peuvent être atteints et détruits par une bonne antisepsie comme celle que nous venons de décrire. Ils doivent le dire au public et faire profiter leurs concitoyens de cette connaissance qu'ils ont de l'hygiène moderne.

Le corps médical assiste aujourd'hui à un développement considérable des œuvres d'hygiène publique. Il a déclaré par la voix de ses représentants qu'il entendait participer à ce progrès. Les praticiens veulent être pour leurs clients non seulement des guérisseurs, mais aussi des hygiénistes. Mais pour remplir ce rôle, il faut d'abord être soi-même convaincu de l'efficacité des mesures prophylactiques que l'on propose ; il faut avoir la foi et la certitude qui résultent de l'observation positive des faits. Le médecin indifférent et sceptique est l'ennemi de l'hygiène.

C'est dans l'armée qu'il faut commencer cette éducation en conciliant, bien entendu, la morale et la prophylaxie.

On dira aux jeunes soldats qu'ils doivent se désinfecter après des rapports suspects. Ils trouveront, dans les coopératives et dans les maisons spéciales, un dispositif simplifié comme celui que nous préconisons et ne coûtant pas plus d'une douzaine de sous.

Ils prendront l'habitude de se mettre un peu de pommade soit immédiatement après l'acte, soit à leur rentrée à la caserne, lorsque, revenus au calme, ils réfléchiront aux dangers de la contagion.

L'essentiel est de leur dire et de leur répéter que ces dangers existent et qu'ils peuvent aisément s'en préserver.

Nous avons des raisons d'espérer que cette habitude entrera rapidement dans les mœurs des jeunes hommes. Cet espoir est basé sur l'observation d'un progrès comparable à certains égards, qui a été réalisé dans l'hygiène génitale de la femme et qui a consisté dans la diffusion progressive du bock laveur durant ces 50 dernières années. Il y a un demi-siècle, en effet, cette mesure de propreté était une exception, alors qu'elle est, aujourd'hui, la règle. I

en sera de même pour la désinfection prophylactique de l'homme ; dans quelques années, ce sera la règle, si les médecins veulent bien y prêter le concours de leur autorité et de leur conscience.

III. — L'EXTINCTION PROGRESSIVE DES MALADIES VÉNÉRIENNES.

Lorsque les hommes auront pris l'habitude de cette prophylaxie antiseptique, ils verront disparaître les virus vénériens, non seulement chez eux, mais aussi chez la femme, attendu que généralement ces microbes se transmettent et se perpétuent en parasitant alternativement les deux sexes de l'espèce humaine et que si l'un des sexes vient à se mettre à l'abri, il s'ensuivra une disparition totale de ces germes.

Dans l'état actuel de la technique, il ne paraît pas possible de désinfecter sûrement la femme, après des rapports contagieux, en raison de la disposition de ses organes génitaux. On peut simplement diminuer chez elle les chances d'infection.

Nous avons donc affaire à des microbes à hôtes alternants qui peuvent être détruits chez l'un et non chez l'autre.

Le cas est comparable à ceux du paludisme, de la fièvre jaune et de la maladie du sommeil. Or, les hygiénistes savent que ces maladies causées par des germes à deux hôtes, s'éteignent lorsqu'on arrive à supprimer ou à stériliser l'un des deux réservoirs du virus.

Par conséquent, si l'on veut faire disparaître ces microbes pathogènes, il suffit d'agir sur leur vecteur intermédiaire qui est l'homme dans le cas des maladies vénériennes.

La conséquence de la généralisation, chez l'homme, de la prophylaxie antiseptique individuelle serait donc l'extinction progressive des maladies vénériennes.

IV. — OBJECTIONS ET OPPOSITIONS A LA PROPHYLAXIE ANTIVÉNÉRIENNE.

Nous trouvons beaucoup de résistance à nos propositions de prophylaxie individuelle à cause de la routine, de l'indifférence et du sceptisme, qui se manifestent non seulement dans le public et les administrations, mais aussi, malheureusement, dans le corps médical,.

Jusqu'à présent, les objections qui ont été faites n'ont pas été produites publiquement, leurs auteurs manquant sans doute d'arguments suffisants pour les établir.

Des oppositions se glissent cependant partout d'une manière confidentielle et paralysent les innovations. Il faut faire cesser cet état de choses en discutant au grand jour toutes les objections qui sont avancées, de manière que chacun prenne position dans cette question de la plus haute importance au point de vue social.

L'opposition la plus injustifiée et la plus inattendue est celle de certains médecins qui trouvent plaisant d'essayer de tourner en ridicule les procédés de désinfection. Ces guérisseurs de maladies syphilitiques et urinaires donnent le plus fâcheux exemple. Mais ils doivent savoir qu'il existe dans le corps médical une immense majorité de confrères qui sont partisans du progrès, qui ne doutent pas que les maladies vénériennes disparaîtront un jour devant l'hygiène moderne.

A ceux qui prêchent l'impossibilité de la préservation antiseptique, le public intéressé répondra qu'il veut, lui, se protéger et bénéficier des moyens nouveaux que la recherche scientifique met à sa disposition.

La désinfection des téguments est devenue aujourd'hui dans les hôpitaux une pratique courante, effectuée non seulement par les médecins, mais par tout le personnel hospitalier. Tout le monde sait préparer un champ opératoire. Cependant les espèces microbiennes pyogènes de la peau sont beaucoup plus résistantes aux antiseptiques que le tréponème et le gonocoque. Pourquoi donc, alors, ne réussirait-on pas à désinfecter des surfaces aussi faciles à atteindre que le sont les muqueuses génitales de l'homme, contre des germes aussi fragiles que ceux des maladies vénériennes, et pourquoi des médecins affectent-ils de dire que c'est impossible et qu'il n'y a rien à faire ?

Il y aura des insuccès, nous objecte-t-on. Certainement, des hommes inexpérimentés appliqueront mal notre technique cependant simplifiée au maximum. Mais il vaut mieux risquer un échec et préserver 50 personnes que de renoncer à se défendre.

Un argument de cette nature, c'est-à-dire de renoncement, a été produit récemment par une commission officielle anglaise. Sous prétexte d'échecs possibles, cette commission conseille de ne pas recommander au public la prophylaxie individuelle.

C'est comme si on défendait de monter dans les trains, sous prétexte qu'ils sont parfois mal conduits et qu'on pourrait être la victime d'un déraillement.

Toute innovation rencontre des obstacles de la part de ces suppôts de la routine, qui craignent les accidents, mais qui font tous leurs efforts pour empêcher les progrès de l'hygiène.

Nous avons rencontré chez plusieurs pharmaciens le même état d'esprit regrettable. Ils trouvent très normal de vendre toutes sortes de remèdes pour guérir les maladies vénériennes, mais ils ne veulent point que leur nom soit prononcé à propos d'un produit prophylactique, car, disent-ils, c'est une publicité réservée aux pissotières. Ainsi, pour suivre les convenances mondaines, ils refusent de collaborer avec les hygiénistes et attendent l'éclosion de la maladie chez le client qu'ils n'ont pas voulu défendre. Alors ils présentent leur arsenal innombrable de drogues, de bocks, seringues, etc.

Le peuple est entretenu dans l'ignorance du péril vénérien, dans l'ignorance des moyens de se préserver et cela, avec la complicité inconsciente de quelques-uns de ceux qui devraient l'instruire.

Nous devons réagir contre cet état de choses.

Il existe encore un autre germe d'opposition qui serait redoutable pour les progrès de la prophylaxie. C'est celui de certains moralistes qui ne veulent pas entendre parler de ces choses dites obscènes, et qui ont peur de voir la débauche s'étendre dans la société si les maladies vénériennes ne sont pas maintenues. Ils considèrent, en effet, que ces maladies sont, par la crainte qu'elles inspirent, moralisatrices de l'humanité.

Aucun médecin ne saurait s'associer à une aussi grave erreur.

V. — Conclusion.

Nous disposons aujourd'hui d'une méthode très simple pour assurer chez l'homme la prophylaxie individuelle.

La généralisation de cette mesure d'hygiène amènerait l'extinction progressive des virus vénériens.

PHTISIOLOGIE

Quelques considérations sur la pathogénie et le traitement des maladies infectieuses en général et de la tuberculose en particulier (1).

(*Suite et fin.*)

Dans le traitement de la tuberculose en particulier, que j'envisagerai maintenant, la médication objective n'a pas réussi, c'est-à-dire que nous en sommes encore à chercher un médicament efficace contre la toxine du bacille de Koch ou contre le bacille lui-même, et inoffensif pour l'organisme.

On est donc réduit à employer la médication subjective, c'est-à-dire à employer la médication dans laquelle l'individu lui-même joue le plus grand rôle, à relever ses forces de manière à lui permettre de fabriquer du contrepoison tout comme un individu indemne de la maladie.

Les médications employées sont de deux espèces.

1° Moyens physiques : hygiène, aération, lumière, suralimentation, sanatoria (sur lesquels on a tant discuté), bonne nourriture, etc. Les révulsifs, pointes de feu, vésicatoires, teinture d'iode, etc. en applications locales.

2° Moyens médicamenteux : créosote, arsenicaux, phosphates, tannin, viande crue, corps gras, huile de foie de morue, sérothérapie, que n'a-t-on pas essayé dans le traitement de la tuberculose ? Vouloir ajouter de nouveaux médicaments semble être un non-sens, et cependant les médecins ne se découragent pas et poursuivent de nouvelles recherches. De ces médicaments, qu'est-il resté ? La créosote jouit encore d'une réputation justifiée comme s'éliminant par les bronches et jouant le rôle d'un antiseptique des voies aériennes, tarissant les sécrétions pulmonaires. Les arsenicaux, surtout les arsenicaux organiques, mieux supportés par l'organisme, et par suite utilisables à plus fortes doses, jouent un rôle qui n'est plus nié aujourd'hui et agissent surtout comme reconstituants de l'organisme. Le tannin joue un rôle analogue. Le phosphore, et par suite les phosphates, apportent à la cellule organique les sels qui lui manquent pour triompher du microbe, puisque nous savons qu'un des modes de guérison de la cellule géante de la tuberculose est l'enkystement par des sels calcaires. Les corps gras, l'huile de foie de morue, la viande crue, divers sérums animaux, sont l'objet de recherches qui n'ont pas encore été suivis de succès complets. Dans le traitement de la tuberculose, on a préconisé aussi le sang d'animaux fraîchement tués (c'est d'ailleurs un remède populaire) ; mais celui-ci a été administré d'une façon empirique sans aucune direction scientifique, en utilisant à la fois le sérum et le caillot (c'est-à-dire renfermant des matières inertes dont la présence nuit à l'action du sang), en ne considérant pas si les animaux sont tuberculeux ou non, réfractaires ou non à la maladie.

Or, on sait que l'anticorps ne se trouve que dans le plasma sanguin circulant ; après avoir extrait le sang par la saignée, la coagulation de ce liquide s'opère et l'anticorps passe dans le sérum.

C'est un spectacle curieux, et même répugnant pour tout autre qu'un médecin, de voir aux abattoirs de la Villette, à Paris, les gens suspects de tuberculose ou atteints de tuberculose confirmée, venir boire le sang des animaux fraîchement tués. Ils se pressent autour des tueurs, tendent leurs verres vides, sont souvent inondés de sang et avalent avidement ce liquide qui découle sur leurs lèvres, leurs habits. A cet égard, les Juifs sont plus difficiles que nous : ils ne veulent pas se servir d'animaux assommés, puis saignés ; il leur faut des victimes mortes au bout de leur sang, par suite égorgés, condition bien meilleure pour la préservation de la viande ; mais quand l'animal est mort, le sacrificateur (qui est de la caste sacerdotale) ouvre le thorax et passe la main entre les poumons et la paroi costale ; s'il y a des adhérences, l'animal est considéré comme suspect de tuberculose et la viande rejetée de la consommation des Juifs ; j'ajouterai qu'elle est vendue aux Chrétiens, moins scrupuleux.

De toutes ces médications, deux surtout jouissent des faveurs des médecins : viande crue et surtout jus de viande, et arsenicaux organiques. Mais la viande crue, le jus de viande même provenant d'animaux sélectionnés et parfaitement indemnes de tuberculose, ne peuvent être que des adjuvants, car ils renferment des matières étrangères inutiles ; leur influence cependant est indéniable.

(1) Cf. *Concours médical*, n° 36. p. 2197.

Pourquoi ne pas se servir du sang qui doit renfermer les anticorps recherchés et surtout du sang privé de sa partie inerte, le caillot, et n'employer que le sérum ?

Je me suis servi de sérum de cheval (animal réfractaire à la tuberculose) conservé dans des ampoules. Plusieurs maisons fabriquent un tel sérum à propriétés exaltées, qui donne d'excellents résultats dans le traitement de certaines dystrophies ; on en trouve dans toutes les pharmacies. Pour augmenter son pouvoir médicamenteux, je l'ai associé à un autre médicament des plus autorisés dans le traitement de la tuberculose, mélangé à ce sérum *au moment même de la prise* (augmentant encore l'action médicamenteuse résultant de l'union des médicaments). La créosote, le tannin n'étaient pas utilisables comme coagulant l'albumine du sérum ; les phosphates étant insolubles ne pouvaient se dissoudre dans le sérum que grâce à un artifice chimique qui aurait altéré les propriétés du sérum lui-même. Mais les arsenicaux, surtout les arsenicaux organiques, cacodylates et principalement méthylarsinates, l'arrhénal plus assimilable par l'organisme, n'altérant en rien le sérum (dans lequel ils sont miscibles et auquel ils sont incorporés au moment de l'absorption) étaient parfaitement indiqués.

Dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*(1), le Dr Jousset étudie le traitement de la tuberculose par des injections sous-cutanées, faites à la face antérieure de la cuisse, d'un sérum d'origine équine obtenu après inoculations veineuses d'un bacille hypervirulent et hypertoxique. Les résultats qu'il a obtenus sont encourageants. Mais je ne crois pas nécessaire de recourir à des inoculations veineuses préalables d'un tel bacille ; puisque le cheval est réfractaire à la tuberculose il saura toujours, quelle que soit la qualité du bacille, fabriquer l'antitoxine nécessaire. Une telle inoculation peut être dangereuse parce que le bacille est trop virulent et trop toxique et peut nuire à l'animal et par suite, altérer les propriétés du sérum obtenu.

Tout en utilisant dans le traitement de la tuberculose les moyens physiques dont j'ai déjà parlé, j'employais le médicament de la façon suivante : tous les matins à jeun, une demi-heure avant le premier repas, je faisais prendre par la bouche le contenu d'une ampoule de sérum de cheval (dix centimètres cubes) mélangé au moment de la prise avec cinq centimètres d'arrhénal chez l'adulte (c'est-à-dire une cuillerée à café d'une solution aqueuse fraîchement préparée renfermant cinq centigrammes de sel arsenical par cuillerée à café, ou le contenu d'une petite ampoule renfermant cinq centigrammes du même médicament). Le mélange était pris pendant six à sept jours ; repos d'une semaine, prise du mélange pendant six à sept autres jours (quatorzième au vingt et unième jour), puis repos.

(1) Rapporté par le *Concours Médical* du 20 juillet 1919.

Je me serais servi de sérum frais de cheval sain (après séparation du caillot) si j'avais pu le faire, estimant que celui-ci doit être plus actif à l'état frais, qu'à l'état conservé. Mais ceci nécessiterait une installation spéciale près d'un abattoir, installation dont nous n'avons pas à parler aujourd'hui.

Dans l'intervalle des prises de sérum (jamais en même temps) et consécutivement, je faisais prendre pendant un certain temps du jus de viande de bœuf sélectionné et indemne de tuberculose (plusieurs maisons fabriquent une telle préparation) pour éviter les phénomènes anaphylaxiques que le même sérum toujours employé aurait pu provoquer ; je n'en ai jamais eu d'ailleurs. Le médicament a toujours été bien supporté ; sauf quelquefois, au bout de quatre à cinq jours d'emploi du sérum arseniqué, on constatait un peu de diarrhée ; je diminuais la dose d'arsenic ou même la supprimais.

Je donnais le médicament à jeun pour favoriser l'absorption.

Après deux ou trois mois, je recommençais le médicament suivant l'état du malade.

L'ingestion par les voies digestives offrait l'avantage d'une application facile, non désagréable au malade (le sérum ayant seulement un goût salé), pouvant être faite loin du médecin. Par crainte de supercherie, je me faisais apporter les ampoules vides que je jetais moi-même.

Dans un cas grave (méningite par exemple), je n'aurais pas hésité à me servir de la voie sous-cutanée en limitant le nombre des injections. Quant à l'injection intra-veineuse du sérum arseniqué, je n'en suis pas partisan, même en suivant les précautions recommandées par le Dr Martin pour les injections intra-veineuses du sérum antidiphtérique (diluer le sérum dans neuf fois son poids d'eau physiologique) (1), partageant à ce sujet les idées du Dr Terrien dont j'ai parlé plus haut.

Je me suis servi de la médication sérique arseniquée dans plusieurs cas de tuberculose pulmonaire au premier et au second degré, et il m'a semblé avoir remarqué le relèvement des forces avec diminution des symptômes pulmonaires ; mais le médicament n'agissait pas de suite ; il fallait quelques jours, comme si l'économie n'acquérait que peu à peu la faculté de produire les contrepoisons nécessaires.

Je n'ai pas la prétention d'admettre que ce sérum agisse comme médicament spécifique du bacille de Koch ou de sa toxine, mais c'est un tonique puissant, il relève l'organisme, lui permettant de fabriquer les anticorps suffisants. A cet égard, j'ai une observation remarquable, que je tiens à citer :

(1) Rapport du Dr Martin à l'Académie de médecine.

Un enfant de six ans, de souche manifestement tuberculeuse (le père a eu un mal de Pott dont il conserve encore les traces ; la mère a eu des adénites suppurées au cou et à la région sous-maxillaire dont on voit les cicatrices), est pris de phénomènes méningitiques (après des prodromes indéterminés) ; on constate de la fièvre (39°), quelques vomissements en fusée, un léger signe de Kernig, de la raie méningitique. Je lui donne le matin à jeun du sérum de cheval arseniqué (contenant deux centigrammes d'arrhénal) qu'il supporte bien, tout en employant les moyens usités. Au bout de quelques jours, les phénomènes s'amendent et l'enfant entre en convalescence ; il est très bien portant aujourd'hui.

Il y a peut-être eu coïncidence ; il est possible aussi que je n'aie eu affaire qu'à du méningisme. En tout cas l'essai doit être renouvelé.

Malheureusement, je suis arrivé à un âge où la médecine active ne m'est plus possible et j'exerce surtout une partie de la médecine où l'on ne voit pas souvent de tuberculeux ; par conséquent, je ne puis avoir affaire qu'à quelques cas isolés qui ne suffisent pas pour conclure. Aussi je serais très heureux si quelques-uns de mes confrères voulaient essayer la médication et me faire part de leurs impressions.

Le procédé est inoffensif et peu coûteux.

Conclusions. — L'avenir du traitement des maladies infectieuses est dans la sérothérapie.

Tout ce qui favorise chez l'individu la production d'anticorps en cas d'atteinte d'une maladie doit être tenté.

Le sérum des animaux réfractaires ou rendus réfractaires à une maladie donnée doit être employé par diverses voies d'absorption chez un malade atteint de cette maladie.

Dr DE CHAMPEAUK.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des livres.

Chez MASSON et Cie, Paris.

Chirurgie réparatrice et orthopédique. Appareillages et invalidités. — Ouvrage publié sous la direction de MM. Jeanbrau, Nové-Josserand et Ombrédanne, professeurs agrégés aux Facultés de Montpellier, de Lyon et de Paris. Secrétaire de la Rédaction : P. Desfosses, chirurgien de l'hôpital britannique à Paris. 2 volumes in-8, 80 fr. net.

Cet ouvrage est destiné à la pratique civile et particulièrement au traitement chirurgical des accidentés du travail. Ce n'est pas un traitement de chirurgie de guerre d'un intérêt rétrospectif ; c'est le premier et le seul *Traité* paru en France et dans le monde, dans lequel les enseignements chirurgicaux des dernières années sont appliqués au *traitement* et à la *réparation* des grands traumatismes et de leurs séquelles (*accidents du travail, accidents de la rue, broiements des membres sous leurs formes multiples,* etc.)

La chirurgie pendant la guerre a été en présence d'une multiplicité, d'une variété, d'une complexité de traumatismes telles qu'aucun pays, aucun temps de l'histoire, n'en avaient vu même d'approchantes. Une expérience magnifique a été achetée à chers deniers par toute une pléiade de chirurgiens. Il est indispensable que l'expérience acquise au cours d'une guerre qui a fauché plus de 7 millions d'hommes ne soit pas perdue pour l'humanité, soit conservée pour les chirurgiens de l'avenir comme pour les chirurgiens des pays neutres.

La chirurgie ne peut pas oublier en temps de paix les progrès réalisés pendant la guerre, elle ne peut plus se contenter des vétustes organisations d'avant-guerre : une chirurgie nouvelle doit maintenant présider à toute *la thérapeutique des accidents, accidents du travail et accidents de la rue.* L'industrie se forge maintenant tout un nouveau et formidable outillage, artillerie lourde des œuvres de paix : le fonctionnement des engins nouveaux produira des accidents terribles bien différents des accidents d'autrefois. Les grands broiements de membres par les machines-outils, les trains, les avions, demanderont des interventions aussi précoces, aussi judicieusement réglées que les plaies par éclat d'obus.

Montrer la façon de réparer chirurgicalement les suites éloignées des traumatismes portant sur les diverses systèmes de l'économie, indiquer les appareils qui peuvent suppléer aux déficiences définitives, tel est précisément le sujet du *Traité de chirurgie réparatrice et orthopédique.* Ce livre doit être lu, relu, médité, par tous les chirurgiens, car c'est toute l'évolution ultérieure des traumatismes soit de paix, soit de guerre, qui est suspendue à l'application rigoureuse des règles qu'il précise.

Les principes techniques des réparations, les règles directrices de construction des appareils, forment la 1re partie (*Partie générale*) du Traité de Chirurgie Réparatrice et Orthopédique.

La seconde partie (*Partie spéciale*) contient les Applications locales à la Tête et au Cou, au Thorax, au Rachis, à l'Abdomen, etc., des notions générales de Chirurgie et d'Orthopédie.

Les divisions de ces deux grandes parties forment 16 chapitres signés de noms universellement connus dans la médecine et la chirurgie. 48 collaborateurs ont prêté leur concours à la rédaction de cet important ouvrage que complète une illustration abondante et particulièrement soignée.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LÉGISLATION SOCIALE

Loi réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

ART. 1er. — Sera puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de cent francs (100 fr.), à trois mille francs (3.000 fr.) quiconque :

Soit par des discours proférés dans des lieux ou réunions publics ;

Soit, par la vente, la mise en vente ou l'offre, même non publique, ou par l'exposition, l'affichage ou la distribution sur la voie publique ou dans les lieux publics, ou par la distribution à domicile, la remise sous bande ou sous enveloppe fermée ou non fermée, à la poste, ou à tout agent de distribution ou de transport, de livres, d'écrits, d'imprimés, d'annonces, d'affiches, dessins, images et emblèmes ;

Soit par la publicité de cabinets médicaux ou soi-disant médicaux ;

Aura provoqué au crime d'avortement, alors même que cette provocation n'aura pas été suivie d'effet.

ART. 2. — Sera puni des mêmes peines quiconque aura vendu, mis en vente, ou fait vendre, distribué, ou fait distribuer, de quelque manière que ce soit, des remèdes, substances, instruments ou objets quelconques, sachant qu'ils étaient destinés à commettre le crime d'avortement, lors même que cet avortement n'aurait été ni consommé, ni tenté, et alors même que ces remèdes, substances, instruments ou objets quelconques proposés comme moyens d'avortement efficaces seraient, en réalité, inaptes à les réaliser.

ART. 3. — Sera puni d'un mois à six mois de prison et d'une amende de cent francs (100 fr.) à cinq mille francs (5.000 fr.), quiconque, dans un but de propagande anticonceptionnelle, aura, par l'un des moyens spécifiés aux articles 1er et 2, décrit ou divulgué, ou offert de révéler des procédés propres à prévenir la grossesse, ou encore facilité l'usage de ces procédés.

Les mêmes peines seront applicables à quiconque, par l'un des moyens énoncés à l'article 23 de la loi du 29 juillet 1881, se sera livré à une propagande anticonceptionnelle ou contre la natalité.

ART. 4. — Seront punies des mêmes peines, les infractions aux articles 32 et 36 de la loi du 21 germinal an XI, lorsque les remèdes secrets sont désignés par les étiquettes, les annonces ou tout autre moyen comme jouissant de vertus spécifiques préventives de la grossesse, alors même que l'indication de ces vertus ne serait que mensongère.

ART. 5. — Lorsque l'avortement aura été consommé à la suite des manœuvres ou des pratiques prévues à l'article 2, les dispositions de l'article 317 du code pénal seront appliquées aux auteurs desdites manœuvres ou pratiques.

ART. 6. — L'article 463 du code pénal est applicable aux délits ci-dessus spécifiés.

ART. 7. — La présente loi est applicable à l'Algérie et aux colonies, dans les conditions qui seront déterminées par des règlements d'administration publique.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Rambouillet, le 31 juillet 1920.

P. DESCHANEL.

Par le Président de la République :

Le garde des sceaux, ministre de la justice

LHOPITEAU.

Commentaires.

Jusqu'à présent, la plupart des avortements restent impunis. D'après l'article 317 du Code pénal, l'avortement est un crime, par suite passible de la Cour d'assises. Beaucoup d'acquittements sont dus au talent oratoire et aux effets d'audience d'avocats dits « d'assises », connaissant à fond l'art et le métier d'attendrir les douze jurés.

Les peines, édictées contre ce crime, sont la réclusion, ou les travaux forcés à temps. Aussi le jury préfère-t-il prononcer un verdict d'acquittement, plutôt que de faire condamner aussi sévèrement des coupables, pour lesquels néanmoins, on pourrait accorder des circonstances atténuantes.

D'autre part, en Droit français, pour que le crime soit punissable, il faut qu'il ait été exécuté. Ainsi, le crime impossible, c'est-à-dire des manœuvres d'avortement, ou un simulacre d'avortement, sur une femme, qui ne serait pas enceinte, ne tombe pas sous le coup de la loi.

Pour qu'il y ait condamnation, il faut trois conditions :

1° Qu'il y ait grossesse ;

2° Que les manœuvres abortives aient été réellement exécutées ;

3° Que le résultat ait été positif et constaté.

C'est pour permettre des poursuites plus aisées contre les avorteurs de métier que le Sénat a voté, le 28 janvier 1919, une proposition de loi, que nous avons commentée dans le *Concours Médical*, 1919, pages 986 et 1036.

Modifiant les termes de l'article 317 du Code pénal, cette proposition de loi avait pour grandes caractéristiques :

1° De correctionnaliser l'avortement, c'est-à-dire d'enlever aux assises la connaissance du crime, pour, le transformant en délit, le confier aux tribunaux correctionnels. Plus de jurys, se laissant attendrir, mais la sévérité bien connue des juges de carrière. De plus, le procureur de la République aurait ainsi plus de commodités pour poursuivre les délinquants présumés, car la procédure des mises en accusation devant les assises est plus longue, plus compliquée que le simple renvoi devant le tribunal correctionnel.

2° Il n'y avait plus besoin de prouver qu'existait bien la grossesse : la simple présomption suffisait : la tentative de délit, le simulacre d'avortement était punissable.

3° Pour faciliter la tâche du juge, il était question de délier les médecins du secret professionnel. Une discussion très serrée et très passionnée avait été engagée au Sénat, sur ce point, et nous avions été heureux de lire, dans le rapport de M. Lafarge, député (Chambre, rapport, n° 637, 29 mars 1920), que « quelque grave que soit la matière de l'avortement, quelque intérêt qu'il « puisse y avoir parfois à recueillir la déposition « d'un médecin, votre Commission a pensé qu'il « valait mieux maintenir intact le secret médical. Certes, cette conception n'est pas sans quelques inconvénients, mais l'atteinte portée au « secret professionnel aurait, semble-t-il, des inconvénients plus graves encore : il détruirait « cette confiance entière que la malade doit avoir « en son médecin, à qui elle peut s'ouvrir entièrement, comme à un confesseur, sachant très « bien que son secret restera toujours inviolé.

« Au surplus, s'il est exact que le témoignage « du médecin serait parfois très utile, en fait, il « ne pourra jamais suffire à asseoir une poursuite : le fait matériel de l'avortement paraît « bien difficile à établir sur de simples témoignages, même médicaux ; presque toujours, pour ne « pas dire toujours, une expertise sera nécessaire « à la base de la poursuite ».

4° Toute femme qui dénoncera les auteurs ou les complices de l'avortement sera exempte de toute peine, comme cela se pratique pour la dénonciation de la fabrication de fausse monnaie.

5° Enfin sont punissables les discours, conseils, écrits, ventes de médicaments ou d'instruments, etc., pouvant provoquer l'avortement, même s'ils sont inoffensifs ou inefficaces.

Laissant momentanément de côté les quatre premiers points, qui auraient soulevé, à la Chambre des Députés, de longues et passionnées discussions, M. Ignace et un certain nombre de ses collègues ont repris le 5e alinéa ci-dessus et l'ont transformé en proposition de loi, pensant que l'accord serait facile, entre le Sénat et la Chambre, pour qu'immédiatement soit punissable la provocation à l'avortement.

La discussion de cette proposition de loi est venue devant la Chambre, à la séance du 23 juillet 1920 (*Journal officiel*, débats parlementaires Chambre, page 3067). Malgré l'opposition de l'extrême gauche, qui a protesté contre les habitudes actuelles, qui mettent des lois en discussion d'une manière brusquée, inopinée, sans inscription régulière à l'ordre du jour, la loi a été votée, presque sans débats.

Nous devons donc avertir nos confrères que, si le crime d'avortement reste, à l'heure actuelle, justiciable de la Cour d'assises et des pénalités prévues à l'article 317 du Code pénal, la loi du 31 juillet 1920, punit :

1° La provocation à l'avortement, sous toutes ses formes et notamment la publicité permettant d'attirer la clientèle dans les officines d'avortement ;

2° La vente ou la mise en vente des remèdes ou instruments susceptibles de provoquer l'avortement ;

3° La propagande, par laquelle on divulgue, ou on offre de révéler des procédés propres à prévenir la grossesse ;

4° La vente ou la mise en vente des remèdes secrets, désignés par leurs étiquettes, ou les annonces, comme jouissant de vertus spécifiques préventives de la grossesse ;

5° Enfin, la propagande anticonceptionnelle, ou contre la natalité.

A notre avis, nous ne pensons pas que la loi nouvelle puisse s'opposer utilement à la dépopulation. L'avortement à des causes sociales très profondes ; ce sont des réformes sociales qu'il faudrait opposer et non des actes de répression.

Dans notre étude, publiée dans le *Concours Médical* de 1919, page 1036, nous avons indiqué quelles sont les bases et les origines de l'avortement ; nous avons donné notre avis personnel sur les réformes sociales qu'il faudrait constituer.

Nous nous inclinons, en bon citoyen, devant la loi nouvelle, mais nous la savons, d'avance, inopérante, insuffisante et inefficace, comme beaucoup de lois, qui sont hâtivement élaborées, sans que les techniciens, les médecins en l'espèce, aient été appelés à collaborer avec le Parlement, comme avec le Gouvernement.

Dr Paul Boudin.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Syndicat médical de Montpellier et de son arrondissement.

Copie de la lettre adressée aux membres du Syndicat relativement à une mise à l'index.

Honoré Confrère,

Un désaccord au sujet de l'acceptation d'un tarif forfaitaire à l'abonnement s'étant produit à M..., entre nos excellents confrères les docteurs B... et G..., d'une part, et les dirigeants des Sociétés de Secours mutuels de cette localité, d'autre part, celles-ci ont fait appel au docteur R... qui, au mépris des avertissements motivés, à lui adressés par les Bureaux des Syndicats médicaux de Montpellier et de Nimes, n'a pas craint de violer toute discipline syndicale et la

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Mᵉ Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

TARIF BRETON

(ancien TARIF DUBIEF)

Le TARIF BRETON (ancien tarif Dubief), est édité avec son RÉPERTOIRE ALPHABÉTIQUE et mis en vente dans les bureaux du journal au prix de **1** fr., et *franco par poste* au prix de **1 fr. 50.**

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. BOULANGER, administrateur du *Concours Médical*, 132, faubourg St-Denis. Paris 10ᵉ, (contre chèques - Postaux Paris 167-95).

plus élémentaire correction professionnelle en venant concurrencer ces deux honorables confrères dont il s'efforce de désorganiser la clientèle, par tous les moyens en son pouvoir.

Votre bureau se voit donc, à son grand regret, dans l'obligation de lui appliquer les dispositions formelles de l'article 10, § 8, des statuts qui édictent, en pareil cas, la mise à l'index.

Il vous est rappelé que cette mesure, sur la gravité de laquelle l'attention du délinquant avait été tout spécialement attirée, vous fait une obligation de rompre avec lui toute relation professionnelle. Plus spécialement aucun médecin, professeur, spécialiste, ou praticien, ne peut, sous quelque prétexte que ce soit, lui prêter son concours.

Ainsi que le résume un jugement du Tribunal civil de Toulouse, en date du 14 avril 1910, « la mise à l'index d'un médecin qui..... lutte contre les décisions mûrement étudiées et réfléchies du Syndicat, gardien des règles professionnelles et garant de l'entente confraternelle, est une mesure utile, nécessaire et légitime, quand elle a pour but d'empêcher la défection de s'établir dans les rangs de médecins et de compromettre l'autorité morale des Syndicats. Elle s'applique au médecin même non syndiqué et est fondée en raison et en droit, *consacrée par la jurisprudence*, et licite quand elle est prise dans la sphère d'action du Syndicat ».

Cette mise à l'index doit être effective, et il vous appartient, en l'appliquant strictement, de défendre sans doute aujourd'hui deux honorables confrères, injustement lésés, mais aussi de prendre en mains la dignité de notre profession et ses intérêts généraux, qui pourraient être mis en péril par toute défaillance, compromettant ainsi, le cas échéant, votre propre situation, si, en pareille occurrence, les irréguliers pouvaient supposer n'avoir pas à compter avec les Syndicats.

Aucune raison d'urgence ou d'humanité ne peut être invoquée pour couvrir un manquement sur ce point. Le public sera prévenu, en effet, par la voie de la Presse que « dans aucun cas, les médecins de l'Hérault et du Gard ne se rendront à d'autres appels, pour la commune de M. et ses environs, que ceux émanés des docteurs B... et G... ».

Par là, et sans autre précision inutile, que le délinquant pourrait retourner contre le corps médical, la population ne saurait avoir d'hésitation entre faire appel à qui viole la discipline syndicale, ou l'éventualité redoutable d'un manque certain de secours dans les cas où son existence ou celle des siens sont en jeu.

Agréez, honoré confrère, l'assurance de mes sentiments bien confraternels,

Pour le bureau :
Le secrétaire général.

II

Syndicat du Gers.

15 *juillet* 1920.

Honoraires médicaux pour soins donnés aux pensionnés. — Le président rend compte de ses démarches auprès de la Préfecture pour conserver le prix de 8 francs la visite, payé jusqu'aujourd'hui.

L'Assemblée décide qu'en raison de la hausse de l'essence, l'indemnité kilométrique demandée sera de 1 fr. 50 par kilomètre parcouru au lieu de 1 franc, à partir du 1er juillet 1920.

Sur l'observation du Dr Angelé, l'Assemblée demande que le diagnostic de la maladie ou de l'infirmité du pensionné soit communiqué au médecin traitant.

Vaccination. — L'Assemblée charge le Bureau de demander au Conseil général, pour l'indemnité kilométrique, 1 franc par kilomètre parcouru au lieu de 0 fr. 50.

Assistance médicale gratuite. — L'Assemblée charge à nouveau MM. de Sardac et Lestrade de présenter au Conseil général un nouveau tarif pour les diverses opérations.

En outre, l'Assemblée demande que l'indemnité kilométrique soit comptée à partir du domicile du médecin jusqu'à celui du malade et qu'elle soit payée 1 franc par kilomètre parcouru.

Tarif Dubief. — Le président annonce qu'un nouveau tarif sans cumul va être publié et que probablement le prix de 7 et 8 francs sera adopté pour la consultation et la visite.

Office des pupilles de la Nation. — Le président a obtenu de la Préfecture la nomination de tous les syndiqués. Les honoraires sont de 3 francs par enfant examiné dans les mairies.

Le produit de ces honoraires s'élèvera pendant une dizaine d'années à 12.000 francs par an.

Le président propose à l'Assemblée le versement de ces honoraires à une caisse de retraites : le Syndicat ferait une œuvre de mutualité à l'exemple du Lot-et-Garonne.

L'Assemblée vote le principe de cette mutuelle (4 opposants), avec la réserve que d'ici à la prochaine réunion les membres du Syndicat absents aujourd'hui seront consultés, et qu'une décision définitive ne sera prise que d'après les résultats de ce referendum.

Les confrères du département sont donc priés de faire connaître au secrétaire, Dr Dieuzaide (de Lectoure), leur opinion sur l'emploi des honoraires de l'office des pupilles.

Trait-d'Union médical, 28, rue Serpente. — Cette coopérative, qui groupe les membres des Syndicats médicaux, peut, pour l'achat d'instru-

ments, d'autos, etc., rendre de grands services à nos confrères par ce temps de vie chère.

Le secrétaire,
Dr C. DIEUZAIDE.

III

Syndicat des médecins des Ardennes.

Tarif minimum, provisoire et révisable, des honoraires médicaux, payés au comptant.

Consultation de cabinet (minimum)..	5 fr.
Visite en ville....................	10 »
Visite demandée après 19 heures (minimum)......................	15 »
Visite de nuit, de 22 heures à 7 heures (minimum).................	20 »
Visite le dimanche après-midi......	double
Consultation avec un confrère.......	20 »
Certificat simple..................	5 »
Certificat sur timbre..............	10 »
Certificat assurance-vie...........	40 »
Certificat aliéné..................	50 »
Incision, petites interventions......	10 »
Examen au spéculum, etc...........	10 »
Injection de sérum, en sus du prix de la visite......................	10 »
Injection intra-veineuse, en sus du prix de la visite................	30 »
Accouchement (minimum).........	100 »

Frais de déplacement : 1 fr. 50 du kilomètre parcouru.

Nota. — Il est rappelé aux médecins syndiqués que toute infraction au présent tarif, voté et adopté le 30 mai 1920, tombe sous le coup de l'article 10 des statuts, qui prévoit une amende et même une action judiciaire en dommages et intérêts.

IV

Les propharmaciens et le projet de loi « Vincent » sur l'exercice de la pharmacie.

L'article 14 du projet de loi sur l'exercice de la pharmacie, sur lequel M. E. Vincent a déposé un rapport sur le bureau de la Chambre des députés, le 6 février 1919, est ainsi conçu, dans ses paragraphes essentiels :

L'exercice simultané de la profession de médecin, de sage-femme ou de vétérinaire avec celle de pharmacien est interdit, même en cas de possession par le même titulaire, des diplômes conférant le droit d'exercer ces professions.

Cette disposition n'est pas applicable aux porteurs actuels du diplôme de pharmacien et d'un des autres diplômes visés ci-dessus.

Toutefois, le médecin peut fournir des médicaments aux malades près desquels il est appelé, s'il réside dans une commune ou dans une agglomération où il n'y a pas de pharmacien et si les malades résident à une distance de huit kilomètres au moins de toute pharmacie. Il ne peut délivrer de médicaments aux malades qui viennent le consulter dans son cabinet que si son domicile et celui du malade sont distants de huit kilomètres au moins d'une pharmacie.

Le document tout entier aurait dû être déjà publié dans les colonnes du *Concours Médical*. Il est tellement long que, jusqu'à présent, nous n'avons pas trouvé le moyen de le faire connaître à nos lecteurs.

Sans doute, nous déciderons-nous à en extraire prochainement les passages qui les intéressent plus particulièrement. Nous ne manquerons pas de faire suivre cette publication des commentaires impartiaux qu'elle appelle de notre part. Nous avons trop souvent fait connaître notre opinion sur la façon dont nous concevons l'exercice de l'art de guérir, dont la préparation et la délivrance des médicaments de toute nature n'est qu'une partie, pour qu'il puisse y avoir le moindre doute sur ce que nous pensons des restrictions arbitraires et injustifiées que le projet en cause menace d'apporter à deux professions, qui sont si intimement liées l'une à l'autre, qui se pénètrent si profondément l'une l'autre, que nous ne pouvons pas arriver, après trente ans de pratique médicale, à comprendre le pourquoi de leur dualisme.

Aujourd'hui, nous nous bornons à signaler l'article qui concerne tout particulièrement les propharmaciens. Si le législateur de Germinal a permis la création de ceux-ci, ce n'est pas dans leur intérêt particulier, mais uniquement dans celui des malades, et par suite, de la santé publique.

Ce qu'on pourrait dire à cette heure, c'est qu'en l'an XI, les communications interurbaines n'étaient pas à beaucoup près ce qu'elles sont devenues avec l'avènement des chemins de fer, du télégraphe, du téléphone, de l'automobile. On se déplace maintenant cent et mille fois plus vite que jadis. Ce n'est pas une raison pour prendre des mesures qui pourraient priver les malades du secours urgent qui leur est nécessaire, en interdisant au médecin qui les soigne le droit de leur délivrer des médicaments, s'il se trouve une pharmacie située à moins de huit kilomètres.

Les propharmaciens s'émeuvent de la menace qui, par-dessus leur tête, atteindrait surtout leur clientèle. Ils entendent défendre ce qui, jusqu'à présent, a toujours été leur droit. Nous ne pouvons que leur donner tout notre appui. Aussi, n'hésitons-nous pas à publier cet extrait de leur

journal corporatif, *Le Propharmacien*, du 1er septembre dernier :

G. Duchesne.

Nous attirons l'attention de tous nos camarades sur la lettre suivante :

« Le vieux parlementaire que je suis doit à ses confrères la vérité tout entière.

« Méfiez-vous.

« Le projet Vincent est plus dangereux qu'il n'en a l'air.

« Les vétérinaires s'en rendent parfaitement compte ; joignez vos efforts aux leurs. Personnellement, je sais trop, pour l'avoir vécue moi-même, la vie rude, noble, pleine d'abnégation du médecin de campagne, pour ne pas être avec vous. Mais je ne suis pas seul, et Vincent a pas mal d'influence à la Chambre.

« Je suis votre campagne avec un réel intérêt et j'admire..... Vos camarades vous entendront-ils ?

« Il faut absolument que vous vous comptiez. Peut-être le seul énoncé de votre nombre fera-t-il réfléchir M. Vincent lui-même ? Au moment voulu, je vous demanderai de me communiquer tous les documents dont vous pourrez disposer en votre faveur.. »

Cette lettre n'a pas besoin de commentaires. Elle nous met en présence d'une situation d'autant plus dangereuse que sa gravité est méconnue de la plupart.

Que ce cri d'alarme soit aussi un appel à l'union et à l'action.

Déjà, plusieurs confrères nous avaient indiqué la nécessité d'établir, par une vaste enquête, le nombre des médecins-propharmaciens et les conditions dans lesquelles ils exercent. Ce travail, qui nous avait d'abord effrayé, nous apparaît aujourd'hui comme un devoir impérieux et urgent.

Il faut agir.

Vous trouverez encarté dans le présent numéro un questionnaire auquel vous devez répondre et que vous nous renverrez ensuite. Quelle que soit votre opinion sur le danger du projet Vincent, vous n'avez pas le droit de rester sourd à notre prière.

Ceux qui ne répondront pas à notre questionnaire, seront considérés comme non propharmaciens et rayés de nos listes.

Peut-être, en songeant au travail formidable et supplémentaire que je ne crains pas d'assumer, estimerez-vous que ce n'est pas trop vous demander que de vous demander 5 minutes pour rédiger votre réponse !

Communiqué.

Aux médecins propharmaciens. — On sait qu'il a été déposé à la Chambre, par M. Vincent, député, un projet sur l'exercice de la pharmacie qui, s'il était adopté, entraînerait la suppression des trois quarts des médecins-propharmaciens.

Afin d'organiser leur défense et de s'opposer par tous les moyens en leur pouvoir au vote de cette loi, il est indispensable que les médecins-propharmaciens se comptent. Beaucoup font déjà partie de l'Union des médecins-propharmaciens de France, mais il en est un grand nombre qui, nouvellement ou anciennement installés, ignorent encore ce groupement ; ils sont invités à envoyer immédiatement leurs noms et adresses au docteur Carayon, à Labastide-Saint-Pierre (Tarn-et-Garonne).

MUTUALITÉ FAMILIALE

Nécessité de la prévoyance.

Voilà vingt-sept ans que la Mutualité familiale du Corps médical français existe ; elle a distribué 1.900.000 francs d'indemnités-maladie ; les 7.000 lecteurs du *Concours médical* sont tenus au courant de ses faits et gestes ; elle compte des membres dans tous les départements.... et il est encore de nombreux médecins qui l'ignorent, ne se doutent pas de son existence et se demandent s'il ne serait pas utile de songer à la création d'une œuvre de prévoyance professionnelle.

Les lettres que je reçois ne laissent aucun doute à ce sujet.

Parmi ces lettres, j'en prends une : elle émane d'un jeune médecin, nouvel abonné du *Concours*, ce qui, du moins, le rend excusable, et, puisqu'il me demande de répondre par la voie du journal, j'en profite pour reprendre la question à fond.

Voici sa lettre :

Monsieur le secrétaire général et cher confrère.

Nouvel abonné du *Concours*, j'apprends que c'est à vous que je dois m'adresser pour tout ce qui concerne la Mutualité familiale, et que cette œuvre offre au médecin prévoyant à peu près toutes les combinaisons d'assurances dont il peut avoir besoin.

Voulez-vous avoir l'obligeance de me renseigner dans un prochain numéro du *Concours*, si vous voulez, mais d'une façon un peu précise. J'ai 28 ans, je viens de me marier, je voudrais me garantir (moi et ma femme, si possible) contre les risques à venir. Mais j'ignore tout de la prévoyance en général et surtout de ce que le médecin de nos jours peut faire pour être prévoyant dans son cadre particulier. Je compte sur vous pour me documenter, m'envoyer les pièces nécessaires, etc., et je vous prie d'agréer, etc.

C'est presque tout un cours sur la Prévoyance que me demande ce confrère ! Je vais tâcher tout au moins (et rapidement, car la place m'est mesurée) de lui donner d'abord une idée générale de ce que tout médecin soucieux de ses intérêts doit savoir et doit faire pour assurer son présent et son avenir ; je lui préciserai ensuite ce que notre société peut faire pour lui. Je lui fais d'ailleurs envoyer une brochure contenant nos statuts, afin qu'il puisse prendre dès main-

tenant une connaissance générale de ce qu'est la Mutualité familiale.

En somme, de quoi s'agit-il ? De permettre au médecin de ne pas trop souffrir dans ses intérêts matériels et moraux les plus urgents, si par maladie aiguë, par impotence chronique ou par vieillesse, il ne peut plus exercer sa profession et, par elle, vivre et faire vivre les siens. C'est là, en quelques mots, tout le programme que nous avons cherché à réaliser en créant la Mutualité familiale.

En effet, à de trop rares exceptions près, le médecin praticien n'est pas, au moins à ses débuts, un privilégié de la fortune ! Le serait-il, que, de nos jours, il serait sage de ne pas trop compter sur elle, et de ne pas oublier que son travail est encore son plus sûr et son meilleur capital.

Or, pour exercer la médecine, la première des conditions pratiques, c'est d'avoir une bonne santé et de la garder. D'abord cela inspire confiance aux clients ; et puis, les courses de jour et de nuit, les repas avalés, Dieu sait quand et comme ! les longues séances passées au lit des contagieux, les lourdes fatigues physiques, intellectuelles et morales qu'impose l'exercice de cette terrible profession, tout cela exige, sinon une santé de fer, au moins un excellent état général, une robustesse physique et organique suffisante, un équilibre psychique supérieur. Et malgré tout, la fatigue, le chaud, le froid, l'insomnie, le microbe, etc., nous guettent à chaque pas, et les plus trempés, les plus robustes y payent tous, peu ou prou, leur tribut, chacun à son tour, croyez-en votre serviteur qui sait, depuis 25 ans, ce que le corps médical « écope » en fait de maladies ou d'accidents.

Et le jour où il est cloué au lit, lui, le pauvre médecin, qu'arrive-t il ? et qui va soigner ses malades ? Ceux-ci ne l'attendront pas et trouveront toujours un « excellent confrère », un voisin, un concurrent, pour profiter de l'aubaine et glaner un surcroît de clientèle sur le dos du pauvre égrotant.

Dame ! il faut bien aussi que les malades soient soignés. Alors, le médecin malade n'a qu'une ressource, c'est de prendre un remplaçant pour assurer au moins l'indispensable, et comme ce remplaçant, il faut bien le payer, que reste-t-il au bout de la journée pour faire bouillir la marmite ? Aussi, quelle bonne aubaine quand une société mutuelle de camarades vient avec sa caisse, — oh ! non pas boucher le trou complètement, non ! ce serait trop cher, et ce serait peut-être une prime à la paresse, — mais payer au moins les frais de remplacement, afin que le gain réalisé par le remplaçant rentre à peu près au complet dans le budget familial !

Et puis, je le sais, quel réconfort pour le malade que de se sentir ainsi aidé ! quelle tranquillité morale cela lui donne, et comme cela l'aide à guérir mieux et plus vite !

Si le malheur veut qu'il soit très touché, que sa maladie se prolonge des mois, des années même, qu'elle devienne chronique, n'est-ce pas une consolation douce et un secours toujours bienvenu que cette indemnité chronique, elle aussi, qui dure autant que la maladie, et qui devient une véritable petite rente hors de proportion avec la prime qu'elle exige ?

Enfin, sans être malade, on vieillit, on s'use à la tâche. A 60 ans, à 65 ans, on n'est souvent plus bon à grand' chose : tout au moins le client le pense et a bien vite fait de lâcher son vieux médecin pour un jeune docteur plus « savant », au courant de la science moderne, surtout plus « allant », sinon plus dévoué ; et peu à peu la clientèle s'éclaircit ! Au moins, si à cette heure on avait amassé un petit magot ! Mais, hélas ! on a tout juste vécu au jour le jour ; les quelques économies qu'on a pu faire se sont évanouies à éduquer, à instruire, à doter les enfants ; et si un héritage sérieux ne vient pas en aide, alors c'est la rude misère sombre, cachée, honteuse, qui assaille le pauvre vieux médecin de campagne, chose d'autant plus triste qu'il est le plus souvent obligé de la cacher, pour garder un reste de respectabilité dans le milieu où il finit de vivre.

Mais que lui importent ses soucis, s'il a su à temps, et pour une prime facile à payer aux jours de bon travail, s'assurer une retraite à deux ou trois caisses différentes qui lui assureront ainsi la sécurité et le calme de ses vieux jours !

Et si la mort le frappe en pleine force, s'il laisse sans fortune, et sans soutien, une veuve et quelques orphelins à élever, quelle misère atroce, s'il n'a pas prévu que son devoir vis-à-vis des siens était d'assurer une pension à sa femme et à ses enfants au jour de son décès !

Vous le voyez, mon cher confrère, le médecin de nos jours doit prévoir *sa maladie, sa vieillesse et sa mort*. Il doit, contre ces fatalités, prendre, dès son entrée dans la carrière, toutes les mesures préservatrices possibles.

Je vous dirai, dans un prochain article, comment, à la Mutualité familiale, nous avons essayé de résoudre ce triple problème. Mais je veux finir aujourd'hui en vous répétant encore :

Confrère, soyez prévoyant.

H. MIGNON.

Le médecin a l'impérieux devoir d'être prévoyant.

Il doit s'assurer contre l'incapacité de travail que peuvent lui causer la maladie ou les accidents.

Il doit s'assurer une retraite pour ses vieux jours.

DOCUMENTS OFFICIELS

Décret du 10 août 1920 relatif à l'établissement, au fonctionnement et à la surveillance des sanatoriums.

Monsieur le Président,

La lutte entreprise contre la propagation de la tuberculose comportait un programme étendu qu'il eût été difficile d'aborder dans son ensemble au même moment.

Une loi a déjà prévu l'organisation des dispensaires antituberculeux.

La loi du 7 septembre 1919 a institué les sanatoriums destinés au traitement de la tuberculose.

D'autres mesures législatives restent à envisager : création de quartiers spéciaux pour tuberculeux incurables dans les hôpitaux actuels (hôpitaux mixtes) ou mieux, création d'hôpitaux spécialement affectés à cette catégorie de malades ; organisation de la prévoyance par l'ensemble des diverses assurances — maladies, invalidité, etc. —. destinées à prévenir les maladies.

L'État devra aussi se préoccuper de ses devoirs à l'égard des différentes collectivités qui sont placées sous son autorité : écoles, armée, marine, ainsi qu'envers les fonctionnaires tuberculeux en contact ou non avec le public.

C'est dans cet esprit que la loi du 7 septembre 1919 sur les sanatoriums ne vise que le traitement de la tuberculose.

Cette loi a prévu, en ses articles 4 et 7, qu'un décret serait rendu, après avis de la commission permanente de préservation contre la tuberculose, et déterminerait les conditions d'exécution de ladite loi et notamment :

1º Les conditions techniques et hygiéniques d'établissement et de fonctionnement que devront remplir les sanatoriums ;

2º Les conditions dans lesquelles s'exercera sur ces établissements la surveillance de l'autorité publique ;

3º Les conditions de recrutement et de nomination par voie de concours sur titres des médecins chefs des sanatoriums publics auxquels appartiennent l'autorité sur tout le personnel et la responsabilité générale de la conduite de l'établissement.

La commission permanente de préservation contre la tuberculose a longuement délibéré sur le texte du décret à intervenir. Elle a notamment insisté sur la nécessité qui s'impose de n'admettre dans les sanatoriums publics ou assimilés que les tuberculeux pouvant y être utilement soignés, afin d'éviter la répercussion morale qui résulterait pour l'ensemble de l'œuvre de l'admission de malades non curables. Elle a pensé, toutefois, en ce qui concerne les sanatoriums privés, qu'il conviendrait de laisser à ceux-ci la faculté de s'appliquer à telle catégorie de malades que les fondateurs jugeront utile, mais sous la réserve que le même établissement ne pourrait être destiné en même temps aux malades curables et aux malades non curables.

J'ai l'honneur de soumettre à votre haute approbation le résultat des travaux de cette commission.

Si vous en approuvez les termes, je vous serai reconnaissant de vouloir bien revêtir de votre signature le projet de décret ci-joint.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Le ministre de l'hygiène,
de l'assistance et de la prévoyance sociales,
J.-L. Breton.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Vu la loi du 7 septembre 1919, instituant des sanatoriums spécialement destinés au traitement de la tuberculose et fixant les conditions d'entretien des malades dans ces établissements et, notamment, l'article 4, ainsi conçu :

« Un décret pris sur la proposition du ministre de l'intérieur, après avis de la commission permanente de la tuberculose, déterminera les conditions d'exécution de la présente loi, et notamment :

« 1º Les conditions techniques et hygiéniques d'établissement et de fonctionnement que devront remplir les sanatoriums publics ;

« 2º Les conditions dans lesquelles s'exercera sur ces établissements la surveillance de l'autorité publique ;

« 3º Les conditions de recrutement et de nomination par voie de concours sur titres des médecins chefs auxquels appartiennent l'autorité sur tout le personnel et la responsabilité générale de la conduite de l'établissement. »

Vu le décret du 27 janvier 1920, transférant au ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales les attributions qui, en la matière, étaient dévolues au ministre de l'intérieur.

Vu l'avis de la commission permanente de préservation contre la tuberculose, en date du 23 juin 1920,

Décrète :

TITRE Ier

Des sanatoriums publics.

Chapitre Ier

Conditions générales d'établissement des sanatoriums publics ou des sanatoriums assimilés aux sanatoriums publics.

Art. 1er. — Les sanatoriums publics institués par le premier alinéa de l'article 1er de la loi du 7 septembre 1919 sont destinés aux malades reconnus atteints de tuberculose et pouvant y être soignés utilement.

Art. 2. — Lorsqu'une des collectivités mentionnées aux paragraphes 1 et 2 de l'article 1er de la loi susvisée du 7 septembre 1919 aura décidé la création, l'aménagement, l'agrandissement ou la réfection d'un sanatorium public ou d'un établissement assimilé aux sanatoriums publics, elle devra, tout d'abord, soumettre le projet à l'approbation du ministre de l'hygiène.

Art. 3. — Ce projet doit comprendre :

1º Une description détaillée de l'emplacement sur lequel le sanatorium sera construit ou aménagé ;

2º La contenance des terrains qui y sont affectés ;

3º Les plans et les devis des constructions ;

4º L'indication du genre de malades qu'il est dis-

tiné à recevoir, ainsi que de leur nombre et de leur sexe ;

5° La désignation du ou des dispensaires auxquels il sera attaché ;

6° Les ressources destinées au fonctionnement de cet établissement.

Ce projet est communiqué pour étude et avis à un comité technique institué auprès du ministère de l'hygiène et qui est composé de douze membres, savoir :

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'hygiène ;

Deux inspecteurs généraux et une inspectrice générale des services administratifs ;

Les deux conseillers techniques sanitaires du ministère de l'hygiène ;

Six membres désignés par le ministre de l'hygiène parmi les membres de la commission permanente de préservation contre la tuberculose, dont trois médecins ;

Un architecte et un ingénieur sanitaires, désignés par le ministre de l'hygiène.

Art. 4. — Après que le ministre de l'hygiène a donné son approbation au projet, prononcé, s'il y a lieu, l'assimilation prévue au paragraphe 2 de l'article 1er de la loi, déterminé le chiffre de la subvention de l'État et fixé le nombre des lits réservés aux malades mentionnés à l'article 3 de la loi, il est procédé à l'accomplissement des autres formalités d'instruction et d'autorisation prescrites pour chaque projet par les lois et règlements en vigueur.

Art. 5. — Il ne peut être apporté en cours d'exécution des travaux aucune modification aux plans approuvés sans une autorisation expresse du ministre de l'hygiène.

Art. 6. — Des avances peuvent être accordés sur le montant de la subvention de l'État au fur et à mesure de l'avancement des travaux. Elles ne dépasseront en aucun cas les deux tiers du montant total de la subvention.

Chapitre II

Conditions techniques et hygiéniques que devront remplir les sanatoriums publics ou les établissements assimilés aux sanatoriums publics.

Art. 7. — Les sanatoriums doivent être situés à la campagne, à distance des routes très fréquentées et des agglomérations humaines, de manière que l'air ne soit vicié ni par des fumées, ni par des poussières, ni par des produits émanés d'une ville ou d'une usine.

L'emplacement du sanatorium doit reposer sur un sous-sol perméable sec, être largement ensoleillé et protégé par des obstacles naturels contre certains vents dominants.

Il faut pouvoir se procurer de l'eau à discrétion et une quantité suffisante d'eau potable.

Tout sanatorium doit être entouré d'un parc qui lui soit réservé ou avoir à proximité un bois pour l'organisation de la cure d'entraînement.

Art. 8. — Les sanatoriums publics seront, autant que possible, réservés à des malades du même sexe. Lorsqu'on les utilisera comme sanatoriums mixtes, on devra réserver à chaque sexe des bâtiments séparés, situés à distance les uns des autres et ayant chacun un lieu de promenade distinct.

Art. 9. — Il y aura dans tout sanatorium un nombre de chambres à un lit dans la proportion d'au moins 8 à 10 % de la population totale des malades.

Les dortoirs devront contenir trois lits au minimum et dix lits au maximum.

La surface des chambres à un lit sera d'au moins 9 mètres carrés et celle des dortoirs d'au moins 6 mètres carrés par lit.

Dans tous les cas, des dispositions devront être prises pour assurer une large aération continue pour permettre l'aération en profondeur.

Les chambres et dortoirs auront une orientation qui leur assure une durée d'insolation suffisante.

Art. 10. — Les locaux seront disposés de manière à permettre une désinfection efficace par le seul nettoyage humide ; sol imperméable, obturation des fentes des parquets et des murs, surfaces lisses lavables, mobilier très simple (lits en fer, sommier métallique, etc.) Il est désirable que les salles de réunion reçoivent très largement les rayons du soleil.

Art. 11. — Tout sanatorium doit être pourvu d'un laboratoire outillé pour la bactériologie, la radiologie et la laryngologie.

Il doit être muni d'une bonne installation pour la désinfection par la chaleur, des crachats et des crachoirs, d'un caveau à linge sale lavable, complètement séparé des services des malades, d'un dispositif pour le nettoyage de la vaisselle des malades à l'eau bouillante, d'une chambre de formolisation et d'un nombre suffisant de baignoires.

Il doit y avoir, à proximité des dortoirs, des salles de brossage des habits, des lavabos à eau courante et des cabinets d'aisance à faible distance des pavillons de malades, des galeries de cure bien orientées, où les chaises longues seront placées sur une seule rangée.

Art. 12. — A titre transitoire, les sanatoriums existant lors de la publication du présent décret, considérés comme sanatoriums assimilés aux sanatoriums publics, pourront ne pas réunir toutes les conditions précisées aux articles 7 et suivants ci-dessus. Toutefois, les modifications possibles devront être envisagées et exécutées de façon à ce que, dans un court délai, soient réalisées les améliorations qui permettraient de procurer le maximum de ces conditions.

Chapitre III

Conditions de fonctionnement des sanatoriums publics.

Art. 13. — Dans les sanatoriums publics, l'admission des malades énoncés dans l'article 3 de la loi sera prononcée par le préfet compétent, et dans les

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Goddard, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains. Boël.
Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Dresch, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. H. Bène.
Bagnoles-de-l'Orne. J. Arnaud, Joly, Pesnel.
Barèges. Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains. Colbert. — Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Gor.
Châtel-Guyon. Baumann, Bayrac, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Baillivet.
Eaux-Bonnes. Bajac.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Evaux-les-Bains. J. Gruzu, Lepage.
Evian. L. Dalard, Martinaud.
Forges-les-Eaux. Bernardicou.
Gréoux (Basses-Alpes). C. Mathieu, Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule. Christin, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot.
Luchon. Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Pelon.
Luxeuil-les-Bains. Bornèque, Cugnier, Gauthier, Picot, Rimey.
Martigny. Dedet. Payen.
Mont-Dore. J. André, Débidour, Dubruel, Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard. Gillot. Hagen, de Langenhagen, Truelle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Chassagnard. Mougeot.
Salins-les-Bains. Bourny.
Salies-de-Salat. Barbé.
Saint-Didier, (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Alphonsi. Baradat. E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte. Odin. Ségard.
St-Nectaire. Serane, Siguret, Versepuy.
St-Sauveur. Saball.
Salies-de-Béarn. Callais, Coustère. David. Reynaud.
Sermaize-les-Bains. Rousselot.
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains. Chabannes, David.
Vichy. Cahen, Casteran, Chevreux, Cotar, Gannat, Guiuard, Gandelin, Reynes, Ed. Vidal.
Vittel. Constant, Mousseaux.

autres cas, par le représentant qualifié de la collectivité dont relève le sanatorium, dans un délai inférieur à deux semaines après production d'un certificat du médecin traitant ou d'un médecin de dispensaire, sur proposition du médecin chef du sanatorium, qui devra classer dans un ordre fixé par un règlement , les diverses demandes qui lui seront transmises. Au cours du premier mois de cure, le médecin chef décidera s'il y a lieu de maintenir le malade au sanatorium.

Art. 14. — La sortie des malades sera réglée par le médecin chef, d'après les considérations médicales sociales et disciplinaires, dont il devra, par un rapport motivé, fournir la justification. Le maintien des malades au sanatorium au delà de six mois ne sera autorisé qu'après rapport explicatif du médecin chef. Pour chaque sortie, le médecin chef avisera immédiatement le préfet compétent ou le représentant de la collectivité intéressée qui a obtenu l'admission.

Art. 15. — Les sanatoriums publics sont administrés sous l'autorité du représentant de la collectivité qui en assure la gestion et sous la surveillance de commissions gratuites, par un médecin chef directeur de l'établissement, dans les conditions suivantes.

Art 16. — Le médecin chef, directeur, a la responsabilité générale de la conduite de l'établissement. Il est chargé de l'administration intérieure, ainsi que de la gestion des biens et revenus. Il a autorité sur tout le personnel et (à l'exception des médecins et du receveur-économe, dont les conditions de nomination et de révocation sont déterminées ci-après) il nomme les préposés de tous les services et les révoque s'il y a lieu.

Art. 17. — Les fonctions d'ordonnateur appartiennent au médecin chef, directeur ; celles de comptable en deniers et en matières seront dévolues à un receveur économe qui sera chargé en outre de seconder le médecin directeur pour la partie administrative de ses fonctions ; le receveur économe sera nommé par le représentant de la collectivité qui assure la gestion de l'établissement.

Art. 18. — Les lois et règlements relatifs à l'administration générale des hospices et établissements de bienfaisance, notamment en ce qui concerne l'ordre de leurs services financiers, la surveillance de la gestion du receveur économe, les formes de la comptabilité, sont applicables aux sanatoriums publics en tout ce qui n'est pas contraire aux dispositions qui précèdent.

Art. 19. — Les commissions de surveillance seront composées de neuf membres, renouvelables par tiers chaque année.

Les membres sont nommés par le ministre de l'hygiène, par les préfets, par les maires, par les présidents des commissions administratives des établissements publics ou assimilés, suivant que la gestion du sanatorium sera assurée par l'État, par un département, par une commune ou par un établissement public ou assimilé.

Lorsqu'un sanatorium relèvera d'un département ou d'une commune, trois des neuf membres de la commission de surveillance devront avoir été désignés par le conseil général ou par le conseil municipal, selon le cas.

Art. 20. — Ces commissions sont chargées de la surveillance générale de toutes les parties du service des sanatoriums. Elles sont appelées à donner leur avis sur le régime intérieur, sur les budgets et les comptes , sur les actes relatifs à l'administration, tels que le mode de gestion des biens, les projets de travaux, les procès à intenter ou à soutenir, les transactions, les emplois de capitaux, les acquisitions, les emprunts, les ventes ou échanges d'immeubles, les acceptations de legs ou de donations, les pensions à accorder, s'il y a lieu.

Art. 21. — Un règlement particulier, délibéré par la commission de surveillance, sur la proposition du médecin chef directeur et soumis à l'approbation du représentant de la collectivité qui assure la gestion de l'établissement, pourvoit à l'organisation et au fonctionnement du service intérieur. Il fixe, notamment, les conditions de recrutement et d'avancement, la discipline et les retraites du personnel nommé par le directeur et il règle toutes les questions concernant la discipline des malades et les régimes alimentaires.

Un règlement général type sera élaboré par le ministre de l'hygiène de l'assistance et de la prévoyance sociales pour servir de guide aux différentes collectivités dans l'élaboration de leur règlement particulier.

Art. 22. — Le service médical des sanatoriums publics sera assuré par un médecin chef directeur, et, s'il y a lieu, par un ou plusieurs médecins adjoints.

Art. 23. — Les médecins chefs et médecins adjoints devront résider dans l'établissement ; ils ne feront pas de clientèle au dehors, sauf autorisation exceptionnelle révocable laissée à l'appréciation de la commission prévue à l'article 18, qui pourra les autoriser à répondre aux demandes de consultation des médecins de la région.

Art. 24. — Les infirmières-majors et soignantes devront être recrutées parmi les infirmières justifiant d'un stage de six mois au moins dans un service de tuberculeux ou pourvues d'un des diplômes décernés par les écoles spéciales d'infirmières visiteuses.

Art. 25. — Les sanatoriums assimilés aux sanatoriums publics conservent leur autonomie financière et leur administration propre.

Toutefois, pour pouvoir bénéficier des diverses subventions prévues par la loi et en vue de permettre la fixation de ces subventions, les sanatoriums assimilés doivent produire, à l'appui de toute demande de subvention, un relevé de leur comptabilité permettant de contrôler leurs recettes et leurs dépenses et de fixer exactement leur situation financière.

Chapitre IV

Conditions de recrutement et de nomination par voie de concours des médecins de sanatorium public.

Art. 26. — Les médecins chefs directeurs et les médecins adjoints des sanatoriums publics sont nommés par le ministre.

Les médecins chefs directeurs seront choisis parmi les médecins adjoints figurant sur une liste d'aptitude établie par la commission spéciale prévue par l'article 28.

Art. 27. — Les candidats aux fonctions de médecins adjoints des sanatoriums publics adresseront, par l'intermédiaire du préfet de leur département, une demande écrite au ministre de l'hygiène qui arrêtera la liste des candidats admis à concourir.

Ils devront être Français, âgés de moins de trente-cinq ans, produire un extrait de leur casier judiciaire, un diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'État et justifier d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Les emplois de médecins adjoints pourront être remplis par des femmes.

Art. 28. — Une commission spéciale est chargée d'examiner les titres des candidats. Elle classe sur deux listes d'aptitude distinctes, d'abord les médecins adjoints reconnus aptes aux fonctions de médecins chefs directeurs et exerçant les fonctions de médecins adjoints depuis deux ans au moins, puis les candidats reconnus aptes aux fonctions de médecins adjoints de sanatoriums publics.

Cette commission est composée de dix membres.

1° Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, président ;

2° Les deux conseillers techniques sanitaires du ministère de l'hygiène ;

3° Deux inspecteurs généraux des services administratifs ;

4° Trois membres médecins de la commission permanente de préservation contre la tuuberculose, pris à tour de rôle, par voie de tirage au sort, sur la liste des medecins spécialisés de cette commission ;

5° Un représentant de l'union des syndicats médicaux désigné par l'union des syndicats ;

6° Un représentant de l'association des médecins de France.

Ces cinq médecins ne peuvent faire partie de deux concours successifs.

Les règles spéciales du concours seront fixées par un arrêté ministériel.

Art. 20. — La commission se réunit sur la convocation du directeur de l'assistance publique toutes-les fois qu'une ou plusieurs places (cinq au maximum) de médecins de sanatoriums sont vacantes.

Elle ne peut valablement delibérer sans la présence d'au moins six de ses membres.

Art. 30. — Un décret, contresigné par le ministre des finances et le ministre de l'hygiène, fixera le nombre et les traitements des médecins directeurs et des médecins adjoints, ainsi que les conditions de leur admission à la retraite et les taux de leurs pensions.

Art. 31. — Les médecins des sanatoriums publics sont logés, éclairés, chauffés, blanchis, et ont la faculté de bénéficier, à titre onéreux, pour eux et pour leur famille, du ravitaillement de l'établissement. Ils ont droit chaque annee à un mois de congé payé. Les médecins chefs recevront, dans la mesure où le service le permettra, des missions obligatoires pour assister aux congrès de tuberculose.

Art. 32. — Les avancements de classe sont, sous réserve de l'article suivant, accordés par le ministre de l'hygiène après trois ans. Ce stage de trois ans pourra être réduit dans des conditions exceptionnelles à un an, sur proposition du directeur de l'assistance et de l'hygiène publique, en raison de services et titres exceptionnels et après avis de la commission prévue à l'article 28.

La limite d'âge est fixée à soixante ans et peut être prolongée jusqu'à soixante-cinq ans.

Art. 33. — Les sanctions applicables aux médecins des sanatoriums publics pour fautes de service ou incapacité professionnelle sont :

1° L'avertissement ;

2° L'ajournement pendant trois ans au plus d'une promotion à la classe supérieure ;

3° La rétrogradation de classe ;

4° La mise en disponibilité d'office ;

5° La révocation.

Ces mesures seront appliquées par le ministre de l'hygiène et, sauf pour l'avertissement, après avis de la commission prévue à l'article 34.

Art. 34. — La commission spéciale prévue à l'article 28 sera appelée à donner son avis sur les fautes commises par les médecins ainsi que sur leur incapacité professionnelle, et proposera les sanctions dont elles sont susceptibles ; mais dans ce rôle de la commission, les membres désignés par l'union des syndicats médicaux et l'association des médecins de France seront remplacés par deux médecins chefs ou deux médecins adjoints suivant le grade du fonctionnaire dont il s'agit de juger les fautes.

Art. 35. — A titre transitoire, pendant la période de cinq ans consécutive à la promulgation du présent décret, les nominations de médecins-chefs directeurs seront faites sans conditions d'âge, ni de stage, pourvu que les candidats remplissent les autres conditions exigées et soient notamment inscrits sur la liste d'aptitude prévue à l'article 28.

Chapitre V

De la surveillance des sanatoriums par l'autorité publique.

Art. 36. — Les sanatoriums publics et les sanatoriums assimilés aux sanatoriums publics sont soumis à la surveillance des préfets des départements de leurs sièges, et, sous l'autorité des préfets, à celle des professeurs d'hygiène des facultés ou écoles de médecine, des inspecteurs départementaux de l'as-

sistance publique, agissant en qualité de délégués des préfets.

Le contrôle supérieur de ces établissements est assuré, sous l'autorité du ministre, par les inspecteurs généraux des services administratifs, dans les conditions déterminées par les règlements en vigueur.

Toute personne spécialement désignée par le ministre de l'intérieur, par le ministre de l'hygiène ou par le préfet, pourra, en outre, visiter en tout temps les sanatoriums publics et sanatoriums assimilés et se faire rendre compte du fonctionnement des services.

TITRE II

Des sanatoriums privés.

Art. 37. — Sont applicables aux sanatoriums privés les dispositions du chapitre II du présent decret.

Art. 38. — En adressant au préfet la déclaration prescrite à l'article 8 de la loi du 7 septembre 1919, la collectivité ou la personne qui se propose de créer un sanatorium privé devra y joindre, en outre des pièces et renseignements exigés sous les numéros 1, 2 et 4 de l'article 3 ci-dessus, un plan des bâtiments affectés au logement et au traitement des malades.

Art. 39. — Pendant un délai de deux mois à partir de la déclaration , le ministre de l'hygiène, après avis conforme du comité prévu à l'article 3 ci-dessus, peut faire opposition à l'ouverture du sanatorium jusqu'à ce que les mesures nécessaires pour rendre l'établissement propre à sa destination aient été réalisées.

Art. 40. — Le ministre de l'hygiène et le préfet ont le droit de faire inspecter les sanatoriums privés par leurs délégués ; ils se font rendre compte du fonctionnement de ces établissements et s'assurent qu'ils se conforment aux conditions qui leur sont imposées.

Art. 41. — Le ministre de l'hygiène est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois*.

Fait à Rambouillet, le 10 août 1920.

P. Deschanel.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'hygiène de l'assistance et de la prévoyance sociales,

J.-L. Breton.

(*J. O.*, 15 août 1920).

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année 1920 au trésorier Dr Gassot à Chevilly (Loiret).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations.

— Qui dira la grande pitié des hôpitaux de France ? La plupart ne sont que d'antiques et miséreuses casernes où l'hygiène est impraticable, où tout travail médical à la moderne est impossible.

Tout cela devrait être jeté bas et remplacé. Mais nous sommes trop pauvres, paraît-il.

Serait-il vrai que notre pauvre France n'a déjà plus les moyens de faire face aux besoins les plus essentiels de la civilisation ? (*Progrès civique*, 2 décembre 1919.)

— **L'école en plein air.** — En attendant que Paris déborde de ses fortifs qui l'étouffent, il existe près du parc Montsouris une école en plein air : le long du boulevard Jourdan, un instituteur de la Ville de Paris qui, là, en plein soleil, élève les enfants débiles, pupilles de la nation, en leur enseignant la grammaire et les rudiments de la science.

A cette nourriture intellectuelle, il joint l'éducation ou plutôt la rééducation physique, en faisant prendre à ses élèves des bains de soleil sur des brancards, qui lui sont fournis par l'autorité militaire.

M. Lemonier ne désire plus qu'une chose, c'est une baraque pour y conserver son matériel de cuisine et commencer l'alimentation de sa jeune pléïade.

N'y aura-t-il personne pour l'aider ? (*Ere nouvelle*, 3 août 1920.)

— **La situation des médecins à Pétrograd.** — Le *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, dans son numéro du 15 juin (analysé par le *British med. Journal*), trace un tableau impressionnant de la situation des médecins, à Pétrograd. Pendant la récente épidémie de typhus, la mortalité du corps médical a atteint 45 à 50 pour 100, alors qu'elle n'était que de 8 à 9 p. 100 pour la population entière de la ville. Les médecins ont été « nationalisés » et considérés comme des employés du gouvernement.

Leur solde mensuelle varie, en moyenne, entre 5.000 et 6.000 roubles, plus une double ration alimentaire, qui comprend une demi-livre de pain par jour. Ils ont droit également à un repas public quotidien, consistant en une soupe additionnée de viande de cheval. Avec ce régime, les médecins de Pétrograd ont assumé, pendant ces deux années écoulées, des travaux particulièrement pénibles, qu'ont augmentés les épidémies de choléra, de dysentérie, de typhus et de variole.

Sur les 4.000 médecins qui exerçaient à Pétrograd avant la guerre, 800 sont partis. Un grand nombre ont succombé aux privations, au surmenage et aux maladies épidémiques. Les visites sont faites à pied, les tramways étant infestés de poux, et le prix d'une voiture atteignant 2.000 roubles à l'heure.

— Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — *Cours pratique et complet de vénéréologie* sous la direction de M. le professeur JEANSELME, avec la collaboration de MM. Sébileau, Thibierge, Darier, Hudelo, Milian, Louste, Gougerot, Darré, De Jonc, Tixier, Lian, Sézary, Coutela, Hautant, Levaditi, Bizard, Marcel, Barbé, Touraine, P. Chevallier, Burnier, Marcel Bloch, Giraudeau, Pomaret, Schulmann, Carron de la Carrière, Civatte.

Le cours aura lieu du lundi 22 novembre au jeudi 30 décembre 1920, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, l'après-midi à 1 h. 30 et 3 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au Musée de l'amphithéâtre de la clinique, à la polyclinique ou au laboratoire.

Tous les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire et de thérapeutique. (Recherche du tréponème, examens bactériologiques, réaction de Wassermann, ponction lombaire, biopsies, etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins de 9 h. à 11 h. 30. Le musée des moulages est ouvert de 9 h. à 12 h. et de 2 h. à 5 h. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat leur sera délivré à la fin du cours.

Programme des cours (72 leçons). — M. Jeanselme : Syphilis. Historique. Evolution générale. — M. Sézary : Le tréponème. — M. Marcel Bloch : Recherche du tréponème. — M. Touraine : Sérologie de la syphilis. — M. Marcel Bloch : Réaction de Bordet-Wassermann. — M. Levaditi : Syphilis expérimentale. — M. Milian : Chancres syphilitiques. —M. Touraine : Diagnostic des ulcérations de la verge. — M. Chevallier : Phagédénisme. — M. Milian : Chancres extragénitaux. — M. Hudelo : Syphilis secondaire maculeuse ; syphilis secondaire papuleuse ; alopécie. Onyxis. — M. Touraine : Syphilis secondaire. Manifestations viscérales. — M. Hudelo : Syphilis malignes. — M. Chevallier : Méningites secondaires. — M. Marcel Bloch : Ponction lombaire. — M. Civatte : Anatomoie pathologique et histologie de la syphilis. — M. Gougerot : Syphilis secondaire latente. — M. Burnier : Syphilis tertiaire cutanée ; syphilis tertiaire muqueuse ; diagnostic des dermatoses gommeuses. — M. Milian: Leucoplasie : diagnostic des ulcérations de la langue. — M. Louste : Syphilis rénale, testiculaire, ovarienne, syphilis hépatique. Ictères syphilitiques ; syphilis du tube digestif. — M. de Jonc : Poumon, Larynx. Médiastin. — M. Louste : Syphilis ostéo-articulaire. — M. Lian : Cœur et vaisseaux. — M. Schulmann : Rate. Glandes endocrines. — M. Marcel Bloch : Méningites tardives. — M. Chevallier : Syphilis médullaire ; syphilis cérébrale. — M. Marcel Bloch : Paralysie générale. — M. Milian : Tabes. — M. Coutela : Syphilis oculaire. — M. Hautant : Syphilis de l'oreille, du nez, du larynx. — M. Barbé : Troubles mentaux des syphilitiques. — M. Jeanselme Conduite générale du traitement. — M. Touraine : Mercure et iodure. — M. Pomaret : Chimie des arsénicaux. — M. Touraine : Les arsénobenzols. — M. Milian : Accidents de l'arsénobenzol. — M. Chevallier : Guérison. Réinfection, Immunité. — M. Louste : Syphilis et grossesse. Hérédité. — M. Tixier : Hérédo-syphilis précoce. — M. Thibierge : Déontologie. Mariage des syphilitiques. — M. Gougerot : Syphilis latente. Syphilis et cancer ; prophylaxie. — M. Carron de la Carrière : Traitement hydro-minéral. — M. Marcel Sée : Blennorragie. Balanites ; végétations — M. Milian : Chancre mou.

Deux cours semblables ont lieu chaque année en avril, mai, juin et en octobre, novembre, décembre. Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrés au secrétariat de la Faculté, guichet n° 3.

Pour renseignements complémentaires s'adresser au Laboratoire de la Faculté (hôpital Saint-Louis, M. Marcel Bloch).

— Médaille des épidémies. — **Cette distinction honorifique a été accordée à notre excellent confrère, M. le Dr L. FRAVAL, de Plémet (Côtes-du-Nord), à la demande de ses propres malades.**

Nos sincères compliments.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

3° A l'article 16, pour les consultations et pour les visites, on a spécifié les 2 catégories parce que dans ces deux cas, le 25 pour cent ne joue pas (7, par exemple, n'étant pas de 25 % moins élevé que 8). Pour le reste du tarif, où les prix indiqués sont ceux de la catégorie (voir article 15), les confrères de la 2e catégorie n'ont qu'à les diminuer de 25 %.

Les massages, pointes de feu, etc., sont compris dans les prix de la visite ou consultation.

4° Le 2e paragraphe de l'article 15 signifie que les *tarifs de spécialité* servent également de base pour tout docteur en médecine, spécialiste ou non, et lui sont appliqués avec ou sans 25 % suivant la catégorie dans laquelle il se trouve.

Exemple : Art. 23 (spécialité). Ablation de la luette : 1re catégorie, 60 fr. ; 2e, 45 fr. ; même au cas où elle aura été faite par un médecin non spécialisé oto-rhino-laryngologiste.

V

Lu sur « Le Médecin Syndicaliste » le nouveau tarif accidents du travail, j'y relève, sans d'ailleurs le critiquer, deux ambiguïtés à éventualités contentieuses, rappelant le « ou », de Beaumarchais avec accent grave ou sans, ou bien suivi ou non de virgule. Les assureurs aiment Brid'oison et celui-ci les huissiers et avoués.

Je vous serais donc obligé de m'éclairer sur :

Art. 3, *b*). — Le cas urgent peut-il être compté tous les jours de la semaine ? La majoration de 50 % s'applique-t-elle aux dimanches et fêtes en cas non urgent ?

Art. 6. — On n'y parle que de visite. L'indemnité par 1/2 heure de surveillance peut-elle s'appliquer à la consultation ?

Dr L.

Réponse du Dr Decourt.

1° Art. 3,*b*) 50 % d'augmentation pour toute visite faite les dimanches et jours fériés quand l'*urgence* de la visite empêche le médecin de jouir du repos hebdomadaire auquel il a droit comme tout travailleur.

La majoration ne s'applique donc pas aux cas urgents en semaine, ni aux cas non urgents que le médecin aurait cru devoir soigner les dimanches et jours fériés.

2° Art. 6. — Un blessé en danger de mort ne s'en va pas généralement consulter un médecin ; mais réclame (lui ou les siens) la visite dudit médecin.

Ce n'est d'ailleurs que la répétition de ce qui était écrit à ce sujet dans l'ancien tarif Dubief, appliqué depuis 15 ans.

Nous ajoutons que l'on peut soutenir que, dans cet article, le tarif n'a statué que sur ce qui existe dans la plus grande majorité des cas et que,

à notre connaissance, la disposition analogue de l'ancien tarif n'a donné lieu à aucune difficulté.

VI

Je viens de recevoir le *Concours Médical* avec le nouveau tarif Breton.

Je vous serais très obligé de bien vouloir me donner les éclaircissements suivants par la voie du *Concours Médical.*

1° Comment doit-on interpréter l'alinéa 2 du paragraphe 15 ?

2° Les radiographes des villes de moins de 100.000 habitants sont-ils obligés de diminuer leurs prix de 25 % ?

Dr D.

Réponse.

1° L'alinéa 2 de l'article 15 du nouveau tarif doit être interprété en ce sens que les soins qui font l'objet des tarifs de chirurgie et de spécialités sont rémunérés au tarif fixé, même s'ils sont donnés, non par des spécialistes, mais par des médecins pratiquant la médecine générale.

Dans l'application de l'ancien tarif Dubief, les compagnies, se basant sur les termes de son article 14, avaient soutenu que seuls les spécialistes avaient droit aux honoraires fixés pour les spécialités. Bien que leur prétention n'ait pas été sanctionnée par la jurisprudence (peut être parce qu'elles ont eu soin de ne pas insister pour faire trancher la question), les rédacteurs du nouveau tarif ont estimé avec raison qu'il était préférable de mettre les points sur les i.

2° La seconde phrase du premier alinéa de l'article 15, qui indique que les prix de la première catégorie doivent être diminués de 25 % pour la seconde, ne s'applique qu'aux soins médicaux et opérations de petite et grande chirurgie, seuls visés dans la première phrase du même alinéa.

Mais elle ne s'applique pas au tarif des électroradiologistes figurant à l'article 26, leurs interventions ne pouvant être considérées ni comme des soins médicaux, ni comme des opérations.

VII

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me donner les renseignements suivants au sujet du nouveau tarif des accidents du travail.

1° Je suis appelé auprès d'un blessé à 4 kil. de mon domicile (même commune), et lui fais trois points de suture. Dois-je compter dans ma note d'honoraires :

Visite (2e catégorie)........	8 fr.
Certificat	5 fr.
4 kil. × 2 = 8 kil...........	8 fr.
Sutures (3 points)...........	25 fr. — 25 %

Ou bien ne dois-je pas compter le prix de la visite,



ce prix étant compris dans le prix de la suture ? En un mot, puis-je cumuler la visite et la suture ?

2° Un ouvrier, après une piqûre septique, qui semblait être anodine, est atteint, après quelques jours de traitement, d'un panaris que je dois inciser. Puis-je compter pour l'incision du panaris.

1 consultation	7 fr.
1 ouverture de panaris........	35 fr. — 25 %

ou ne dois-je compter que l'incision du panaris seulement ?

Dr H.

Réponse.

Aux termes de son article 13, le nouveau tarif ne comporte pas le cumul de la visite avec un acte opératoire quelconque.

Par suite, vous devez compter seulement :

1° Sutures multiples (25—25 %).	18 fr. 75.
Certificat......................	5 fr.
Indemnité kilom. (8 kil. à 1 fr.)..	8 fr.
2° Ouverture d'un panaris (35-25 %).	26 fr, 25

VIII

Le tarif Breton devant entrer en application le 1er septembre, je viens vous demander quelle règle suivre pour les accidents qui vont être à cheval sur fin août et début septembre. Faudra-t-il appliquer le tarif Dubief majoré à 100 % jusqu'au 31 août et ensuite le tarif Breton à partir de septembre *pour le même accident* ?

Ou bien faut-il appliquer le tarif Dubief à tous les accidents dont la première déclaration a été faite avant le 1er septembre alors même que la date de la guérison serait tardive et aurait lieu en septembre-octobre 1920.

Autre question : Dans le tarif Breton, je n'ai pas vu *le prix des contre-visites* faites entre docteurs traitants et médecins de la Compagnie d'assurances à l'occasion d'un blessé.

Dr L.

Réponse.

Le nouveau tarif accidents du travail prend effet à compter du 1er septembre. Par conséquent, tous les soins médicaux donnés aux blessés du travail à compter de cette date, dans les cas où le tarif ministériel est applicable, doivent être rémunérés conformément au nouveau tarif. Pour les accidents en cours, les deux tarifs (l'ancien majoré de 100 %) seront donc applicables successivement.

L'article 3 *a*) du tarif Breton prévoit le cas de la visite de contrôle du médecin patronal (cas prévu par le 5e alinéa de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, modifiant celle du 9 avril 1898).

Dans ce cas, le prix de la visite est augmenté de 50 %.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la calvitie.

La calvitie précoce — je ne parle pas de la *pelade*, qui peut être idiopathique, symptomatique ou ressortissant à une foule de causes, qui ont fait couler des flots d'encre et suscité des discussions sans fin — la calvitie, dis-je, quand le cheveu n'est pas malade, c'est-à-dire ne présente pas, lorsqu'on l'épile, ce petit *mycélium* caractéristique que tous les spécialistes connaissent et redoutent, ressortit à un double traitement *local* et *général* qui a, souvent, donné aux praticiens sexagénaires — dont je suis, hélas ! — de bons, de très bons résultats, même.

Le traitement local, le voici :

1° Brossage de la tête avec une brosse de crin raide aseptisée.

2° Lotion du cuir chevelu avec :

Glycothymoline du Docteur Miquel :
1 cuillerée à café par litre.

Ou :

Borate de soude . . . . 5 gr.
Salicylate de soude . . . . 2 gr.
Menthol . . . . 0 gr. 25
Sublimé corrosif . . . . 0 gr. 25
Acide tartrique . . . . 0 gr. 50

pour 1 paquet (dose pour 1 litre).

Ou *friction* légère après simple lavage à l'eau bouillie, avec :

Acide acétique cristallisé . . . . . . 5 gr.
Baume de Fioraventi . . . . . . 5 gr.

Passer simplement, sur la tête, un bourdonnet d'ouate hydrophile trempé dans ce mélange.

Pour la nuit, après un lavage de la tête à l'eau de camomille :

Camomille . . . . 15 gr.
Eau bouillie. . . . . 1 litre.

Laisser sécher ; Frictionner avec la *pommade suivante* :

Vaseline benzoïnée . . . . 50 gr.
Baume de Nerval . . . . 20 gr.
Tannin . . . . 2 gr.
Acétate de plomb cristallisé . . 1 gr.
Teinture de cantharide . . . . . . 4 gr.
Acide borique . . . . 4 gr.

Faire dissoudre le tannin, l'acétate de plomb, l'acide borique dans la teinture de cantharide. Parfumer à l'essence d'amandes amères (5 gouttes.)

Il y aura lieu d'invigorer l'organisme.

Faisons-le très simplement.

Le *chauve* prendra, matin et soir, avant ses 3 repas, une cuillerée à café du mélange suivant :

Extrait *mou* de quinquina rouge.	5 gr.
Arrhénal	1 gr. 50
Teinture de quassine	1 gr.
Teinture de noix vomique	5 gr.
Hypophosphite de soude	ââ 10 gr.
Glycérophosphate de chaux	
Sirop d'écorces	250 cc.

Régime : Viandes rouges, légumineuses, lait, œufs, fruits cuits, vins généreux, hydrothérapie, (1 litre de lait *cru* par jour).

Dr GALAND (de Cambrai).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

– Un concours sur titres pour l'emploi d'*inspecteur départemental des services d'hygiène de l'Aveyron* aura lieu à Paris.

Les candidats devront être Français, âgés de trente ans au moins, de cinquante ans au plus et pourvus du diplôme de docteur en médecine.

Les demandes tendant à prendre part à ce concours, établies sur papier timbré, devront être adressées au préfet de l'Aveyron et accompagnées :

1° De l'acte de naissance du candidat ;

2° D'un certificat médical d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ;

3° D'une copie certifiée conforme de son diplôme de docteur en médecine ;

4° D'un exposé des titres du candidat comprenant ses états de services et le résumé de ses travaux ;

5° D'un exemplaire de chacune de ses principales publications ;

6° De l'engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à ses fonctions, de ne prétendre en conséquence à aucune autre fonction ou mandat public.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 8 *octobre* 1920.

Le traitement annuel attaché à cette fonction est fixé à 10.000 fr., plus 1.500 tr. pour frais de tournée.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Poêmes de guerre.

Aux grands chefs : Joffre, Foch, Pétain Castelnau, Nivelle !

Aux Poilus !

Aux blessés, malades et contagieux de mes lazarets !

Au général Serot Almeyras Latour, attaché militaire près l'Ambassade française à Bruxelles !

A M. Traipont, préfet du Nord, pendant l'occupation.

Blés de France.

Grains, qu'un auguste geste a confiés aux sillons,
Qui jaillissez du sol en denses bataillons
De baïonnettes d'or, dans la pure lumière.
Du chaud soleil de juin ; ô moisson, noble et fière !
Je voudrais te chanter, comme une déité,
Substratum éternel de notre humanité.

Blés, où montent la sève et la force du monde,
Qui, sous le vent d'été, frissonnez comme une onde ;
Vous êtes l'avenir de nos futurs demains,
Et, dans vos blonds épis, vous portez nos destins.
Vous dominez les Rois, les Princes et la Plèbe,
Et tous, grands et petits, inclinés sur la glèbe,
De l'épi qui mûrit, attendent, anxieux,
Le robuste gluten, pain des jeunes et vieux.

On prétend que, courbé, sous vingt siècles de gloire,
Ne pouvant plus porter le poids de son histoire,
Notre Peuple, anémié, dégénère et s'en va,
D'un pas lent, mais certain, vers un proche trépas.
Blé, rends nos fils plus forts et nos filles plus belles ;
Donne aux bras la vigueur et à l'esprit des ailes !
Fais l'Artisan musclé, fais le Savant fécond,
Donne l'or au premier et la gloire au second ;
O manne ! augmente en nous les vertus de la race :
Esprit clair et subtil, ardeur, tranquille audace,
Sentiments généreux, confiance au destin,
Et tous les dons, enfin, qu'illustra le Latin.

Que le Soleil, à qui tu empruntas son âme,
Nous infuse, par toi, la chaleur de sa flamme,
Et que, de cet humus, fait des os des Aïeux,
Dans tes javelles filtre en un suc généreux
Et la moelle et le sang de tous nos morts antiques,
Ces Celtes, ces Gaulois, aux formes athlétiques,
Ancêtres de ce Peuple et si grand et si fier
Que son nom fit jadis trembler tout l'univers !

Dr Galand (de Cambrai).
Ancien médecin en chef des Lazarets de Namur-Citadelle,

1er juillet 1916 - 1er sept. 1920.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 39 — DIMANCHE 26 SEPTEMBRE 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS

Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

Dr A. GASSOT, DIRECTEUR

Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT

J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA D. RÉDACTION

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. № 39 26 Septembre 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de MM. les docteurs PERDRIGÉ, de Nice, COSTE, de Rouffignac (Dordogne), et CARRIÈRE, de Paris, la somme de quinze francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite, de quatre lignes au plus, aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 500. — A vendre moto Rover, side-car G. Levy, comme neuve, 2 cyl., 3 vitesses débrayage, pneus neufs, occasion à saisir, prix : 5.800 fr. Docteur Rimetz, Clermont (Oise).

Nº 501. — Panhard, 18 HP., carrosserie limousine grand luxe Labourdette, éclairage électrique, chauffage central et traction à chaînes, état absolument neuf, prix extrêmement avantageux. S'adresser Laboratoire, 37, rue de Marly, à Rueil (S.-et-O).

Nº 502. — Conduite intérieure, 12 chevaux Chenard et Walker, 2 places, un strapontin, n'a pas roulé pendant la guerre, excellent état. Dr Chollet, Belfort.

Nº 503. — A vendre : contrat voiture 8-10 HP. Buchet, livrable en novembre, conduite intérieure, 2-3 places, 2 portes, sans équipement électrique.

Nº 504. — Livrable 15 octobre. Citroën 4 places, torpedo, sortie fin août 1920, toutes garanties 17.000 fr., taxes comprises. Dr Marsat, La Villedieu-du-Clain (Vienne).

Nº 505. — A vendre pour cause double emploi, voiturette Philos 2 places, 1915, moteur Ballot 60×100, compteur kilométrique, avertisseur Ténor, capote, glace, parfait état, au plus offrant à partir de 10,000. S'adresser pour essais à M. Ruffat, mécanicien, à Sully-sur-Loire (Loiret).

Nº 506. — Excellent poste médical à prendre. Chiffre actuel plus de 40.000 francs par an, pouvant facilement arriver à 100,000 francs par an.

Nº 507. — A vendre excellent boghey, peu roulé, état de neuf. Dr Le Calmé, Guéméné-sur-Scorff (Morbihan).

Nº 508. — A céder cause double emploi, torpedo Licorne 7 HP. (nov. 1919), 5 roues pleines Michelin, roulé 7000 kil., au plus offrant à partir de 12.000 fr. Dépense 8 lit. aux 100 kil.

Nº 509. — A vendre, auto de Dion, 10 HP., 1910, ayant roulé 5 ans, 2 places ; moteur, boîte de vitesse et différentiel intacts. Dr Blain, Pont-Audemer.

Nº 510. — A vendre, cause double emploi, Ariès 10 HP., 1913, conduite intérieure, 4 places, carrosserie Vicart, mécanisme très bon état. 17.000 fr.

Nº 511. — Docteur campagne, station chemin de fer, 3 h. de Paris, recevrait dans pavillon séparé 3 ou 4 convalescents chirurgicaux ou femmes enceintes.

Nº 512. — A vendre, stérilisateur du lait avec un porte-bouteille pour 9 flacons. 30 francs.

Nº 513. — Jne Dr, anc. int., marié, cherche sit. clinique, sanatorium ou aff. para-médicale.

Nº 514. — A vendre : auto Corre La Licorne, 7 ch., 4 cyl., 2 places, torpedo. Vient d'être revue. Type B. V., 7,000 fr.

Nº 515. — Médecin chirurgien expérimenté et connaissant l'espagnol est demandé dans Amérique du Sud pour entreprise industrielle. Contrat deux ans, voyage payé, app. 25.000 fr. par an. Pour renseignements complémentaires. S'adresser, 4 rue Rossini, Cie Collao.

N° 516. — A céder de suite excellent poste, campagne agréable.

N° 517. — Médecin spécialiste de la peau et des voies urinaires cherche situation.

N° 518. — A vendre, voiture Opel, 4 vitesses, 6-16 HP., 1920, 10 à 12 litres aux 100 kim., roues interchangeables, état de neuf. S'adresser Piet, 37, rue Marly, à Rueil (S.-et-O.) Tél. 32.

N° 519. — A vendre d'occasion, chambre Louis XV, plaquée noyer frisé sur chêne, comprenant 1 lit de milieu de 1.40, 1 armoire 1 porte glace bisautée et 1 table de nuit wagon, dessus marbre rouge.

N° 520. — A céder dans la banlieue immédiate de Paris, polyclinique très bien installée. Bail de 9 ans. Communications faciles. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 521. — Très beau château à vendre, 15 minutes de Paris. joli parc, conviendrait spécialement à maison de santé ou de repos. Conditions très avantageuses. S'ad. Breitel et Goret. 1, rue Dante, Paris.

N° 522. — A vendre un lot d'instruments et appareils médico-chirurgicaux, état de neuf : asp. Potain, seringues diverses, bistouris, pinces hém., aiguilles Reverdin, trousse complète, forceps. S'adresser à Mme Benugat, 20, rue des Fossés, à Rennes (Ille-et-Vilaine).

CORRESPONDANCE

L'expiration du moratorium pour la prescription des notes d'honoraires.

Le 24 octobre prochain, il y aura un an que les délais de prescription en matière civile, suspendus pendant la durée des hostilités, ont recommencé à courir.

Par suite, notamment, *les notes d'honoraires pour accidents du travail dont le point de départ de la prescription aurait pris place, en temps normal, entre le* 2 *août* 1914 *et le* 24 octobre 1919, seront prescrites à cette date du 24 octobre prochain, *si la prescription n'a pas été interrompue.*

Nous rappelons que, en cette matière, la *prescription ne peut être interrompue que par une citation en justice de paix, ou par une reconnaissance de la dette de la part du patron ou de l'assureur.* L'appel en conciliation devant le juge de paix ou le permis de citer délivré par ce dernier ne suffisent pas pour interompre la prescription.

En conséquence, les médecins qui ont des notes susceptibles d'être atteintes par la prescription le 24 octobre prochain ne doivent pas attendre au dernier moment pour remplir les formalités d'interruption. Ils doivent, *dès maintenant*, s'ils n'ont pas entre les mains une reconnaissance *écrite* et *formelle* du patron ou de l'assureur de celui-ci, faire appeler le patron en conciliation devant le juge de paix du lieu de l'accident (en s'adressant, à cet effet, au greffier de la justice de paix), et, aussitôt le permis de citer obtenu, faire citer le patron en justice de paix par ministère d'huissier. Cette citation doit être délivrée *au plus tard* le 24 octobre prochain.

En ce qui concerne les honoraires de droit commun, le délai de prescrip tion est, il est vrai de deux ans. Mais il est préférable de ne pas attendre la fin de ce délai pour poursuivre. D'ailleurs, pour les ho-

noraires antérieurs au 2 août 1914, à la période écoulée à cette dernière date, s'ajoute celle courue depuis le 24 octobre 1919 pour le calcul du délai de la prescription.

Faut-il envoyer les notes d'honoraires au patron ou à son assurance ?

N'ayant, comme vous l'avez assuré très souvent dans vos colonnes, aucun lien de droit avec les assurances, nous devons adresser nos notes d'honoraires accidents aux patrons, au tarif Dubief, ou plutôt maintenant au nouveau tarif J.-L. Breton. Le fait d'adresser nos notes à l'assurance en premier lieu ne nous enlève-t-il pas tout droit à les adresser aux patrons en cas de contestations de celle-ci ? En un mot, pour plus de sûreté et dans la crainte de litige, ne serait-il pas plus prudent de les adresser en premier lieu aux patrons ?

Dr B.

Réponse.

En principe, toute note d'honoraires pour accident de travail doit être adressée ou au consommateur de soins, l'ouvrier, ou au chef d'entreprise, responsable aux termes de la loi de 1898. Si cette note n'est pas intégralement payée et qu'il soit nécessaire d'actionner en justice, c'est l'ouvrier et son patron, qui, solidairement, devront répondre à l'assignation.

Si la plupart du temps, les médecins, connaissant le nom de l'assurance qui garantit le chef d'entreprise, s'adressent directement à cette compagnie, c'est pour supprimer les intermédiaires et les pertes possibles de lettres. En effet, la note d'honoraires, adressée par le médecin au patron, sera renvoyée par les employés de celui-ci à l'assurance.

Mais si cette dernière soulève des objections, et elle en soulève presque toujours, le docteur ne se trouve nullement lié par les discussions qu'il entreprend avec le mauvais payeur qu'est l'assureur. S'il n'arrive pas à se faire suffisamment honorer, c'est encore l'ouvrier et le patron que, seuls, il devra actionner devant le juge de paix. En justice, on ne connaît pas l'assurance, à moins que celle-ci ne délègue un de ses agents, qui, muni d'une procuration du patron, vienne représenter celui-ci et défendre sa cause.

Mais, de tout ceci, le plus simple est de toujours saisir le « Sou médical » de toutes contestations et le secrétariat général du « Sou médical » vous indiquera quels sont vos droits et la manière d'avoir satisfaction.

Si tant de confrères perdent leurs procès, c'est qu'ils font du droit comme des médecins, absolument comme des avocats pourraient faire de la médecine. Ce n'est pas le tout d'avoir raison et le bon droit pour soi, pour croire que les tribunaux nous donneront gain de cause. Il faut souvent, et principalement lorsqu'une question de

principe est soulevée, introduire l'action devant le juge de paix, en des termes et avec des considérants tels que le tribunal d'appel, puis la Cour de Cassation, sont obligés de répondre aux questions posées, sans esquiver la difficulté juridique. Conclusion : n'hésitez jamais à écrire au « Sou médical ».

Dr P. B.

Les médecins sont-ils assujettis à l'impôt sur le chiffre d'affaires ?

Abonné du *Concours* et absent pour quelques semaines de Paris, je vois sur les quotidiens que le règlement d'administration publique sur l'impôt sur le chiffre d'affaires vient de paraître à l'*Officiel* du 25 juillet, et prescrit aux assujettis une déclaration avant le 25 août. L'*Officiel* est introuvable dans le trou de la côte bretonne où je passe mes vacances ; le fonctionnaire local de l'enregistrement auprès duquel j'ai tenté de me renseigner ne sait rien et n'avait même pas connaissance de l'apparition dudit règlement à l'*Officiel* !

Je m'adresse donc à votre obligeance pour vous demander les renseignements suivants :

1° Les médecins sont-ils assujettis à l'impôt sur le chiffre d'affaires ?

2° En plus de l'exercice de la médecine, j'occupe, dans une affaire industrielle une situation rétribuée à raison d'un fixe mensuel, plus 2 % sur le chiffre d'affaires. Mon rôle est celui d'une sorte de secrétaire général, surveillant la marche générale de l'affaire et secondant le directeur ; mais je n'ai pas de capitaux dans l'affaire. Je suis en somme un salarié, intéressé aux bénéfices. Je ne suis pas courtier de publicité, je ne fais par moi-même aucune affaire, bien que surveillant les courtiers et autres employés. Suis-je, du fait de cette situation, assujetti à l'impôt sur le chiffre d'affaires ?

3° Dans l'affirmative quelles déclarations me faut-il faire, et sous quelle forme ?

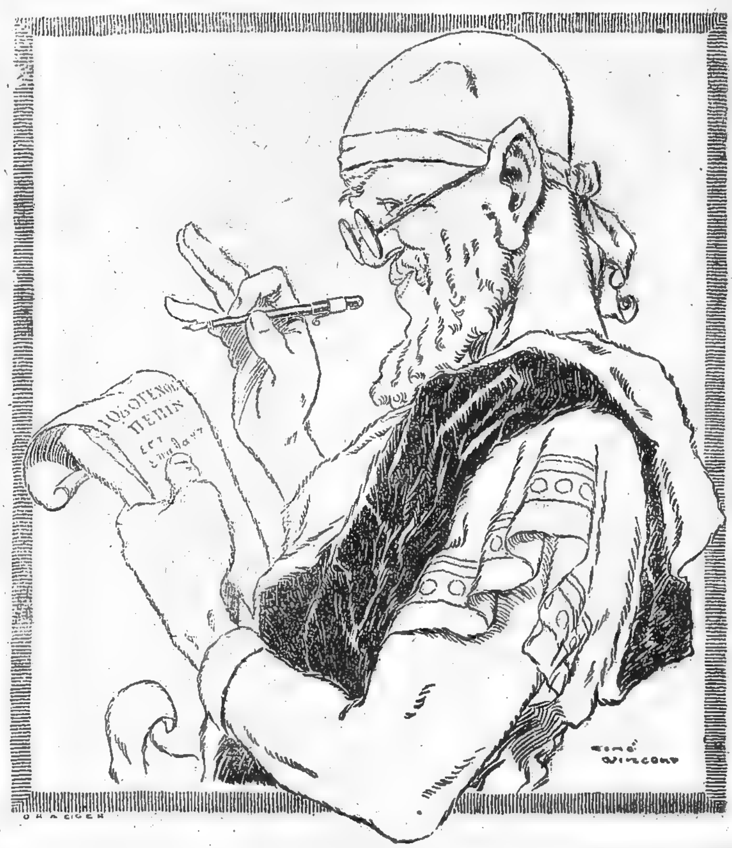
Dr T.

Réponse.

Les médecins ne sont pas assujettis à l'impôt sur le chiffre d'affaires, en tant que médecins.

Les médecins qui font la pharmacie aux termes de l'article 27 de la loi de germinal an XI, le doivent, mais seulement sur les ventes de médicaments, objets de pansements et produits divers qu'ils font à leurs clients.

Nous ne pensons pas que vous soyez redevable au titre d'intéressé dans une affaire industrielle quelconque. C'est l'établissement lui-même qui est soumis à cet impôt. Il en résulte



que vous le subissez indirectement, puisqu'il influe sur l'importance des bénéfices auxquels vous participez.

Demandez, au *Journal Officiel*, le tirage hors texte qu'il a fait du règlement d'administration publique pour l'application de la loi de juin 1920.

Hospitalisation des blessés du travail.

J'ai fait prendre par la commission administrative de l'hôpital la décision de considérer les accidentés du travail comme des malades payants.

Une délibération, qui n'est que la reproduction de la délibération modèle qui suivait votre étude, va être soumise au Préfet.

Or, il y a 5 ou 6 jours, un entrefilet a paru dans le *Petit Marseillais* indiquant que la loi du 6 juillet 1920, qui vient d'être promulguée, stipule que le prix de la journée des accidents du travail doit être au plus le prix de l'assistance médicale majoré de 30 % et que ce prix est « tout compris ».

Émue par cette note, l'administration est venu me demander comment concilier vos conclusions avec cette loi. Je lui ai répondu qu'une loi ne se fait pas en un jour et que certainement si, en écrivant votre article, vous êtes arrivé aux conclusions qui sont les vôtres, c'est que la loi du 6 juillet ne dit pas ce que veut lui faire dire l'entrefilet tendancieux cause de son émotion. Je serais heureux d'être documenté par vous et de savoir si, sans contestation, les accidentés peuvent être hospitalisés, avec les honoraires du médecin et les frais de pansements en sus du prix de journée.

Dr B.

Réponse

La loi du 6 juillet 1920, à laquelle vous faites allusion, n'a rien innové. Elle ne fait que modifier les chiffres prévus par la loi du 5 mars 1917, qui elle-même ne modifiait que les chiffres de l'article 4, paragraphe 3, de la loi du 31 mars 1905, sur les accidents du travail.

C'est cette loi de 1905 qui a institué le fameux « tout compris », par lequel tout blessé du travail hospitalisé ne doit payer qu'un prix de journée global.

Or, la jurisprudence admet qu'un blessé du travail n'est pas hospitalisé, au sens de la loi, mais doit être considéré comme traité dans une clinique privée, lorsqu'il est admis, dans l'hôpital, non pas dans les salles gratuites, ouvertes aux indigents, mais dans une salle ou chambre payante, uniquement affectée aux malades payants. Et c'est cette manière de faire que je conseille dans mon projet de délibération.

Au surplus, prenez la précaution de faire si-

(*Voir la suite page XXVII-2393*).

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

L'Assemblée Générale annuelle des membres du *Concours Médical* est fixée au dimanche 21 novembre.

L'Assemblée Générale des membres du « *Sou Médical* » et celle des membres de la *Mutualité Familiale* auront lieu le même jour.

L'Assemblée Générale des membres de la *Caisse des Pensions de retraite du Corps Médical Français* aura lieu le samedi 20 novembre.

Les réunions préparatoires des Conseils d'administration auront lieu, pour le « Sou Médical », le mardi 12 octobre ; pour la « Mutualité Familiale », le mardi 19 octobre.

PROPOS DU JOUR

La guerre aux rats.

La guerre aux rats bat son plein à Paris et depuis quelques jours, la presse nous en donne le communiqué officiel.

La lutte ferait à l'heure actuelle plus de 2.000 victimes par jour. Malheureusement, il y a des esprits pacifistes qui doutent de son efficacité ; d'aucuns ont le mauvais goût de la juger dangereuse et l'accusent d'aller contre le but qu'elle se propose. Ainsi M. Roubaud, de l'Institut Pasteur, dans un article de la *Revue générale des sciences*, fait remarquer qu'en cas d'épidémie, la chasse aux rats, loin d'être une mesure de prophylaxie serait au contraire un moyen de propagation du fléau. Les parasites abandonnent les animaux morts au fur et à mesure que leur corps se refroidit. Or les puces des rats, tués par les chasseurs, émigrent fatalement des corps de ces rongeurs et cherchent un refuge sur d'autres animaux et notamment sur l'espèce humaine. Quel danger si ces rats sont pestiférés ! Ne vaudrait-il pas mieux laisser en paix les rats avec leurs puces ? Nous n'ajouterons pas, poussant la logique à l'extrême, qu'il serait peut-être meilleur d'élever des rats pour fixer sur eux les puces qui, les préférant indiscutablement aux hommes, ne songeraient plus à aller inoculer à ces derniers les microbes de la peste.

On nous objectera que l'on a obtenu les résultats les plus satisfaisants en dératisant la cale des bateaux, que cette opération est d'ailleurs rendue obligatoire par le *Décret du 4 mai* 1906 pour les navires qui viennent de pays contaminés par la peste. Nous répondrons que la dératisation des bateaux se fait au moyen d'appareils dits sulfurators, dont les types les plus connus sont ceux de Clayton-Marot et de Geneste-Herscher et que ces appareils, tout en tuant les rats au moyen de l'acide sulfureux, ont en même temps la propriété de détruire les parasites.

Mais nous avons d'autres objections à faire aux procédés de la chasse aux rats avec prime ; ces objections se basent sur la connaissance de l'histoire naturelle du rat. Or, cette histoire naturelle a été résumée dans un article remarquable de MM. A. Loir et Legangneur : *La lutte contre les rats*, paru dans les *Archives Médico-Chirurgicales de Normandie*, n° 4, août 1920). Ces Messieurs, qui ont étudié tout spécialement cette question sur les navires qui abordent au Havre, constatent que seul le rat brun ou surmulot, autrement dit le rat d'égout (*Mus decumanus, Mus Norwegicus*), est en cause.

Le rat noir, un cadeau des Croisades, a disparu à peu près complètement des villes de l'Europe occidentale. Il réapparaît parfois cependant ; en 1918, des navires venant des grands fleuves du Brésil, avaient de nouveau importé au Havre cette espèce que l'on trouva pendant six mois dans les entrepôts de ce port.

Les surmulots envahirent l'Europe en 1727. La famine et les tremblements de terre les chassèrent des Indes et de Perse. Ils traversèrent en masse à la nage le Volga près d'Astrakan, gagnèrent la Russie, l'Allemagne, apparurent à Paris en 1753, puis infestèrent les pays scandinaves et en dernier lieu la Suisse en 1809.

Ce qui nous intéresse dans le surmulot, c'est sa reproduction. Elle se fait toute l'année

mais surtout de juin en novembre. La portée moyenne est de 8 à 10 petits. Dès l'âge de *trois mois*, la femelle peut reproduire et la gestation est de *cinq semaines.*

« *La proportion des femelles grosses étant de* 30 *pour* 100, *on peut affirmer qu'en un an un seul couple de rats peut fournir quarante individus.* »

Avec une pareille fécondité, les surmulots seraient un terrible et irréductible fléau, si ces animaux voraces, poussés par la faim, ne se trouvaient pas souvent incités à s'exterminer eux-mêmes et à s'entredévorer ; ce qu'ils font encore pour la possession des femelles.

Les dangers que fait courir le rat, qui peut servir de véhicule non seulement à la peste, mais à la fièvre aphteuse, à la trichinose, au trypanosome, au sokodu, et peut-être au cancer, ont de tous temps préoccupé les pouvoirs publics et les hygiénistes ; au Moyen-Age, un évêque d'Autun les frappa d'anathème ; l'histoire ne nous fixe pas sur l'efficacité de ce procédé de dératisation.

On eut recours à de nombreux moyens pour les détruire. Les chats et les chiens ratiers donnèrent en maintes circonstances les meilleurs résultats. Ce qui n'empêche qu'en cas d'épidémie de peste, chiens et chats peuvent être eux-mêmes contaminés et devenir des agents de transmission.

Les poisons à base d'arsenic, de strychnine, de phosphore, les pièges ne donnent que des résultats faibles et fort momentanés, le rat s'en défie vite, étant un animal très rusé et très intelligent. Les *Messageries Maritimes* ont inauguré, il y a quelques 25 ans, le système de la prime, remis en honneur ces jours derniers à Paris. Elles donnaient 0 fr. 10 par tête de rat aux matelots. Le meilleur procédé de dératisation reste celui de l'asphyxie par l'acide sulfureux, mais il ne peut s'opérer à air libre. Les rats tués par d'autres moyens doivent être aussitôt arrosés d'eau bouillante pour en détruire les puces et on doit incinérer leurs cadavres.

La Conférence de Venise s'occupa de la dératisation en 1897.

En 1902, le Congrès international de la marine marchande, tenu à Copenhague, aborda la question, aussi importante au point de vue commercial qu'au point de vue hygiéniste. Il existait alors au Danemark une Société pour la destruction rationnelle des rats; l'on créa sur son modèle une association internationale, dont le Dr Loir fut vice-président. A ce propos, M. Roux, directeur de l'Institut Pasteur, indiqua qu'en cette matière « il fallait varier les moyens, le même procédé n'étant pas longtemps efficace, car les rats sont très intelligents et opposent des ruses et des ressources tout à fait inattendues.

« Il ne faut jamais s'arrêter, concluait M. Roux, si l'on veut obtenir un résultat sérieux.»

Lœffler en 1889, puis Danisz en 1900, crurent avoir trouvé le moyen de nous débarrasser des rats en leur inoculant des microbes raticides, inoffensifs pour l'homme, et suscitant ainsi des épidémies meurtrières pour la gent rat. Les expériences de laboratoire étaient concluantes, malheureusement il n'en fut pas de même en pratique.

Voilà où l'on en est au point de vue de la dératisation.

Ainsi éclairés sur l'histoire naturelle de ces rongeurs, examinons les résultats que peut donner la chasse aux rats avec prime, telle qu'on l'applique à Paris.

Nous laissons de côté le danger de la dissémination des puces qui a cependant son importance et dont nous avons tout d'abord parlé.

Chaque jour, les chasseurs de rats parviendront vraisemblablement à détruire de 2 à 3.000 rongeurs. Si l'appât de la prime multiplie les chasseurs, les animaux, mis de plus en plus en éveil, deviendront, d'autre part, de plus en plus difficiles à capturer. Il ne faut donc pas trop compter dépasser ce total.

Or 2 à 3.000 rats détruits par jour, font, à la fin de l'année, en moyenne *un million* de victimes. Or, on estime à 8 millions les seuls rats parisiens. Il faudrait 8 ans pour en venir à bout par ce seul procédé, en supposant que les animaux ne se reproduisissent pas. Mais nous savons qu'un couple de rats fournit en moyenne chaque année *quarante individus*. Ceci ferait 160 *millions* de nouveaux rats en face du *million* détruit par les chasseurs.

Nous laissons à nos lecteurs le soin de conclure sur l'efficacité de la chasse avec prime comme moyen de dératisasion d'une ville comme Paris.

Les rats ont, heureusement pour nous, d'autres fléaux plus dangereux que les mesures administratives de ce genre et qui limitent leur multiplication. Ce sont eux qu'il conviendrait de découvrir et d'étudier. En tous cas, Messieurs les hygiénistes officiels, pour faire la guerre aux rats avec quelques chances de succès, il vous faut chercher d'autres procédés et une

autre méthode. Commencez donc par étudier la vie, les mœurs, l'histoire naturelle en un mot de ces animaux et mettez un peu de continuité dans vos efforts. J. NOIR.

Certificats gratuits !

Nous avons lu dans les grands journaux quotidiens, notamment dans le *Temps* du 11 septembre, la stupéfiante note suivante :

Les déclarations de naissance.

M. Autrand, préfet de la Seine, vient d'adresser aux maires de Paris des instructions en vue de réaliser une simplification des formalités imposées aux familles à l'occasion des déclarations de naissance.

Celles-ci nécessitaient jusqu'à ce jour deux démarches à la mairie de l'arrondissement : la première destinée à provoquer la visite du médecin de l'état civil chargé de constater la naissance ; la seconde, après cette vérification, en vue de l'établissement de l'acte d'état civil en présence des témoins exigés par la loi.

Un seul déplacement suffira désormais : le médecin ou la sage-femme qui aura pratiqué l'accouchement remettra GRATUITEMENT aux intéressés un certificat : le déclarant, accompagné de deux témoins, le présentera à la mairie ; l'acte de naissance sera immédiatement établi et signé par les parties, sans attendre la visite, remise à plus tard, du médecin contrôleur.

Nous nous sommes tout d'abord demandé en vertu de quelle loi M. le Préfet de la Seine s'arrogeait le droit d'imposer aux médecins et aux sages-femmes la délivrance d'un certificat gratuit.

Puis, après réflexion, bien que la même note ait paru dans plusieurs journaux, nous avons pensé qu'il était invraisemblable qu'un administrateur de l'importance de M. le Préfet de la Seine, eût pu commettre une bévue aussi... colossale.

Nous nous sommes reportés à la circulaire préfectorale du 11 septembre parue dans le *Bulletin municipal officiel de la ville de Paris* du 14 septembre 1929. Nous y lisons :

....

....

Afin d'éviter ces inconvénients, j'ai décidé d'adopter pour Paris une procédure qui est déjà en pratique dans la plupart des communes de la banlieue et donne d'heureux résultats. Désormais donc, les actes de naissance pourront être dressés sur la seule production d'un certificat du modèle ci-joint, signé du médecin ou de la sage-femme qui a procédé à l'accouchement. Le déclarant n'aura qu'à se présenter à la mairie muni de ce certificat et accompagné des témoins pour faire établir et signer immédiatement l'acte de naissance, sans attendre la visite préalable du médecin de l'état civil.

....

....

Des formules imprimées vous seront ultérieurement adressées, afin d'être mises à la disposition des médecins et sages-femmes de votre arrondissement.

A. AUTRAND.

Dans cette circulaire, il n'y est pas question de gratuité du certificat. Cette idée de l'obligation de la gratuité d'un certificat est née dans l'esprit d'un journaliste qui ne trouve pas étrange que, dans un pays où la liberté et l'égalité sont la devise du régime, on puisse créer une obligation de ce genre. Ceci dénote une singulière mentalité de certains journalistes sur l'indépendance du médecin.

Il convient qu'on se persuade qu'il jouit de sa liberté comme tout autre citoyen.

Nous savons bien qu'en pratique l'affaire n'a aucune importance et que ce certificat sera 999 fois sur 1.000 délivré gratuitement ; mais, si la presque unanimité des médecins veut bien consentir à signer gratuitement les formules préfectorales, il n'en est pas un résigné à en accepter l'obligation officielle.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Beaujon ; Clinique du Professeur ROBIN
Conférence de M. BITH.

Les ictères graves :
Etat actuel de la question.

L'ictère grave est un syndrome qui s'observe dans des conditions diverses.

Il fut décrit, en 1843, par Rokitansky. Il a été étudié, en France, vers 1850, par Ozanam, sous le nom d'ictère grave, et par Monneret, sous le nom d'ictère hémorrhagique. Frérichs découvrit l'atrophie jaune aiguë du foie et attribua les troubles morbides de l'ictère grave à cette atrophie aiguë hépatique. Les auteurs français d'alors n'admirent pas aussi facilement une telle simplification du sujet, et ils montrèrent que toutes les maladies du foie pouvaient aboutir à l'ictère grave.

Plus récemment, MM. Widal et Abrami pré-

sentèrent des cas où non seulement les caractères d'insuffisance hépatique manquaient, mais où il y avait signes d'hyperfonctionnement. Des faits concordants furent signalés par MM. Œttinger, Marie, Richardière. Ceci apportait déjà quelque trouble dans les idées admises.

Vinrent enfin les travaux d'Inada et Ido, de Martin et Pettit, de Marcel Garnier et Merklen, sur une affection qui offre dans son évolution le syndrome de l'ictère grave : la spirochétose ictéro-hémorrhagique.

Comment, dès lors, définir l'ictère grave et éclairer ce groupe morbide qui apparaît ainsi assez démembré ?

Classiquement, l'ictère grave désigne un ictère avec état général alarmant, de la fièvre, des hémorrhagies, des troubles nerveux, de l'insuffisance rénale. On trouve, dans l'ictère grave, une grande variabilité de symptômes, d'étiologie, de lésions anatomo-pathologiques. L'ictère peut être intense, léger, ou absent. Au point de vue étiologique, il est causé par des intoxications, ou il s'observe au cours de diverses maladies du foie, ou comme conséquence d'infections spéciales, ou sans cause précise. Mêmes variations au point de vue anatomo-pathologique. On peut trouver un foie atrophié, hypertrophié, ou non lésé. On a considéré l'ictère grave comme l'expression la plus haute de la dégénérescence hépatique. Mais, on a observé aussi des ictères graves sans hypofonctionnement, et même avec hyperfonctionnement hépatique.

La question est donc complexe, et, étant donnée cette multiplicité d'aspects, il semble préférable de présenter d'abord une analyse des différents symptômes.

Les symptômes cardinaux de l'ictère grave sont : des troubles de l'état général, l'ictère, des troubles du système nerveux, des hémorrhagies. Les troubles généraux comprennent de l'hébétude, un état de tuphos, avec une langue sèche, une haleine fétide, des phénomènes digestifs. L'ictère est variable, soit vert, soit rouge, soit jaune, soit du subictère, soit pas d'ictère même. Les selles sont peu colorées ou hypercolorées, ou normales. Les accidents nerveux comprennent de la céphalée, du délire, une légère agitation des membres, des tremblements fibrillaires ; ils évoluent vers le coma, avec perte de connaissance, le malade continuant malgré cela à être agité.

Les hémorrhagies sont multiples et comportent des hématémèses, du mélæna, des épistaxis, des métrorrhagies, du purpura.

Si on examine les organes, on trouve un foie variable, gros ou petit, douloureux, une rate grosse et douloureuse. Les urines sont foncées, contiennent des pigments biliaires, des traces d'albumine. On observe presque constamment des signes d'insuffisance hépatique, une diminution du coefficient azoturique, de l'acidose.

Pour ce qui concerne le sang, la coagulation est retardée, la plupart du temps, avec un certain degré d'azotémie.

On peut observer des formes hémorrhagiques, nerveuses, rénales, faisant penser à l'urémie. L'évolution est généralement fatale, en quelques jours, en une ou deux semaines. La guérison a lieu, cependant, dans un certain nombre de cas, lorsqu'il s'agit de spirochétose ictéro-hémorrhagique en particulier.

Il est surtout intéressant d'étudier les causes de ce syndrome. On a différencié deux groupes d'ictères graves, les uns secondaires à des affections déjà existantes, les autres primitifs, ne se rattachant à aucun état morbide antérieur.

Commençons par l'ictère grave secondaire. Il peut être secondaire à une maladie infectieuse, la fièvre typhoïde ou les para-typhoïdes, par exemple. La fièvre typhoïde est une septicémie. Les complications hépatiques sont parmi les plus fréquentes. Elles se caractérisent par une hypothermie rapide, des vomissements, des épistaxis, du hoquet, de l'ictère, du délire et du coma terminal. Le foie est gros, douloureux. Le diagnostic est difficile, au début, où l'on peut penser à une perforation intestinale. On croit aussi fréquemment, en présence des accidents délirants, à la méningite typhique. A l'autopsie, on trouve un foie en état de dégénérescence aiguë.

L'ictère grave s'observe aussi dans d'autres affections, la scarlatine, la diphtérie, l'érysipèle. Nous en avons eu un exemple dans le service, au cours d'un érysipèle. Il fut annoncé par une chute brusque de température. On peut le rencontrer encore au cours de la pneumonie, de l'ostéomyélite, de la syphilis. Comme l'ont fait connaître Siredey et Milian, l'ictère grave peut se produire presqu'au début des accidents syphilitiques secondaires. On pense alors au simple ictère secondaire, mais le syndrome s'aggrave et peut entraîner la mort.

Le paludisme, l'appendicite, sont des origines possibles d'ictère grave. On se rappelle la description de Dieulafoy du *vomito negro* appendiculaire. Toutes les infections, d'ailleurs, devraient être citées.

L'ictère grave peut être dû à des intoxications définies. L'intoxication phosphorée en est le type. Elle se traduit par des troubles gastro-intestinaux, de la diarrhée, et, 3 ou 4 jours après généralement, se montre l'ictère avec le cortège symptomatique de l'ictère grave, les hématémèses, les troubles nerveux. A l'autopsie, on voit là, au maximum, les lésions de l'atrophie jaune aiguë du foie.

En dehors du phosphore, une autre intoxication à considérer ici est l'anesthésie générale au chloroforme. Presque toujours, l'anesthésie chloroformique entraîne une légère cholémie à sa suite.

Chez les sujets, à foie déjà touché, peuvent apparaître l'ictère, les vomissements, et au bout de deux ou trois jours, les troubles nerveux, le délire, l'agitation, le coma. L'anesthésie par l'éther provoque aussi parfois l'ictère grave. L'an dernier, nous avons fait opérer deux malades du service atteintes de lithiase biliaire, sous l'anesthésie par l'éther. Toutes deux ont succombé à des accidents d'ictère grave toxique. Chez la seconde, cependant, nous avions recherché l'état fonctionnel du foie par les épreuves habituelles qui avaient conclu à un fonctionnement normal. En pareil cas, la rachianesthésie, l'anesthésie locale, lorsqu'elles sont suffisantes, doivent être préférées.

Autres intoxications pouvant provoquer l'ictère grave : l'empoisonnement par les champignons, par le sulfure de carbone, etc.

A côté de ces ictères graves par intoxication, se placent les ictères graves secondaires aux maladies hépatiques. C'est la terminaison naturelle des maladies du foie non arrêtées dans leur évolution, du cancer, de la tuberculose hépatique, des cirrhoses veineuses, atrophiques ou hytrophiques, alcooliques ou non. Le foie cardiaque, les ictères chroniques de la lithiase, peuvent aboutir à l'ictère grave, à la mort au milieu de son syndrome, surtout si une cause occasionnelle, une maladie intercurrente, surviennent.

Le caractère particulier de ces ictères graves des maladies du foie est d'apparaître en général lentement. La céphalée, les troubles nerveux, la torpeur, les épistaxis, les gingivorrhagies, s'installent petit à petit, et évoluent en 2 ou 3 semaines vers le coma. On trouve, à l'autopsie, de la dégénérescence graisseuse du foie.

Une autre cause est l'auto-intoxication gravidique. C'est habituellement vers le 4e ou 5e mois de la grossesse que se montre l'ictère grave. Il commence par de la céphalée, un état nauséeux avec vomissements bilieux. Au bout de quelques jours, l'ictère commence, avec des hémorrhagies, des troubles nerveux, des traces d'albumine dans l'urine. Puis, vers le 8e jour, se produisent le coma et la mort.

En face de l'ictère grave secondaire, se place l'ictère grave primitif, qui n'est rapporté à aucune maladie infectieuse antérieure, à aucune intoxication particulière. Actuellement, on range sous ce nom des ictères graves qui font partie du cadre normal de certaines affections, où ils peuvent manquer d'ailleurs. Ces affections sont au nombre de trois : la fièvre jaune, la spirochétose ictéro-hémorrhagique, et l'atrophie jaune aiguë du foie.

La fièvre jaune, maladie inconnue dans nos climats, s'observe en Afrique et en Amérique. Elle se rapproche beaucoup de la spirochétose ictéro-hémorrhagique, qu'elle rappelle par sa symptomatologie. Elle s'annonce par des frissons, de la fièvre (40°), de la céphalée, des myalgies, des vomissements. Au bout de 3 ou 4 jours, la température baisse, les douleurs s'amendent. Se montrent alors les hémorrhagies, les hématémèses (vomito negro) ; puis, après 2 ou 3 jours, la fièvre remonte, l'ictère s'accuse, les hémorrhagies s'exagèrent, avec des signes urémiques, une tendance au coma. La mort survient en 7 à 8 jours. Le foie est dégénéré, gros et jaune. Cette maladie est due, comme l'a montré il y a deux ans Noguchi, à un protozoaire, qui est transmis d'homme à homme par un moustique, *stegomia*.

La spirochétose ictéro-hémorrhagique a été décrite, en 1916, par Inada et Ido, et étudiée en France par Martin et d'autres auteurs. Après 6 à 10 jours d'incubation, elle débute brusquement par une phase de frissons, de fièvre, de myalgies, et d'ostéoalgies, comme la fièvre jaune. Il y a des nausées et des vomissements. Puis, comme pour la fièvre jaune, la température baisse, en même temps que commence l'ictère, ictère jaune rouge, avec polycholie, selles colorées. La température, comme pour la fièvre jaune encore, remonte ensuite, avec des signes nerveux, des signes d'urémie, de la somnolence, de la dyspnée, du Scheyne-Stokes, des hémorrhagies, de l'albuminurie. L'évolution, lorsqu'elle est fatale, se fait vers le coma, qui est court habituellement. La mort survient au 8e ou 9e jour, avec le syndrome de l'ictère grave.

Mais la spirochétose ictéro-hémorrhagique n'est pas toujours mortelle. Elle guérit même plutôt dans la majorité des cas. Après la 2e poussée fébrile, se fait alors une chute en lysis de la température et des accidents. L'ictère grave fait partie de son ensemble clinique, il rentre dans son cadre normal : c'est le cadre de la forme grave. Mais la maladie peut ne pas avoir son cadre complet et rester ainsi curable. Le foie est gros, hyperplasié. Il y a hyperhépatie et azotémie.

Cette spirochétose ictéro-hémorrhagique n'est pas une maladie nouvelle, mais elle était passée inaperçue, ou plutôt on la rangeait dans les ictères graves avec absence de lésions du foie ou même hyperhépatie. On la décrivait sous des noms divers. Elle est due à un protozoaire, à un spirochète voisin du Leptospire de la fièvre jaune de Noguchi. L'hôte de ce spirochète est le rat. La contamination ne se fait pas par la morsure, ou par les puces du rat (comme la peste) ; elle se produit par les déjections de l'animal, ses urines en particulier, qui souillent l'eau, le sol, la boue. On comprend pourquoi elle est fréquente dans certaines circonstances, à la suite de curage des égouts, des caves, des marais. On comprend pourquoi, pendant la guerre, elle fut souvent observée à l'état épidémique, dans la vie de tranchées. On dispose, pour la diagnostiquer, de moyens de laboratoire, recherche du

spirochète dans l'urine, le sang, inoculation au cobaye, voire séro-diagnostic.

Reste la troisième affection, l'atrophie jaune aiguë du foie, qui correspond à un groupe d'états infectieux non contagieux. Elle a pour symptomatologie de la céphalée, des frissons, des vomissements, un ictère léger d'abord et qui augmente, des signes cérébraux, de l'excitation, du coma, des hémorrhagies du tube digestif. Le foie offre de l'atrophie jaune aiguë. Contrairement à la spirochétose, les reins sont assez touchés. Cette maladie a son individualité. Nous n'en connaissons pas la cause, qui semble infectieuse.

Comment concevoir la pathogénie de ces ictères graves ? On a proposé plusieurs théories. La théorie hépatique ramène les accidents aux lésions du foie et les fait découler d'une insuffisance hépatique. Elle est vraie dans certains cas, dans l'intoxication phosphorée, la fièvre jaune. Elle est moins vraie pour l'ictère grave des maladies infectieuses. Elle n'est plus vraie du tout dans la spirochétose. La théorie rénale, émise par Léon Bernard, subordonne les lésions hépatiques aux lésions rénales. Elle est abandonnée aujourd'hui. On est ramené aux idées de Bouchard, à l'intoxication générale, syndrome formé de différents composants, symptômes de l'infection, de l'insuffisance hépatique et de l'insuffisance rénale. Ces trois éléments se combinent. On peut considérer ainsi l'ictère grave comme dû à une intoxication générale dans laquelle l'infection, le foie et le rein jouent chacun un rôle variable. Il vaudrait mieux sans doute, d'ailleurs, supprimer le terme d'ictère grave et le remplacer par des appellations diverses qui cadreraient mieux avec la réalité, par exemple : insuffisance hépatique terminale, chloroformique, gravidique, insuffisance hépatorénale secondaire, et ne conserver le qualificatif d'ictère grave qu'à la fièvre jaune, à l'atrophie jaune aiguë du foie, et à la spirochétose ictérohémorrhagique dans ses formes graves.

Le diagnostic de l'ictère grave est souvent difficile. Il varie avec chaque cas. Le traitement est surtout prophylactique. Dans les affections qui peuvent y conduire, les affections hépatiques, les intoxications, on évitera la fatigue du foie, en donnant un régime lacto-végétarien, en entretenant la liberté du ventre. Le benzo-naphtol l'urotropine, le salol, peuvent être utiles. On évitera l'anesthésie chloroformique chez ces malades.

L'ictère grave une fois déclaré, la thérapeutique a peu d'activité. On stimulera la diurèse, par l'eau lactosée, la théobromine. On soutiendra le cœur et le système nerveux par les bains froids ou tièdes, le sérum physiologique, la caféine, l'huile camphrée. Dans la spirochétose, on emploiera utilement la saignée, les ventouses scarifiées, le sérum spécifique.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

UROLOGIE

La sonde à demeure.

(Indications et technique.)

Par M. René Le Fur.

Contrairement au cathétérisme intermittent, la sonde à demeure consiste à laisser en permanence dans le canal une sonde qui peut évacuer l'urine d'une façon permanente, au fur et à mesure de sa production, ou au contraire d'une façon intermittente, en ouvrant, à intervalles déterminés, la sonde qui reste ordinairement bouchée.

Indications. — Les indications de la sonde à demeure, très nombreuses autrefois, restent encore assez fréquentes aujourd'hui.

1° *Difficultés du cathétérisme* : *cathétérisme impossible* ou simplement *difficile*, ou trop *douloureux* s'accompagnant *d'urétrorrhagies* ou *d'hématuries*, ou bien encore d'accidents infectieux (fièvre, frissons).

2° *Fausses routes uréthrales ou prostatiques* rendant le cathétérisme difficile, parfois impossible, ou s'accompagnant d'hémorrhagies importantes.

3° *Infection vésicale* ou *vésico-rénale*. Se rappeler que la sonde à demeure est insuffisante souvent à combattre l'infection, et qu'elle doit alors céder la place à la cystostomie.

4° *Distension vésicale*. Ici, il faut savoir que la sonde à demeure constitue souvent une arme à double tranchant, et peut alors aggraver notablement l'état, au lieu de l'améliorer, en favorisant soit l'*infection*, qui gagne avec une rapidité foudroyante tout l'appareil urinaire distendu (vessie, uretères, reins) et provoquer parfois la mort en quelques jours, soit des *hématuries vésicales ou rénales*, bien plus souvent liées à l'infection que d'origine *ex vacuo*. Il n'y a pas à hésiter dans de pareils cas, et nous estimons, pour notre part, qu'en cas de distension vésicale prononcée et d'insuffisance rénale marquée, la *cystostomie d'emblée* est infiniment supérieure à la sonde à demeure qui se trouve ici contre-indiquée. La sonde à demeure doit donc ici être *proscrite*.

5° En cas de *cystotomie* ou de *cystostomie*, pour assurer le *succès d'une suture vésicale*, ou la *fermeture d'une fistule hypogastrique*.

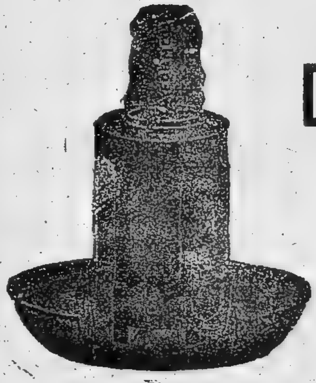
6° *Pour assouplir le canal*, en cas de passage *d'instruments un peu gros*, comme le *cystoscope*, le *lithotriteur*, etc.

Il est curieux de constater combien une sonde à demeure, laissée 24 ou 48 heures, élargit considérablement un canal et l'assouplit au point de laisser passer de gros instruments qui eussent

Prescrire

LE FUMIGATOR GONIN

Cartouche auto-productrice d'aldéhyde formique, c'est s'assurer par avance d'une



DÉSINFECTION EFFICACE

éprouvée, simple, discrète et peu coûteuse

EN VENTE DANS TOUTES PHARMACIES

ainsi que tous PRODUITS, PROCÉDÉS et APPAREILS de DÉSINFECTION en surface, en profondeur et par lavages ou trempages

DES ÉTABLISSEMENTS GONIN

FLUOFORMOL GONIN — SALUBRINE PHENIX

ÉTUVES de tous chauffages, fixes et transportables, à basse température, sans pression, utilisant le Fumigator.

Adresser toute la Correspondance à M. GONIN

Ad. Télég. : FUMIGATOR-PARIS | 60, rue Saussure, PARIS, 17e | *Téléphone* : Wagram 17-23

Médication Anti-Tuberculeuse

AZOTYL

en Ampoules

pour injections sous-cutanées ou intra-musculaires

et en **PILULES KÉRATINISÉES**

à base de

Lipoïdes biliaires et spléniques

Cholestérine, Goménol, Camphre



Fac-simile Grandeur nature d'une ampoule d'AZOTYL

LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS :

Laboratoires : 159, Avenue de Wagram, PARIS

USINE à LA GARENNE-COLOMBES

nécessité sans cela des dilatations de plusieurs jours et même plusieurs semaines.

Technique. — Comment installer une sonde à demeure ?

1° *Choix d'une sonde.* On emploie en général la *sonde béquille*, de calibre intérieur plus large que les autres, et dont la mise au point est plus facile, grâce à sa partie coudée qui vient se fixer contre le col vésical. Mais parfois, la *sonde molle Nélaton* est préférable, en cas notamment de canal douloureux, irritable, d'une vessie sensible ou saignant facilement.

2° *Mise au point.* C'est là la *chose essentielle, capitale* dans l'installation d'une sonde à demeure. Cette mise au point s'effectue en laissant d'abord s'écouler l'urine en totalité, et en retirant progressivement la sonde jusqu'à ce que l'urine ne s'écoule plus, soit en faisant quelques lavages à la seringue : introduire de petites quantités à la fois, et voir si le liquide ressort complètement (le mesurer), par un petit jet, non saccadé. *L'urine doit ensuite s'écouler goutte à goutte.*

Il faut se rappeler qu'on *enfonce en général trop profondément la sonde à demeure* et qu'alors, la paroi vésicale vient boucher les yeux de la sonde ; c'est pourquoi il y aura intérêt à toujours retirer 2 ou 3 fois la sonde de 1 ou 2 centimètres pour voir s'il ne s'écoule pas encore un peu de liquide ou d'urine.

La sonde *doit être placée contre le col vésical, affleurant cet orifice*, et plutôt, quand le col est très dilaté, ainsi que l'urèthre prostatique, à l'entrée même de cet urèthre prostatique, au niveau de la petite poche qu'il forme parfois. Il ne doit rester aucune partie stagnante dans le réservoir vésical. Malheureusement, quand il existe un bas-fond vésical prononcé, avec surélévation du col vésical par la saillie prostatique, il persiste toujours un lac stagnant que ne peut vider la sonde à demeure ; seule alors, la prostatectomie, en supprimant l'obstacle, se trouve ici indiquée, car elle seule peut supprimer le bas-fond.

3° *Mode de fixation.* Aussitôt la sonde bien mise au point, un fil de coton est passé autour de la sonde au point voulu, et noué en ce point. La fixation de la sonde peut se réaliser :

a) Soit par le *procédé de Guyon.* Deux fils de coton, solidaires l'un de l'autre, se trouvent enchevêtrés, entourant la base du gland, puis leurs chefs sont fixés aux poils des bourses de chaque côté ; ce procédé, qu'un schéma fait mieux comprendre, est un peu compliqué, mais fixe parfaitement la sonde qui ne se déplace pas ordinairement. Il faut avoir soin seulement de ne pas trop enserrer le gland pour éviter l'irritation, et ne pas étrangler celui-ci en cas d'érection.

b) Par le *procédé des fils simplifié.* Un fil est noué autour de la sonde, puis les deux chefs sont fixés soit aux poils des bourses, soit mieux, à un bandage de corps, autour d'épingles doubles fixées sur ce bandage. Ce procédé est très pratique et très rapide, mais parfois insuffisant.

c) Par un *sparadrap ou fixateur quelconque* (zédéno, leucoplaste), qui fixe chacun des chefs autour de la verge par plusieurs tours circulaires. On peut faire repasser les fils fixant la sonde entre chacun des tours circulaires. Ce procédé très simple peut gêner le malade s'il a des érections.

d) Par un *fixateur en caoutchouc.* Celui-ci laisse d'abord passer la sonde par un orifice percé en son milieu, puis vient engainer le gland.

4° *Evacuation de la vessie.* — Celle-ci peut se faire de deux façons : soit d'une *façon permanente* ; on laisse alors l'urine couler au fur et à mesure et s'accumuler soit *dans l'urinal* (le modèle de Duchastelet est le meilleur), soit dans un bocal placé au pied du lit ; la sonde est alors reliée à ce bocal par un long tube en caoutchouc fixé d'abord aux draps par une épingle double afin que les mouvements ne provoquent pas de déplacements de la sonde. Ce dernier procédé est certainement celui qui draine le mieux la vessie, la pesanteur ajoutant son effet à l'évacuation simple, et le tube faisant siphon, une fois qu'il est amorcé ; soit d'une *façon intermittente* : toutes les 3 ou 4 heures la sonde est ouverte ou même plus souvent si la vessie est atteinte d'inflammation. Ce dernier mode est préférable quand on ne désire pas voir la capacité vésicale diminuer, ce qui arrive fréquemment avec l'évacuation permanente et peut offrir des inconvénients quand on a mis une sonde à demeure pour assouplir le canal en vue d'une cystostomie prochaine, d'une cystoscopie ou d'une lithotritie.

5° *Changement des sondes.* — La sonde à demeure doit être changée ordinairement tous *les 3 ou 4 jours.* Evidemment, cela dépend beaucoup de la rapidité avec laquelle elle se bouche, de la facilité avec laquelle elle s'incruste, de son calibre aussi, les petites sondes se bouchant naturellement plus vite que les grosses.

Toute sonde à demeure doit être changée dès *que le fonctionnement en devient mauvais*, dès que le *lavage vésical se fait mal*, ce qui se juge à ce que le liquide entre mal (on a du mal alors à pousser le piston de la seringue), ou ressort en bavant.

On peut dire *qu'en général, on laisse trop longtemps les sondes à demeure, sans les changer*, ce qui entraîne de notables inconvénients : douleurs, accidents inflammatoires (voir plus loin). C'est surtout en cas de sonde à demeure pour *suture vésicale* ou *fermeture d'un méat hypogastrique* que la surveillance doit en être rigoureuse et le changement fréquent : sinon, on risque de

compromettre tous les résultats obtenus par un jour de négligence.

Ce n'est qu'en cas de *passage difficile* ou de *fausse route* qu'on sera autorisé à laisser la sonde à demeure un peu plus longtemps (6 à 7 jours) à la condition qu'elle fonctionne bien.

Accidents et complications.

La sonde à demeure, nous venons de le voir, nécessite une *mise au point parfaite*, et une *surveillance rigoureuse*, sinon ses résultats peuvent être désastreux, et il vaut infiniment mieux alors ne pas l'utiliser.

1° *Mise au point défectueuse.* — Celle-ci est due la plupart du temps à ce que la *sonde est trop enfoncée* ; parfois cependant, un *grumeau purulent*, un *calcul vésical*, un *gravier*, peuvent boucher la sonde ; un lavage en aura le plus souvent raison ; en cas de calcul, la lithotritie sera nécessaire.

En cas de mise au point défectueuse, le malade, au lieu d'être soulagé par la sonde à demeure, souffre davantage au contraire. La vessie ne se vide pas bien, les besoins d'uriner se rapprochent. Parfois la rétention d'urine s'installe.

Il faudra souvent changer la sonde et en mettre une autre, soit d'un même modèle, soit d'un autre modèle (Nélaton au lieu de béquille par exemple), puis recommencer une autre mise au point, et la surveiller rigoureusement.

2° *Douleurs vives et cuissons uréthrales.* —Cette douleur et ces cuissons sont ordinairement dues à de l'uréthrite.

Il faut alors procéder à la *désinfection du canal* par des lavages de l'urèthre. On peut faire ceux-ci, la sonde en place, 2 à 3 fois par jour. Mais il y a intérêt dans ce cas à souvent renouveler la sonde, et on profite de chaque changement pour faire un grand lavage uréthro-vésical à l'argyrol (1/1000) ou au permanganate faible (1/4000).

Le lavage uréthro-vésical, fait aussitôt l'ablation de la sonde à demeure, devient très facile, malgré l'uréthrite, même chez les nerveux, par suite de l'action du contact de la sonde sur le sphincter qui détend celui-ci. En cas d'ouverture hypogastrique, le lavage ressort par l'hypogastre. Surtout en cas d'uréthrite, la sonde Nélaton est mieux supportée que la sonde béquille.

3° *Une suppuration uréthrale* abondante doit faire craindre un abcès périuréthral, et exige le même traitement que l'uréthrite.

4° *Accidents inflammatoires* (*orchite, prostatite, abcès périuréthral*). Les accidents d'origine infectieuse sont souvent provoqués ou entretenus tout au moins par la sonde à demeure, et nécessitent parfois l'ablation de la sonde à demeure, en même temps qu'une désinfection soigneuse de l'urèthre et de son appareil glandulaire.

a) L'*orchiépididymite*, parfois d'allure chronique, peut devenir très douloureuse et dans certains cas, revêtir une évolution très aiguë : violente température, frissons, gonflement considérable, suppuration de l'orchite avec même sphacèle et élimination complète du testicule, comme nous venons d'en observer un cas tout récemment. Il ne faut pas hésiter à inciser au point le plus tuméfié et le plus douloureux même avant l'apparition de la fluctuation ; les phénomènes inflammatoires tombent alors très rapidement.

b) La *prostatite* peut aboutir à *l'abcès de la prostate* avec ouverture du côté de l'urèthre, ce qui est la terminaison la plus fréquente ; des massages de la prostate devront être alors régulièrement pratiqués.

c) L'*abcès périuréthral* peut s'ouvrir soit en dedans, dans l'urèthre, soit évoluer extérieurement et nécessiter une incision.

Dans tous ces cas, il a intérêt à *enlever la sonde à demeure et à laisser reposer le canal quelques jours.*

5° *Obturation de la sonde* et *rétention d'urine.* La sonde se *bouche*. Cela peut arriver, soit *brusquement* (gravier, grumeau purulent, corps étrangers) et quelques lavages ont raison de cet accident, soit *lentement*, par *incrustation calcaire*. Une sonde à demeure se bouche d'autant plus vite qu'elle est plus petite, de structure intérieure défectueuse, ou que les urines sont plus infectées avec dépôt abondant.

C'est un *accident très ennuyeux* de la sonde à demeure, car il fait souffrir le malade, augmente la cystite, le ténesme et peut même entraîner de la rétention d'urine. Mais il est très facile à combattre et à éviter : il suffit de changer les sondes fréquemment, *tous les 2 ou 3 jours* chez les malades qui incrustent facilement leurs sondes.

6° *Hématuries.* Celles-ci sont dues le plus souvent à ce que la sonde à demeure est trop enfoncée et vient toucher la paroi vésicale postérieure enflammée, qu'elle finit par ulcérer : il suffit de retirer un peu la sonde pour voir cesser les hématuries.

7° *Calculs vésicaux.* Cette complication peut s'observer chez les malades qui conservent pendant très longtemps leur sonde à demeure : celle-ci agit à la façon d'un corps étranger, et crée un appel au calcul, La sonde à demeure doit être alors remplacée par la cystostomie.

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année 1920 au trésorier Dr Gassot à Chevilly (Loiret).

A TRAVERS LA PRESSE

La douleur de l'hypochondre droit.

Il s'en faut que toutes les douleurs éprouvées dans l'hypochondre droit soient imputables au foie. C'est là une opinion à laquelle on se gardera de donner une signification trop absolue.

M. Pron, qui traite excellemment cette question (*Journ. des Prat.*, 22 mai 1920), passe en revue les différentes affections qui sont susceptibles de se traduire par une gêne mécanique et une algie dans cette région.

Au foie appartient la lithiase biliaire que l'évolution et le tableau clinique permettent assez facilement de reconnaître, surtout quand il s'agit d'une vieille cholécystite calculeuse.

Au foie encore appartient la douleur qui n'est pas localisée et donne l'impression d'un bloc antéro-postérieur (congestions actives et passives, hypertrophie totale, ptose totale, déformation monolobulaire). L'exploration méthodique de l'organe, notamment par le procédé des deux pouces, renseigne l'observateur. L'abcès du foie et l'angiocholite sont douloureux et s'accompagnent de fièvre.

Le rein mobile n'est pas sensible, pas plus que le kyste hydatique.

Les lésions de la région pylorique donnent fréquemment lieu à une douleur siègeant en plein foie. Une analyse attentive des symptômes et des antécédents, ainsi qu'une exploration profonde de la région, aidées de la radiologie, serviront à préciser le diagnostic.

L'ulcère duodénal peut être confondu avec l'ulcère pylorique. La méthode de Mounier (lavage de l'estomac avec une solution d'acide acétique à 1 %) permet de retrouver dans le liquide de lavage les cristaux d'hématine provenant de la plaie gastrique.

On songera aussi, par élimination, à la duodénite, rare et mal connue, — aux coliques du duodénum, à l'occlusion duodénale chronique, — à la ptose du duodénum, — à l'accumulation de gaz en haut du côlon ascendant, — à la péricolite, rare, — aux coliques pancréatiques.

« Telles sont les différentes causes de la douleur de l'hypochondre droit et des régions « immédiatement voisines On pourrait encore « y ajouter la symphyse pleuro-diaphragmatique et les adhérences phréno-hépatiques. »

Diabète par syphilis du pancréas.

Les lésions du pancréas sont les grandes factrices du diabète. Ces lésions diabétigènes sont rarement dues à une infection aiguë de la glande.

La tuberculose et la syphilis sont souvent associées au diabète. Il est permis de les considérer alors comme des affections causales.

En particulier, la syphilis doit être retenue comme créant l'altération anatomique spécifique du pancréas, qui détermine le diabète.

C'est ce que MM. P. Carnot et P. Harvier établissent en colligeant les observations qu'ils ont recueillies dans la littérature médicale, auxquelles ils ajoutent un cas qui leur est personnel (*Paris méd.*, 15 mai 1920).

Il s'agit d'une femme de 53 ans présentant d'une part des lésions nerveuses syphilitiques (tabès fruste et poliomyélite antérieure sacrée), et d'autre part, un syndrome de diabète avec dénutrition et glycosurie abondante, chez laquelle existaient une cirrhose hypertrophique du foie et une pancréatite syphilitique scléro-gommeuse, vérifiées à l'autopsie.

Le pancréas avait presque complètement disparu.

« Cette observation remarquable par la netteté des constatations cliniques et anatomiques, « établit d'une façon indiscutable la réalité « d'un diabète par syphilis du pancréas. »

« La France » (1) et les Congrès de Monaco.

La belle et bonne revue belge, qui s'occupe avec tant de science et d'art de vulgariser les bienfaits et les beautés de la terre de France, a eu l'idée tout à fait charmante de consacrer un numéro spécial aux Congrès de Monaco pour en perpétuer, comme elle dit, le beau geste.

Nous y voyons d'abord des réflexions du plus haut intérêt sur l'action latine dans l'Europe de demain, inspirées par ces Congrès et un hommage aussi vibrant que mérité à S. A. S. le Prince de Monaco, à qui revient en grande part l'honneur d'avoir conçu et réalisé ces réunions, par le rédacteur en chef : M. Gaston Stalins.

Nous y lisons ensuite un rapport succinct mais très précis sur les Congrès à tendance médicale et thérapeutique par le Dr Baillon de Nice ; une biographie inédite du Dr Bardet, la cheville ouvrière des Congrès.

J. de Richelle y expose les travaux du Congrès de tourisme ; le Dr Roes les voyages d'études médicales ; le Dr Vanderhoeven-Leonard dépeint avec amour la « Côte d'Azur », et quelques pages relatent les intéressants travaux du Congrès de l'Alpinisme.

Le Dr Tricot-Royer décrit le travail du Dr Molinery, créateur de la première exposition rétrospective des villes d'eaux annexée au Congrès d'hydrologie et M. Gaston Stalins nous donne pour finir et compléter la documentation de ce numéro, un compte-rendu détaillé sur l'exposition des villes d'eaux qui se tient au palais des beaux arts de Montecarlo.

---

(1) 7, rue Van Lérins, Anvers. Prix de ce numéro spécial : 7 fr. 50.

Toutes ces chroniques et études sont, comme de coutume, richement illustrées et comportent, à part les très beaux portraits inédits de *S. M. le Roi des Belges, de S. A. S. le Prince de Monaco* et du *Baron F. Gabet*, une cinquantaine de portraits des principaux Congressistes qui ont tous collaboré au succès du Congrès.

Il y a deux pages gaies de Cayon et de Maclot, des caricatures tout-à-fait désopilantes, qui jettent une note satyrique sans tout ce bagage d'érudition.

Ce magnifique fascicule constitue par ses multiples reflets lumineux le meilleur souvenir de ces réunions où tant de savants sont venus de tous les pays du monde pour se resserrer autour du glorieux drapeau français.

« La France » collabore ainsi aux visées les plus élevées de ces Congrès, elle rappellera sans cesse les travaux élaborés et incitera aux réalisations tant souhaitées.

Lois générales des rachianalgésies chirurgicales.

M. Paut Delmas fait un exposé des lois qui régissent les rachianesthésies. (*Presse médicale*, 8 août 1920).

Ces lois sont de deux sortes ; les premières sont les lois dans le temps :

a) D'une part, la rapidité de l'insensibilisation est en raison directe de la dilution de l'analgésique, mais autour d'un titre optimum, en deçà et au delà duquel la cocaïne n'agit pas encore ou n'agit plus. Ce titre semble voisin de l'isotonie du liquide céphalo-rachidien et de la solution injectée.

b) D'autre part, la durée de l'analgésie est fonction de la dose injectée : elle lui est directement proportionnelle (1/4 d'heure en moyenne pour 1 centigr.) ce qui tient à la vitesse de l'élimination du produit par la circulation générale et les urines.

Les secondes sont les lois dans l'espace, et règlent la hauteur, ou mieux l'étendue de l'analgésie.

a) Celle-ci est tout d'abord en raison inverse des résistances rencontrées ; basse, quand il n'y a pas eu spoliation préalable ; intermédiaire pour une évacuation moyenne ; haute avec une soustraction suffisante.

b) De plus, et surtout, elle est en raison directe de la force vive de l'injection, et dépend, par suite, de la masse et de la vitesse de la veine fluide.

Autrement dit : 1° elle est basse pour une masse faible ; intermédiaire pour une masse moyenne ; haute pour une grande masse.

2° Il faut tenir compte de la vitesse d'injection qui, faible, donne des analgésies basses ; intermédiaire, des analgésies moyennes ; grande, des analgésies hautes.

Cette force est modifiée par l'instrumentation utilisée : petite seringue et aiguille étroite la réduisent dans des proportions importantes ; moyennes, l'altèrent en partie ; grandes, la conservent à peu près intégralement.

Le pronostic de la grippe.

La grippe doit être considérée comme une affection généralement bénigne, à condition d'appliquer le traitement qui convient, et surtout de ne pas pratiquer des manœuvres contrariantes. Pour M. Fiessinger père (*Journ. des Prat.*, 10 juillet 1920), ces manœuvres sont la saignée générale quand le malade est affaibli, et les anti-thermiques, l'aspirine surtout, à hautes doses. Même dans les épidémies les plus meurtrières, avec un traitement opportun, la mortalité n'a pas dépassé 5 %.

Les irrégularités et la fréquence du pouls, n'ont pas de signification pronostique nécessairement grave. La température élevée, avec rémissions matutinales, n'empêche pas la guérison, quand les rémissions sont multiples. Une rémission unique assombrit le tableau. Les troubles nerveux, les douleurs, la faiblesse, l'insomnie, les convulsions, le délire, les sueurs, ne sont habituellement pas alarmants. L'épistaxis abondante est un signe favorable. L'angine et la bronchite banales n'offrent rien de grave. La congestion pulmonaire, qui est ordinairement la règle, peut être souvent considérée comme un orage parfois bruyant, mais vite apaisé. Les troubles digestifs :nausées, vomissements, diarrhée, ne sont inquiétants que s'ils se traduisent par du ballonnement du ventre, et une diarrhée abondante et involontaire. Les parotidites évoluent vers la résolution et la guérison. Les éruptions cutanées n'ont aucune signification. La forme prolongée, avec lente défervescence, entraînant une convalescence traînante, n'en guérit pas moins la plupart du temps.

Parmi les complications, la broncho-pneumonie comporte un pronostic sévère. La mortalité atteint alors 30 %. L'œdème pulmonaire est enrayé par la large et copieuse saignée précoce. La pleurésie, séro-fibrineuse ou suppurée, n'entrave pas la guérison, à condition qu'elle soit traitée opportunément. L'albuminurie transitoire et la néphrite hémorragique, soignées par la diététique qui leur convient, guérissent. La cystite et l'orchite grippales guérissent constamment. L'endocardite infectante est rapidement mortelle. L'aortite grippale tourne à l'état chronique. La tachycardie paroxystique guérit habituellement, ainsi que la phlébite et l'artérite. La méningite spinale, rarement observée, a été suivie de mort, rapidement ou à longue échéance.

Enfin, les maladies au cours desquelles la grippe intervient comme affection intercurrente, ne sont pas toujours aggravées par elle. Telles

ont été, pour M. FIESSINGER, la tuberculose, l'hypertension artérielle d'origine rénale, la maladie de Basedow : c'est cependant exceptionnel.

Au-dessus de toutes ces considérations demeure et plane une inconnue due à ce qu'on nomme le génie épidémique, grâce auquel telle épidémie est bénigne, alors qu'une autre sera sévère. Le génie épidémique exerce une influence prépondérante sur le pronostic : il faut en tenir le plus grand compte.

Traitement du vertige par l'adrénaline.

Selon M. VERNET (*Presse Méd.*, 10 juillet 1920), « il y a, à la base de toute sensation « vertigineuse, un phénomène labyrinthique, « vaso-moteur ou toxique, partant, un phéno- « mène sympathique ou endocrinien. »

Frappé de l'empirisme de la plupart des médications employées jusqu'alors, en dehors du traitement particulier des causes saisissables du vertige (bouchon de cérumen, épanchement auriculaire, tænia, l'auteur a eu l'idée d'employer l'adrénaline, en raison des propriétés qu'elle possède d'exciter électivement les terminaisons du sympathique, de régulariser la pression sanguine et d'agir comme anti-toxique.

Il prescrit de V à XX gouttes par jour de la solution au 1000e, par la bouche, en tenant compte des règles habituelles d'administration de ce médicament. Les résultats ont été des plus encourageants.

Il en résulte qu' « une orientation nouvelle « endocrinienne semble devoir être donnée à « la thérapeutique du vertige. La médication « adrénalinique est un élément encore imparfait « sans doute, mais plus riche que ne l'avaient « été les médications instituées jusqu'ici. »

Le pouls alternant.

Il est constitué, selon MM. LIAN et BOULOT (*L'Hôpital*, juillet 1920 B) par la succession régulière d'une pulsation faible à une pulsation forte, les contractions cardiaques correspondantes demeurant équidistantes.

Fréquent chez les cardio-rénaux, il possède une grande importance pour le pronostic et le traitement.

Il est facile de le constater cliniquement, soit par la palpation de la radiale, soit par l'auscultation de l'humérale, soit à l'aide du Pachon. Il faut préalablement comprimer le membre avec une manchette jusqu'à effacement des pulsations. En décomprimant progressivement, on décompte d'abord un nombre de pulsations radiales inférieur de moitié à ce qu'il était avant l'examen. La décompression s'accentuant, on arrive à percevoir, entre deux pulsations fortes, une pulsation faible. L'auscultation de l'humérale au-dessus de la manchette maniée de la même manière, donne les mêmes résultats à l'oreille. Enfin, l'observation des mouvements de l'aiguille de l'oscillomètre montre qu'elle décrit une course qui parcourt successivement et alternativement 5 divisions du cadran par exemple, puis de 2 à 4. On pourrait essayer de remplacer la manchette par la compression digitale de l'humérale.

On ne confondra pas le pouls alternant avec le pouls bigéminé, qui comporte des couples de pulsations fortes et faibles séparées les unes des autres par une pause plus ou moins grande. L'auscultation du cœur montre d'ailleurs que les contractions n'en sont pas régulières, et que l'arythmie rythmique du pouls bigéminé fait souvent place au pouls tri et quadrigéminé. Au besoin, un tracé sphygmographique lèvera les doutes.

Le pouls alternant correspond à une insuffisance ventriculaire gauche, par exemple chez les brightiques hypertendus, chez les mitraux fonctionnels et organiques, chez les aortiques type Hodgson. Le pseudo-asthme nocturne et les crises angineuses accompagnent souvent le pouls alternant. On peut trouver aussi de l'asystolie avec hypertension artérielle.

Le pronostic du pouls alternant est sévère. La mort est presque fatale dans un délai de 1, 2 et 3 ans. Cependant, s'il n'est pas constant, le pronostic est moins sombre et la survie plus longue, à condition que le traitement approprié soit prescrit. Ce traitement comporte l'usage de la digitale à doses décroissantes d'abord. 50 gouttes de la solution de digitaline cristallisée sont administrées, à raison de 20 gouttes le premier jour, dix gouttes le deuxième et le troisième, 5 gouttes chacun des deux jours suivants. L'amélioration étant obtenue, on maintiendra l'organisme sous l'influence de la digitale, par un traitement discontinu à petites doses. Si l'on était amené à augmenter les doses indiquées et à en prolonger l'action, on surveillerait attentivement le pouls et on suspendrait le médicament s'il descendait au-dessous de 70 pulsations. Les injections digitaliques intra-musculaires et intra-veineuses, celles d'ouabaïne, seront réservées aux cas qui résisteront à la méthode précédente. Entre temps, on appliquera à l'affection causale le traitement qui lui convient : désintoxication et diurèse dans les néphrites chroniques par exemple.

Traitement des hémoptysies.

Les hémoptysies s'observent généralement dans les affections cardiaques et dans la tuberculose. Si le diagnostic étiologique importe considérablement, il ne sera recherché qu'après que l'accident aura été réparé. Il faut aller en effet au plus pressé et arrêter *l'hémorragie*.

M. P. Emile-Weill conseille d'adopter la conduite suivante (*L'Hôpital*, juillet 1920 B) :

Maintenir le malade couché, tête et thorax légèrement relevés, dans l'immobilité, le silence et la demi-obscurité. Appliquer une vessie de glace au-devant du thorax et des sinapismes sur les jambes et les cuisses. Supprimer toute alimentation. Faire sucer de petits fragments de glace et prendre quelques cuillerées de limonade sulfurique (eau de Rabel). Calmer la toux au moyen d'une injection de morphine (1/2 à 1 cgr.) renouvelée deux ou trois fois dans les 24 heures. Au cas d'hémorragie très abondante ligaturer les membres à la racine avec des bandes de flanelle.

Lorsque ces moyens ne suffisent pas à calmer l'hémoptysie, on pratiquera une injection intra-musculaire ou intra-veineuse de pituitrine ou d'extrait délipoïdé de lobe postérieur d'hypophyse, à la dose d'un demi-centimètre cube, diluée, dans l'intra-veineuse, dans 10 cmc. de sérum physiologique. L'effet est immédiat. « On a l'impression d'un robinet ouvert auquel « on donne un tour de clé ».

Si les hémorragies surviennent dans la dernière période de la maladie, quand les vaisseaux sont lésés, on injecte en outre 20 à 30 cmc. de sérum sanguin, qui préviennent le retour de l'effusion sanguine.

Enfin, chez les tuberculeux porteurs de grosses lésions, présentant des hémoptysies à répétition, on se trouvera bien du pneumothorax artificiel, quand il est possible de le réaliser.

L'asthme des nourrissons.

A l'occasion d'un nourrisson chez lequel il a observé un accès d'asthme, M. Marfan étudie cette affection dans les premières années de la vie (*Presse Méd.*, 17 juillet 1920).

L'asthme est fréquent dans la première enfance. Il revêt la forme catarrhale ou bronchique, en raison du rhume et de la bronchite qui l'accompagnent. La dyspnée éclate avec une expiration très prolongée, beaucoup plus longue que l'inspiration. La respiration est accélérée, les ailes du nez sont animées de battements précipités, les lèvres et les extrémités sont souvent cyanosées. A distance, on perçoit dans la poitrine un sifflement prédominant à l'expiration. A l'auscultation, on entend des râles ronflants et sibilants disséminés dans les deux poumons, auxquels s'ajoutent parfois aux bases des râles muqueux. Le pouls est petit et rapide, la température s'élève et dépasse habituellement 38°.

L'accès dure de 24 à 48 heures. Il cesse assez brusquement.

L'asthme infantile doit être distingué de la broncho-pneumonie, du strider expiratoire de la tuberculose ganglionnaire et du catarrhe suffocant.

La distinction est en général facile, tant en raison des caractères propres à l'asthme, que des signes physiques et de la courbe thermique.

Le pronostic en est favorable. Plus il se manifeste précocement, plus il a de chances de guérir sans séquelles.

Dû à un spasme des muscles des bronchioles (muscles de Reissessen) avec contracture du diaphragme et troubles sécrétoires, il est provoqué par une cause occasionnelle qui se montre presque toujours la même pour un même sujet (poussières de graminées, odeurs, aliments, etc). et réclame une prédisposition constitutionnelle particulière. La tendance actuelle est d'en faire une manifestation du choc anaphylactique. Quoique cette interprétation demande à être confirmée, on sait que les athsmatiques appartiennent à la famille arthritique. Contrairement à l'opinion de Landouzy, ils ne sont pas fatalement des tuberculeux. Des malades examinés par l'auteur se sont montrés indemnes de toute tuberculose, de par la négativité de la cuti-réaction répétée plusieurs fois.

L'hypothèse de l'anaphylaxie autorise à chercher à appliquer un traitement qui fasse disparaître la sensibilité. Pour cela, il faut dépister la cause déchaînante de l'accès, ce qui est impossible chez le petit enfant. On prescrira donc l'iodure de potassium, à raison de 10 à 30 cgr. 15 jours par mois selon l'âge, les cures thermales (Le Mont-Dore, La Bourboule, les eaux sulfureuses). On évitera les rhumes. On soignera les végétations adénoïdes.

Contre l'accès lui-même, le sirop d'éther et le sirop de codéine à parties égales (3 à 4 cuillerées à café par jour), les poudres anti-asthmatiques, sont recommandables. Mais les meilleurs résultats paraissent obtenus avec l'adrénaline en injections sous-cutanées (1 goutte dans 5 gr. de sérum physiologique), une ou deux fois par jour.

Les bains chauds à 37° répétés six fois par jour, les enveloppements thoraciques humides, agissent sur la fièvre.

G. D.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des livres.

Chez A. MALOINE et FILS

Dr Louis Dor. — **La répartition des blessés de guerre. Ce qu'elle a été. Ce qu'elle aurait dû être.**

C'est une critique du système qui a présidé, pendant la guerre, à l'évacuation des blessés et à leur répartition par régions.

L'auteur réclame la répartition à l'intérieur par réseaux ; la répartition dans la zone des armées, par toutes les routes disponibles, et la création de médecins répartiteurs ayant des moyens d'action et une autorité bien définis.

A. Aucher. — **Les minéraux végétalisés.**

Il s'agit d'un procédé de culture de certains végétaux, le cresson en particulier, sur un terrain préalablement minéralisé.

On obtiendrait ainsi une sorte d'incorporation à la matière vivante de la plante d'un minéral médicament, le fer, par exemple, qui en rendrait l'acceptation, la tolérance et l'assimilation parfaites par l'organisme.

Chez F. CARTIER,

1, rue de la Martinerie, Lyon.

Le Memento Cartier 1920 vient de paraître.

Ses éditions se présentent sous la forme de deux volumes pratiquement conçus, solidement reliés et d'un format très maniable.

L'Edition jaune englobe 13 départements de la région lyonnaise.

L'Édition bleue comprend 12 départements de la côte méditerranéenne.

Chacune de ces éditions donne, en outre, la liste complète des médecins des villes d'Eaux exerçant en France.

On y trouve des renseignements utiles : noms, adresses de confrères, de maisons de santé, œuvres d'Assistance, voire même l'indication de spécialités pharmaceutiques avec leurs prix, posologie et noms de fabricants, etc., etc.

Revue des Thèses.

Thèse de Paris.

Dr Lefranc. — **Traumatismes du larynx et phonation.** Paris, Éditions médicales, 7, rue de Valois, 1920.

Voici les conclusions essentielles de cet intéressant travail :

Les petites opérations qui portent sur la muqueuse du larynx pratiquées par voie endolaryngée donnent un résultat vocal excellent.

La pendaison, incomplète très souvent, ne modifie pas la voix, mais la lésion des pneumogastriques et des récurrents, le réflexe provoqué par la constriction du cou toujours possible doivent réserver le pronostic vocal.

Les plaies du larynx par instruments tranchants sont d'un pronostic vocal bénin.

Les lésions traumatiques par armes à feu comprennent :

A. — Les lésions inflammatoires et sténosantes.

B. — Les lésions nerveuses laryngées.

La phonation est possible sans cordes vocales et sans larynx, grâce à la production de glottes supplémentaires, à la pression sous-glottique et à toutes les parties du conduit aérifère situées au-dessus du larynx.

Thèses de Bordeaux.

Dr G. Jumeaux-Lafond. — **Le chancre mou extra-génital.** Bordeaux, imprimerie J. Bière, 1920.

Le chancre simple extra-génital, plus fréquent qu'on ne l'admettait généralement, en raison de la multiplication des chancre mous, durant et après la guerre, est parfois d'un diagnostic difficile et risque d'être méconnu en l'absence de localisations génitales.

Dans les cas douteux, le diagnostic clinique doit être éclairé par le laboratoire. On recherchera le bacille de Ducrey par la coloration à la thionine, par exemple, après le raclage des ulcérations. Dans certains cas, on pourra avoir recours à l'inoculation au porteur.

Le malade atteint de chancres génitaux, se lavera soigneusement les mains chaque fois qu'il aura touché sa plaie.

Un des meilleurs traitements consiste, après détersion de l'ulcère avec des boulettes de coton imbibées d'éther, à faire un enfumage iodé tous les jours ou tous les deux jours, puis un poudrage à l'iodoforme deux fois par jour.

Dr Grellier. — **Complication de voisinage des cavernes pulmonaires.** Bordeaux, 1920.

Les cavernes tuberculeuses pulmonaires s'agrandissent aux dépens du parenchyme pulmonaire environnant, ou, se rétractant peu à peu, arrivent à s'obturer plus ou moins complètement par un processus de sclérose. Lorsqu'elles s'agrandissent sans cesse, elles peuvent atteindre, si elles sont superficielles, les organes voisins et provoquer des troubles fâcheux. Leur rupture peut amener par exemple un pneumothorax, un emphysème médiastinal ou un emphysème sous-cutané parfois généralisé.

La formation d'un pneumo accompagné de

l'apparition d'un emphysème sous-cutané localisé est une complication que l'on rencontre rarement. Dans sa thèse, l'auteur ne relève que trois observations publiées.

A propos de l'observation inédite d'un malade de Sabrazés dont il donne l'histoire dans sa thèse, Grellier étudie cette localisation. Il s'agit, d'un adulte atteint de tuberculose pulmonaire au stade de caverne qui présente une toux pénible et des douleurs thoraciques parfois très intenses. Peu à peu se développe en arrière, au niveau de la 7e vertèbre cervicale et près du rachis, une grosseur qui atteignit bientôt le volume d'une orange.

A sa surface, pas de modifications des téguments, ni rougeur ni circulation veineuse collatérale. Dans le cas de Sabrazés et Grellier, cette grosseur conservait toujours la même forme pendant les mouvements respiratoires; au contraire, dans les trois autres observations publiées, ces grosseurs étaient animées d'un mouvement d'expansion et de retrait. Au toucher, cette grosseur, donne une sensation de mollesse ; la palpation, souvent douloureuse, permet de sentir la crépitation neigeuse qui est constante dans l'emphysème sous-cutané généralisé. La compression est douloureuse et provoque dans le cas qui nous occupe des gargouillements assez intenses pour être perçus à la surface. Tympanisme et parfois, souffle amphorique avec retentissement de la voix.

Le diagnostic est donc en général facile. Le pronostic dépend de celui de la tuberculose pulmonaire. Il réside dans le degré et l'étendue des lésions pulmonaires sous-jacentes.

Il peut guérir, puisque dans l'observation de Sabrazés et Grellier, la poche emphysémateuse disparut subitement sous l'influence d'un choc.

Thèses de Lyon.

Dr Gabriel Richard, licencié ès sciences. — **Recherches cytologiques expérimentales sur les corynébactéries (bacilles diphtériques et pseudo-diphtériques). Étude sur les corpuscules métachromatiques.** Lyon Impressions-éditions des Deux Collines, 1920.

Ce travail cherche à préciser quels sont les caractères qui distinguent les bacilles diphtériques des bacilles pseudo-diphtériques.

Il établit en outre les affinités qui existent entre ces bacilles qui appartiennent au groupe des corynébactéries, et d'autres agents pathogènes importants.

Ce groupe serait intermédiaire entre les bactéries et les champignons avec lesquels il présente plusieurs degrés de similitude.

Dr J.-F. Miguet. — **La forme splénoganglionnaire, à évolution subaiguë de la leucémie myéloïde.** Lyon imprimerie du centre, Commarmond et Sallaz. 1920.

Si les deux grands types cliniques de leucémie chronique, myéloïde et lymphoïde, possèdent en général une individualité propre tant au point de vue clinique qu'au point de vue hématologique, il est toutefois possible d'observer des cas intermédiaires : c'est ainsi que dans la leucémie myéloïde on peut parfois observer des adénopathies bien que celle-ci ne fassent pas partie du tableau clinique habituel de cette affection.

Cette forme splénoganglionnaire de la leucémie myéloïde, qui est d'observation rare, présente souvent une évolution rapide, subaiguë et amène la mort en quelques mois.

Seul en pareil cas l'examen hématologique permettra de dire que l'on est en présence d'une leucémie myéloïde, et d'éliminer la leucémie lymphoïde.

Dr René Berton. — **Le paludisme en Italie. Aperçu historique sur sa prophylaxie depuis l'antiquité jusqu'à nos jours.** Lyon, anciens Etablissements Legendre, 1920.

Depuis que l'on connaît l'agent de transmission, on a perfectionné les anciens moyens de prophylaxie et on en a mis en œuvre de nouveaux.

Pour la disparition de la maladie, le moyen le plus radical consiste à empêcher la reproduction des moustiques, en supprimant ou en assainissant les eaux stagnantes.

Dans les pays où cela est difficilement réalisable on a recours à la préservation collective ou individuelle des piqûres de moustiques.

La quinisation préventive ne rend pas l'homme réfractaire à l'infection, mais elle renforce les défenses de son organisme et aide à lui donner une immunité relative, immunité qui peut se rompre dès que l'individu est affaibli.

Il faut par des lois abolir les latifondi et imposer la culture intensive des vastes étendues de terrains abandonnés ou occupés par des pâturages.

C'est par le réveil et l'extension d'œuvres agricoles exploitées par des travailleurs sachant user de la prophylaxie quinine, que l'Italie peut espérer se délivrer du fléau paludéen. C. C.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

A propos du nouveau Tarif Breton.

La lecture du nouveau tarif des soins donnés aux victimes des accidents du travail ne me procure aucune joie. Je crois qu'une fois de plus, les médecins ont été roulés par les assureurs et que la rédaction du nouveau tarif ne le cède en rien à celle du précédent sous le rapport des sources de chicane : on se plaît à le trouver clair, et pourtant ce que je lui reproche le plus, c'est de manquer de clarté.

La distinction, au point de vue du taux de la visite, entre les villes de plus ou de moins de 100.000 habitants est inadmissible. La vie est plus chère dans bien des villes du nord, comme Cherbourg, que dans les grandes villes du midi. Admettons qu'on ait été forcé de faire sur ce point une concession aux assureurs, et de diminuer de 20 % le prix de la visite pour les petites villes, pourquoi alors diminuer de 25 % le prix des interventions ?

Pourquoi répéter ces tarifs de la visite et de la consultation à l'art. 16, alors qu'ils étaient déjà fixés par l'art. 1 ?

Les replacer après l'art. 15, qui prévoit la réduction de 25 % pour « *les chiffres donnés ci-dessous* » c'est donner envie aux Compagnies d'obtenir des jugements décidant que cette réduction de 25 % s'applique aux prix de 8 et 7 fr. de la 2e catégorie. Cette erreur de mise en page sera sûrement exploitée. Et ne venez pas dire : « ce serait stupide, le texte de l'art. 1 est trop clair pour qu'une telle prétention soit possible ». Le texte de l'article sur le cumul était plus limpide encore ; cela n'a pas empêché les assureurs d'obtenir, au mépris du bon sens, une jurisprudence défavorable aux médecins.

Je ne considère pas comme un succès l'abolition du cumul. J'aurais mieux aimé le voir conservé en précisant que dans tous les cas et toujours la visite serait comptée, chaque intervention étant tarifée en plus par un coefficient placé en haut et à droite du prix de la visite.

Le cumul, qu'on le regrette ou non, est aboli, c'est un fait. Eh bien ! voulez-vous me dire comment vous établirez votre note pour un blessé qui se présente, je suppose, avec une phalangette écrasée par un coup de marteau ? Vous nettoyez un doigt très souillé, vous enlevez l'ongle décollé par un hématome, vous faites un pansement antiseptique et vous terminez par une injection de sérum antitétanique.

Dans le nouveau tarif il n'est pas question d'extraction d'ongles ; le pansement, si minutieux soit-il, ne peut pas être facturé à part ; l'injection de sérum antitétanique comptée 20 fr. (et, pour nous diminuée de 25 %) fait sauter, dès l'instant qu'on la compte, le prix de la visite et du pansement. Pour tout ce travail donc je me verrai allouer : 20 fr. moins 25 % = 15 fr. Avec l'ancien tarif j'aurais compté :

Visite..................	2 fr.
Pansement ant. complet..	4 fr.
Ablation d'ongle........	4 fr.
Sérum antiseptique......	10 fr.
	20 fr.

Je recevais donc 5 fr. de plus pour cette intervention si courante, avant la guerre, à une époque où la vie était cinq fois moins chère et où pourtant nous considérions le Tarif Dubief comme insuffisant. Il l'était si bien qu'on l'avait majoré de 100 % et que jusqu'au 1er septembre cette intervention me rapporterait non pas 20 fr. mais 40 fr.

Mais à partir du 1er septembre, date à laquelle le Tarif Breton entrera en vigueur, elle ne me rapportera plus que 15 fr. En constatant une perte de 25 fr. sur une opération courante dans ma pratique, vous me permettrez de trouver que nous sommes joués une fois de plus.

Oh ! il n'en est pas ainsi, je le reconnais, d'un bout à l'autre du Tarif. Je vois que les assureurs se sont montrés généreux dans certains cas : amputation de cuisse : 400 fr. ; trépanation avec ouverture de la dure-mère : 600 fr. Laparotomie : 600 fr., anesthésistes et aides en plus.

Pauvres médecins, éternelles poires ! mais les assureurs vous auraient aussi bien alloué 2.000 fr. que 600 pour ces graves opérations. Ne savent-ils pas qu'ils n'auront jamais l'occasion de les verser ! que ces opérations ne peuvent pas se faire en ville et que longtemps encore, grâce à l'hospitalité de l'Assistance publique, grâce au monstrueux « tout compris » et à la veulerie des chirurgiens des hôpitaux, leurs grands et moyens blessés seront soignés « à l'œil » !

Aussi se sont-ils montrés généreux pour ces opérations qu'ils ne payeront jamais, et grâce à ces largesses, ont-ils obtenu des concessions sur celles qu'ils paieront chaque jour !

Mais qu'est-ce ceci ? Je croyais en avoir fini avec la lecture du tarif de médecine et de chirurgie générales et voici que ça recommence ! Que vient faire, *in cauda*, cet art. 28 ? Pourquoi les greffes osseuses sont-elles ici et non dans l'article 17 ou dans le 21 ? Pourquoi le curetage des petits os est-il ici et non dans l'art. 17 ? Mystère, complication, con-

fusion, embûches, pièges à procès ! Que vient faire cette « petite brûlure » à 10 fr. Si elle se confond avec la visite avec ou sans pansement à 10 fr. ce n'est pas la peine d'en parler ; si elle s'y ajoute, que devient la fameuse suppression du cumul, et pensez-vous que le moment venu de régler la « petite brûlure », les assureurs ne la brandiront pas ? Il faudrait être plus naïf qu'un médecin pour se l'imaginer.

Et cette grande brûlure à 100 fr. que fait-elle là encore ? Après tout il ne s'agit que d'un pansement, et puisque la dimension du pansement n'a pas été déterminée dans la visite « avec ou sans pansement », comment pouvez-vous croire que les assureurs aient souscrit à la rédaction de ce paragraphe s'ils n'avaient pas eu déjà en vue tous les moyens d'y « couper ». Un pansement à 100 fr. ! Y pensez-vous ? Et il ne s'agit pas d'un pansement unique, dans un cas de vaste brûlure, mais de pansements quotidiens pendant des semaines et des mois ! Je suis bien sûr que, le cas échéant, les assureurs vous offriront 10 fr., ou un procès — qu'ils gagneront toujours avec de la patience ; la preuve a été faite pour le cumul, qu'on arrive toujours à obtenir un jour, après 100 échecs, un jugement favorable, même sur un texte de limpidité parfaite et nettement défavorable. Le premier médecin qui touchera d'une assurance 100 fr. pour une « vaste brûlure » n'est pas encore né. D'ailleurs nous discutons en vain : cent, mille chirurgiens des hôpitaux seront trop heureux de la soigner à l'œil. Rira bien qui rira le dernier, et ce sera l'assureur !

Pauvres médecins, vous êtes encore une fois roulés, bien roulés, mais alors de grâce n'embouchez pas la trompette de Jéricho pour célébrer les mérites du nouveau Tarif. Avouez votre défaite et préparez la revanche, ça vaudra mieux !

Dr Le Duigou.

Réponse.

Vous critiquez âprement le Tarif Breton. N'oubliez pas qu'il y avait deux intérêts opposés en présence et que les délégués médicaux ne tranchaient pas librement « dans le vif ». Les 20 % de moins pour la 2e catégorie ont été demandés précisément par moi, mais sans succès, et les stupides 25 % ont persisté avec des prix de 24 fr. 95 consécutifs.... Quant au danger que ces 25 % affectent les prix de 7 et 8 fr. (de la 2e catégorie) marqués à l'art. 16, il ne peut être à craindre puisqu'il est dit, *en toutes lettres*, que ces prix sont ceux de cette deuxième catégorie elle-même.

Toutefois, examinons de près l'exemple choisi par vous, pour mieux « tomber » le Tarif Breton. Vous supposez un blessé qui s'est fait écraser une phalangette et décomptez le prix de revient de la première intervention. Première erreur, à mon avis. Pour juger le rendement d'un tarif, il faut prendre un accident *en bloc*, jusqu'à la guérison. Deuxièmement, un blessé du doigt se rend chez le médecin : donc, comptons non des visites, mais des consultations. Pour la blessure indiquée, supposons dix consultations, ce qui semble rationnel.... mais allez-vous compter, chaque fois, avec le cumul du tarif Dubief : Consultation + Pansement ? Hélas ! Les tribunaux ont jugé à plusieurs reprises qu'on ne devrait compter la consultation que *tous les 3 pansements*, et c'est ainsi que s'établissait la pratique depuis quelque temps. Permettez-moi donc d'établir ainsi la note, suivant le Tarif Dubief (ancien) et, en face, suivant le Tarif Breton (nouveau).

Je prends votre premier jour, confrère, tel que vous le proposez comme disposition.

Tarif Dubief

Date	Acte	Prix	Total
5 juillet.	Certificat	2 »	17 »
	Consultation	1 50	
	Pansement	3 »	
	Ablation d'ongle	3 »	
	Injection sérum	7 50	
6 juillet.	Pansement	3 »	
7 »	Pansement	3 »	
9 »	Consultation avec pansement	4 50	
11 »	Pansement	3 »	
13 »	Pansement	3 »	
16 »	Consultation avec pansement	4 50	
19 »	Pansement	3 »	
21 »	Pansement	3 »	
24 »	Consultation	1 50	
	Total	45 50	

Tarif Breton

Date	Acte	Prix	Total
	Certificat	5 »	20 fr.
	Consultation avec injection sérum	15 »	
6 juillet.	Consultation	7 »	
7 »	»	7 »	
9 »	»	7 »	
11 »	»	7 »	
13 »	»	7 »	
16 »	»	7 »	
19 »	»	7 »	
21 »	»	7 »	
24 »	»	7 »	
	Total	83 »	

Et je suppose qu'il n'y a pas eu là le moindre petit point de suture. Dans ce cas, ce n'est plus 15 fr. qu'on doit mettre au premier jour, mais 40 — 25 % = 30 fr. (voir Art. 17 : Régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse superficielle ou d'une petite plaie de la main

ou du pied). Ce qui ferait au total, non plus 83 fr. mais bien 98 francs, au lieu de 45 fr. 50, de l'ancien tarif.

Et le 100 %, direz-vous ? Cela me ferait 91 francs !.... Mais n'oublions pas que le 100 % n'était accepté par les assureurs que *provisoirement*. Nous avons failli même ne pas le voir proroger une seconde fois, alors que le nouveau Tarif semblait, aux assureurs, trop tarder à naître. Mais, en tous cas, même avec le 100 %, le Tarif Breton ne fait pas mauvaise figure, comme vous voyez. Et pourtant vous avez choisi votre exemple pour les besoins de la thèse. Vous voyez donc bien que nous n'avons pas été, tant que cela, «roulés une fois de plus».

Je passerai plus rapidement sur le reste des critiques, qui me semblent secondaires : telle «petite brûlure» cotée 10 fr., ne devrait pas être inscrite puisque c'est le prix de la visite ordinaire.... Eh, sans doute ! Mais quand elle fut inscrite, le prix de la visite ordinaire n'était encore arrivé, dans nos discussions, qu'à 6 ou 7 francs. De même l'article 28 serait mieux à sa place avec l'article 17 ou 21... mais c'est qu'il y avait là une question de « contrôle technique » qui l'en avait tout d'abord séparé, avant que le dit contrôle disparût du Tarif, etc... »

A la fin, nous n'osions plus toucher à ce qui avait été convenu, fût-ce pour changer quelque chose simplement de place, de peur de nouvelles discussions, de nouveaux «reculs» sur l'acquis. Ah, confrère, ce ne fut pas toujours commode tout cela, croyez-le bien.

On peut espérer que le Tarif sera prochainement révisable tous les 6 mois. Nous suivrons alors le conseil de Boileau : «Polissez-le sans cesse et le repolissez ».

C'est pourquoi : 1° les critiques des confrères nous sont utiles ; 2° nous prendrons note de ce qui nous semble juste et praticable ; nous les en remercions.

Dr Fernand DECOURT.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Le médecin et les grèves.

Nous avons dit notre dernier mot sur la question. Nous n'y voulons pas revenir, en ce qui nous concerne.

Mais notre souci d'impartialité nous fait un devoir de publier la lettre suivante de notre excellent confrère, le Dr P..., qui ne partage pas notre opinion.

Cette publication nous fournit l'occasion d'en reproduire d'autres, de correspondants qui sont plus ou moins d'accord avec nous.

Ainsi, toutes les pièces du procès auront-elles été exposées au grand jour de la discussion.

G. DUCHESNE.

I

Je n'ai pas relevé les réponses que vous avez faites à ma lettre au sujet du « Médecin et les grèves » pour la raison que vous manifestiez vivement le désir de clore définitivement cette polémique. Voici qu'elle se rouvre avec le n° du 22 août. J'en profite pour défendre un peu mes idées.

Vous dites que le *Concours* n'a pas pris parti (1). J'aime le *Concours* que j'ai vu sur la table de mon père dès mon enfance, et sur la mienne depuis mon installation. Je le considère (à tort ou à raison) comme ma famille, une espèce de ruche où chaque lecteur aurait sa case. Et cela m'a peiné de voir que le Comité de rédaction disait avec une pareille netteté aux uns : « vous avez raison » et aux autres : « vous avez tort » sur une question qui est surtout une question de conscience et d'appréciation personnelles. C'est tout ce que je voulais dire.

Vous saisissez mon argument, à savoir que la grève n'est pas un droit universel, quoique légal, et vous vous en faites une arme. Mais il n'y a — malgré l'emploi du même mot — aucune assimilation à faire entre le médecin, qui, tout en refusant, dans *l'intérêt général*, ses soins à une catégorie de citoyens, n'en continue pas moins à travailler pour gagner sa vie, et ces citoyens eux-mêmes qui, dans un *intérêt personnel*, refusent tout travail, ce qui, à mon sens, leur enlève le droit de vivre. Et vous qui faites la distinction nette entre le droit *légal* de refuser ses soins, et le droit *moral*, pourquoi me dites-vous, quand je fais une distinction analogue à propos de la grève *légale*, mais *immorale*, : « la loi est la loi et nous n'y pouvons rien » ? La loi n'est pas divine, ni naturelle ; elle est humaine, donc faillible, donc modifiable. On fait tous les jours des lois à la douzaine, dont beaucoup sont inapplicables et contradictoires. On peut les modifier ; on le fait couramment, et c'est justement parce qu'on a des moyens normaux de corriger ce que l'organisation sociale peut avoir de défectueux, que la grève, moyen anormal et nuisible à tout le monde, doit être rejetée ; c'est encore pourquoi, à ceux qui n'hésitent pas à employer ce moyen légal mais immoral, je répondrai par arme analogue, le refus de soins, faute de mieux.

Et ce qu'on dit des grèves, naturellement, doit s'appliquer au lock-out patronal.

J'ai lu dans le n° du 8 août une lettre condamnant ces idées en termes véhéments ; elle est signée d'un étudiant en médecine. Pardi ! quand votre ho-

(1) Erreur : j'ai écrit tout le contraire. Le *Concours médical* a pris nettement parti : il se déclare franchement opposé à la grève des soins médicaux aux grévistes et à leur famille.

G. D.

norable correspondant (à supposer qu'il n'ait pas de fortune) aura vu pendant une dizaine d'années se réduire à rien ses illusions présentes, quand il aura tâté un peu des rancœurs, des difficultés de la vie médicale, de l'ingratitude des clients, et surtout du mal qu'on y a à donner du pain à sa famille, il raisonnera autrement.

On nous dit : « Le médecin ne doit pas se mêler de politique. » Entendu, mais est-ce qu'elles ne sont pas politiques les grèves concertées qui ont presque pour but avoué le chambardement social et la destruction de la bourgeoisie ! Je ne suis qu'un *travailleur*, bien que je ne connaisse ni le repos des nuits — ni la journée de huit heures — ni les dimanches, fêtes, ponts, congés, indemnités de chômages, de maladie, retraites, etc. qui sont l'apanage actuel des vrais « travailleurs ». mais, travailleur ou bourgeois, j'ai le droit de vivre, et de faire vivre ma femme et mon enfant, et si c'est faire de la politique que de défendre ce droit-là contre les ennemis de l'ordre indispensable au travail, c'est bien regrettable, mais je le défendrai quand même.

Car la vie est un rude combat. Ce n'est pas avec des armes comme celle que vient de forger le syndicat de la Seine (*Concours*, 22 août, p. 1099) qu'on arrive à un résultat, c'est avec l'énergie que préconise, 14 pages plus loin, notre très sympathique confrère Boudin, à propos de l'A. M. G. : « si la majorité de ceux qui se plaignent, dit-il, refusaient de faire le service... » (1). A la bonne heure ! Mais je vous demande à nouveau : si vous me conseillez de refuser mes soins aux indigents par intérêt personnel, comment me refusez-vous le droit d'employer le même moyen dans l'intérêt général ?

Oui, le rôle du médecin est fait d'humanité, de dévouement etc., etc. Il est beau, mais il faut *d'abord* vivre. On nous dit « L'intérêt des malades passe *avant* tout ». Mais non, c'est peut-être vrai pour le médecin riche, débarrassé du souci de son budget, ou pour le médecin célibataire qui a toujours le droit de sacrifier son existence à celle de son prochain, mais non pour le médecin chef de famille, qui, comme tout autre citoyen, a comme premier devoir de vivre et de faire vivre les siens. Voilà ce qu'il faut avoir le courage de dire. Faites un référendum dans les milieux syndicaux, vous verrez de quel côté est la majorité ; et, puisque les hommes ont accoutumé de s'entre dévorer combien il y a de médecins décidés à jouer le rôle de martyrs volontaires.

Dr P. de P.

II

Puisque la grève des médecins est de nouveau discutée dans le dernier numéro du *Concours*, permettez à un « jeune » de vous livrer ces quelques réflexions.

La grève intégrale des médecins, même uniquement opposée aux grèves, qui lèsent directement nos intérêts immédiats, me paraît condamnée pour les raisons que vous avez déjà exposées.

Et cependant, que nous le voulions ou non, nous ne sommes pas des neutres dans certains conflits sociaux. Il en est qui entravent l'exercice de notre profession et accroissent nos charges professionnelles, pour ne parler que de celles-là.

En pareil cas, devons-nous recevoir les coups sans broncher ou devons-nous rispoter ? *That is the question.*

J'opine pour la riposte ; reste à choisir la manière.

Grève administrative ? Oui, sans doute, mais sa portée est insuffisante.

Grève de récupération ? C'est ainsi qu'on pourrait baptiser la méthode de défense préconisée dans votre dernier numéro par le confrère M. Elle consiste essentiellement dans une large augmentation des honoraires demandés aux grévistes et à leur famille pour récupérer une partie tout au moins des charges nouvelles qu'une telle grève impose automatiquement au médecin.

Votre cessation du travail nous oblige à une diminution d'activité et va nous imposer subsidiairement une augmentation des frais professionnels : essence, huile, pneus, instruments, etc.... Vous devez payer ces nouvelles charges, dont vous êtes la cause directe.

J'estime pour ma part que si la mauvaise plaisanterie de mai dernier se renouvelait, les syndicats médicaux devraient décider immédiatement :

1° Les médecins des compagnies de chemin de fer n'assureront plus leur service durant la durée de la grève.

2° Les honoraires médicaux sont doublés pour les grévistes et leur famille.

Et si toutes les professions lésées suivaient cet exemple, les grèves politiques seraient vite terminées et les plus obtus des grévistes acquerraient rapidement une notion de la solidarité sociale, dont ils n'ont jusqu'ici qu'une vague lueur.

Dr D.

III

Il est peut être bien tard pour glisser mon « grain de sel » dans l'affaire des grèves. Cependant il me semble que le côté de la question que j'envisage n'a pas encore été mis en lumière :

La grève est-elle oui ou non légale ? Oui ou non est-elle un droit ? Oui ? Alors pourquoi le médecin en refusant des soins aux grévistes irait-il — se plaçant au dessus des lois — infliger je ne sais trop quelles peines disciplinaires au nom de je ne sais trop quelle justice supérieure ? Dans les conflits du capital et du travail le médecin prend parti en faveur de qui ? Du premier. Cela est inadmissible,

(1) Ne confondons pas : Boudin n'a en vue, dans ces mots, que la « grève administrative », la « grève des paperasses », et non la « *grève des soins* », car Boudin fait partie du Conseil de Direction du *Concours*, *de l'unanimité duquel je ne suis que l'interprète*. G. D.

pour bien des raisons : d'abord en dehors des grèves l'ouvrier a-t-il un moyen de faire aboutir ses justes revendications ?

Elles ne sont pas justes, direz-vous.

Mais encore une fois qui donne au médecin le droit de déclarer que telle revendication est juste, telle autre non ?

Vous n'êtes pas convaincu par cet argument ? Soit. Soyez alors logique jusqu'au bout ; et cela est mon second point — partez également en guerre contre les « patrons » qui font la grève des usines qui volontairement restreignent la production afin de maintenir la vie chère, font en un mot du malthusianisme économique.

Et puis, si vous saviez l'étrange mauvaise foi, la coupable malhonnêteté de certaines grandes compagnies à l'égard de leurs employés... mais ce serait un point trop long à développer, et je me suis promis d'être bref.

Dr L. B.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Prévoyance et mutualité.

(Aux retardataires).

Nous recevons la lettre suivante qu'il nous paraît intéressant de publier :

Monsieur le secrétaire général.

Ni vos arguments, ni vos circulaires ne m'avaient convaincu, et je restais persuadé que si, à la rigueur, vous aviez eu le droit de refuser l'indemnité-maladie aux sociétaires mobilisés qui pouvaient la réclamer, vous n'aviez d'aucune façon celui d'exiger d'eux les cotisations arriérées, quoi qu'en puissent dire les statuts et quelles qu'aient été vos décisions.

Pour en avoir le cœur net, j'ai posé la question à un de mes parents magistrat, et celui-ci m'a détrompé.

« Je suis profondément étonné, me répondit-il, d'entendre vos arguments et de constater votre mentalité de mutualiste. Voyons ! votre société a pour but de réparer dans une certaine mesure le tort que vous cause l'impossibilité d'assurer le service de votre clientèle si vous êtes blessé ou malade, et non pas de vous dédommager du fait d'être malade ou blessé. Si vous êtes mobilisé, vous n'exercez plus, vous n'avez plus de clientèle à assurer, par conséquent la société ne vous connaît plus comme sinistré. La chose est formellement établie dans les statuts qui sont la règle des parties.

« Mais, un jour, vous revenez en face de la clientèle, vous reprenez vos droits à l'indemnité, sans autre formalité, et peut-être dans des conditions de santé défavorables, courant plus de risques qu'avant votre mobilisation : il est donc nécessaire que vous ayez rempli tous vos devoirs de membre actif, que vous ayez versé toutes vos cotisations, et je ne vois pas pourquoi vous récriminez contre des statuts qui me paraissent justes, raisonnables et pleins de bon sens.

« Le jour où vous êtes entré dans la Mutualité, votre individualité a disparu : vous n'êtes plus qu'une fonction de ce tout et devez supporter votre part du risque collectif. Or ce risque collectif a continué à courir, vous ne pouvez vous dérober ».

Bref, ce que votre augmentation, qui me semblait intéressée, n'avait pu faire, la logique désintéressée de ce juge l'a fait. Je viens à récipiscence et je vous prie de me dire quelle somme j'ai à verser pour ne pas perdre mes droits.

Veuillez agréer...

J'ai renvoyé notre confrère à Gassot, avec lequel il va s'entendre pour le règlement de son compte.

Mais cette lettre est pour moi une occasion nouvelle de répéter aux retardataires que la date fatale du 31 décembre 1920 approche tout doucement, qu'elle arrivera plus vite qu'on ne croit et que, non seulement ils doivent, tant *pour eux-mêmes et dans leur intérêt* que pour la société dont ils font partie, régulariser leur situation en versant l'arriéré, mais que, s'ils ne le font pas, ils risquent d'être définitivement rayés, perdant de ce fait tous leurs droits acquis et toute sécurité d'avenir.

Le 31 décembre 1920 est la limite extrême du délai de deux années que le Conseil d'administration a cru possible de leur accorder.

Certes, chacun a le droit de démissionner *ab irato*, mais veuillez réfléchir, chers confrères, que ce n'est pas pour nous que je plaide, c'est pour vous, pour vous seuls.

A nous, qu'est-ce qu'une démission peut nous faire ? La société est en bonne posture, son recrutement reprend, les vides seront vite comblés.

Mais vous, vous allez vous voir fermer la société mutuelle-maladie la plus solide, la plus sérieuse, celle qui depuis 25 années a donné les plus belles preuves de son esprit de prévoyance et de solidarité, et cela, juste à l'heure où elle améliore et étend ses divers services et juste à l'heure aussi où vous-mêmes, affaiblis et fatigués par cinq années de dures campagnes, vous allez peut-être succomber sous le poids de fatigues nouvelles que vous impose une clientèle à refaire.

Nous ! nous n'avons peut-être pas grand intérêt à vous demander de rester, car beaucoup sont devenus des risques douteux, hélas ! Mais vous, justement à cause de cela, n'avez-vous pas tout intérêt à faire le sacrifice nécessaire pour rester dans nos rangs et être sûrs de retrouver, aux mauvais jours, le secours et l'appui sur lesquels vous avez et aurez toujours le droit de compter ?

Je n'ose, hélas ! vous parler de solidarité — j'ai lu trop de lettres où ce sentiment semble bien étouffé dans la rivalité entre l'*avant* et l'*arrière*. Je ne parle que de vos intérêts personnels et immédiats.

Et, je le répète, vous avez tout intérêt à payer les 300 ou 400 francs d'arriéré et à régulariser votre situation.

Je ne puis croire que les résultats des deux années d'exercice qui viennent de s'écouler ne permettent pas à la plupart de s'acquitter sans trop de difficultés, mais aux autres je rappellerai que, grâce à l'effort de solidarité de ceux de l'arrière, qu'on a peut-être trop vilipendés, nous avons une caisse de secours qui vient en aide, dans les plus larges proportions possibles, à ceux dont la situation est véritablement difficile ou qui ont de lourdes charges.

Grâce à cette caisse de secours, nous avons aidé déjà beaucoup de sociétaires : nous pouvons encore en tirer d'affaire un certain nombre.

Qu'on se le dise : il ne faut pas que la gêne présente soit la cause pour demain d'une gêne plus grande encore, que le confrère qui aujourd'hui ne pourrait nous rester faute d'argent soit abandonné sans appel au jour fatal de la maladie. Et pour cela, nous sommes prêts, au Conseil de direction, à faire tout le possible.... nos confrères savent avec quelle discrétion.

Mais il ne faut pas non plus que ceux qui le pourraient refusent de verser leurs cotisations uniquement par parti pris, par mauvaise compréhension de notre rôle, par bouderie, par entêtement. Ce sont là des sentiments qui ne sont plus de mise aujourd'hui, ce n'est pas avec eux qu'on peut réparer le passé ni préparer l'avenir.

Prévoyance, solidarité, voilà quel doit être aujourd'hui le mot d'ordre, la devise de tout médecin soucieux de son intérêt comme de sa dignité !

C'est au nom de cette devise que je fais appel à tous nos retardataires. Ils n'ont plus que trois mois pour se mettre en règle, qu'ils y songent et ne viennent pas dire plus tard qu'on ne les avait pas éclairés ni prévenus.

H. MIGNON.

AUTOMOBILISME PRATIQUE

Le véhicule médical en 1920-1921....

V

Nous avons déjà passé en revue, très rapidement du reste, plusieurs organes essentiels de notre véhicule et conclu en faveur des solutions paraclassiques — mais non révolutionnaires — à part certaines exceptions, comme le changement de vitesse, par exemple, qui doit rester normal.

On ne saurait, en effet, lésiner pour un intermédiaire si précieux soumis à de rudes et constants efforts : de solides engrenages seuls peuvent « tenir le coup ».

Il suffit de penser aux embrayages, qui patinent parfois malgré de grandes surfaces de contact relatives et de forts ressorts, pour ne pas s'étonner que des plateaux tout juste tangents et à la bande de friction forcément étroite ne puissent toujours assurer un entraînement intégral.

Quand tout est neuf, sagement conduit, en pays peu accidentés, le résultat est encore acceptable, et nous ne condamnons pas le système pour le plaisir, mais dans le 8 ou 10 % avec sol médiocre, que de désillusions !

Ses partisans feront bien remarquer qu'après tout la propulsion de la voiture se fait en fin de compte par friction des pneumatiques sur la route ; d'accord, mais est-ce qu'il n'y a pas là aussi patinage et usure rapide quand on manque de calme et ceci malgré une adhérence bien plus considérable que celle possible entre deux plateaux ou cônes ?

Plus considérable pour de multiples raisons : quatre cents kilos au moins, en charge, appuient sur les roues arrière ; les ressorts employés ordinairement pour appliquer les plateaux l'un contre l'autre, sont-ils du même ordre de puissance, même proportionnellement ? Nous ne le croyons pas, d'après ce que nous avons constaté ; puis les roues ont un diamètre inadmissible pour des plateaux ou cônes impossibles à loger au-dessus de quarante ou cinquante centimètres ; or, le grand diamètre augmente en pratique la surface d'adhérence, ce que tout le monde peut contrôler ; de plus, la flexion du pneumatique crée une surface alors très appréciable tandis que la composition des plateaux ne « prête » que fort peu.

Les plateaux marchent à une vitesse bien plus grande, nous répondra-t-on, d'où moins de puissance à transmettre pour un même nombre de tours comparativement aux roues ; c'est exact, mais on n'arrive pas à combler le handicap, car si les ressorts ont besoin d'être moins puissants, la mauvaise adhérence de principe se manifeste rapidement après la moindre usure toujours régulière — renseignements donnés par des propriétaires de voitures à friction modernes.

On est du reste obligé de condamner l'emploi — pour la montagne — d'une seule roue motrice, même sur véhicule léger : à cause justement du patinage exagéré qui détériore à plaisir un malheureux bandage : de même le plateau unique glisse forcément un jour ou l'autre et on cherche mieux ; on trouvera peut-être.

Comme notre véhicule doit pouvoir circuler partout, la conclusion est nette, malgré l'exemple que nous avons été obligé de prendre, hélas ! en Angleterre. Là, il est vrai, les longues rampes n'existent pas.

Mais alors, direz-vous, si nous employons du

classique, comment arriver à un prix de revient abordable ?

Et la suppression du différentiel, est-ce classique ? et ceci est gros de conséquences.

Le pont arrière est du coup très simplifié, car une simple barre d'accouplement pourvue de roulements annulaires pour l'emplacement des ressorts, atteint à une solidité incomparable, plus grande en général que celle de tous les carters même renforcés, comme dans le système ordinaire, où il y a un essieu partagé en réalité en deux avec flexion libre au milieu à l'endroit du différentiel.

Avec une barre continue, simplement porteuse d'une couronne dentée, il suffira d'un carter léger, boîte à huile, ne supportant par lui-même aucun effort, et puisque nous parlons de légèreté, nous allons y trouver de grands avantages : diminution du poids non sus pendu, car il n'y a pas seulement la suppression du différentiel, appréciable déjà au point de vue où nous nous plaçons, mais aussi un gros gain sur le carter, comme nous le faisions prévoir.

Si nous adoptons une faible voie — nous verrons plus tard que ce n'est pas un inconvénient, au contraire — pour que les virages se fassent facilement, nous nous trouvons avec plusieurs kilos en moins par rapport aux ponts arrière classiques. En réfléchissant à la rapidité des oscillations et vibrations imposées par les cahots des routes actuelles, on comprendra de suite que ces quelques kilos peuvent changer beaucoup la tenue de route.

Comme nous l'avons déjà dit, le poids non suspendu, c'est-à-dire les roues et le pont arrière, doivent avoir le moins d'inertie possible, de façon à répondre rapidement à l'action des ressorts, après leur fléchissement à la suite d'une bosse.

Si, en effet, le poids non suspendu est considérable, il faudra, pour le rabattre rapidement sur le sol, après la bosse de la route, des ressorts très puissants, mais alors un gros inconvénient se produit : ces ressorts très durs réagiront fortement sur l'ensemble de la voiture quand les roues seront violemment soulevées, et le confortable s'en ressentira ; de toutes façons, le renvoi de ces roues sur le sol sera moins rapide, puisque la différence des masses suspendues et non suspendues sera moins considérable.

Il faut donc avoir des ressorts très souples, juste suffisants pour supporter le poids de la voiture, mais néanmoins capables de réagir sur le poids non suspendu, ce qui entraîne la nécessité que ce dernier soit très faible.

La tenue de route d'un véhicule dépend justement du bon contact des roues avec le sol ; quand il y a des décollages perpétuels, de légers glissements longitudinaux et même transversaux se produisent à la retombée de la roue, d'autant plus grands que le trajet aérien a été plus long ; avec un différentiel, il y a même emballement de la roue soulevée qui ne rencontre plus de résistance : on prévoit les fâcheuses conséquences de cette vitesse tangentielle exagérée ; usure rapide du bandage, embardées, glissements multiples, et c'est une des raisons qui militent en faveur de la suppression du différentiel, car les usures des virages sont compensées par l'avantage en ligne droite ; la roue soulevée ne tourne alors pas plus vite que celle restée au sol, d'où moins de rapages — et dérapages... — à la reprise du contact avec la terre.

Mais le problème de la suspension est autrement compliqué et actuellement, on n'est pas encore d'accord sur les directives. A la vérité, les données sont différentes suivant la vitesse et telle suspension qui est presque parfaite jusqu'à soixante à l'heure devient mauvaise et même dangereuse aux plus grandes allures, comme nous l'avons vérifié à plusieurs reprises.

Si les ressorts sont trop souples, en effet, il y a, à partir d'une certaine vitesse, des oscillations trop étendues qui créeront assez vite une sensation de mal de mer, sans compter des ruptures possibles. Il faut donc les freiner et de multiples appareils ont été créés dans ce but. Nous verrons plus tard s'ils remplissent leur tâche.

(A suivre.)

Dr DE VAUBERCEY,
Miribel,
(Ain).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations.

— Cours complémentaire sur la tuberculose pulmonaire, organisé avec le concours de la Commission Rockefeller, par M. le professeur Léon Bernard, avec la collaboration de MM. Vallée, directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort ; Debré, agrégé de la Faculté de médecine ; Ameuille, Armand-Delille, Halbron, Lœderich, médecins des hôpitaux ; Le Mée, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux ; Maingot, radiologiste de l'hôpital Laënnec ; Baron, Bigart, Salomon, assistants du dispensaire Léon-Bourgeois ; Vitry, assistant à l'Ecole de puériculture de la Faculté de médecine.

Ce cours aura lieu du 29 septembre au 16 octobre 1920. Il comprendra des leçons qui seront données chaque jour à 5 h. au laboratoire d'hygiène de la Faculté, et des exercices pratiques de clinique qui se tiendront chaque matin à 9 h.

1/2, à l'hôpital Laënnec et au dispensaire Léon-Bourgeois. Des visites à des établissements anti-tuberculeux seront faites dans la semaine du 17 au 22 octobre.

Ce cours est ouvert aux docteurs en médecine. Le nombre des auditeurs est limité à 45.

Il sera perçu un droit de laboratoire de 100 francs.

La « Commission Rockefeller pour la préservation contre la tuberculose » tient un nombre limité de bourses à la disposition de médecins français chargés du service médical d'un dispensaire antituberculeux en France, ou désignés officiellement par des autorités départementales ou municipales, ou par des Comités locaux, pour prendre la direction d'un dispensaire. L'importance de ces bourses sera suffisante pour défrayer les médecins de leurs frais de voyage et de séjour à Paris pendant la durée du cours.

Pour l'obtention de ces bourses, s'adresser au directeur de la Commission pour la préservation contre la tuberculose en France, 3, rue de Berri, Paris.

Pour l'inscription au cours, s'adresser à la Faculté de médecine (guichet nº 3), les jeudis et samedi, de midi à 3 h.

Programme des leçons. — 1. MM. Léon Bernard. L'infection tuberculeuse et l'immunité tuberculeuse. — 2. Debré. Le bacille de Koch et ses poisons. — 3. Vallée. L'infection tuberculeuse chez les animaux. — 4. Debré. Etiologie et pathogénie de l'infection tuberculeuse chez l'homme. — 5. Roussy. Les lésions de la tuberculose humaine. — 6. Léon Bernard. Les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire : formes chroniques. — 7. Léon Bernard. Formes aiguës. — 8. Léon Bernard. Les signes stéthacoustiques de la tuberculose pulmonaire. — 9. Maingot. Les signes radiologiques de la tuberculose pulmonaire. — 10. Salomon. Les signes fonctionnels de la tuberculose pulmonaire. — 11. Vitry. Les signes généraux de la tuberculose pulmonaire. — 12. Baron. Les signes humoraux. La cuti-réaction. — 13. Bigart. Les pleurésies tuberculeuses. — 14. Bigart. Le pneumothorax tuberculeux. — 15. Le Mée. La tuberculose laryngée. — 16. Lœderich. Complications extra-thoraciques de la tuberculose pulmonaire. — 17. Debré. La tuberculose du nourrisson. — 18. Armand-Delille. La tuberculose de la seconde enfance. — 19. Salomon. Le traitement hygiéno-diététique de la tuberculose pulmonaire. — 20. Halbron. Traitement médicamenteux et médications dites spécifiques. — 21. Léon Bernard. Pneumothorax thérapeutique. — 22. Léon Bernard. Les facteurs sociaux de la tuberculose. — 23. Léon Bernard. La prophylaxie sociale de la tuberculose. — 24. Léon Bernard. La législation antituberculeuse.

Exercices cliniques. — Les élèves du cours seront entraînés à des démonstrations pratiques portant sur l'examen stéthacoustique, l'examen radiologique, l'examen laryngologique, les examens de laboratoire, la reconnaissance des pièces nécropsiques, la conduite et les méthodes du dispensaire, la préservation de l'enfance.

— **Ier Congrès professionnel des médecins et chirurgiens des hôpitaux.** — Comme suite aux réunions tenues à Paris en octabre dernier, où furent établies les bases d'une Association professionnelle des médecins et chirurgiens des hôpitaux, un 1er Congrès professionnel des médecins des hôpitaux se tiendra à Paris, les 4 et 5 octobre, à l'occasion du Congrès français de chirurgie.

Les questions suivantes seront discutées :

« L'hôpital gratuit aux seuls indigents ; majoration des indemnités pour ces services. »

« Les malades payants, les accidentés du travail et les bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919 (pneumonies de la guerre) dans les hôpitaux. »

« Assurances contre maladies ou accidents professionnels d'origine hospitalière. »

L'Association corporative des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris a été invitée à apporter à ce Congrès son précieux concours.

Pour renseignements ou propositions, s'adresser au Dr Reynès, à Marseille, ou au Dr Savariaud, à Paris.

— **Pensées d'un nez gris.** — (A l'ami Fernand Yville...). — D'un nez grillé, on a dit : c'est un nez froid, un nez clair. Ne faut-il pas dire plutôt : c'est un nez chauffé, ou même : un nez teint ?

Préférer les nez gros, c'est aimer le nez bulleux, c'est agir en nez rond ; c'est n'apprécier ni les gentils mi-nez, ni les agréables nez gosses.

Un nez fort n'est rien pour qui a souvent dix nez ou qui souvent se munit de sept nez, rien comparé à un nez fait lion.

Abandonner notre nez au logis, c'est en sortir nez en moins.

Devant ton nez pur, on admire : c'est un nez rare ! c'est un beau nez ! — Devant son nez boche, on critique : son nez tique ! son nez colle ! Et si c'est un nez rosse : son... échine !

AYMON NESTOR.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement, nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit ***24 fr.***, par versement à notre compte de chèques postaux PARIS 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

gner, par le chef d'entreprise, avant toute admission à l'hôpital de son blessé, un engagement par lequel il se reconnaît débiteur des frais de séjour et des honoraires médicaux. Nous en avons tous assez, médecins comme commissions hospitalières, de voir le bien des pauvres et la charité publique être exploités pour le seul profit des sociétés financières, dénommées assurances contre les accidents.

Dr P. B.

Un Syndicat peut-il comporter des membres actifs et des stagiaires ?

Je recours à votre grande obligeance pour obtenir un renseignement qui me serait très précieux et je m'excuse de vous importuner au moment où vous êtes très probablement en vacances.

Veuillez me dire dans quel syndicat médical on admet, à votre connaissance, des membres stagiaires pendant la première ou les deux premières années de leur adhésion au syndicat.

Nous serons aussi très désireux d'adopter une telle mesure et en écrivant au secrétaire de ce syndicat, nous pourrons connaître les termes des statuts qui déterminent l'admission à titre de membres stagiaires et de membres titulaires, mais dès maintenant je serais très heureux d'apprendre de vous-même dans quel sens vous nous conseillez de rédiger nos statuts.

Dr M.

Réponse.

La loi du 21 mars 1884, ni celle du 12 mars 1920 sur les syndicats professionnels ne laissent pas supposer qu'il puisse y avoir deux sortes de membres : les uns titulaires, les autres stagiaires.

Aussi, ne connaissons-nous aucun syndicat, qui, par ses statuts, ait créé une distinction entre ses membres : du jour où l'on est admis, on contracte les mêmes obligations, pour acquérir les mêmes droits que les anciens.

Mais, il est possible de tourner la difficulté, au cas où, pour des raisons d'ordre local, vous voudriez imposer un stage déontologique à tout candidat au syndicat. Vous pourriez alors ainsi rédiger l'article des statuts :

« Tout médecin de X, qui désire faire partie « du syndicat, devra adresser, par écrit, sa de« mande au Président, demande contresignée « par ses deux parrains et dans laquelle il dé« clarera avoir pris connaissance des statuts et « devoir s'y conformer.

« Cette demande sera mise en discussion, lors

« de la plus prochaine assemblée générale, mais « il ne sera procédé au vote définitif sur l'ad- « mission qu'à l'assemblée générale qui suivra « celle-ci ».

De la sorte, comme il n'y a, en général, que deux assemblées générales par an, le candidat fera un stage de six mois au moins et d'un an au plus. C'est suffisant pour se rendre compte de la valeur déontologique d'un médecin.

Mais créer deux sortes de membres du syndicat pourrait provoquer des conflits d'ordre juridique, en cas de manquements déontologiques d'un stagiaire.

Dr P. B.

Tarifs pour soins aux pensionnés de guerre.

Un de mes malades, tuberculeux de guerre, et qui comme tel, a droit, je crois, aux soins médicaux et aux médicaments, aux frais de l'État, m'a récemment communiqué, au sujet des médicaments dont je lui ai prescrit l'usage, une lettre émanant de la préfecture de notre département et dont je vous donne copie :

« Monsieur,

« Le 17 juin courant, vous m'avez signalé la déci- « sion de M. D., pharmacien à B...., qui ne vou- « drait plus délivrer les médicaments nécessités par « la maladie qui a motivé votre réforme.

« J'ai l'honneur de vous faire connaître que tou- « tes instructions utiles ont été adressées aux phar- « maciens du département, en vue de l'application de « l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 et, en parti- « culier, M. D. a été informé *qu'en attendant des pré- « cisions au sujet des tarifs applicables, il convenait « de ne délivrer que des médicaments admis pour l'as- « sistance médicale, à l'exclusion de toute spécialité « pharmaceutique.*

« J'ai de bonnes raisons de croire que, comme tous « les pharmaciens du département, M. D. voudra « bien, à l'avenir, seconder mon administration « dans l'accomplissement d'un devoir de réparation « envers les anciens militaires victimes de la guerre.

« Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considé- ration distinguée. «

« Pour le Préfet et par délégation
« Le secrétaire général. »

J'ai des raisons de penser que la façon dont on en use vis-à-vis des pharmaciens va être appliquée aux médecins, et ceci m'amène à vous demander avis et conseils à ce sujet, et, en particulier, à propos du passage de la lettre que j'ai souligné.

Je n'ai pas sous les yeux le texte de la loi invoquée ci-dessus ; mais j'ai toujours entendu dire, que, ni dans l'esprit ni dans la lettre de cette loi, il n'était question des tarifs de l'assistance médicale et que

les anciens militaires réformés, admis à en bénéficier, avaient droit au libre choix du médecin, celui-ci établissant ses notes en appliquant ses prix habituels; ce qui me paraît prouver qu'il en est bien ainsi, c'est que chaque feuille de visite porte la mention : « Prix de la visite ou de la consultation », prix qui est indiqué par le médecin choisi, sans qu'il y ait la moindre indication pour l'application d'un tarif spécial réduit !

Il semble d'ailleurs logique de penser que si l'État a assumé vis-à-vis des anciens militaires, victimes de la guerre, un devoir de réparation, ce devoir ne doit pas être accompli au détriment des médecins, dont les charges de toutes sortes augmentent sans cesse et qui ne sont pas taillables et corvéables à merci.

Enfin, dans le même ordre d'idées, voudriez-vous me faire connaître si vous estimez qu'un tuberculeux de guerre, pour lequel une cure hydro-minérale est jugée utile, a droit à cette cure, aux termes de la loi sus-visée et si oui, dans quelles conditions (honoraires du médecin et traitement thermal proprement dit).

Dr H.

Réponse

Aux termes d'une réponse, parue à l'*Officiel*, à M. Ferraris, député, le ministre des pensions a fait savoir que les réformés de guerre, bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919, n'avaientpas droit aux spécialités. Le ministre et ses conseillers ne savent pas la médecine, car, sinon, ils auraient compris que, dans certains cas, il est impossible de prescrire certains médicaments, en dehors des marques spécialisées.

Quant au tarif médical, il est prévu à l'article 64 de la loi précitée. Ce tarif a donné lieu à de nombreuses discussions, car il doit être arrêté d'accord avec les syndicats médicaux.

Actuellement, certains préfets s'entendent avec le corps médical local et, après accord, font homologuer leur tarif par le ministre.

Par conséquent, on ne peut pas vous imposer le tarif de l'assistance médicale gratuite, sinon après entente avec les syndicats médicaux de votre département.

Quant à la question des soins hydrominéraux, la question ne s'est pas encore posée. Il nous semble que, dans ce cas, le médecin traitant n'a qu'à délivrer une attestation à son malade, lequel demandera au préfet l'autorisation de faire une cure thermale et à quelles conditions se fera cette cure.

Dr P. B.

Accident de machine à battre.

Je vois en ce moment un ouvrier agricole, victime d'un accident par machine à battre (à vapeur).

Le tarif Dubief est-il applicable ?

Si oui, comment dois-je présenter ma note, étant donné que je suis à 15 kilomètres de l'accidenté, le médecin le plus proche habitant à 10 kilomètres.

Dr M.

Réponse

Si l'ouvrier a été blessé alors qu'il était occupé à la conduite ou au service du moteur ou de la machine, il est garanti par la législation spéciale sur les accidents du travail et le tarif Dubief est applicable aux soins que vous lui avez donnés, si c'est lui qui vous a choisi.

Comme, aux termes de l'article 8, § 3, de ce tarif, l'indemnité kilométrique ne peut excéder celle attribuable au médecin le plus rapproché., vous ne pourrez compter cette indemnité que pour la distance de 10 kil.

Attribution de la médaille commémorative de la guerre.

J'ai lu, dans le *Concours*, sous la rubrique correspondance, une demande de renseignements d'un confrère (médecin de Croix-Rouge pendant la guerre), concernant la médaille commémorative.

D'après ce qui m'a été donné de lire dans les journaux, cette médaille serait attribuée aux mobilisés de tous grades dans des conditions déterminées.

Ma situation est la suivante : mobilisé le 2 août 1914, j'ai contracté au service une congestion pulmonaire pour laquelle j'ai été mis hors cadre en juin 1915. Repris au service en novembre 1916, j'ai été remis hors cadre en décembre 1917, comme inapte à faire campagne, démobilisé définitivement le 15 avril 1919.

Ai-je droit à la médaille commémorative et quelles sont les formalités à accomplir ?

Dr X.

Réponse.

La Médaille Commémorative Française de la Grande Guerre, instituée par la loi du 23 juin 1920 (*Concours Médical*, 1920, page 1828), est accordée à tout militaire ou marin présent sous les drapeaux ou à bord des bâtiments armés par l'Etat entre le 2 août 1914 et le 11 novembre 1918, ainsi que, notamment, aux médecins ayant servi entre ces mêmes dates aux armées ou à l'intérieur.

Ayant été mobilisé au cours de la guerre, vous avez donc certainement droit au port de cette médaille.

Il n'y a aucune formalité à accomplir, mais les intéressés doivent pouvoir justifier leurs droits au port de la médaille par une pièce d'identité

faisant ressortir leurs titres : livret militaire, extrait de citation, titre de pension, carnet de notes, certificat ou ordre de service.

Prorogation du loyer d'un garage.

Au risque d'être importun, je me permets de vous demander le renseignement suivant :

Bénéficiaire d'une *location verbale* d'un garage, avant la guerre, suis-je en droit de réclamer, ayant été mobilisé, la prorogation de bail accordée par la loi sur les loyers de mars 1918.

Le propriétaire, jusqu'à aujourd'hui, s'est abstenu de me faire connaître ses intentions et la location s'est poursuivie par tacite reconduction.

Aujourd'hui, il me signifie d'avoir à vider les lieux dans les trois mois, soit le 11 novembre prochain.

Dans ces conditions, puis-je me refuser ou non à partir, si bon me semble.

En cas de refus, de ma part, quelle procédure dois-je employer.

Dr G.

Réponse.

Le garage où vous remisez votre auto est certainement, pour vous, médecin, un local professionnel, et par suite, la loi du 9 mars 1918 vous donne droit à une prorogation de location égale à la durée des hostilités.

En l'état actuel de la loi et de la jurisprudence, et réserve faite, bien entendu, des dispositions législatives à venir, la prorogation de la durée des hostilités à laquelle vous aurez droit ne partira que de la date d'effet du congé qui vous a été donné, c'est-à-dire du 11 novembre prochain. Mais, pour en bénéficier, vous devrez notifier votre intention à votre propriétaire, par ministère d'huissier, dans les vingt jours de la réception du congé.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Un traitement du rhumatisme articulaire aigu,

Par le Dr A. Satre (de Grenoble),

1° Régime :

Lait.
Bouillon de légumes.
Limonade citrique.
Tisanes diaphorétiques : bourrache, feuilles de frêne.
Infusions de sommités de genêt, pour tonifier le myocarde.

2° TRAITEMENT :

Repos au lit.

Immobilisation des jambes malades, au besoin dans une gouttière.

Enveloppement dans l'ouate salicylée, après onction avec ce liniment :

Acide salicylique	4 gr.
Salicylate de méthyle	20 gr.
Beurre de muscades	ãã 5 gr.
Essence d'eucalyptus	
Huile volatile de sauge	3 gr.
Huile camphrée	30 gr.
Alcoolature de baies de genévrier	120 gr.

Injections intra-musculaires quotidiennes de *soufre colloïdal.*

Chaque soir, un lavement de :

Laudanum de Rousseau	six gouttes.
Salicylate de soude	2 gr.
Jaune d'œuf	n° 1
Eau stérilisée q. s. p.	100 gr.

A donner, en une seule fois, avec la poire.

— Lavement purgatif du Codex, tous les quatre ou cinq jours, le matin.

— Toutes les trois heures, avec un verre de citronnade ou d'orangeade, un cachet de :

Naphtylsulfate de calcium. 0 gr. 50, n° 40.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Sphinx féminin.

O toi que j'aime et que j'abhorre,
Femme féline aux doigts câlins,
Femme qui sans trêve élabore
La trame des mauvais destins.

Nous diras-tu ce qui te pousse,
Après avoir meurtri les cœurs,
A mettre une caresse douce
Sur leurs frissons et leurs douleurs.

L'homme, toujours, quand tu lui verses
La coupe où fermentent les vins,
Après les joies les plus perverses
Connaît les plus mornes chagrins.

Alors, impassible, tu laisses
Glisser les mots sur ta froideur
Et tu souris de nos faiblesses
Et tu dédaignes d'avoir peur.

L'amour est-il donc la chimère ?
Et sous l'eau calme de tes yeux
Se cache-t-il un grand mystère
Comme en un lac silencieux.

Dr HERPE.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMES DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Les 50	5 fr. »»
Le 100	8 fr. »»
Les 500	35 fr. »»
Les 1000 ...	60 fr. »»

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, *132, faubourg St-Denis, Paris.*

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 40 — DIMANCHE 3 OCTOBRE 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « **Le CONCOURS MÉDICAL** » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE, SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. N° 40 3 Octobre 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur Tanissel, de Chablis (Yonne), la somme de vingt-cinq francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite, de quatre lignes au plus, aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 523. — Voiture Zèbre, mono. 2 vitesses, mécanisme entièrement revu à l'usine, facture de 1.500 fr. à l'appui, à vendre 6.000 fr. Dr Guibert, 4, rue d'Orléans, à St-Cloud (S.-et-O.).

Nº 524. — A vendre au plus offrant, excellent violon ancien Johannes Gagliani. 1702. S'adresser au journal.

Nº 525. — Dr 45 a., lib. de s., cherche sit. dans clinique. client ou aff. paraméd.

Nº 526. — Oculiste, faisant oto-rhino, âgé et sans rente, ayant eu revers par suite de la guerre serait infiniment reconnaissant aux confrères qui lui indiqueraient un petit poste à créer à Paris ou autre ville, grande, moyenne ou petite avec appartement ou petite maison libre à louer de suite. Ecrire docteur, 41, Bd Victor, Paris XVe.

Nº 527. — Voiture idéale de médecin : Ford neuve, 1919, jamais roulé, très jolie conduite intérieure, landaulet, capote cuir, 3 places, grand coffre arrière, carosserie de luxe, 1 roue de rechange. 16.000 fr. 44, rue de Fontenay, à Châtillon-sous-Bagneux.

Nº 528. — Suis acheteur Agenda Memento du Praticien 1920, même usagé. Docteur Aubouin, Montendre, Charente-Inférieure.

Nº 529. — A vendre : 1º voiture pour luxation congénitale de la hanche droite, état de neuf, roues caoutchoutées, modèle Nové-Josserand ; 2º un fusil de chasse percussion centrale, calibre 12, état de neuf ; 3º un harmonium Rodolphe 3 jeux, acajou bruni, état de neuf.

Nº 530. — A vendre Ford, conduite intérieure, 2 places, strapontin, très bon état de marche, complètement revisée. S'adresser Dr Commes, à Ezy (Eure). (Prix 9.500 fr.).

Nº 531. — A vendre torpedo 2 places et spider, 10 HP. Unic, 4 cylindres, peinture neuve, voiture excellent état de marche, type 1913-14. Dr Guérin, Saint-Cyr-l'Ecole.

Nº 532. — A vendre 200 fr. chacun, plusieurs postes muraux monophones Sté industrielle des téléphones avec leur sonnerie règlementaire. Etat de neuf. Dr Malaussène, 1, rue Foncet, Nice.

Nº 533. — Docteur possédant grande maison au bord de la mer, prendrait en pension enfant ayant besoin de grand air.

Nº 534. — Docteur serait reconnaissant à confrère qui lui recommanderait une bonne de 50 à 60 ans, robuste et aimant la campagne. Dr Kaminka, à Gandelu (Aisne).

Nº 535. — A vendre : contrat voiture 8-10 HP., Buchet, livrable en novembre, conduite intérieure, 2-3 places, 2 portes, sans équipement électrique.

Nº 536. — Panhard, 18 HP., carrosserie limousine grand luxe Labourdette, éclairage électrique, chauffage central et traction à chaînes, état absolument neuf, prix extrêmement avantageux. S'adresser Laboratoire, 37, rue de Marly, à Rueil (S.-et-O).

Nº 537. — A vendre un lot d'instruments et appareils médico-chirurgicaux, état de neuf : asp. Po-

tain, seringues diverses, bistouris, pinces hém., aiguilles Reverdin, trousse complète, forceps. S'adresser à Mme Benugat, 20, rue des Fossés, à Rennes (Ille-et-Vilaine).

N° 538. — Excellent poste à reprendre dans grande banlieue parisienne, rap. 50.000 fr. env., contrée très agréable, clientèle ancienne très transmissible. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 539. — Ancien poste à reprendre dans les environs de Paris, petit rayon, rap. 30.000 fr. touchés, susceptible d'augmentation. Indem. avantageuse. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 540. — Situation médicale est offerte à jeune médecin, fixe 1.200 fr. par mois plus pourcentage. Affaire d'avenir. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 541. — A céder clinique. S'adresser 9, rue de l'Avenir, à Asnières (Seine).

N° 542. — Paris. Joli landaulet coupé Peugeot, 4 cyl., 10 HP., moteur neuf garanti, pare-brise, phare, etc. 15.000 fr.

CORRESPONDANCE

La déclaration du placement des nourrissons.

Ne possédant pas l'édition de l'Agenda Memento du *Concours*, qui renferme les renseignements relatifs à l'inspection départementale des nourrissons, je prends la liberté de vous demander s'il vous serait possible de me donner le renseignement suivant :

Une mère plaçant ou donnant son enfant en garde, doit-elle toujours en faire la déclaration et, de ce fait, soumettre la personne qui élève son enfant et son enfant lui-même aux visites du médecins inspecteur ?

N'y a-t-il pas certaines exceptions, dans le cas par exemple où la « nourrice » ne reçoit aucun salaire ?

Dr L.

Réponse.

Aux termes de l'article 1er de la loi du 28 décembre 1874 (Loi Roussel), tout enfant, âgé de moins de deux ans, qui est placé, moyennant salaire, en nourrice, en sevrage ou en garde hors du domicile de ses parents, devient l'objet d'une surveillance de l'autorité publique ayant pour but de protéger sa vie et sa santé.

Mais l'obligation de la déclaration, qui déclenche la surveillance ordonnée par la loi, ne s'impose que lorsque l'enfant est placé moyennant salaire, et non pas lorsque la personne chez qui il est placé n'est pas rémunérée. Dans le premier cas, la déclaration est obligatoire pour la mère comme pour toute autre personne qui place un enfant en nourrice, en sevrage ou en garde moyennant salaire.

Le timbre des mémoires produits à l'Etat.

Je suis convoqué, une ou deux fois par mois, comme expert, à la mairie de X., pour examiner en

même temps qu'un médecin du centre de reforme de Y., les blessés militaires et les malades de la guerre qui demandent la réforme ou une pension.

On me donne 5 fr. par sujet examiné. Je remplis ces fonctions depuis plusieurs mois déjà.

Je recevais chaque mois un modèle de *mémoire d'honoraires* avec prière de le renvoyer en double exemplaire (dont un sur timbre à un franc), afin de recevoir quelques jours plus tard, un mandat à toucher chez le percepteur. Je me suis exécuté chaque fois, me promettant chaque fois également de vous écrire pour vous demander si je devais payer ce timbre, et si je devais en plus timbrer mes lettres pour retour des mémoires, et retour du reçu de mandat. Mais..... je n'en ai encore pas trouvé le temps.

Cette fois-ci on me renvoie mon mémoire pour le mois de juillet : 15 fr. Il était bien fait sur timbre à 1 fr., comme on me l'avait demandé, mais..... il y a une loi du 25 juin 1920, sur les nouvelles ressources fiscales, qui édicte que tout mémoire dépassant la somme de dix francs, daté postérieurement au 1er juillet 1920 est passible du timbre de dimension de 2 fr. au lieu d'un franc. Un mot de vous me ferait plaisir.

Dr X.

Réponse.

L'obligation de rédiger sur timbre certains actes et certaines pièces, notamment la plupart des mémoires demandés par l'Etat lui-même pour le paiement de ses dettes, constitue une forme d'impôt à laquelle, en tant que contribuable, vous ne pouvez vous dérober, alors même que le prix du papier timbré employé serait exagéré, par rapport au montant du mémoire produit. Et d'ailleurs, la fixation à 10 francs du montant des mémoires qui sont exempts de timbre prouve bien que le législateur fiscal a tenu compte de l'objection qui a dicté votre lettre.

La loi du 25 juin 1920 qui a augmenté encore une fois le coût du papier timbré doit donc, à notre avis, s'appliquer en cette matière comme en toute autre, et vos mémoires de frais d'expertises doivent continuer à être faits sur papier timbré s'ils dépassent 10 francs, le prix du timbre constituant alors un impôt assez lourd pour de petites sommes.

Cependant, il y a lieu de remarquer que les nouveaux prix du papier timbré ne sont entrés en vigueur, aux termes de l'article 39 de la loi du 25 juin dernier, que le premier jour du deuxième mois qui a suivi sa promulgation, soit, comme elle a été promulguée le 26 juin, le 1er août 1920. Les mémoires datés de juillet dernier pouvaient donc encore être établis sur papier timbré à 1 franc.

Le même raisonnement sur l'obligation de payer l'impôt s'applique aux frais de poste et les lettres adressées aux autorités auxquelles ne s'applique pas la franchise postale doivent, bien entendu, être affranchies suivant les nouveaux tarifs.

Hospitalisation des blessés du travail.

Je suis seul médecin dans tout le canton d'A., et à A. même, chef-lieu du canton, existe un hôpital municipal d'une trentaine de lits dont je suis naturellement le médecin aux appointements de 280 fr. (*sic*), par an. Je n'ai jamais protesté contre ce chiffre, étant donné qu'un service régulier assuré aux indigents doit même être gratuit.

Mais, depuis quelque temps, l'hôpital reçoit les accidentés du travail des usines et les Compagnies d'assurances refusent de me payer mes honoraires en plus du prix des journées. Devant cet état de choses, j'ai demandé au Conseil d'administration de prendre une délibération m'autorisant à exiger du patron avant l'entrée du blessé à l'hôpital un engagement écrit de me payer mes honoraires en plus du prix de la journée. M'inspirant même de l'article du docteur Paul Boudin paru dans votre numéro du 25 juillet, j'allais obtenir de ce Conseil d'administration un contrat rédigé à peu près dans les termes que celui que vous donnez comme type, quand a paru à l'*Officiel* du 9 juillet, en 2e page, l'article suivant :

« Loi modifiant le paragraphe 3 de l'article 4..., « etc., etc..

« *Article unique.* — Le chef d'entreprise est seul « tenu, dans tous les cas, des frais d'hospitali- « sation qui tout compris ne pourront dépasser « le tarif établi pour l'application de l'article 24 de la « loi du 11 juillet 1893, majoré de 30 p. 100 ».

Naturellement, le Conseil d'administration ne sait plus que faire, moi non plus.

Je ne peux pourtant pas continuer à donner des soins gratuits à des accidentés qui ne rentrent à l'hôpital que quand leur état est grave.

Croyez-vous que l'Administration de l'hôpital d'A. peut, si elle le veut, arranger cette situation et à votre avis qu'y a-t-il lieu de faire ? Dr I.

Réponse.

Il est un fait certain, c'est que personne ne met en doute l'admission abusive des blessés du travail dans les hôpitaux. Or, la loi du 31 mars 1905 et celle du 6 juillet 1920 ne visent que les cas où les victimes du travail sont hospitalisées. Or, que faut-il entendre par le mot « hospitaliser ».

Le dictionnaire nous apprend qu'hospitaliser, signifie « donner l'hospitalité ». L'hospitalité est « la charité, une libéralité qu'on exerce en rece- « vant et logeant gratuitement les étrangers, les « passants, les pauvres ».

Nous devons en conclure que sont « hospitalisés » les seuls pauvres, pour lesquels les hôpitaux ont été créés, aux termes des lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893. On pourrait encore soutenir que sont hospitalisés les malades semi-indigents, qui, tout en payant un prix de journée, sont admis dans les salles communes, gratuites de l'hôpital. Ce serait le cas des blessés du travail, s'ils sont admis en salles communes.

Mais la commission administrative de l'établissement fera de la bonne gestion du patrimoine des pauvres en n'admettant en salle gratuite que les seuls indigents et en affectant, où créant, une ou plusieurs salles ou chambres payantes, uniquement affectées aux malades payants. Les blessés du travail, admis dans ces salles payantes, sont, aux termes de la jurisprudence, considérés comme soignés dans une clinique et non comme étant « hospitalisés ». Dans ces conditions, le médecin est en droit de réclamer ses honoraires, si le règlement de l'établissement l'y autorise.

Voilà donc la solution, jointe à l'engagement écrit à faire signer au patron, avant l'admission de son malade dans l'établissement.

Dr P. B.

Hospitalisation des malades aisés et des blessés du travail.

Nos confrères d'Annonay nous demandent notre avis sur la réponse du Préfet de l'Ardèche, au sujet de la modification apportée au règlement de l'hôpital, concernant l'admission des malades payants.

Hospice d'Annonay.

Extrait du registre des délibérations de la Commission administrative de l'Hospice.

Séance du 25 mars 1920.

L'an mil neuf cent vingt, et le vingt-cinq mars, la Commission administrative de l'hospice s'est réunie dans le lieu ordinaire de ses séances sous la Présidence de M. le Dr Bayle, maire. Étaient présents : MM. Bayle, Val, Barrou, Cellier et Pouly.

....

Et a pris la délibération suivante :

Pour sauvegarder le patrimoine des pauvres compromis par l'élévation du coût de la vie et les perturbations économiques dues à la guerre ;

Pour répondre aux intentions des testateurs, bienfaiteurs de l'hôpital hospice, dont les libéralités avaient pour but uniquement le soulagement des pauvres, le prix de journée pour les malades ou blessés non indigents est porté à 5 francs payables d'avance et par quinzaine.

Il est expressément réservé que, dans ce prix, ne sont pas compris les fournitures pharmaceutiques ou de pansement et les honoraires médicaux.

Les blessés par accident du travail ne pouvant être assimilés aux indigents, puisque les soins incombent aux chefs d'entreprise, rentreront dans la catégorie des malades payants.

Les chefs d'entreprise responsables seront tenus d'opérer le versement du prix de journée par quinzaine et d'avance lors de l'admission de leur ouvrier blessé.

L'hôpital n'a point à connaître si les chefs d'entreprise sont assurés ou non contre les accidents et traiteront au moment de l'admission avec les patrons responsable

Si ces derniers n'acceptent point les conditions

(Voir la suite page XXXI-2457)

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement, nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit ***24 fr.***, par versement à notre compte de chèques postaux PARIS 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

PROPOS DU JOUR

Les conditions économiques de la vie du médecin français et les honoraires médicaux.

Dédié à MM. les mutualistes qui vont se réunir en Congrès.

Il y a exactement dix ans (*quatre ans avant la guerre*), l'évolution économique amenait un renchérissement notable de la vie (ce que l'on paraît, à l'heure actuelle, avoir complètement oublié) ; il fut question du relèvement des honoraires médicaux. Mais sur quelles bases calculer ce relèvement ?

Notre excellent ami, le Dr L. Chapon, voulut l'établir mathématiquement et détermina le prix coûtant de la consultation médicale à Paris. Tous nos confrères, tous nos lecteurs connaissent le Dr L. Chapon ; ils savent que, pourvu d'un esprit essentiellement pratique, il a des connaissances très étendues, puisées à la meilleure des sources, en matière de finances et d'économie sociale, et qu'en dépit de cette compétence spéciale, si rare dans notre profession, il reste un idéaliste convaincu. Car le Dr Chapon désire pour le praticien le bien-être matériel mais il le désire surtout pour lui permettre de remplir sans de trop grands soucis personnels, en toute indépendance et avec dignité la haute mission morale que lui imposent de plus en plus les transformations de la société.

Le Dr Chapon résolut d'abord de calculer d'une façon très terre à terre, le prix coûtant minimum de la consultation médicale à Paris, tout comme un commerçant intelligent établirait le prix minimum auquel il doit vendre ses marchandises pour vivre convenablement en faisant honneur à ses affaires.

Pour rester au-dessous de la réalité la plus fréquente, Chapon fixa dans ses détails le budget minimum d'un praticien parisien célibataire, habitant un quartier modeste, c'est-à-dire tenu à un minimum de frais.

Il tint compte des débours occasionnés par les études médicales et de leur amortissement. Puis les dépenses étant bien établies, il passa au chapitre des recettes, fixa le nombre moyen des actes médicaux qu'un médecin pouvait consciencieusement, honnêtement faire tous les ans, et par une simple division, démontra que le prix coûtant de la consultation pour un célibataire, sans charge, exerçant dans un quartier modeste, était exactement de 2 fr. 80. Il était facile de déduire combien devait exiger par visite, pour vivre, un médecin chargé de famille et habitant un quartier plus fortuné. Chapon concluait qu'en 1910 un médecin parisien devait se faire payer 5 francs dans les quartiers excentriques, 6 francs dans le centre, et 10 francs au moins dans les quartiers riches (1).

Séduits par la méthode de Chapon, nous résolûmes de l'appliquer à la France entière et nous procédâmes à notre *Enquête sur les conditions économiques de la vie du médecin français* (2). Or, tout en tenant compte des frais de déplacement, strictement et minutieusement calculés, d'après 64 réponses précises et détaillées, faites à notre questionnaire et émanant de 48 départements des régions les plus diverses de France, nous fûmes appelés à conclure *qu'en 1910 le prix coûtant de la consultation médicale en France était le même que celui de Paris.*

Depuis, il y eut la guerre, la dépréciation de la monnaie et l'accroissement inouï, surtout depuis un an, de la cherté de la vie. Nous avons bien des fois échangé avec Chapon, notre maître en cette matière, l'intérêt qu'il y aurait à refaire nos calculs après ces dix ans. Nous crûmes un instant que notre ami allait succomber à la tentation, mais Chapon est un homme sérieux et sincère qui, en pareille matière, ne veut pas se livrer à des appréciations fantaisistes et sans bases certaines :

« Non, mon cher, nous répondit-il dernièrement quand nous l'interrogeâmes sur ses intentions, non, le moment n'est pas venu. Il n'y a pas une stabilité économique suffisante pour faire œuvre utile. Attendons, » Et nous avons attendu et nous attendrons encore.

---

(1) Ce travail a paru dans le *Bulletin officiel du Syndicat médical de Paris* en 1910.

(2) Cette enquête a été publiée dans le *Concours médical* de 1911. Elle a servi de base, avec le travail du Dr Chapon, au *tarif minimum raisonné des honoraires médicaux* élaboré en 1912 par la Commission du *Concours médical* dont le Dr Jeanne fut le président et le Dr Chapon rapporteur.

Combien Chapon avait raison ! Le *Progrès civique* du 11 septembre 1920 signale que l'augmentation des salaires qui nous paraît excessive au premier abord, est loin, même très loin, tant en France, qu'en Angleterre et même qu'en Amérique, d'être proportionnelle à la progression des prix des denrées. Il est facile de s'en rendre compte si l'on veut bien consulter les statistiques les plus sérieusement établies.

La *statistique générale de France* a fait une enquête très intéressante sur l'élévation du prix des denrées et sur la consommation rudimentaire d'un ménage de quatre personnes.

Il résulta de ces recherches que ce qui coûtait dans l'ensemble de la France 1.004 fr. durant le troisième trimestre de 1914, valait 3.210 francs au premier trimestre 1920 ; et même que dans le Midi de la France, les denrées, payées 988 fr. en juillet 1914, coûtaient 3.723 francs en janvier 1920. Or de janvier en septembre, il s'est produit une élévation de 20 à 25 % sur ces prix.

A Paris, l'on a constaté officiellement qu'en mai 1920 l'élévation du prix des denrées sur 1914 était de 278 %.

A ce taux un salaire de 10 fr. devrait être porté à 38 francs. Or la ville de Paris a augmenté de 125 % les salaires et appointements du personnel (même médical) qu'elle emploie et certains prétendent qu'elle s'est montré généreuse.

Les médecins français, en augmentant de 100 pour 100 leurs honoraires, sont donc bien loin du compte,

Il y a de multiples raisons qui les obligent à se maintenir bien au-dessous du taux normal qu'exigerait l'élévation du coût de la vie ; la plus importante est la raréfaction de l'appel du médecin qui se manifeste d'une façon évidente. Beaucoup de personnes qui n'hésitaient pas à demander le médecin pour une simple indisposition, ont actuellement recours directement aux pharmaciens, aux conseils des voisines et des nombreuses infirmières de la Croix-Rouge qui croient avoir acquis, durant la guerre, une compétence qu'elles utilisent en temps de paix ; d'où diminution progressive du nombre des visites au fur et à mesure que leur prix s'élève.

La situation actuelle n'est donc pas brillante pour le corps médical français.

Les difficultés, créées aux médecins de campagne et surtout à ceux des régions libérées par le manque de moyens pratiques et économiques de transport, font affluer ces praticiens dans les villes où le malaise va progressivement en s'accroissant avec les frais.

Le Dr L. Houdeville (du Havre) vient de publier dans les *Archives médico-chirurgicales de Normandie* (août 1920) les résultats d'une étude, analogue à celles que nous avons faites avec le Dr Chapon, mais où il calcule ce que *coûte l'heure du médecin en dehors* de ce qu'il lui faut gagner « pour se vêtir, se nourrir, faire vivre sa famille, élever ses enfants et leur donner plus tard les moyens de subvenir honorablement à leur existence ».

Notre confrère normand suppose que pour le médecin, il y a en réalité comme pour l'ouvrier « 300 *jours ouvrables* » et il adopte la *journée légale de 8 heures*.

De ses calculs minutieux, il résulte :

1° Que pour le médecin le plus modeste qui va surtout à pied, la journée qui commence coûte plus de 26 francs, soit 3 fr. 50 l'heure ;

2° Que pour le médecin très économe qui est obligé néanmoins d'user de moyens de transports rapides et permanents, la journée revient à 63 francs, soit l'heure à 8 francs.

3° Enfin que pour le médecin qui s'offre le luxe d'une voiture avec conducteur, la journée de travail revient à 82 francs soit plus de dix francs l'heure. Il faut donc qu'il récupère ces sommes avant de songer à gagner ce qu'il lui faut pour vivre,

***

En regard de ces constatations, voyons où nous en sommes au point de vue des honoraires. Ils ont été en moyenne augmentés de 100 pour 100.

On nous cite bien des villes où le prix de la visite serait porté à 15 fr., 20 fr. et même 25 francs, mais de renseignements très sincères et très sûrs de confrères très bien renseignés, exerçant dans ces villes mêmes, nous pouvons affirmer que seule une très faible minorité de praticiens appliquent ces tarifs. A côté, nous voyons dans nos grandes villes et à Paris, des sociétés de secours mutuels, qui se croient généreuses, offrir 4 et 5 fr. par visite, tandis que leurs chefs osent parler, publiquement et dans des rapports officiels, de la surveillance nécessaire à exercer sur le médecin, cet exploiteur de la Mutualité, qui multiplie à l'excès des visites aussi rémunératrices.

Nous avons naguère signalé la persistance

des abonnements dans certaines régions à 10 francs par tête et par an. Il y aurait même un recul dans ce Midi où le coût de la vie s'est cependant plus particulièrement élevé. Alors que pendant la guerre les Mutualistes y payaient 2 francs la visite, plus l'indemnité kilométrique, on y serait revenu à l'abonnement à 10 francs par tête et par an. De sorte que la Mutualité paye moins que l'indigent, car le tarif de l'A. M. G. dans ce pays alloue 3 francs par visite, plus l'indemnité kilométrique.

Revenons au nord et dans un département très riche qui a été, il est vrai, éprouvé par la guerre, mais qui est en pleine production agricole. Il s'y trouve des médecins, nous écrit un confrère très bien placé pour être très exactement renseigné, qui, dans un rayon de 20 kilomètres, acceptent de soigner à l'abonnement à 8 francs par an des mutualistes dont certains possèdent 20.000 francs de rentes produites par des terres ou des biens de rapport qui s'étalent au soleil. Et, chose étrange, ce tarif revient à un peu moins de la moitié de ce que donne (19 francs) dans les mêmes communes l'A. M. G. pour les indigents.

Dans les régions libérées, la situation médicale est encore plus précaire ; les frais y sont excessifs et l'A. M. G., qui devrait être suffisamment rémunératrice pour aider les médecins à vivre et les empêcher d'abandonner ces pays dévastés, est au contraire offerte à un taux qui ne tient aucun compte des difficultés présentes. Un de nos correspondants s'indigne avec juste raison des offres de la Préfecture qui propose l'abonnement à 5 fr. par an et par inscrit dans la commune où réside le médecin, à 8 francs par an et par inscrit dans un rayon de 4 kilomètres de la résidence du médecin et à 10 francs au-delà. L'accouchement est tarifié 25 francs et une suture simple 1 fr. 50. Messieurs les Administrateurs s'étonnent ensuite que les médecins abandonnent les régions libérées quand ils savent pertinemment qu'un ouvrier avec un salaire de 25 francs par jour n'y est pas toujours satisfait de son sort.

Ce que nous racontons là nous est affirmé par des confrères sérieux qui précisent, qui se portent garants de ce qu'ils avancent ; l'on comprendra sans peine pour quelles raisons nous ne mettons pas les points sur les i, ce qui cependant nous serait facile.

Il résulte de ces coutumes de médecine semi-gratuite des conséquences tragicomiques comme celle que relate un de nos vieux correspondants et que nous donnerons comme anecdote de la fin :

Dans l'hôpital d'une petite ville, située au nord-est de Paris, serait mort récemment, comme hospitalisé, un vieux praticien, russe d'origine, qui, deux ans auparavant, remplissait les fonctions de médecin en chef de cet établissement. Ce pauvre diable avait assuré pendant plus de 30 ans, au rabais, le service médical de toutes les mutualités de la région, de l'assistance, de l'hôpital, du bureau de bienfaisance. Il avait végété toute sa vie, déconsidéré du public, honni de ses confrères à qui il portait le plus sérieux préjudice et, tout cela, pour finir dans l'extrême misère sur un lit d'hôpital. Il serait mort de faim, si l'Association générale des médecins de France ne lui était venue en aide et ne lui avait accordé le secours maximum qu'elle pouvait lui allouer.

Mais, nous écrit notre correspondant, n'est-il pas un peu singulier et paradoxal de voir nos Associations de Secours Mutuels, obligées de venir en aide à des gens, qui, par le fait de leur sottise, sont tombés volontairement dans la misère, en faisant le plus grand tort à leurs confrères.

Nous dédions cet article au prochain Congrès de la Mutualité et serions heureux de savoir si MM. les Mutualistes sont toujours sincèrement convaincus qu'ils enrichissent les médecins et que ces derniers les exploitent.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Hôtel-Dieu : M. J.-P. Tourneux,
Chirurgien des hôpitaux.

De l'intervention chirurgicale dans les gangrènes pulmonaires aiguës circonscrites.

I

Diagnostic du foyer gangréneux.

Les suppurations intra-pulmonaires peuvent se présenter, au point de vue anatomique, sous des aspects différents : dans certains cas, ce sont des abcès simples développés au sein du parenchyme pulmonaire ; dans d'autres, la présence de microorganismes particuliers, évoluant sur un terrain spécial, donne à la collection les caractères de la putréfaction, et l'on se trouve alors en présence d'un abcès gangréneux, d'une gangrène du poumon.

Jusqu'à ces dernières années, ces suppurations intra-pulmonaires appartenaient exclusivement au domaine médical, mais à mesure que la chirurgie thoracique est devenue plus hardie, leur thérapeutique s'est modifiée, et les chirurgiens ont osé attaquer les collections purulentes du poumon. Assurément, toutes les gangrènes pulmonaires ne nécessitent pas une intervention : certains abcès fétides survenant au déclin d'une pneumonie et n'altérant que peu l'état général, guérissent spontanément dans une proportion assez notable; d'un autre côté, les broncho-pneumonies gangréneuses diffuses ne peuvent retirer presqu'aucun avantage de l'acte opératoire. Mais, à côté de ce premier groupe de gangrènes pulmonaires, que nous pouvons qualifier de *gangrènes médicales*, il en existe un second, où l'intensité des phénomènes infectieux, déterminant des symptômes généraux et locaux particulièrement graves, réclame une thérapeutique sensiblement plus active : ce sont là les *gangrènes chirurgicales*.

Ces collections purulentes intra-pulmonaires, que le traitement purement médical se trouve impuissant à guérir, ne sont pas toutes justiciables de la même thérapeutique opératoire, car on peut se trouver en présence de deux variétés de gangrènes différant, et par leur nature propre, et par leur évolution, suivant que le processus infectieux se sera manifesté sous une *forme aiguë circonscrite*, ou au contraire, sous une *forme chronique*.

Dans l'infection chronique, les lésions sont multiples, et de longue date, le parenchyme pulmonaire est sclérosé sur une étendue plus ou moins vaste ; la simple incision ne donnerait pas de résultats bien brillants. Tout un lobe est distendu et rigide, ce qui empêche la suppuration de se tarir, d'où il sera nécessaire, pour permettre aux parois des cavités de s'accoler, d'user d'un des différents procédés qui entraînent le collapsus pulmonaire ; parfois, il sera même indiqué de réséquer le lobe ectasié pour obtenir une guérison définitive. Dans les gangrènes aiguës circonscrites, où une portion seule du parenchyme pulmonaire est lésée, il sera au contraire indiqué de recourir à l'incision de la collection purulente, à la pneumotomie qui aura pour effet l'extraction de la partie mortifiée et le large drainage du foyer infectieux.

Ces interventions ne sont pas encore effectuées bien fréquemment dans notre région toulousaine ; aussi, je tiens à profiter de ce que j'ai pratiqué il y a quelque temps une pneumotomie dans un cas de gangrène aiguë circonscrite du poumon, pour vous dire quelques mots de cette affection et surtout, pour en discuter le diagnostic et les indications opératoires.

Messieurs, il y a deux mois environ, pendant que j'étais appelé à suppléer, dans son service, M. le Prof. Mériel, un de nos confrères nous priait d'hospitaliser un malade pour une pleurésie purulente.

Il s'agissait d'un homme âgé de 34 ans qui, trois semaines auparavant, avait présenté des accidents de pneumonie gauche. L'affection évoluait normalement, et tout donnait lieu à penser qu'elle ne présenterait aucune complication, quand l'état du malade, qui semblait plutôt satisfaisant, commença à laisser fortement à désirer. La température, tombée presqu'à la normale, remonta brusquement à 39° ; il y eut de la dyspnée, de la douleur assez violente localisée dans la région thoracique gauche, correspondant à une zone de matité avec diminution du murmure vésiculaire. Malgré la thérapeutique instituée, il n'y eut pas de sédation des différents phénomènes ; au contraire, on put enregistrer l'apparition de quelques autres symptômes, l'abolition des vibrations vocales, du soufffe, et de la pectoriloquie aphone. Enfin, justement inquiet de cet état, notre confrère fit à son malade une ponction exploratrice dans le 7e espace intercostal gauche, ponction qui lui

permit de retirer une seringue de liquide purulent extrêmement fétide. Il jugea alors qu'une intervention était nécessaire et conduisit le lendemain le malade à l'Hôtel-Dieu.

Tout en acceptant de prime abord le diagnostic de notre confrère qui avait pu suivre son malade depuis 3 semaines, j'ai cru cependant nécessaire, pendant que l'on préparait les instruments propres à l'intervention d'urgence, de pratiquer l'examen du sujet qui m'était présenté. J'ai retrouvé la plupart des signes qui m'avaient été rapportés, mais, j'ai été frappé de ce fait que, le malade étant assis, la percussion me révélait l'absence de matité dans la partie inférieure du thorax, et que l'auscultation me montrait la présence d'un certain nombre de râles respiratoires ; il n'y avait pas non plus cette voussure si caractéristique des épanchements pleuraux.

Assurément, il y avait dans le thorax une collection purulente, le résultat de la ponction en faisait foi : mais je pensais qu'il ne s'agissait pas là d'une pleurésie purulente généralisée, et que nous nous trouvions en présence, soit d'une pleurésie purulente localisée, enkystée, soit d'une gangrène du poumon, gangrène superficielle étant donnée l'absence de toute expectoration. Aussi, pour asseoir plus complètement le diagnostic, ai-je examiné le malade à la radioscopie. J'ai pu alors constater la présence d'une ombre très nette, bien circonscrite, qui correspondait au territoire des 7e et 8e côtes gauches, en arrière de la ligne axillaire. Devant ce résultat, j'ai pensé plutôt avoir affaire à une gangrène pulmonaire qu'à une pleurésie interlobaire, dont le siège eût été nettement plus élevé, vers le 5e espace intercostal et la 6e côte.

Il ne s'agissait plus que d'intervenir, ce qui eut lieu sous anesthésie générale au chloroforme. Le malade étant couché sur le ventre, et le buste légèrement relevé, j'ai taillé un large lambeau cutané, à charnière supérieure comprenant toute la paroi jusqu'aux côtes ; puis, j'ai réséqué les 6e, 7e et 8e côtes sur une longueur de 7 centimètres environ, après quoi, j'ai passé au temps pleural. Comme il existait une symphyse des 2 feuillets de la séreuse, facile à reconnaître (le feuillet pariétal blanchâtre, épais, montrant une véritable attraction inspiratoire), j'ai franchement incisé en croix au moyen du thermocautère, ce qui amena l'ouverture d'une cavité purulente anfractueuse, des dimensions d'un gros œuf de poule. Le foyer une fois vidé, je l'ai asséché avec des tampons montés, puis, je l'ai exploré, et j'ai recherché s'il n'existait pas de foyers secondaires ; mes recherches étant négatives, un gros drain entouré de mèches de gaze fut placé dans la cavité sans en toucher le fond ; puis, le lambeau fut rabattu et fixé par quelques points.

Les suites opératoires furent des plus normales, la température, après s'être maintenue assez élevée pendant quelques jours, ne tarda pas à s'abaisser progressivement tandis que les autres symptômes s'amendaient. Pendant une quinzaine de jours, le drain donna issue à du liquide purulent mélangé à des matières sphacélées ; peu à peu l'écoulement se tarit. 20 jours après l'intervention le drain put être retiré, puis ce furent les mèches. La cicatrisation complète suivit ultérieurement et notre opéré quitta le service complètement guéri. L'examen bactériologique du liquide purulent montra l'existence de streptocoque pur.

Tel est, Messieurs, le cas de gangrène pulmonaire qu'il m'a été donné d'observer, où l'affection a évolué sous une symptomatologie un peu particulière (forme pleurétique de Bucquoy), car les lésions occupaient la zone superficielle du poumon, et ne s'accompagnaient pas d'expectoration purulente en raison de l'éloignement des bronches.

Je ne crois pas devoir insister ici ni sur l'étiologie et la pathogénie, ni sur la symptomatologie des gangrènes du poumon, questions qui ne paraissent guère ressortir du domaine chirurgical, et je me bornerai aujourd'hui à quelques considérations sur le diagnostic de cette affection, renvoyant à la prochaine leçon la question importante du traitement chirurgical des suppurations pulmonaires.

Il est tout à fait exceptionnel que le chirurgien ait l'occasion de voir le malade à la période de début, car à ce moment, il est soigné par les médecins pour une pneumonie, une broncho-pneumonie ou encore une pleurésie. Mais bientôt, soit qu'il y ait une aggravation des phénomènes généraux, soit qu'une expectoration purulente abondante, coïncidant avec des phénomènes cavitaires, ait modifié le diagnostic, on songe à consulter un chirurgien. A ce moment, l'état général du malade d'une part, l'existence, d'autre part, de signes locaux (voussure, matité, modifications des bruits respiratoires ou signes cavitaires) permettent le plus souvent de poser le diagnostic de foyer septique intra-thoracique.

Pourtant, dans certains cas, lorsque ce foyer siège à la partie basse de la poitrine, dans la zone frontière thoraco-abdominale de Lejars, il peut être difficile de préciser son siège et d'affirmer qu'il est au-dessus du diaphragme, dans le thorax. C'est surtout l'examen radiologique qui permettra de préciser ce point : s'il y a abcès sous-diaphragmatique, la limite supérieure de l'ombre hépatique sera déformée, mais l'ombre surajoutée aura un contour supérieur net constitué par le diaphragme refoulé, et au-dessus se trouvera le poumon clair. En cas d'abcès du poumon, cette ombre sera au contraire mal délimitée, et la *constatation d'une bande claire*

◆◆

entre l'ombre et la coupole diaphragmatique entraînera le diagnostic.

Grâce à ce moyen d'investigation, on arrive donc à pouvoir localiser le foyer septique, à reconnaître qu'il est au-dessus du diaphragme ; et il ne me paraît nullement nécessaire d'avoir recours pour cela, soit à l'injection d'air stérilisé préconisée par Achard, soit à la ponction exploratrice de Tuffier, pleine de dangers.

Le foyer septique une fois reconnu, il importera d'en déterminer la nature.

Les *kystes hydatiques* non suppurés, avant ou après leur ouverture dans les bronches, sont en général d'un diagnostic assez facile, grâce à la lenteur de leur évolution, à l'existence des signes d'intoxication hydatique et souvent, d'hémoptysies très précoces coïncidant avec un excellent état général. Après la vomique, l'expectoration est toujours caractéristique. Lorsque le kyste hydatique est infecté et suppuré, il s'agit en réalité d'un abcès du poumon et à moins d'une vomique, il peut être impossible d'en reconnaître l'origine.

Les *cavernes tuberculeuses* ressemblent à un certain point aux foyers gangréneux du poumon, d'autant plus que dans les deux affections il peut y avoir des hémoptysies. Cependant, les commémoratifs, l'évolution lente et silencieuse de la lésion, son siège aux sommets, la constatation de crachats nummulaires, et surtout leur examen bactériologique, permettront de déterminer la nature tuberculeuse de la lésion.

La *bronchectasie* est plus difficile à distinguer, car elle peut se présenter avec des caractères tels que le diagnostic différentiel est tout à fait impossible. Il faut surtout s'appuyer sur la lenteur et la chronicité de son évolution laissant pendant longtemps l'état général satisfaisant malgré l'abondance et la fétidité de l'expectoration.

La *pleurésie interlobaire* peut être impossible à séparer d'une gangrène pulmonaire : on donne bien comme signes distinctifs que dans la pleurésie, les symptômes qui précèdent la vomique sont des symptômes pleurétiques, tandis que ce sont des signes d'hépatisation suppurée du poumon dans la gangrène ; et que la vomique serait plus précoce que dans la pleurésie. Tout cela est malheureusement un peu théorique, et il faut bien se rendre compte, ainsi que le reconnaissait lui-même Terrier, que souvent, même à l'intervention, le diagnostic est impossible.

Reste à établir maintenant le point le plus important, mais aussi le plus délicat du diagnostic, à savoir le siège précis et le nombre des foyers purulents.

Dans certains cas, par le seul secours de l'auscultation et de la percussion, l'existence d'une zone de matité, au niveau de laquelle les bruits respiratoires sont nettement modifiés, a pu permettre la localisation précise du foyer. Mais cet examen peut induire en erreur, et Tuffier a bien insisté sur ce fait que si l'on se fie uniquement aux renseignements fournis par l'auscultation, on localise souvent *trop haut* ou *trop bas* le foyer malade. Ce point a d'ailleurs été mis en lumière en 1903 par P. Delbet, s'appuyant sur ce fait bien connu que les bruits respiratoires se propagent le long de l'arbre bronchique, dans le sens du courant d'air inspiratoire, et qu'ils acquièrent leur maximum d'intensité bien au-delà du point où siège la lésion.

L'examen physique expose encore à des erreurs concernant la profondeur de la collection, car lorsque l'affection évolue depuis un certain temps, il se forme autour du foyer une zone de sclérose plus ou moins étendue qui fait paraître plus superficielle la collection septique. De plus, ce tissu densifié s'étend dans certains cas dans des directions plus ou moins obliques en propageant les bruits dans ces directions, ce qui peut amener des localisations tout à fait erronées, et des complications opératoires graves dont le cas rapporté par Walther est un si bel exemple.

Il en résulte donc, que les propagations des bruits stéthoscopiques suivant l'arbre bronchique d'une part et les travées de sclerose de l'autre, l'erreur est facile à commettre, et qu'il n'est guère possible de localiser ainsi avec précision que les cavités superficielles.

Aussi, a-t-il été nécessaire de rechercher d'autres moyens de diagnostic.

La *ponction exploratrice* a été naturellement mise en avant, et Dutar, dans sa thèse (1899), a longuement étudié ce mode d'exploration qui est parfois infidèle et qui n'est pas toujours sans dangers. Elle donne un résultat négatif dans environ 22 % des cas, soit que l'aiguille ait passé à côté d'une cavité assez petite, soit que le trocart ait été oblitéré, ce qui se produit lorsque le contenu purulent est trop épais. Quant aux dangers, c'est la possibilité d'infecter la paroi thoracique ainsi que la plaie, quand les deux feuillets ne sont pas accolés. Pochat, Israel, Tuffier et Korte ont en effet observé, après la ponction, soit une pleurésie purulente, soit un phlegmon gangréneux de la paroi thoracique, et Gosset a vu survenir un cas d'empyème médiastinal grave qui ne guérit qu'après ouverture large de la plèvre.

La ponction exploratrice est donc infidèle et dangereuse ; aussi est-elle rejetée comme méthode de diagnostic par la presque totalité des chirurgiens ; elle ne doit plus être utilisée que pour rechercher le foyer au cours de l'opération, quand le poumon est à découvert.

La *radiographie* et la *radioscopie* sont au contraire des moyens d'exploration infiniment plus précieux, à la condition essentielle que l'examen

radiologique d'une part, son interprétation de l'autre, seront faits judicieusement.

Il est nécessaire, avant tout, d'attacher la plus grande importance à la radioscopie.

Il faut placer le malade derrière l'écran, et, Picot (1910) insiste sur ce point, étudier minutieusement le contour de la cage thoracique, la ligne convexe du diaphragme, le mouvement ascensionnel des côtes, la disposition des zones claires et sombres de la poitrine.

N'oubliez pas de noter toutes les particularités, et d'examiner le malade en différentes positions avec l'éclairage antérieur, postérieur ou oblique. Ce n'est qu'après avoir fait tousser votre malade, l'avoir fait respirer profondément à certains moments, que vous trouverez la bonne position à donner, la direction convenable de l'éclairage et toutes les autres conditions nécessaires à l'obtention d'une bonne épreuve qui sera fixée par la radiographie.

Quelles sont les images que vous obtiendrez ? Dans certains cas, il existera au milieu du champ pulmonaire une ombre très nette ; c'est le cas idéal, mais rare. Dans d'autres, il y aura une ombre diffuse plus ou moins étendue avec, à la partie ventrale, une portion plus foncée ou au contraire une zone claire (il s'agit dans ces deux cas d'une cavité, pleine dans le premier, vide dans le second, entourée de zones scléreuses). Dans les cas les plus nombreux, vous ne verrez qu'une ombre diffuse dans laquelle il sera difficile de reconnaître un point plus clair ou plus foncé. C'est alors qu'il sera nécessaire de modifier l'attitude du malade et la direction de la lumière pour obtenir des renseignements plus précis.

A la suite de votre examen, deux cas pourront se présenter : tantôt les données fournies par la radiologie seront parfaitement d'accord avec les signes stéthoscopiques et vous pourrez opérer en toute sécurité ; tantôt au contraire, l'examen physique et les renseignements fournis par la radiologie seront en désaccord.

Ce sont là des cas extrêmement embarrassants ; il semble qu'il soit plus logique de s'en rapporter à la radiographie qui, dans de nombreux cas, a pu ainsi rectifier des diagnostics. C'est là l'avis actuel de Tuffier, celui de Schwartz et de Souligoux ; il n'est pas encore accepté par l'unanimité des chirurgiens.

Il est bien évident, d'ailleurs, qu'aucune méthode n'est infaillible et que ce n'est que de l'association de tous nos moyens d'investigation que résultera la précision du diagnostic. Parfois, toutes les méthodes de recherches n'ayant donné que des résultats imprécis, ce diagnostic ne pourra être posé qu'à l'intervention ; comme il résulte des faits publiés par Tuffier, Bazy et Delagénière où le foyer de gangrène pulmonaire ne put être découvert qu'après une thoracotomie exploratrice.

Il me resterait maintenant à vous parler des indications opératoires et du traitement des foyers de gangrène pulmonaire ; c'est ce que je ferai dans ma prochaine leçon.

A TRAVERS LA PRESSE

Traitement opératoire des calculs biliaires.

Sur la pathogénie de la lithiase biliaire, les avis sont encore partagés. Tandis que, pour Gilbert et ses élèves, elle est d'origine infectieuse, pour Chauffard et son école, elle ressortirait à une forme spéciale d'insuffisance hépatique. Il en résulte, selon le prof. Hartmann, que les indications opératoires doivent être uniquement tirées de l'étude clinique des malades.

L'opération ne présentant plus les mêmes difficultés ni les mêmes dangers qu'autrefois, depuis qu'on a adopté l'hyperextension du tronc et une incision convenable pour manœuvrer dans l'angle dièdre formé par la face inférieure du foie et le côlon avec son méso, on conseillera l'acte chirurgical immédiat :

1) Dans tous les cas de péritonite par perforation de la vésicule.

2) Dans les infections graves de la vésicule ;

3) Chez les lithiasiques présentant de l'ictère par rétention avec accidents fébriles.

Dans les cas de colique hépatique simple, avec ou sans poussées de péricholécystite, la répétition des crises à intervalles rapprochés indique l'opération.

Les cholécystites et les obstructions calculeuses du cholédoque qui ne cèdent pas au traitement exclusivement médical réclament la méthode sanglante, sous la forme de la cholécystectomie, comme opération de choix. (*Journ. de Méd. et de Chir. prat.*, 10 juillet 1920.)

Sérums salés et sérums sucrés.

L'emploi des solutions physiologiques minérales en injections sous-cutanées ou intra-veineuses fait désormais partie de la thérapeutique courante du praticien.

Longtemps on s'est borné à utiliser la solution salée isotonique ou paratonique de chlorure de sodium, pur, ou additionné d'autres substances salines. Cette solution paraissait en effet rappeler la composition même du sérum sanguin.

Les résultats qu'on en obtient sont l'augmentation de la pression sanguine, la réhydratation des tissus et le lavage du sang. Mais, la solution salée n'est pas exempte d'inconvénients. Elle réclame notamment l'intégrité du rein. Faute de quoi, la rétention chlorurée résultant d'une insuffisance d'élimination rénale produit des œdèmes.

Aussi, a-t-on été amené peu à peu à substituer à la solution salée la solution sucrée.

Outre que le sucre est admirablement toléré par l'organisme, il possède une action diurétique propre qui varie selon sa nature (lactose, glucose, saccharose), et aussi selon la concentration de la solution.

D'après M. Richaud (*Paris Méd.*, 17 juillet 1920),

1) Les sérums sucrés isotoniques étant aussi « diurétiques que les sérums salés, ils peuvent « être employés dans toutes les circonstances où « ces derniers sont employés ;

2) Ils doivent leur être substitués dans toutes « les circonstances où l'on a à redouter la ré« tention chlorurée ;

3) Les sérums sucrés ayant, tant sur la diurèse « liquide que sur la diurèse solide, des effets « plus intenses que ceux des sérums chlorurés, « on a souvent intérêt à les substituer à ces « derniers, même dans les cas où il n'y a pas de « rétention chlorurée à redouter. »

En raison de la différence moléculaire du glucose et du saccharose, le titre de la solution sucrée sera de 45 % de glucose et de 90 à 95 p. 1000 de saccharose ou de lactose.

Les solutions hypertoniques à 200-250 p. 1000 pour les saccharoses sont indiquées en raison du parti qu'en en tire dans certaines anuries, et aussi à cause de leur action toni-cardiaque et de leur action anti-toxique vis-à-vis de certaines substances.

Les solutions sucrées hypertoniques dans les néphrites azotémiques.

Comme correctif à ce qui précède, MM. Rathery et Boucheron examinent, dans le même journal (*Paris Méd.*, 19 juillet 1920), les effets des injections intra-veineuses de solutions sucrées hypertoniques dans les néphrites azotémiques. Ils arrivent à la conclusion suivante :

« Chez les sujets atteints d'azotémie mar« quée, l'injection intra-veineuse de 250 gr. de « solution hypertonique de glucose non seule« ment n'a amené aucune diurèse, mais a provo« qué une diminution nette de celle-ci, une dimi« nution de l'urée, de l'azote total urinaire et une « élévation marquée de l'azotémie.

« Si les injections intra-veineuses de glucose « donnent d'excellents résultats chez les sujets « présentant un rein intact, il ne paraît pas « qu'il en soit de même dans les néphrites uré« migènes ; elles seraient au contraire absolu« ment contre-indiquées, et c'est à tort, selon « nous que, chez de semblables sujets, on in« dique comme diurétique azoturique l'injec« tion hypertonique de sucre.

« Nous ne parlons ici que de l'injection intra-veineuse hypertonique de sucre. Nous ne don« nons aucune conclusion concernant l'inges« tion de sucre ou le goutte à goutte rectal « sucré. »

L'incision de la paroi abdominale dans l'appendicectomie à froid.

M. Durand compare les incisions préconisées par Roux, par Mac Burney et par Jalaguier, dans l'opération de l'appendicite. On sait que Mac Burney ne sectionne pas les plans musculaires, mais qu'il se borne à écarter les fibres musculaires de manière à se frayer un chemin jusque sur la région cæco-appendiculaire.

C'est à cette méthode que l'auteur donne la préférence toutes les fois qu'il opère absolument à froid, c'est-à-dire quand la fosse iliaque paraît libre à la palpation.

Quand il veut explorer les organes voisins, c'est à l'incision de Jalaguier, menée le long du bord externe du grand droit qu'il a recours. (*Lyon Méd.*, 10 juillet 1920.)

Les diverses formes de l'anorexie nerveuse.

Les anorexiques nerveux se rencontrent fréquemment en pratique. Il faut savoir les reconnaître, car leur état est généralement curable.

M. Surmont en brosse une esquisse saisissante dans *La Médecine* (juillet 1920).

Leur activité est nulle, leur température au-dessous de la normale. Leur amaigrissement arrive à un degré extraordinaire. Leur peau est lâche, flétrie, desséchée, refroidie, dépourvue de plasticité. Leur haleine est fétide, acétonique souvent. Leur langue fortement saburrale. L'estomac est atone et clapotant, l'intestin bourré de scybales, le foie nettement diminué de volume. Le cœur est faible et lent, le pouls misérable, les urines rares, chargées en apparence, mais en réalité pauvres en éléments organiques et minéraux. L'intelligence est intacte, la voix faible, le sommeil réduit.

On fera le diagnostic de ces états d'extrême inanition avec le cancer latent de l'estomac, le cancer latent de l'œsophage, l'anémie pernicieuse progressive, le diabète consomptif, l'insuffisance surrénale, la tuberculose pulmonaire.

Au point de la variété, on distinguera l'anorexie hystérique, l'anorexie neurasthénique avec hyperesthésie gastrique à la distention alimentaire, l'anorexie anxieuse, et l'anorexie mentale proprement dite, qui se rencontre chez les aliénés.

Bien que l'auteur ne fasse qu'effleurer légèrement la question du traitement, qui doit être surtout psychothérapique, nous ajouterons que ce traitement comporte essentiellement l'isolement du malade de son milieu habituel, et sa soumission immédiate à une alimentation normale, tout au moins en qualité pour commencer,



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les cas de Lymphangites et Abcès du Sein.



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les Affections intestinales, utérines, etc.

Antiphlogistine

MARQUE DÉPOSÉE

Glycéroplasme hydrophile, à chaleur constante et durable

(S'emploie chauffée au bain-marie à 40° environ, recouverte de coton hydrophile; après 24 ou 48 heures se détache facilement).

Indications de l'Antiphlogistine **Furoncles; Abcès; Phlegmons; Abcès du sein. Angines; Laryngites; Bronchites; Pneumonie. Arthrites; Synovites; Entorses; Rhumatismes. En Gynécologie.**



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les cas de Conjonctivite, etc.



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les cas de Plaies Variqueuses.

En Vente dans toutes Pharmacies. — Vente en Gros : LABORATOIRE de l'*Antiphlogistine*, B. TILLIER, pharmacien, 116, rue de la Convention, PARIS Téléphone: Saxe 40-89

les repas étant composés comme d'habitude et administrés par le médecin lui-même ou pris sous sa surveillance.

La péritonite tuberculeuse de la seconde enfance.

Elle s'observe surtout entre 7 et 14 ans, et revêt l'une des trois formes suivantes : ascitique, ulcéro et fibro-adhésive. M. Stévenin fait de chacune d'elles un exposé complet et intéressant (*Bull. Méd.*, 17 juillet 1920).

Après une période de troubles généraux caractérisée par de la fièvre, de l'amaigrissement, des troubles digestifs, avec coliques, nausées, vomissements parfois, diarrhées, l'ascite fait son apparition et se reconnaît à ses signes habituels. Elle n'est jamais très abondante. Elle diminue progressivement et la guérison survient.

On saura distinguer cette ascite de celle qui accompagne les lésions cardiaques et rénales, l'hépatite syphilitique, les tumeurs du rein comprimant la veine cave. L'ascite de la cirrhose cardio-tuberculeuse est plus difficile à discerner. On recherchera la symphyse cardiaque et l'hypertrophie du foie, qu'on ne découvrira souvent qu'à la suite d'une ponction évacuatrice de l'abdomen.

La forme ulcéro-caséeuse est plus grave. Les troubles géneraux d'emblée plus marqués. Le ventre est un peu augmenté de volume, avec une peau blanche, lisse, parfois œdématiée. A la palpation, on note d'abord l'empâtement profond, la pâte consistante de Guéneau de Mussy, puis les gâteaux péritonéaux. La percussion révèle une matité en damier. Il se forme parfois des collections suppurées qui peuvent s'évacuer par l'intestin, au prix d'une fistule stercorale. La guérison n'est cependant pas impossible. On diagnostiquera cette péritonite tuberculeuse des ganglions mésentériques tuberculeux, des tumeurs des différents viscères, de la constipation avec gros ventre et scybales.

La forme fibro-adhésive enfin succède souvent aux autres. C'est elle qui donne la crépitation neigeuse caractéristique, en même temps que s'entendent les cris péritonéaux.

A côté de ces trois types, il y a place pour une forme complexe, dans laquelle, en même temps que le péritoine, le péricarde parfois et plus souvent la plèvre sont atteints.

Enfin, la tuberculose aiguë généralisée peut comporter une infection péritonéale, qui occupe parfois le premier plan dans la tableau clinique. On saura en faire la distinction avec l'appendicite aiguë soit avec péritonite localisée, soit avec péritonite par perforation.

Le traitement consiste à immobiliser le ventre au moyen d'applications de collodion riciné, ou d'un simple bandage de corps. La radiothérapie et surtout l'héliothérapie donnent de très bons résultats.

L'état général enfin sera traité hygiéniquement (repos, aération, alimentation) et médicamenteusement (huile de foie de morue, iode, arsenic).

Les douleurs électriques consécutives aux traumatismes de la nuque.

Elles s'observent, disent MM. Dubois et Ribeton, chez des blessés atteints à la région postérieure du cou, plus ou moins longtemps après la cicatrice de leur plaie. Elles surviennent à l'occasion d'un mouvement de flexion du cou ou du tronc, et sont comparables à une décharge électrique qui part de la nuque et parcourt tout le corps en une seconde, s'irridiant vers les membres, à l'extrémité desquels elle atteint son maximum.

En raison de la distribution spinale des douleurs, de leur irradiation aux quatre membres, ces douleurs sont provoquées par une légère atteinte de la moelle. Dans quelques cas d'ailleurs, la lésion médullaire n'était pas niable et s'était manifestée primitivement par des troubles parétiques, en même temps que les douleurs débutaient du côté correspondant à la blessure.

Elles méritent d'être rapprochées des douleurs locales que déterminent l'extension et la percussion des nerfs ayant subi un traumatisme ; comme celles-ci témoignent d'un travail de restauration nerveuse, peut-être la même interprétation peut-elle être appliquée aux douleurs de la nuque.

En tous cas, en dehors du repos, du massage et de l'excision de la cicatrice quand elle est adhérente, le traitement le plus efficace est la radiothérapie, à raison d'une séance quotidienne pendant trois jours, suivie d'un repos d'une semaine.

Amélioration notable et même guérison sont obtenues habituellement après deux ou trois séries de radiothérapie. (*Presse Méd.*, 14 juillet 1920.)

L'aménorrhée accidentelle.

La suppression brusque des règles soit au cours de leur écoulement, soit au moment où elles allaient apparaître, est due soit au froid, soit au traumatisme, soit enfin à l'émotion.

En dehors de cette forme à début brutal, il y a place pour une aménorrhée qui s'installe progressivement, sournoisement, à la suite d'émotions légères, mais répétées. Les accidents du travail peuvent être à l'origine de ces aménorrhées émotionnelles.

L'aménorrhée accidentelle peut être suivie de dysménorrhée très douloureuse. Les douleurs apparaissent habituellement à l'une ou l'autre des vagues menstruelles ; elles ont pu parfois être rapportées à une apoplexie de l'ovaire.

D'autre part, l'émotion peut agir sur l'ovaire par l'intermédiaire des glandes endocrines, la thyroïde et la surrénale.

L'aménorrhée accidentelle peut avoir des conséquences quelquefois sérieuses. Celles-ci vont de la simple congestion utérine avec flux leucorrhéique, à la métrite ou à la salpingite. Ailleurs, c'est à distance que se fait la répercussion de la suppression du flux menstruel : on observe alors des déviations menstruelles, des angines, du coryza, des conjonctivites, des congestions du foie, de l'ictère, des bronchites, même des congestions pulmonaires et des pneumonies.

Les troubles nerveux sont habituels. Parmi ceux-ci, la céphalée est fréquente et grave. Elle peut en imposer pour une tumeur cérébrale.

Tel est le résumé d'un travail de M. Dalché (*Gaz. des Hôp.*, n° 60, 1920). Le traitement qu'il préconise consiste à calmer d'abord les douleurs avec la morphine, le pantopon, les petits lavements d'antipyrine (1 gr.) et de laudanum de Sydenham (X gouttes.)

Dans l'intervalle des douleurs, grands bains alcalins avec sous-carbonate de soude : 250 gr. et gélatine : 150 à 200 gr., et injections vaginales dans le bain.

Le prolapsus de l'ovaire est justiciable d'un pessaire bien appliqué ; l'ablation de l'organe ou tout au moins sa suppression fonctionnelle par les rayons X peut s'imposer. La céphalée cèdera quelquefois à l'opothérapie hypophysaire, ou thyroïdienne.

Au moment même où éclate l'aménorrhée, il conseille le repos au lit, le réchauffement, les bains de pied, les stimulants (acétate d'ammoniaque et liqueur d'Hoffmann), les infusions d'absinthe et d'armoise, le sirop de safran. S'il existe de la phlegmasie utérine ou péri-utérine, sangsues à l'hypogastre.

Luxeuil et Néris sont les stations de choix des aménorrhéiques. Enfin, les emménagogues et la poudre d'ovaire, associée ou non à la thyroïde, seront utilement conseillées.

Autovaccinothérapie de l'urétrite chronique de l'homme.

M. Riser (*Toulouse Médical*, 15 juillet 1920) prépare un auto-vaccin comprenant les espèces microbiennes reconnues dans l'écoulement, dont le nombre augmente à l'occasion d'une instillation irritante.

Il en fait des injections intra-musculaires de 100, 200 et 500 millions de germes.

Dans quatre cas, il a obtenu trois guérisons indéniables et un insuccès, dû vraisemblablement à ce que les germes ayant servi à la préparation de l'auto-vaccin n'étaient pas ceux qui entretenaient l'écoulement.

« L'adénopathie, l'élévation de température « qui succèdent aux injections un peu fortes ne « constituent pas des contre-indications. La « mononucléose, et non l'endothéliose, qui apparaît dans l'écoulement, paraît être le signal « d'une amélioration qui ira en progressant. »

NEUROLOGIE

Le traitement de l'angoisse (1).

Par le Dr A. Masquin,
de Saint-Didier, Vaucluse.

L'angoisse, phénomène physique de l'anxiété, dont elle n'est d'ailleurs qu'un degré, est surtout caractérisée par une sensation de constriction, de resserrement. Dans le cas d'anxiété légère, elle se traduit par les phénomènes de l'émotivité ordinaire : « Boule » émotive, troubles vaso-moteurs : rougeur, pâleur, troubles sécrétoires, etc. A un degré plus accentué, elle s'étend aux centres de la vie végétative et provoque des réflexes *spasmodiques* dans les organes viscéraux.

Quand l'anxiété est intense, les réflexes se généralisent et l'angoisse devient *diffuse*, s'étendant aux muscles de la vie de relation. Le malade est en proie à une agitation incessante. Il va et vient sans pouvoir prendre de repos, il pousse des gémissements traduisant sa douleur morale et le plus souvent son délire.

Physiologiquement, l'angoisse est un phénomène à point de départ surtout bulbo-protubérantiel et à réaction *spasmodique*. Vulpian considérait la protubérance comme un centre d'expression des émotions. Cette double notion de siège et de réaction est fort intéressante au point de vue du traitement, lui-même de la plus haute importance, l'angoisse étant commune à presque tous les états psychopathiques.

Le meilleur traitement serait étiologique. Malheureusement, à part les cas d'origine toxi-infectieuse, où la désintoxication est de règle et aboutit la plupart du temps à une guérison rapide, le traitement causal ne saurait être envisagé. En effet, dans les états constitutionnels, la cause de la maladie est dans le malade lui-même ; nous sommes ainsi limités à un traitement symptomatique dont la principale indication est de *calmer*.

L'*isolement* est à la base de ce traitement. Il est indispensable de soustraire le malade à l'action des circonstances extérieures excitantes et déprimantes. De plus, il a besoin d'être discipliné pour l'application de son traitement. Enfin, loin de son milieu, il reprendra plus facilement de bonnes habitudes intellectuelles et morales.

(1) XXIVe congrès des médecins aliénistes et neurologistes, Strasbourg, août 1920.

Le traitement sera moral et physique. Au point de vue *psychothérapique*, deux écueils à éviter avec soin : la *dialectique*, qui ne sert qu'à irriter et exaspérer le malade. Le raisonnement est trop souvent employé par les familles ou un entourage bien intentionné mais manquant de l'expérience indispensable. L'idée fausse, cause d'angoisse chez l'obsédé, le phobique, le délirant en général, ne doit pas être discutée. Par la discussion, indépendamment de l'énervement produit, on apporte au délire riche par association d'idées, d'autres éléments qui le renforcent. *On enfonce* « le clou », « on fait la culture de l'obsession et de l'idée fixe », comme écrivait Régis. Bien souvent aussi, la confiance du malade, persuadé qu'il n'est pas compris, sera définitivement perdue.

La *psycho-analyse* de Freund est encore plus détestable que le raisonnement. L'introspection qu'elle nécessite et le rappel de souvenirs anciens n'a souvent d'autre résultat que de produire des secousses émotives et des redoublements d'angoisse. Elle est, suivant l'heureuse expression de Devaux et Logre, « le fléau des anxieux ».

La *persuasion*, quand elle sera possible, donnera au médecin la confiance du malade et ce ne sera pas le moindre résultat, car il obéira ainsi volontiers, et sa rééducation intellectuelle et morale sera singulièrement plus aisée. Avant tout, l'idée fausse, la phobie, etc., déterminant l'angoisse, doivent être isolées systématiquement. Il faut les encercler par une sorte de « conspiration du silence ».

La *suggestion* serait susceptible de faciliter notre tâche ; malheureusement, les anxieux sont peu accessibles aux pratiques hypnotiques, bien que la plupart de ces malades désirent ardemment ce sommeil dont ils attendent le soulagement et la guérison.

Les *moyens physiques* comportent la balnéation tiède mais non prolongée, les douches en affusion, tièdes ou écossaises légères. Le neurasthénique et l'obsédé hypotendu se trouveront bien au contraire de la douche froide, courte et à pression pourtant modérée, pour éviter l'excitation. L'électricité statique sous forme de bain statique avec étincelage conviendra aux hypotendus ; la darsonvalisation et la haute fréquence détendront davantage scléreux et hypertendus.

Le traitement médicamenteux comprend tous les calmants ; en première ligne, l'opium dont on a fait le spécifique de l'angoisse, et ses alcaloïdes, puis toute la gamme des hypnotiques. Ce mode de traitement est trompeur et dangereux : *trompeur*, car il donne seulement l'illusion du calme ; c'est presque toujours au réveil, après une nuit de sommeil médicamenteux, que l'anxieux se livre, dans un raptus, à une tentative de suicide ; *dangereux*, car l'action du médicament s'épuise rapidement et il faut augmenter les doses, au détriment de l'estomac ; on déterminera de plus une véritable intoxication dont le résultat ne sera pas de diminuer l'angoisse. Il est pourtant certain, il est évident qu'il faut faire dormir les anxieux. Tous les traitements visent à obtenir le calme et surtout le sommeil. Les malades le réclament impérieusement. « Au moins faites-moi dormir » ! « Si je dormais, il me semble que je serais guéri ! » Quelques-uns même ont une véritable phobie de l'insomnie et le désir du sommeil qui les fuit tourne à l'obsession. Et de fait, les malheureux qui en sont privés sont d'autant plus à plaindre que leurs journées sont particulièrement pénibles, le plus souvent sans un instant de repos physique ou moral. Il faut donc donner du sommeil à l'anxieux, lui en donner le plus possible. « Dormir, c'est guérir », a dit Liébault, j'ajouterai « surtout pour l'anxieux. » Le sommeil, expression sincère du calme et de la détente, voilà le traitement de l'angoisse.

J'exposerai maintenant une méthode que je considère comme la plus simple, la plus sûre, la plus rapide et la plus inoffensive pour produire le sommeil. En 1903, le Dr Paul Farez, constatant combien il était difficile de produire l'hypnose chez certains malades, eut recours à un mélange anesthésique employé en odontologie sous le nom de somnoforme. Ce produit, à base de chlorure d'éthyle, ni caustique ni irritant pour la muqueuse, provoque, à doses extrêmement réduites, 3 cc., une anesthésie presque immédiate sans aucun danger, l'élimination de l'organisme étant aussi rapide que son imprégnation.

Physiologiquement, il ne fait qu'effleurer le globule sanguin, augmente la pression artérielle en même temps qu'il diminue le nombre des pulsations cardiaques et accélère la respiration. On observe encore quelques mouvements de déglutition et une exagération de la sécrétion salivaire. Comme dans l'angoisse, les centres bulbo-protubérantiels sont influencés, mais en un sens absolument inverse. Au spasme, à la constriction, font suite la *détente*, la dilatation de l'euphorie au réveil, très rapide, parfois instantané.

Farez a soigneusement étudié les *états physiologiques* correspondant aux différents degrés de la narcose éthyl-méthylique, suivant sa dénomination, et les a exposés dans plusieurs communications à la Société de psychothérapie et au XIIIe Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Bruxelles, 1903). Suivant les doses données, 5 cc., 3 cc., ou moins encore, on pourra obtenir, ou bien *la narcose* confirmée qui répond à une sorte d'automatisme psychologique, ou bien l'*hypernarcose* avec engourdissement de la conscience et de la subconscience, ou bien l'*hyponarcose*, sorte de « narcose subliminale ». Dans ce dernier état, la conscience est restreinte mais exaltée, le sujet présente de l'hyperacuité auditive et de l'hyperréceptivité centrale. A ces trois états répondent des indica-

tions différentes. La méthode est ainsi féconde en résultats, car elle permet d'étendre les bienfaits du traitement moral à un grand nombre de malades habituellement réfractaires aux procédés psychothérapiques : anxieux, délirants, agités, etc. De plus, j'insiste sur ce point, elle favorise le sommeil naturel.

Quand la narcose est dissipée, le malade bien détendu éprouve souvent le besoin de dormir. « Ainsi, dit Farez, un certain nombre de *mélan-« coliques anxieux* viennent chez moi simplement « pour dormir. » Et, en cela seulement, réside l'efficacité de leur traitement.

J'ai remarqué moi-même que le sommeil de la nuit était également influencé d'une manière très heureuse : tel malade qui dormait une ou deux heures est tout surpris d'avoir reposé calme et tranquille pendant six à sept heures dès le début du traitement. C'est alors qu'il commence à entrevoir avec joie les lueurs de la guérison. « Il me semble maintenant que je pourrai guérir ». A partir de ce moment, nous tenons le malade, qui ne fera plus aucune résistance, se laissera facilement soigner et acceptera tous les moyens propres à assurer le bon fonctionnement de ses facultés.

Encore un point important, le somnoforme ne crée pas d'accoutumance. Il ne sera même pas utile de maintenir la dose initiale ; quelques bouffées sont amplement suffisantes pour amener la *détente*, amorce du sommeil naturel.

***

Le manuel opératoire est des plus simple. Le voici, tel que Paul Farez le recommande.

L'ampoule de somnoforme (ou à son défaut de chlorure d'éthyle) est brisée soit dans un masque approprié, soit sur un gros tampon d'ouate hydrophile au fond d'un chapeau de gendarme en papier imperméable. Avec le masque, un ou deux centimètres cubes suffisent. Avec le chapeau de gendarme, il en faut trois à cinq, rarement plus.

Il est bon de laisser l'air se mêler copieusement à l'anesthésique : ainsi le malade n'éprouve ni suffocation, ni sensation désagréable.

Pensant qu'il respire les vapeurs anesthésiques, des paroles bienveillantes, calmantes, encourageantes, prometteuses de guérison, l'accompagnent jusqu'à l'invasion du sommeil.

Bientôt, quelques respirations bruyantes, stertoreuses, annoncent que le sommeil est réalisé ; aussitôt, on cesse l'inhalation.

Dès que le réveil commence à s'annoncer, de nouvelles paroles pleines de bienveillance et de sollicitude, aident le malade à se situer dans le temps et dans l'espace, à reconnaître ce qui l'entoure, à recouvrer rapidement toute sa lucidité.

Une fois le malade revenu à lui et bien rassuré, on l'engage à s'abandonner, à se laisser aller tranquillement à la détente, même au sommeil normal ; celui-ci se produit, presque toujours spontanément et très vite. Après une somnolence ou un sommeil d'une durée variable (quelques minutes, une demi-heure ou une heure), le malade se sent détendu, calmé, rasséréné, ravi, délivré de son angoisse.

A l'angoisse, nous pouvons donc opposer avec toutes chances de succès la somnoformisation (ou chloréthylisation), procédé de la détente et amorce du sommeil naturel qui reste, au fond, le vrai traitement des états anxieux.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier.

I. Mme Gaussel. — *Un cas de présentation du front.* Secondaire à une inclinaison utérine des plus marquées, cette présentation en passe de s'enclaver, put être extraite par une application de forceps sans grande difficulté : enfant vivant de 3 kg. 260.

II. MM. Pech et Madon : *Couveuse artificielle.* Cette couveuse présente les particularités et les avantages suivants :

Source de chaleur économique : pétrole, dont la faible consommation (120 à 150 grammes par jour) permet de ne pas vicier l'air ambiant.

Le chauffage électrique a été éliminé, les rhéostats utilisés ayant l'inconvénient d'attirer et de griller les poussières, d'où production d'oxyde de carbone.

Masse d'eau considérable (10 litres) permettant de réaliser une température intérieure de 50° sans qu'en aucun point la température du radiateur dépasse 40°.

État hygrométrique maintenu à un degré tel qu'il ne se produise pas de condensation sur les parois de l'instrument.

Régulateur robuste et n'exigeant ni réglage ni surveillance.

III. M. de Rouville : *Hématocèle rétro-utérine par avortement d'une grossesse infundibulo-abdominale.* Dans ce cas, où le diagnostic rétrospectif est donné par l'examen histologique des pièces après laparotomie, il s'agissait d'une grossesse extra-utérine démontrée par la présence de villosités dans le caillot. En certains points du pavillon put être décelé un épithélium de type chorial. Il est vraisemblable que le pavillon répondait au pôle libre de l'œuf et que le placenta s'insérait, non sur les annexes, mais sur les organes voisins.

IV. MM. Pech et Madon : *Mesure du débit respi-*

ratoire maximum dans les derniers temps de la grossesse et après l'accouchement. — Ces mesures ont été pratiquées sur des femmes en état de gestation normale au moyen du masque manométrique de M. Pech (Soc. de Biol, 15 mai 1920). Elles nous ont amené à conclure que :

1° Le débit respiratoire maximum varie en raison inverse de l'âge de la grossesse et ne paraît guère devenir inférieur à 0 litre 900 à la seconde, en moyenne dans les derniers jours qui précèdent l'accouchement (au lieu du chiffre normal de 1 litre 700 à la seconde).

2° Le débit respiratoire maximum ne reprend point sa valeur normale immédiatement après que l'utérus s'est vidé de son contenu, mais il augmente lentement et progressivement après l'accouchement.

Discussion : M. de Rouville indique l'intérêt que présenterait une étude analogue, avant et après l'intervention, chez la femme porteuse de volumineuses tumeurs abdominales.

V. M. Paul Delmas : *Wasssermann conjugal et grossesse.* — Après trois avortements inexpliqués, la séro-réaction est négative chez une quadrigeste. En raison cependant du résultat positif chez son mari, elle est soumise à un traitement méthodique au néosalvarsan qui permet d'obtenir à terme un enfant bien portant. D'où l'utilité, dans les cas douteux, de l'examen simultané des deux géniteurs.

Discussion : M. Gaussel signale la difficulté d'obtenir de semblables malades des réponses satisfaisantes.

M. Paul Delmas souligne que les données d'interrogatoire, même chez les gens sincères, doivent toujours céder le pas aux constatations objectives dont le sérodiagnostic n'est qu'un des éléments.

I. MM. Bernard et Vayssière : *Cicatrice utérine d'une ancienne césarienne conservatrice* ; examen histologique après hystérectomie. Observation d'une sextipare qui, césarisée à sa quatrième grossesse, a pu cependant avoir deux autres enfants à terme après deux grossesses sans incident. Hystérectomie ultérieure pour néoplasme du col.

Macroscopiquement, l'amincissement de la parol est insignifiant ; la cicatrisation, peu marquée, est surtout visible sur la face utérine. L'examen histologique montre l'invagination des lèvres de la muqueuse, une musculature sans trace de reliquats cicatriciels, une séreuse normale. La qualité de la paroi est donc fonction de la correction des sutures.

II. M. Tedenat : *Fistule meckelienne de l'ombilic ; chorion-épithéliome de l'utérus.* — Chez la même malade, l'auteur a observé en 9 ans la série suivante : *a*) un diverticule de Meckel fistulisé à l'ombilic et guéri après cinq séances d'électrolyse ; *b*) deux ans après, un chorionépithéliome du col qui fut excisé au 6e mois de la grossesse ; l'accouchement eut lieu à terme ; *c*) au dixième mois de l'allaitement, de l'aliénation mentale pour laquelle la malade fut internée deux ans ; *d*) au milieu de la 7e année, au cours d'une ovariotomie pour kyste pluriloculaire, tout contre l'insertion du pédicule, une tumeur du volume d'un œuf de poule est enlevée qui reproduit la structure du chorionépithéliome ; 18 mois après, laparotomie pour tumeur abdominale : le chorionépithéliome avait envahi l'épiploon et le foie ; la malade, inopérable, succombait deux mois plus tard à une cachexie progressive rapide.

III. M. de Rouville : *Cancer du sein et grossesse.* L'auteur rapporte sans commentaires l'observation d'une quintigeste qui, au début de la grossesse, constata dans le sein droit l'existence d'une petite nodosité mobile. Trois mois après l'accouchement, le sein avait le volume d'une tête de foetus à terme et offrait tous les caractères d'une tumeur maligne. Amputation large du sein avec curage de l'aisselle. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un carcicome encéphaloïde.

IV. M. Paul Delmas : *Un cas de fibrome de l'ovaire.* Chez une multipare de 36 ans, le toucher vaginal montre que d'abondantes hémorragies survenues il y a 6 mois relèvent d'un polype intra-cervical. Seul, l'examen bimanuel permet de découvrir à droite de l'utérus une tumeur dure et très mobile, jusqu'alors insoupçonnée.

Après hystérectomie vaginale pratiquée sous rachianalgésie cocaïnique, cette masse latérale, du volume d'un œuf de poule, est reconnue à la coupe pour un fibrome de l'ovaire.

L'auteur souligne la latence de cette affection, même dans les cas de torsion du pédicule, ce qui semble dû au faible volume des tumeurs. Les ménorragies observées dans ce cas lui paraissent plutôt relever d'une endométrite concomitante secondaire elle-même au polype intra-cervical.

Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen.

MM. Étienne et Aimes. — *Suites éloignées d'une ovariotomie* simple pour cancer de l'ovaire chez une fillette de 8 ans et demi. (Pas de récidive après 7 ans.)

Les auteurs complètent l'observation qu'ils ont rapportée à la Société en 1913. Sept ans après l'intervention, la petite malade est en parfaite santé. L'examen histologique a confirmé le diagnostic de cancer alvéolaire à formations pseudo-folliculaires.

MM. de Rouville et Milhaud. — Les auteurs présentent une trompe de Fallope rompue au niveau de l'ampoule, au cours d'une *grossesse tubaire.* La rupture s'était produite sans symptômes violents et l'hématocèle s'était localisée en arrière du ligament large gauche. Le cul-de-sac de Douglas n'était occupé que par quelques petits caillots.

M. de Rouville et J. Cohen. — *Hématocèle rétro-utérine par avortement d'une grossesse infundibulo-abdominale probable.*

Femme de 38 ans opérée pour grossesse extra-utérine. L'examen macroscopique de la pièce enlevée par annexectomie droite nous montre une trompe d'épaisseur normale, sauf au niveau du pavillon, large, étalé. L'ostium abdominal est dilaté. Pas d'éraillure faisant penser à une rupture. La trompe est perméable.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce est le suivant :

1° Il s'agit d'une grossesse extra-utérine, démontrée par la présence de villosités dans le caillot.

2° Les coupes isthmiques et ampullaires montrent une structure à peu près normale, sauf un état congestif et une infiltration leucocytique d'autant plus marquée qu'on approche de l'infundibulum.

En aucun point on n'observe de vestige d'implantation placentaire.

3° Le pavillon est épaissi, infiltré de sérosité et présente de grandes hémorragies en nappe. En certains points persistent encore des franges normales. Ailleurs, on décèle un épithélium rappelant l'épithélium chorial, mais en aucun point on ne trouve d'implantation placentaire. Il est vraisemblable de penser que le pavillon répondait au pôle libre de l'œuf et que le placenta s'implantait non sur les annexes, mais sur les organes voisins (rectum, face postérieure de l'utérus, etc.)

M. Estor. — *Le traitement des néoplasmes inopérables.*— L'auteur publie le résultat de ses premières recherches sur le traitement des néoplasmes inopérables par l'huile camphrée, médicament facilement et longtemps toléré. Les premiers effets de ce traitement se manifestent par une amélioration de l'état général, il permet en somme de prolonger dans des conditions supportables l'existence des cancéreux inopérables.

P. Delmas.

CURIOSITÉS THÉRAPEUTIQUES

Du traitement de l'étranglement herniaire par le transport en automobile ?

Autrefois, autant que possible et très précisément pour éviter les dangers du transport, nous nous faisions un devoir d'aller pratiquer à domicile la kélotomie.

A la campagne, ça s'arrangeait assez bien, presque toujours, malgré les lacunes formidables de l'antisepsie. Il eût été imprudent, cependant, de ne pas drainer ; la cure radicale ne devait donc pas être recherchée... tout au moins pas promise.

Les progrès de la chirurgie contemporaine — et les progrès très appréciables des mœurs, des voies et moyens matériels mis à notre disposition, — font que, actuellement, le hernieux en mal d'étranglement doit être transporté d'urgence vers l'hôpital (1) le plus proche et opéré là en observant tous les rites prescrits. Les conditions sont telles qu'on ne drainera point et que la *cure radicale* est quasi de droit (2) .... quand on n'a pas perdu trop de temps.

Le transport demeure la chose difficile. Nous n'avons pas de voiture-ambulance dans nos villages. *L'urgence* veut que nous utilisions l'automobile de fortune qui se trouve là, sans brancard, de dimensions insuffisantes pour que la malade puisse s'allonger, — avec une suspension précaire pour parcourir des routes en très mauvais état.

Pratiquement, cependant, le patient se plaint peu pendant la route. A l'arrivée, on le nettoie pendant que la stérilisation ronfle, — on lui fait une piqûre de Sédol en vue du chloroforme prochain — et on le laisse tranquille.

Le chirurgien arrive, se lave sommairement les mains et... examine son client : *la hernie est réduite.*

On réfléchit alors et on se rappelle qu'il y a déjà un certain temps que ce patient ne se plaint plus du tout. Il se peut même qu'il dorme déjà.

La première fois que cela m'est arrivé, j'ai cru me rappeler que les plaintes avaient cessé au moment d'une défaillance. La syncope — propice, comme chacun sait, à la réduction rapide d'une luxation de l'épaule par le fait d'un médecin de sang-froid — pourrait être, à la rigueur, propice à la réduction spontanée de la hernie.

Mais je viens d'observer cette réduction spontanée trois fois de suite ; et il n'y avait pas eu syncope du tout.

(1) L'hôpital de D. est en train de dépenser plusieurs milliers de francs pour organiser un semblant de service de chirurgie : salle d'opération, stérilisation, éclairage, chauffage. Quand cela sera fait, il aura à s'assurer les services *permanents* d'une infirmière compétente, ce qui entraînera une dépense annuelle importante, qui assistera le chirurgien ... *six fois par an.*

J'avais conseillé à notre confrère, le chirurgien D. d'offrir ceci à l'hôpital : « Je prendrai vos malades « à opérer dans ma maison de santé pendant quatre « jours (c'est-à-dire juste pendant le temps nécessaire pour les opérer) et vous me rembourserez « *mes frais.* Je veux bien vous fixer une moyenne ».

Cette combinaison eût coûté à l'hôpital moins que la rente du capital engagé en travaux, beaucoup moins que les appointements de l'infirmière compétente.

L'hôpital a refusé.

(2) Je signale à mes S. S. M. que la cotisation doit être portée à cent sous par mois (villages) non seulement en raison de la *vie chère,* mais encore pour permettre aux médecins d'assurer aux mutualistes *le bénéfice* de tous les progrès (kélotomie + cure radicale = un exemple ONÉREUX) de l'*art médico-chirurgical moderne.*

Il y avait eu une promenade de deux ou trois lieues en *automobile*. — au cours de laquelle le malade a cessé de se plaindre, — *à la suite* de laquelle il a suffi de mettre la main sur la tumeur pour que cette tumeur file, si elle n'avait disparu spontanément.

Hier matin, ce fut sous les yeux d'un confrère, un peu étonné, pour une hernie crurale (compliquée de lombricose) qui avait refusé de céder avant-hier soir aux instances de mon taxis, pondéré mais assez persistant.

Et je demande aujourd'hui au *Concours* de publier cette note, avec l'intention avouée de provoquer la mise au jour de nombreuses observations semblables recueillies, une à une, donc sans valeur probative, par ces médecins dispersés qu'on nomme médecins de campagne ?

Dr Camescasse,
à St-Arnoult.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses.

Thèses de Lyon.

Dr René Billard. — **L'exfoliation lamelleuse des nouveau-nés.** Besançon, imprimerie Jacques et Demontrond, 1920.

L'exfoliation lamelleuse des nouveau-nés est rare ; sa symptomatologie est tout à fait spéciale. L'enfant semble être, dès sa naissance, recouvert d'une mince pellicule collodionniforme qui desquame rapidement en grands lambeaux, laissant intacte la couche épidermique sous-jacente.

Elle est due anatomiquement à la persistance pathologique de la couche épithéliale embryonnaire, qui devrait normalement disparaître au sixième mois de la vie intra-utérine ; pathologiquement, à l'hérédo-syphilis, bien que les observations actuelles ne soient pas encore assez nombreuses pour trancher cette question d'une manière définitive, entre les lésions épidermiques du nouveau-né et la syphilis héréditaire nettement constatée.

Le pronostic de la lésion elle-même est bénin, mais il doit être réservé pour l'avenir.

1° Du fait de la spécificité possible.

2° Parce que, dans un cas, on a vu ultérieurement se développer une ichtyose vulgaire.

Le traitement est purement symptomatique.

Dr Charles Franck. — **Du traitement opératoire des annexites par la voie vaginale.** Mâcon, imprimerie J. Buguet-Comptour, 1920.

Les indications de la méthode vaginale découlent principalement des cas où les annexes, petites, peu adhérentes, sont prolabées dans le cul-de-sac postérieur, dans les petits pyosalpinx bas situés et ne dépassant pas le volume d'une orange, dans les salpingo-ovarites enkystées au sein d'un foyer de pelvi-péritonite, dans la grossesse extra-utérine avec rupture du kyste fœtal.

Les objections que ses adversaires systématiques ont faites à l'emploi de la voie vaginale, sont discutables.

L'incision par la voie vaginale est infiniment moins grave que la laparotomie, la sécurité opératoire est plus grande, les risques d'infection sont plus réduits, la convalescence a une durée minima. Mais ce serait discréditer la voie vaginale que de prétendre qu'elle doit être uniquement employée. Colpotomie et laparotomie ne doivent pas être considérées comme des adversaires l'une de l'autre, mais au contraire comme des méthodes qui se complètent réciproquement et possèdent chacune leurs indications bien définies.

Thèse de Montpellier.

Dr Henry Dubos. — **L'intoxication aiguë par le gaz d'éclairage.** Montpellier, imprimerie Firmin et Montane, 1920.

Dans certains cas de sensibilité particulière, des doses très minimes de gaz d'éclairage, peuvent produire des intoxications graves, avec coma prolongé, qui peuvent, sous l'effet d'une vigoureuse thérapeutique, évoluer vers une guérison rapide et définitive.

Saignée, injections sous-cutanées d'oxygène et inhalations d'oxygène paraissent, dans les cas graves, devoir être employées simultanément. Toutefois l'inhalation d'oxygène seule peut suffire, à condition qu'elle soit pratiquée avec l'aide des appareils à masques (masques à chloroformisation de Ricard ou masques improvisés en carton).

Dr Félix Durand. — **L'hôpital auxiliaire n° 3 (petit lycée) de Montpellier. Son fonctionnement chirurgical et médical du 17 août 1914 au 18 janvier 1919.** Montpellier, imprimerie l'Abeille (Coopérative Ouvrière), 1920.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Les médecins assermentés

Quelques confrères nous ont prié de faire une étude de cette question qui, mal connue, même de l'administration préfectorale, provoque bien des passe-droits, des froissements et des jalousies.

QU'EST-CE QU'UN MÉDECIN ASSERMENTÉ ?

L'administration publique a souvent recours à la science médicale, pour vérifier la véracité de la maladie dont se plaint un agent pour suspendre son service ; pour rédiger un certificat après examen d'un employé, qui sollicite un congé de convalescence, ou sa mise à la retraite.

Le préfet désigne, à cet effet, pour ces fonctions de contrôleur, un ou plusieurs médecins, qui prêtent serment de dire la vérité. Les déclarations et certificats de ces docteurs doivent être considérés comme véridiques.

Ces nominations de médecins, dits assermentés, se font à la faveur, selon le bon vouloir du préfet.

EN VERTU DE QUELS TEXTES CES DÉSIGNATIONS SONT-ELLES FAITES ?

La loi du 9 juin 1853, sur les pensions civiles, prévoit, par son article 35, un règlement d'administration publique pour préciser « les formes « et les délais dans lesquels seront justifiées les « causes, la nature et les suites des blessures ou « infirmités pouvant donner droit à pension ».

Ce fut l'objet du décret du 9 novembre 1853, portant règlement d'administration publique, dont l'article 30, paragraphe 3, est ainsi conçu : « Si l'incapacité de servir est le résultat de l'in« validité physique du fonctionnaire, l'acte pro« nonçant son admission à la retraite doit être « appuyé, indépendamment des justifications « ci-dessus spécifiées, *d'un certificat des médecins « qui lui ont donné leurs soins et d'une attestation « d'un médecin, désigné par l'administration et as« sermenté, qui déclare que le fonctionnaire est hors « d'état de continuer l'exercice de son emploi* ».

Les conditions de nomination des médecins assermentés ont été déterminées par la circulaire du ministre des finances, du 31 août 1854, qu'il nous a été impossible de retrouver, tant dans les Ministères que dans les bibliothèques spécialisées.

D'ailleurs, extrêmement rares sont les auteurs de droit et de jurisprudence qui font allusion aux médecins assermentés. C'est ainsi que le « Traité théorique et pratique des justices de paix », de Pabon, ouvrage très connu, en 5 volumes, contenant ensemble 1235 pages, n'en parle pas dans son chapitre sur le serment des fonctionnaires.

Dans le « Répertoire de droit administratif », de Béquet-Dislaire, nous trouvons, à la rubrique « Pensions de retraite », l'indication de la nécessité du certificat d'un médecin assermenté, pour constater une infirmité ou maladie contractée en service.

Les « Recueils des arrêts du Conseil d'Etat », de Lebon, ne nous donnent que les arrêts suivants :

Conseil d'Etat, fin. 5 mai 1884 (Dubéru) et 24 fév. 1875 (Buttafico) : « Le certificat du méde« cin de l'administration doit, à peine de nullité, « porter la mention que ce médecin est asser« menté ».

Conseil d'Etat, fin. 4 novembre 1869 (Larré) : « Il n'est pas bon que ce médecin assermenté soit « un médecin désigné et ayant prêté serment une « fois pour toutes et qui pourrait être le médecin « traitant du fonctionnaire ».

Conseil d'Etat, fin. 4 janv. 1881 (Romeuf, Delamain, etc.) : « Lorsqu'il y a désaccord entre « les certificats médicaux, la section peut surseoir « à la liquidation... Si, pour la constatation de « l'origine et de la gravité des infirmités, l'article « 36 du décret du 9 novembre 1853 exige deux cer« tificats, rédigés l'un par le médecin, qui donne « habituellement ses soins au fonctionnaire et « l'autre par un médecin désigné par l'adminis« tration et assermenté, ces certificats ne peuvent « avoir que la valeur de renseignements techni« ques, constituant un des éléments de l'instruc« tion et destinés à éclairer l'autorité, chargée de « prononcer sur la concession ou le rejet de la « pension demandée... Les médecins doivent, « dans leurs certificats, constater les infirmités « et leurs causes. On est donc en droit d'exiger « d'eux autre chose que la mention d'une infir« mité, suivie d'une formule plus ou moins cor« rectement ou habilement rédigée. La section « peut toujours, si elle juge les certificats insuf« fisants, demander la production de renseigne« ments complémentaires ».

DISCUSSION

De l'ensemble de ces textes, il résulte :

1° Que les médecins assermentés n'ont été institués, au début, que pour contrôler et contre-visiter les postulants à une pension de retraite, déjà porteurs d'un certificat de leur médecin traitant.

2° Que jamais les médecins assermentés ne de-

vraient être le médecin traitant du fonctionnaire contrevisité.

3° Qu'il serait désirable que le médecin assermenté ne soit pas choisi une fois pour toutes, mais désigné spécialement pour chaque cas particulier.

4° Que l'administration préfectorale a peu à peu étendu les fonctions de ces médecins assermentés et, dans beaucoup de départements, ces docteurs sont appelés à contrôler l'état de divers fonctionnaires, réclamant des congés, des interruptions de service pour cause de maladie, etc. : employés des P. T. T., instituteurs, etc.

Au lieu de tenir pour valables les certificats délivrés consciencieusement par un médecin régulièrement inscrit sur les listes officielles des docteurs en médecine du département, quitte à faire faire une contrevisite médicale, en cas de doute, d'imprécision du dit certificat, l'administration, dans certains départements, exige un certificat, délivré par ses seuls médecins assermentés.

Tout au plus tolère-t-on, parfois, que la signature du médecin traitant, ayant délivré un certificat, soit contresignée par son confrère assermenté. Aussi, en résulte t-il des conflits déontologiques : nombre de praticiens s'estiment blessés, dans leur dignité, en présence de cette suspicion toute gratuite de l'administration. La discorde se trouve également accrue du fait que les fonctionnaires, obligés de se soumettre à la certification du médecin assermenté, préfèrent, par prudence et politique, prendre ce dernier comme médecin traitant, bien que leur sympathie et leur confiance soient ailleurs,

Cet état de choses est préjudiciable au malade : comme nous venons de le voir, il est incité à se faire soigner, sans avoir le libre choix du médecin, alors que les textes règlementaires et jurisprudentiels déclarent que le médecin assermenté ne devrait pas être le médecin traitant.

En second lieu, pour se soumettre à l'examen du médecin assermenté de sa région et passer une visite médicale auprès de ce praticien, le fonctionnaire est tenu à se déplacer et souvent, dans nos campagnes, à perdre toute une journée, pour se rendre à la ville.

Constatons encore que ce certificat, uniquement destiné à l'administration, n'est pas payé par cette dernière, mais reste à la charge du postulant, alors qu'il a déjà fait les frais d'un certificat délivré par son médecin traitant.

Quant à l'administration, a-t-elle toute sécurité, par la délivrance de tels certificats par ses médecins assermentés ?

Dans nombre de cas, le docteur de l'administration ne connaît pas le passé pathologique du malade, qu'il doit examiner anx fins d'un certificat. Ce praticien peut donc, involontairement, commettre des erreurs de diagnostic ou d'interprétation, d'autant plus regrettables que le fonctionnaire s'abstient de plus en plus de faire double frais pour obtenir un certificat de son médecin traitant, surtout que, dans ce cas, cette pièce doit être établie sur feuille de papier timbré.

Disons également combien il est regrettable de consacrer la confusion des fonctions de médecin traitant et de médecin contrôleur. Il serait désirable, pour ne pas dire plus, que le docteur, chargé d'une mission de contrôle, au nom de la collectivité, ne puisse pas exercer la médecine : il ne faut jamais placer un homme entre son devoir et son intérêt personnel. Or, si le médecin contrôleur se montre sévère, mais juste, dans la rédaction de son certificat, il peut craindre de perdre ce malade, qui le choisit également comme médecin traitant.

En second lieu, comme médecin traitant, il apprend, dans l'exercice de ses fonctions, des secrets qu'il a le devoir de dévoiler à l'administration, en tant que représentant technique de celle-ci : d'où conflit entre les obligations du secret professionnel (art. 378 du Code pénal) et celles d'avoir à accomplir correctement une mission de contrôle.

Opposition des intérêts en présence.

a) Le *fonctionnaire malade* se plaint d'être obligé de fournir, en toutes circonstances, même les moins sérieuses, non le certificat de son médecin traitant, mais une attestation d'un docteur assermenté qu'il ne connaît pas, la plupart du temps, attestation qu'il lui faut payer et qui exige souvent un déplacement onéreux.

b) L'*administration*, tout en ayant le droit parfaitement légitime de se faire renseigner sur l'état de ses employés, par les médecins qui ont sa confiance, a tendance à outrepasser ses prérogatives. Par suite, dénaturant et amplifiant la pensée du législateur de 1853, elle crée des médecins dits assermentés, les désigne à la faveur et non au mérite, les charge exclusivement de certifier, de contrôler et leur confie même le rôle de médecins traitants à l'égard des fonctionnaires de tous ordres.

Nous citerons, comme exemple de ces empiètements de l'administration, un recours pour excès de pouvoir, que le « Sou médical » a gagné contre un préfet, qui avait refusé le certificat d'un médecin, en faveur d'un vieillard qui demandait le bénéfice de la loi du 15 juillet 1905, soutenant que seuls étaient valables à ses yeux les certificats délivrés par ses médecins assermentés.

c) Le *corps médical* reproche à l'administration de créer des monopoles en faveur de quelques praticiens, bien que les textes législatifs et règlementaires ne soient pas précis en la matière. Cette assermentation, généralisée outre mesure, alors que le législateur n'a eu en vue que l'octroi de pensions civiles, crée, parmi les docteurs,

des privilèges, des inégalités, voire même des moyens de détournement de clientèle.

QUE FAIRE ?

Reconnaissons comme très légitime le souci de l'administration de faire exécuter un contrôle, à l'égard de ses agents malades, ou candidats à un congé ou à une pension de retraite.

Mais, nous appuyant, tant sur les textes réglementaires que sur les arrêts du Conseil d'Etat, cités plus haut, nous estimons que ce droit de contrôle ne devrait s'exercer que lorsqu'il y a doute sur la véracité d'un certificat, ou insuffisance dans le diagnostic indiqué.

Le médecin traitant, sous sa responsabilité, doit délivrer à son malade toute attestation que celui-ci réclame pour l'obtention d'un congé. Si ce praticien commet sciemment le délit de faux certificat, il sera passible des peines édictées par l'article 160 du Code pénal. Ces pénalités peuvent être encourues, lorsque le médecin a omis de vérifier les faits attestés, ou les a négligemment examinés (Trib. Seine, 5 oct. 1894).

Enfin, la partie lésée pourrait se porter partie civile et réclamer des dommages-intérêts au docteur qui aurait délivré un certificat de complaisance ou rédigé avec légèreté.

Mais l'administration voudrait-elle user de son droit très légitime de contrôle, qu'elle désignera un autre docteur que le médecin traitant, et cette mission sera toute momentanée, au lieu d'être définitive. Nous citons pour mémoire le protocole du contrôle établi par la loi sur les accidents du travail.

En conséquence, les syndicats médicaux, qui sont les représentants des intérêts collectifs de leurs adhérents, doivent faire une démarche auprès du préfet pour inviter ce magistrat à supprimer les fonctions permanentes de médecin assermenté. Si le préfet refuse, les médecins assermentés, en bons syndiqués, démissionneront de leurs fonctions, sûrs qu'ils seront d'être protégés par le Conseil de famille et les sanctions statutaires contre quiconque accepterait leur succession.

En second lieu, nous prions nos confrères de nous soumettre les cas particuliers, parce que le « Sou médical » serait heureux de saisir une espèce favorable pour faire juger, par le Conseil d'Etat, cette question irritante des médecins assermentés, uniquement basée sur des règlements remontant à plus de 70 années et ignorés même au ministère des finances.

Dr Paul BOUDIN.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Syndicat médical de Montpellier.

Lettre adressée le 20 septembre 1920 par le Secrétariat général aux membres du Syndicat.

Malgré les vacances la vie syndicale professionnelle n'a pas de ralenti.

1° Je suis heureux de vous faire part de neuf nouvelles demandes d'admission à notre Syndicat médical.

2° Vous êtes instamment invité, chacun de votre côté, à amener au Syndicat les confrères qui n'en font pas encore partie. Il y va de votre intérêt personnel comme de l'intérêt des malades et de la profession en général.

3° A la prochaine réunion du Syndicat, qui aura lieu courant octobre, en plus des questions locales qui seront soumises en temps et lieu, l'Union des Syndicats médicaux de France nous propose d'étudier :

A. — L'assurance invalidité-maladie.
B. — L'organisation hospitalière.
C. — La réorganisation syndicale.
D. — L'organisation de la lutte anti-tuberculeuse et anti-syphilitique.

Les questions de prophylaxie sociale et d'organisation hospitalière ne doivent pas nous être étrangères, ni se faire sans nous ; sans cela elles se feront contre nous.

4° Les tarifs des visites ou consultations aux mutilés « Art. 64 » s'établissent trop lentement à notre gré, département par département. Cependant nous sommes heureux, malgré que la question soit encore à l'étude pour l'administration préfectorale en ce qui concerne l'Hérault, de donner ci-dessous quelques prix déjà adoptés dans d'autres départements.

Visite	Consultation	aux Mutilés du
8 fr.	7 fr. 50	Gard
10 fr.	8 fr.	Ille-et-Vilaine
10 fr.	9 fr.	Lille
8 fr.	7 fr. 50	Nord
10 fr.	9 fr.	Bordeaux, Arcachon Soulac.
8 fr.	7 fr. 50	Gironde « Villes inférieur. à 100.000 ».

Le département de l'Hérault étant plus riche que ceux sus énoncés, nous espérons bien que le tarif de la visite ou la consultation ne sera pas inférieur à 10 frs, prix que vos délégués ont reçu mandat de soutenir impérativement.

Les médecins ne doivent payer les impositions à l'État que sous une seule forme, comme tout commerçant ou négociant. Ils n'ont pas à faire des prix spéciaux aux mutilés, étant donné que les boulangers, restaurateurs, cafetiers, coiffeurs

ou tailleurs de mutilés ne font aucune concession à ces derniers.

Consentir de notre part une réduction — trop importante — sur le prix de nos visites ou consultations serait payer deux fois l'impôt : 1° directement ; 2° *indirectement.*

Or ce n'est pas aux médecins à assurer les soins médicaux aux mutilés, c'est l'ÉTAT qui les a pris à sa charge : Art. 64 : *L'Etat doit à tout militaire ou marin,* etc ....

En attendant l'élaboration de ce tarif, qui ne peut tarder, et espérant que nous ne serons pas dans l'obligation de pousser les Pouvoirs Publics par voie de justice à nous satisfaire de nos honoraires restés impayés depuis bientôt un an, vous devez m'adresser « première huitaine d'octobre » l'état nominatif et numérique des mutilés que vous avez soignés pendant le troisième trimestre 1920, « État établi suivant le modèle ci-dessous ».

Agréez, etc.

Le Secrétaire Général.

Nom des Mutilés	Nombre de Visites ou Consultations	Interventions	Montant	Observations

L'EXERCICE DE LA PHARMACIE

Deux propositions de loi.

C'est sous ce titre que, dans le n° du 21 juin 1914, nous commencions l'étude de l'exercice de la pharmacie et nous écrivions :

« Le hasard fait tomber simultanément entre nos mains deux propositions de loi sur l'exercice de la pharmacie : l'une émanant de la commission d'hygiène publique de la Chambre des députés, l'autre qui devait être déposée sur le bureau de la Chambre si l'encombrement des fins de législature n'avait menacé de caducité toutes propositions nouvelles.

« Ces deux propositions partent de conceptions radicalement opposées : l'une vise à peu près exclusivement l'intérêt du pharmacien, l'autre s'inspire surtout de l'intérêt public ; la première ne fait que consacrer les errements anciens, le privilège étroit du pharmacien, la lutte séculaire contre le médecin ; la seconde s'inspire des nécessités nouvelles, des principes de liberté commerciale sous la seule réserve de la protection de la santé publique.

« Il serait intéressant de voir la Commission compétente de la Chambre nouvelle saisie à la fois de ces deux propositions, leur comparaison devant éclairer d'un jour singulier la question de l'exercice de la pharmacie.

« En attendant, nous soumettons à nos lecteurs ces deux propositions et serions très heureux de recevoir les appréciations que leur suggèrera la comparaison ».

Et nous commencions par la publication de la première proposition telle que l'exposait le rapport de M. le Député Schmidt (1).

La brusque déclaration de guerre nous empêcha de publier la seconde proposition.

Nous nous retrouvons aujourd'hui exactement dans la même situation.

M. le Député VINCENT, de la Côte-d'Or, rapporte, au nom de la Commission d'hygiène publique de la Chambre, une proposition de loi dont il était d'ailleurs un des auteurs, et nous retrouvons dans nos cartons la propositon que les évènements nous avaient empêchés de publier.

En dépit de quelques légères modifications, le même esprit d'antagonisme règne entre les deux conceptions ; sans doute sur certains points, l'écart est moins grand qu'autrefois, mais le but cherché reste toujours le même dans la proposition soumise au vote de la Chambre des Députés : il faut maintenir et renforcer le privilège des pharmaciens.

Nous reprenons donc notre étude comparative, *sollicitant les communications de nos confrères et en particulier de ceux qui, exerçant dans les campagnes, sont dans l'obligation de délivrer des médicaments aux malades qui reçoivent leurs soins.*

Voici d'abord la proposition de loi émanant de M. Vincent.

Nous avons composé en italiques les articles de cette proposition qui méritent une attention toute particulière, notamment ceux qui intéressent le médecin.

Nous les commenterons prochainement.

Dans le n° 38, page 2320, nous avons, par anticipation, publié le texte de l'article 14 du projet de loi de 1919, qui a trait à la propharmacie. On remarquera que cet article 14 de 1919 est devenu l'article 13 du projet Vincent de 1920.

Proposition de loi présentée, au nom de la Commission d'hygiène, sur l'exercice de la pharmacie, par M. Emile Vincent, député de la Côte-d'Or.

TITRE Ier

PHARMACIEN VENDANT AU DÉTAIL.

ARTICLE 1er. — Nul ne peut exercer la profession de pharmacien s'il n'est muni d'un diplôme de pharmacien délivré par le Gouvernement français à la

(1) *Concours médical*, 1914.

suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur de l'État.

Les pharmaciens diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne peuvent exercer leur profession en France qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de pharmacien français et en se conformant aux dispositions de la présente loi.

Tout étranger, quoique muni du diplôme de pharmacien français, ne pourra exercer la pharmacie en France que si, par réciprocité, un Français pourvu du diplôme de pharmacien délivré par le pays auquel appartient cet étranger peut exercer la pharmacie dans ce pays.

Les étudiants étrangers qui postulent le diplôme de pharmacien en France sont soumis aux mêmes règles de stage, de scolarité et d'examens que les étudiants français.

Un diplôme spécial pourra être délivré aux étudiants étrangers sans leur conférer le droit d'exercer la pharmacie sur aucune partie du territoire français.

Les étudiants aspirant à ce diplôme seront soumis aux mêmes règlements et examens que les étudiants français.

Toutefois il pourra leur être accordé, en vue de l'inscription règlementaire, soit la dispense des grades français requis pour l'inscription, soit l'équivalence des grades obtenus par eux à l'étranger ainsi que des dispenses partielles de scolarité correspondant à la durée des études faites par eux à l'étranger.

Un règlement d'administration publique établira les équivalences de diplômes pour les pharmaciens alsaciens-lorrains, déterminera les équivalences de grade pour les étudiants en cours d'études et fixera la date à partir de laquelle il n'y aura plus qu'un seul régime d'études.

Article 2. — Tout pharmacien, avant d'ouvrir une officine ou d'entrer en possession d'une officine déjà établie, est tenu d'en faire la déclaration à la mairie du lieu et de faire enregistrer sans frais son diplôme à la préfecture du département ou à la sous-préfecture de l'arrondissement où il doit exercer, ainsi qu'au greffe du tribunal civil dans le ressort duquel est située l'officine. Mention de cet enregistrement doit être faite au dos du diplôme par l'autorité administrative. Le fait de transférer son officine d'une localité dans une autre oblige à un nouvel enregistrement du titre, préalablement à la nouvelle installation.

Est soumis à la même obligation tout pharmacien qui prend la gestion d'une officine dans les cas prévus par les articles de la présente loi.

Nul ne peut ouvrir une officine ou transférer son officine d'une localité dans une autre s'il n'est pourvu d'une autorisation, qui est accordée par le ministre de l'hygiène, sur avis conforme d'une commission, dont la composition et le mode de fonctionnement sont déterminés par un règlement d'administration publique. Ladite commission ne peut donner un avis favorable à cette autorisation qu'après avoir constaté que l'officine projetée est nécessaire pour assurer le service pharmaceutique de la région.

Il est établi chaque année dans les départements, par les soins du préfet et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et la provenance du diplôme des pharmaciens. Ces listes sont affichées chaque année, dans le mois de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux ministres de l'hygiène, de l'instruction publique, de la justice et de l'agriculture. La statistique du personnel pharmaceutique existant en France et aux colonies est dressée tous les ans par les soins du ministre de l'hygiène.

Article 3. — Les internes en pharmacie nommés au concours et pourvus de huit inscriptions au moins, ainsi que les étudiants en pharmacie pourvus de douze inscriptions au moins peuvent être autorisés à exercer la pharmacie à titre de remplaçant d'un pharmacien, dans les conditions prévues à l'article 5. Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois. Elle est renouvelable, sans que sa durée puisse excéder le délai fixé à l'article 5.

Article 4. — Tout pharmacien doit être propriétaire de l'officine qu'il exploite, sauf les exceptions prévues par la présente loi. Est nulle et de nul effet toute stipulation destinée à établir que la propriété d'une officine appartient à une personne non diplômée.

Est assimilé au propriétaire de l'officine et soumis aux mêmes obligations : 1° le pharmacien gérant l'officine dont ses enfants mineurs ou majeurs sont copropriétaires; 2° le conjoint diplômé d'une veuve de pharmacien gerant, en qualité de cotuteur, l'officine des enfants mineurs ou majeurs issus du premier mariage ; 3° le conjoint diplômé, sous quelque régime que le mariage ait été contracté.

Article 5. — Après le décès d'une personne pourvue du diplôme de pharmacien et exerçant la pharmacie, son conjoint survivant ou ses héritiers peuvent, pendant un temps qui ne peut pas excéder une année, à partir du décès, maintenir son officine ouverte en la faisant gérer soit par un pharmacien, soit par un étudiant en pharmacie autorisé dans les conditions déterminées par l'article 3 de la présente loi. Ce délai est porté à trois années lorsque le défunt laisse un enfant étudiant en pharmacie pourvu de huit inscriptions de scolarité.

Dans le cas dûment constaté de maladie mettant le propriétaire d'une officine dans l'impossibilité absolue de la gérer, il est pourvu à la gérance, pendant la durée de la maladie, dans les conditions indiquées dans le précedent paragraphe.

Article 6. —Aucun pharmacien ne peut tenir plus d'une officine. Il ne peut faire dans son officine, ni dans l'immeuble où se trouve l'officine, aucun autre commerce que celui des médicaments, des drogues, des objets se rattachant à l'art de guérir ou à

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Mᵉ Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

TARIF BRETON

(ancien TARIF DUBIEF)

Le TARIF BRETON (ancien tarif Dubief), est édité avec son RÉPERTOIRE ALPHABÉTIQUE et mis en vente dans les bureaux du journal au prix de 1 fr., et *franco par poste* au prix de 1 fr. 50.

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. BOULANGER, administrateur du *Concours Médical,* 132, faubourg St-Denis. Paris 10ᵉ, (contre chèques - Postaux Paris 167-95).

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 en timbres pour frais de réimpression de bande.

l'hygiène, des produits diététiques, des produits hygiéniques et des produits chimiques.

Nul ne peut exercer en même temps que la pharmacie une profession qui le tienne habituellement éloigné du domicile pour lequel son diplôme a été visé conformément à l'article 2.

ARTICLE 7. — Le nom du pharmacien doit être inscrit sur son officine et sur ses factures.

Tout médicament délivré par lui doit être pourvu d'une étiquette adhérente portant son nom et son adresse, à l'exception des produits étiquetés conformément à l'article 23.

Les médicaments dangereux, destinés ou non à l'usage externe, doivent être munis d'étiquettes et de mentions spéciales. Un règlement d'administration publique détermine les conditions suivant lesquelles est remplie cette dernière obligation. Si le médicament délivré est inscrit au codex actuel, dans une pharmacopée étrangère ou dans une de leurs précédentes éditions, l'étiquette doit porter l'une des désignations qui y sont mentionnées ; s'il n'y est pas inscrit, l'étiquette doit porter, soit l'indication du nom de la ou des substances entrant dans sa composition, soit un numéro d'ordre correspondant à la formule inscrite sur le registre spécial prévu au paragraphe suivant. Toute formule magistrale doit être, au moment où elle est exécutee, transcrite avec un numéro d'ordre sur un registre établi à cet effet. La prescription ne peut être rendue au malade qu'après apposition du numéro de référence à ce registre et impression d'un timbre portant le nom et l'adresse du pharmacien.

Tout médicament destiné à la médecine vétérinaire doit être muni d'une étiquette portant la mention « usage vétérinaire ».

ARTICLE 8. — Tout pharmacien propriétaire d'une officine ouverte au public a la faculté de se faire assister par des aides, munis ou non du diplôme de pharmacien, mais il reste personnellement responsable des erreurs qu'ils pourraient commettre.

Si le nombre des aides non diplômés concourant à l'exécution des ordonnances est supérieur à quatre, ceux en surnombre doivent être surveillés par des pharmaciens diplômés qui ne peuvent jamais avoir sous leurs ordres plus de quatre aides non diplômés.

Les pharmaciens diplômés sont soumis aux conditions fixées par l'article 2, relativement à la déclaration et à l'enregistrement de leur diplôme.

ARTICLE 9. — *Il est interdit au pharmacien de solliciter habituellement, auprès du public, des commandes par l'intermédiaire de préposés ou de courtiers à sa solde.*

ARTICLE 10. — Tout débit, étalage ou distribution de substances simples ou préparations possédant ou auxquelles sont attribuées des propriétés médicales ou curatives est interdit sur la voie publique, dans les foires et marchés, à toute personne, même munie du diplôme de pharmacien.

ARTICLE 11. — *Toute association ayant pour objet l'exploitation d'une officine ouverte au public est interdite si elle n'est faite sous la forme d'une société en nom collectif entre pharmaciens diplômés.* En tout cas l'officine ne peut être gérée que par les associés.

En outre, aucun des co-associés ne peut posséder en propre une autre officine ouverte au public ou y avoir des intérêts.

ARTICLE 12. — *Toute convention d'après laquelle un pharmacien ou un herboriste assurerait à un médecin, un chirurgien-dentiste, une sage-femme ou un vétérinaire un profit quelconque, dans l'exercice de leur profession, sur la vente d'un produit médicamenteux ou hygiénique est prohibée et nulle. Tout pharmacien ou herboriste qui aura offert à un médecin, à un chirurgien-dentiste, à une sage-femme ou à un vétérinaire, ou tout vétérinaire qui aura sollicité d'un pharmacien ou herboriste un profit quelconque sur la vente d'un produit médicamenteux ou hygiénique est passible des peines portées à l'article 27.*

ARTICLE 13. — *L'exercice simultané de la profession de médecin, de sage-femme, de chirurgien-dentiste ou de vétérinaire avec celle de pharmacien est interdit, même en cas de possession, par le même titulaire, des diplômes conférant le droit d'exercer ces professions.*

Cette disposition n'est pas applicable aux porteurs actuels du diplôme de pharmacien et de l'un des autres diplômes visés ci dessus.

Toutefois, le médecin peut fournir des médicaments aux malades près desquels il est appelé, s'il réside dans une commune ou dans une agglomération où il n'y a pas de pharmacie et si les malades résident à une distance de huit kilomètres au moins de toute pharmacie. Il ne peut délivrer de médicaments aux malades qui viennent le consulter dans son cabinet que si son domicile et celui du malade sont distants de huit kilomètres du moins d'uns pharmacie.

Les vétérinaires établis dans une commune ou agglomération dépourvue de pharmacie dans un rayon de huit kilomètres, et qui vont exercer dans une commune ou agglomération distante de huit kilomètres au moins de toute pharmacie, peuvent délivrer les remèdes destinés aux animanx confiés à leurs soins.

Les médecins et les vétérinaires bénéficiant de cette exception ne peuvent avoir officine ouverte ; ils sont soumis à toutes les obligations résultant pour les pharmaciens des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente ; ils doivent remettre à leurs clients, en même temps que les médicaments qu'ils leur fournissent, la formule desdits médicaments, rédigée conformément au premier paragraphe de l'article 14.

ARTICLE 14. — *L'ordonnance d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste, d'une sage-femme ou d'un vétérinaire doit être rédigée de manière à pouvoir être exécutée dans toutes les pharmacies. Elle doit porter le nom et l'adresse de l'ordonnateur, soit écrits très lisiblement, soit imprimés, soit apposés à l'aide d'un timbre humide ou sec.*

Si le pharmacien croit devoir conserver l'ordonnance, il ne peut refuser d'en délivrer une copie

certifiée conforme et portant le timbre et le numéro prévus au paragraphe 4 de l'article 7.

ARTICLE 15. — *Les pharmaciens ne peuvent délivrer au public, sans l'ordonnanec d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste, d'une sage-femme ou d'un vétérinaire, les médicaments inscrits sur une liste dressée et tenue à jour par la commission du Codex.*

En outre, il est dressé, au codex, une liste des médicaments dont la délivrance ne peut être répétée que sur une ordonnance nouvelle.

La commission du Codex fixera, parmi les médicaments figurant dans la liste prévue au paragraphe précédent, ceux dont la délivrance ne pourra être faite par le pharmacien que si la prescirption est rédigée sur une feuille spéciale. Les ordonnances contenant des médicaments appartenant aux catégories visées dans les deux paragraphes précédents et prescrits à dose interdite ne seront pas renouvelables à moins d'indication contraire de l'auteur de la prescription qui devra y apposer autant de timbres mobiles qu'il désire de renouvellements. Feuilles d'ordonnances spéciales et timbres mobiles, fournis gratuitement par le ministre de l'hygiène, seront remis aux médecins par la préfecture de leur département.

En cas d'urgence, le pharmacien est autorisé à délivrer au médecin lui-même les médicaments visés au troisième paragraphe du présent article, sans feuille spéciale, à charge par le médecin de régulariser son ordonnance dans les cinq jours.

Les dispositions des lois du 19 *juillet* 1845 *et* 12 *juillet* 1916 *sur les substances vénéneuses sont applicables au rédacteur de l'ordonnance qui, sous peine de tomber sous le coup des sanctions qui y sont prévues, est tenu : 1° de rédiger cette ordonnance lisiblement en indiquant le mode d'administration ; 2° d'écrire en toutes lettres les doses des produits prescrits.*

ARTICLE 16. — Toute personne pourvue du certificat d'herboriste ne peut détenir ou vendre, parmi les substances médicamenteuses, que les plantes ou parties de plantes médicinales indigènes, fraîches ou sèches, à l'exception des mélanges de plantes et des plantes vénéneuses dont la liste figure au Codex. Les herboristes sont soumis à la formalité de la déclaration et de l'enregistrement du diplôme prescrit par l'article 2 de la présente loi.

ARTICLE 17. — Par dérogation au premier paragraphe de l'article 4 de la présente loi, les hôpitaux, hospices, et tous autres établissements ayant pour objet la distribution de secours aux malades peuvent être propriétaires d'une pharmacie, à la condition de la faire gérer par un pharmacien, sous la surveillance et la responsabilité duquel se fait la distribution gratuite des médicaments destinés au personnel qu'ils secourent ou qu'ils emploient.

Dans le cas où les établissements d'assistance prévus dans le précédent paragraphe n'useraient pas de la faculté que leur accorde ledit paragraphe de distribuer les médicaments destinés aux indigents, tout pharmacien est tenu de fournir à ceux-ci les remèdes qui leur sont prescrits, et cela d'après un tarif établi par une commission composée de pharmaciens et de membres de l'administration.

Les hôpitaux, hospices et tous établissements visés par le premier paragraphe du précédent article qui vendent actuellement des médicaments, pourront continuer cette vente pendant un délai de deux ans à dater de la promulgation de la présente loi, à condition de faire gérer leur pharmacie par un pharmacien diplômé qui devra, nécessairement, résider dans la localité où se trouve l'hôpital et qui sera chargé de surveiller la préparation et le débit des médicaments.

ARTICLE 18. — Les dispositions du précédent article s'appliquent aux sociétés de secours mutuels ou unions de sociétés de secours mutuels qui assurent les secours pharmaceutiques, moyennant une cotisation suffisante, à leurs membres participants et à leur famille ; mais ces sociétés ou unions de sociétés ne peuvent fournir de médicaments aux victimes des accidents du travail que dans les conditions prévues par l'article 6 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

TITRE II

PRÉPARATION ET VENTE EN GROS DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES.

ARTICLE 19. — La fabrication et la vente des drogues simples et des produits chimiques destinés à la pharmacie, sans qu'ils soient jamais délivrés directement au consommateur pour l'usage thérapeutiquel, sont libres, sous réserve des règlements spéciaux concernant certains de ces produits.

ARTICLE 20.— Les drogueries pharmaceutiques fabriquant ou vendant des préparations pharmaceutiques, doivent être exploitées, soit par un pharmacien, soit par une société en nom collectif, dont l'un des membres est pharmacien, soit par une société en commandite simple, dont l'un des commandités est pharmacien, soit par une société en commandite par actions, dont l'un des gérants est diplômé, soit par une société anonyme, dont le conseil d'administration devra comprendre un pharmacien.

Dans tous les cas, l'associé ou gérant diplômé est désigné comme gérant responsable.

Tout pharmacien qui prendra la gestion d'une droguerie pharmaceutique sera tenu de déposer son diplôme dans les conditions fixées par l'article 2.

ARTICLE 21. — Les droguistes pharmaceutiques peuvent détenir et vendre toutes drogues, produits chimiques ou préparations pharmaceutiques, même s'ils ne répondent pas aux formules du Codex français, à la condition que ces produits soient étiquetés et vendus conformément à leur composition.

ARTICLE 22. — Lorsqu'un établissement exploitera et mettra en vente soit des drogues simples ou des produits chimiques destinés à la pharmacie, préparés pour la vente au consommateur et livrés sous cachets au pharmacien, soit des compositions ou préparations pharmaceutiques mises en vente dans

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMES DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client. (*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien*, édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco

Les 50 ..... 5 fr. »
Le 100 ..... 8 fr. »»
Les 500 ..... 35 fr. »»
Les 1000 ... 60 fr. »»

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, *132, faubourg St-Denis, Paris.*

TARIF

général minimum raisonné des honoraires médicaux.

(*Ancien tarif Jeanne*).

Etabli par une Commission spéciale nommée par le *Concours médical* et comprenant des chirurgiens et des spécialistes. *Volume de 208 pages relié.*

PRIX franco : 3 francs 50

Adresser les commandes, accompagnées du montant en un mandat, à M. C. BOULANGER administrateur du Concours médical, *132, faubourg Saint-Denis, Paris.*

les mêmes conditions, il devra être exploité, soit par un pharmacien, soit par une société en nom collectif, dont l'un des associés, gérant, sera pharmacien, soit par une société en commandite simple, dont le commandité sera pharmacien, soit par une société en commandite par actions, dont l'un des gérants sera diplômé, soit par une société anonyme, dont le conseil d'administration devra comprendre parmi ses membres des pharmaciens.

Dans ce dernier cas, le nombre des membres du conseil d'administration munis du diplôme de pharmacien ne sera pas inférieur à un quart.

Dans tous les cas, le pharmacien, le gérant diplômé, ou l'un des administrateurs diplômés sera responsable des qualités spécifiques ou dosimétriques des produits. Tout pharmacien qui prendra la gestion et la responsabilité d'un établissement visé au présent article sera tenu de déposer son diplôme dans les conditions fixées par l'article 2.

Article 23. — *Les médicaments visés dans l'article précédent devront porter une étiquette indiquant le nom, le domicile, et la qualité de pharmacien français du fabricant, ainsi que le nom et la dose, par unité de prise, des principes actifs entrant dans sa composition.*

L'étiquette devra, en outre, porter un numéro d'ordre indiquant le classement sous lequel aura été inscrit à l'académie de médecine le pli cacheté *contenant le nom et la dose de toutes les substances entrant dans la composition du produit. Ce pli cacheté ne pourra être communiqué qu'aux experts chimistes régulièrement munis de pouvoirs judiciaires.*

La législation et les règlements sur la vente des substances vénéneuses sont applicables à ces préparations, lorsqu'elles renferment ces substances.

Un règlement d'administration publique déterminera les conditions d'application des deux derniers paragraphes de cet article.

Article 24. — La vente, la livraison et l'annonce de tout remède secret sont interdites.

Sont considérés comme remèdes secrets les médicaments simples ou composés qui ne sont pas munir d'une étiquette portant les indications prévues pas les articles 7 et 23 de la présente loi.

Sont également considérés comme remèdes secrets les médicaments non inscrits au Codex ou dans une pharmacopée étrangère ou dans une de leurs précédentes éditions, livrés aux pharmaciens pour être revendus par ceux-ci, soit en nature, soit après avoir subi une manipulation, et qui ne sont pas munis, au moment de leur livraison aux pharmaciens, d'une notice indiquant leurs caractères d'identité et, s'il y a lieu, leur degré de toxicité.

TITRE III

Dispositions diverses.

Article 25. — Il est publié tous les dix ans au moins, une édition de la pharmacopée légale ou Codex, et, au moins tous les deux ans, un fascicule complémentaire auxquels les pharmaciens sont tenus de se conformer en ce qui concerne les médicaments qui y sont inscrits.

Le Codex et ses supplémments sont rédigés en langue française.

Une commission permanente nommée par le ministre de l'instruction publique, est chargée de la rédaction du Codex et des fascicules complémentaires. Cette commission établit la nomenclature des médicaments qui doivent figurer dans le Codex, ainsi que leur formule et leur mode de préparation ou d'essai, suivant le cas, afin d'assurer l'uniformité des produits dans toutes les officines. Le Codex doit en outre contenir :

1° *La liste des substances qui, d'après l'article* 15, *ne peuvent être délivrées que sur ordonnance médicale* ;

2° La liste des médicaments dont la délivrance ne peut, d'après le même article 15, être répétée que sur une ordonnance nouvelle ;

3° La liste des substances dont la délivrance ne peut être effectuée que si l'ordonnance est rédigée sur une feuille spéciale.

4° La liste des médicaments inscrits sur la liste annexée au décret réglementant le commerce des substances vénéneuses ;

5° La liste des médicaments qui ne sont pas inscrits sur la liste annexée au décret règlementant le commerce des substances vénéneuses, mais qu'il est prudent de séparer des autres ;

6° Les lois et règlements concernant les études pharmaceutiques et l'exercice de la pharmacie. Tout pharmacien doit être pourvu de la plus récente édition du Codex et de ses compléments.

Article 26. — *En vue d'assurer l'application des lois et règlements en vigueur sur l'exercice de la pharmacie et sur la répression des fraudes en matière médicamenteuse, notamment de vérifier la bonne qualité des produits et de rechercher la fabrication et le débit sans autorisation légale des préparations et compositions médicinales, il est procédé, au moins une fois l'an, à l'inspection des officines des pharmaciens, des dépôts de médicaments tenus par les médecins et les vétérinaires,* des magasins de droguistes, herboristes et épiciers, des coiffeurs et des parfumeurs, des dépôts d'eaux minérales naturelles, des fabriques et dépôts d'eaux minérales artificielles, généralement de tout local dans lequel une personne quelconque fabrique, entrepose, met en vente des produits médicamenteux ou hygiéniques.

Les pharmaciens, droguistes, ou tout détenteur de produits médicamenteux ou hygiéniques sont tenus de présenter les drogues ou compositions qu'ils ont dans leurs magasins, officines, laboratoires et leurs dépendances.

Un règlement d'administration publique désigne les autorités qualifiées pour effectuer les inspections et visites spéciales prévues au présent article et précise les pouvoirs qui leur sont conférés par ledit article.

L'inspection des officines des pharmaciens et des dépôts de médicaments tenus par les médecins et

les vétérinaires ne peut être confiée qu'à des professeurs des facultés ou écoles de pharmacie pourvus du diplôme de pharmacien ou à des pharmaciens ayant tenu officine ouverte pendant dix ans au moins, ou à des pharmaciens exerçant leur profession depuis le même laps de temps ; mais ces derniers ne pourront inspecter dans le département où ils exercent.

Un règlement d'administration publique détermine les règles de procédure applicables aux substances médicamenteuses et hygiéniques en ce qui concerne les prélèvements d'échantillons, les analyses, les expertises et saisies nécessaires à l'exécution de la présente loi et de la loi du 1er août 1905 sur la répression des fraudes.

Il est institué dans chaque faculté ou école pourvue d'un laboratoire chargé de l'analyse des médicaments prélevés par les inspecteurs, une commission consultative appelée à donner son avis sur la nature et la gravité des infractions constatées. Cette commission doit comprendre des représentants des facultés ou écoles de pharmacie pourvus du diplôme de pharmacien, des pharmaciens inspecteurs, des pharmaciens tenant officine ouverte, des pharmaciens gérants de drogueries pharmaceutiques et des pharmaciens spécialistes.

Les membres de la commission appartenant aux trois dernières catégories seront désignés d'accord avec les associations professionnelles correspondantes.

Article 27.— Quiconque, sans être pourvu d'un diplôme d'État de pharmacien français, aura débité ou vendu des médicaments, exercé la profession de pharmacien ou se sera immiscé par coopération, association ou tout autre accord, dans l'exploitation d'une officine ou d'un produit médicamenteux en dehors des conditions prévues par la présente loi, sera puni d'une amende de 500 à 3.000 francs.

Article 28. — Sont punis d'une amende de 100 à 500 francs :

1° Le pharmacien et l'herboriste qui n'auront pas effectué la déclaration et la production du diplôme prescrites par la présente loi ;

2° Les internes ou étudiants qui auront exercé la pharmacie ou géré une officine en dehors des cas prévus par les articles 3 et 5 ;

3° Quiconque aura vendu ou mis en vente des médicaments sur la voie publique, les foires ou marchés contrairement à l'article 10 ;

4° Quiconque aura soit annoncé, livré ou vendu des remèdes secrets, contrairement à l'article 24 ;

5° Les membres des commissions administratives des hôpitaux et hospices , les administrateurs des établissements ayant pour objet la distribution de secours aux malades, les administrateurs des sociétés de secours mutuels, les pharmaciens attachés auxdits établissements qui auront contrevenu aux dispositions des articles 17 et 18.

6° *Quiconque aura exercé simultanément la profession de médecin, chirurgien, dentiste, sage-femme on vétérinaire avec celle de pharmacien, contrairement au premier paragraphe de l'article* 13 ;

Le veuf, la veuve ou les héritiers d'un pharmacien qui auront contrevenu aux dispositions de l'article 5.

Article 29. — Sont punis d'une amende de 16 à 100 fr :

1° Le pharmacien qui ne se sera pas conformé, pour son enseigne, ses étiquettes et ses factures, aux prescriptions de l'article 7 et du deuxième paragraphe de l'article 8 ;

2° Le pharmacien qui aura délivré sans ordonnance de médecin les médicaments mentionnés à l'article 15 ;

3° Le pharmacien qui ne se sera pas pourvu de l'édition la plus récente du Codex et de ses compléments ou qui ne s'y sera pas conformé, contrairement à l'obligation édictée par l'article 25 ;

4° Quiconque aura commis une des infractions prévues par la présente loi et qui ne sont pas visées dans les articles 27 et 28 ainsi que dans le présent article ;

Article 30. — Les tribunaux peuvent, en cas d'infraction prévue par l'article 27, ordonner dans les lieux qu'ils désigneront, l'affichage du jugement portant une condamnation et son insertion intégrale ou par extrait dans les journaux qu'ils indiqueront, le tout aux frais du condamné.

Article 31. — Lorsque le prévenu convaincu de contravention à la présente loi aura, dans les cinq ans qui ont précédé le délit, été condamné pour une infraction identique, l'amende pourra être élevée jusqu'au double du maximum.

Article 32. — La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la pharmacie et de la profession d'herboriste peuvent être prononcées par les cours et tribunaux, accessoirement à la peine principale, contre tout pharmacien ou herboriste condamné :

1° A une peine afflictive ou infamante ;

2° A une peine correctionnelle prononcée pour faux, vol ou escroquerie, ainsi que pour les crimes ou délits prévus par les articles 317, 331, 332, 334 et 335 du code pénal ;

3° A une peine correctionnelle prononcée par une cour d'assisses pour des faits qualifiés crimes par la loi.

En cas de condamnation prononcée à l'étranger pour l'un des crimes ou délits ci-dessus spécifiés, le coupable peut, également, à la requête du ministère public, être frappé par les tribunaux français de la suspension temporaire ou de l'incapacité absolue de l'exercice de sa profession.

En aucun cas les dispositions du présent article ne sont applicables aux pharmaciens ou herboristes frappés d'une peine quelconque pour crime ou délit politique.

Tout pharmacien ou herboriste qui continue d'exercer la profession malgré la peine de la suspension temporaire ou de l'incapacité absolue prononcée contre lui tombe sous le coup de l'article 27 de la présente loi.

Article 33. — L'article 463 du code pénal est applicable aux infractions prévues et punies par la présente loi.

ARTICLE 34. — Dans l'année qui suivra la promulgation de la présente loi, il sera rendu un décret revisant le décret du 14 septembre 1916 sur les substances vénéneuses.

ARTICLE 35. — La présente loi est applicable à l'Algérie et aux colonies françaises.

ARTICLE 36. — Sont et demeurent abrogés :

1° L'arrêt du Parlement de Paris du 23 juillet 1748, ainsi que les arrêts et règlements qui y sont rappelés ;

2° La déclaration du roi du 25 avril 1777 ;

3° La loi du 14 avril 1791 ;

4° La loi du 29 pluviôse an XIII ;

5° La loi du 25 prairial an XIII ;

6° La loi du 21 germinal an XI et la loi du 27 juin 1908 ;

7° Le décret du 19 août 1810 ;

8° L'ordonnance du 8 août 1816 ;

9° Le décret du 3 mai 1850 ;

10° Généralement les dipositions des lois, ordonnances et décrets antérieurs en ce qu'ils ont d'incompatible avec les prescriptions de la présente loi.

MUTUALITÉ FAMILIALE

L'indemnité-maladie.

J'ai promis au Dr P., qui me demandait une réponse par le *Concours médical*, après lui avoir montré l'utilité et les avantages de la prévoyance, que je lui donnerais satisfaction.

Mon cher Confrère.,

Garantie contre l'invalidité pathologique, contre la vieillesse, contre la mort, telles sont les trois principales formes de la prévoyance que je vous signalais dans ma dernière lettre : ce sont elles que vise notre Mutualité familiale avec ses combinaisons diverses :

Indemnité maladie (combinaisons MA et MAD)

Retraite à 60 ou 65 ans (combinaisons P et R)

Pensions aux veuves et aux orphelins (combinaison V).

Parlons d'abord de l'indemnité-maladie, car c'est elle qui s'adresse au danger le plus proche.

La combinaison MA, qui fonctionne déjà depuis 27 ans, assure au sociétaire une indemnité journalière de 10 francs du 5e au 64e jour de sa maladie et une indemnité mensuelle de cent francs à partir du 65e jour jusqu'à guérison complète et possibilité de la reprise du travail. Cette indemnité mensuelle n'est pas limitée quant au temps, et, si l'incapacité de travail est définitive, elle dure jusqu'à la cessation de la participation : c'est ainsi que certains sociétaires ont pu recevoir 12.000, 15.000, 18.000 et même plus de 20.000 francs.

La participation cesse à 65 ans. L'expérience a en effet démontré qu'à partir de cet âge, il était extrêmement difficile de faire le départ de ce qui, dans l'incapacité de travail, pouvait revenir à la maladie proprement dite et à la vieillesse ou l'usure. Or, la société ne garantit que le risque maladie, et la caisse était exposée à verser des sommes hors de proportion avec ce seul risque.

C'est pourquoi la société a dû fermer une combinaison B qui assurait la participation vie entière, laissant à une section *Retraite* le soin de faire ce qu'il était excessif de demander à l'indemnité-maladie.

Le droit à l'indemnité commence seulement six mois après l'admission : il a paru prudent de se mettre en garde contre certaines éventualités immédiates. Il est un vieux proverbe qui dit qu'on ne s'assure pas quand la maison brûle.

Le candidat à la combinaison MA doit répondre à un questionnaire sur son état de santé et ses antécédents, il doit aussi subir une visite médicale.

S'il est admis par le conseil d'administration, il verse un droit d'entrée de 25 francs destiné à rémunérer le confrère qui l'a examiné et une cotisation annuelle constante fixée par son âge d'entrée.

L'âge d'entrée est celui que le candidat a ou ou aura dans l'année de son entrée : tous les candidats nés en 1890 ont donc 30 ans pour la société, en 1920, sans qu'il y ait lieu de se préoccuper du quantième de leur naissance. Vous avez 28 ans, vous payerez annuellement 57 francs.

Voici d'ailleurs le tableau des cotisations, puisque cette réponse touchera d'autres intéressés que vous.

Tableau des cotisations de la combinaison MA.

AGE initial.	PRIME ANNUELLE payable semestriellement et d'avance.	AGE initial.	PRIME ANNUELLE payable semestriellement et d'avance.
	fr.		fr.
25 ans	54	45 ans	80
26 —	55	46 —	82
27 —	56	47 —	83
28 —	57	48 —	85
29 —	58	49 —	87
30 —	59	50 —	89
31 —	60	51 —	91
32 —	61	52 —	93
33 —	62	53 —	95
34 —	63	54 —	97
35 —	65	55 —	99
36 —	66	56 —	101
37 —	67	57 —	103
38 —	69	58 —	105
39 —	70	59 —	107
40 —	72	60 —	109
41 —	73	61 —	112
42 —	75	62 —	114
43 —	76	63 —	116
44 —	78	64 —	118

Ces cotisations sont toujours restées les mêmes depuis la création de la société, la loyauté nous oblige pourtant à dire qu'elles sont sujettes à révision si l'inventaire actuariel qui est fait périodiquement en démontrait la nécessité.

Le sociétaire malade fait une déclaration au secrétaire général en joignant un certificat médical, et, à la fin de chaque trimestre, après la séance du Conseil d'administration qui statue, il reçoit l'indemnité à laquelle il a droit.

Toutes ces indications, vous les trouverez dans les statuts dont je vous envoie un exemplaire, mais ce que vous n'y trouverez pas encore, c'est une nouvelle combinaison appelée MAD (maladie-accident double) qui va fonctionner à partir du 1er janvier prochain si l'Assemblée générale de novembre ratifie nos propositions et qui assurera une indemnité double : indemnité quotidienne de 20 francs, indemnité mensuelle de 200 francs.

Si vous avez lu les numéros 34 et 35 du *Concours*, vous devez être édifié et je crois inutile d'insister, d'autant que le fonctionnement ne sera que provisoire en 1921 et ne deviendra définitif qu'en 1922.

Vous voilà, je pense, tout à fait éclairé sur l'indemnité maladie : c'est par elle que vous commencerez.

Vous savez d'ailleurs que je suis à votre entière disposition pour vous éclairer sur tous les points qui pourraient vous paraître nécessiter des explications complémentaires.

H. Mignon.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations.

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.** — Un cours de revision a lieu en septembre-octobre 1920 sous la direction de MM. Gilbert et M. Villaret.

Le cours portera sur les notions récentes de clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire au diagnostic. Des programmes détaillés du Cours sont à la disposition des personnes qui en feront la demande au laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, a commencé le vendredi 24 septembre 1920, à 9 heures, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. Maurice Villaret, agrégé, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. Herscher, médecin des hôpitaux ; Guilleminot, agrégé ; Lippmann, Jomier, Chabrol et Brin, anciens chefs de clinique ; Henri Bénard et Dufourmentel, chefs de clinique Saint-Girons et Alfred Coury, chefs de clinique adjoints ; Paul Descomps, Dumont et Deval, chefs de laboratoire ; Daniel Routier, Dausset, Durey, Gérard et Lagarenne, chefs et assistants du laboratoire des agents physiques, et Comandon.

Il comprendra 31 leçons et sera terminé en deux semaines. Il aura lieu trois fois par jour, le matin à 9 h., l'après-midi à 14 h. 30 et à 16h. 30, les leçons du matin étant terminées suffisamment à temps pour permettre la visite de la plupart des services hospitaliers de Paris.

Il sera illustré de planches et projections photographiques et cinématographiques, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques.

Les élèves seront exercés à l'examen des malades présentés, à la rédaction d'ordonnances, au maniement des appareils, aux recherches de laboratoire s'appliquant à la clinique courante.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon leur seront distribués individuellement.

Un voyage d'étude de cinq jours sera organisé les 25, 26, 27, 28, et 29 septembre 1920, à Évian et aux stations hydrominérales de la Haute-Savoie (Saint-Gervais, Aix-les Bains, etc.), sous la direction des professeurs du cours.

Pour connaître les conditions et le programme du voyage, s'adresser à M. Paul Descomps, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours. Le droit de laboratoire à verser est de 150 fr.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. — Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis et jeudis, de midi à 3 h.

Nota. — Pendant les vacances de l'année scolaire 1920-1921 auront lieu à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, dans les mêmes conditions et sous la direction du professeur agrégé Maurice Villaret :

1° Deux cours de perfectionnement : *a*) l'un sur les maladies de foie et le diabète (vacances de Pâques) ; *b*) l'autre sur les maladies du tube digestif (grandes vacances) ;

2° Deux cours de revision : *a*) l'un sur les séquelles nerveuses des accidents du travail et des traumatismes de guerre (vacances du jour de l'an) ; *b*) l'autre sur les notions récentes de clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire au diagnostic (grandes vacances).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Le LACTOCHOL

Combinaison de **ferments lactiques et d'extraits biliaires**

constitue l'agent de désinfection gastro-intestinale le plus puissant : il n'est pas toxique; son activité est démontrée par la CLINIQUE et le LABORATOIRE.

Le Lactochol

La boîte de 50 comprimés

Prix : 4 fr. 50

Le Lactochol est *soixante fois plus actif que les ferments lactiques seuls.*

Le Lactochol est indiqué dans les cas d'**entérites aiguës** et **chroniques** de l'adulte et du nourrisson, d'**appendicite** chronique, contre les **dermatoses**, la **furonculose**, l'**insuffisance biliaire**, la **cholémie**, les **états infectieux** et **toxiques**.

Cliché "ATLAS"

Littérature, Échantillons et Laboratoire : 159, Aven. de Wagram, PARIS



GLYCÉROPHOSPHATE
GRANULÉ
ROBIN

GLYCÉROPHOSPHATE de CHAUX et de SOUDE

Le Seul Phosphate assimilable ne fatiguant pas l'Estomac.

ADMIS DANS les HOPITAUX de PARIS

Infaillible contre :

RACHITISME, FAIBLESSE DES OS
CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS
ALLAITEMENT, GROSSESSE, NEURASTHÉNIE
SURMENAGE INTELLECTUEL, etc.

Très agréable à prendre dans un peu d'eau ou de lait.
Pour les diabétiques, se prépare sous forme de comprimés.

VENTE EN GROS : *13, Rue de Poissy, PARIS.* — DÉTAIL : *Principales Pharmacies.*

exigées, il sera opposé un refus d'admission pour leur ouvrier blessé.

Monsieur le Receveur de l'hôpital réclamera soit aux malades et blessés non indigents, soit aux patrons responsables, pour les accidents du travail, la note des fournitures pharmaceutiques ou de pansement.

Les médecins et chirurgiens réclameront, soit aux malades et blessés non indigents, soit aux patrons responsables pour les accidents, les honoraires dus pour soins ou interventions.

La présente délibération sera affichée à la porte de l'hôpital hospice.

Fait et délibéré, le 25 mars 1920.

Pour copie conforme :
Le maire,
Signé : Dr Bayle.

PRÉFECTURE
de
L'ARDÈCHE

2e *Division*

HOPITAUX-HOSPICES
ANNONAY

Prix de journée des malades payants et des accidents du travail.

République Française

Privas, le 19 juin 1920.

Le Préfet de l'Ardèche,

A Monsieur le Maire d'Annonay,

(sous le couvert de M. le Sous-Préfet de Tournon).

Vous m'avez transmis copie d'une délibération en date du 25 mars dernier, par laquelle la Commission administrative de l'hôpital-hospice de votre ville décide qu'il y a lieu de porter le prix de journée applicable aux malades payants et aux accidentés du travail à 5 francs, non compris les honoraires médicaux et les fournitures pharmaceutiques.

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'en ce qui concerne les accidentés du travail, la délibération précitée n'est pas susceptible d'approbation.

En effet, aux termes de la loi du 5 mars 1917, (*J. O.* du 7 mars) le prix de la journée d'hospitalisation de cette dernière catégorie de malades ne peut dépasser le tarif de l'assistance médicale gratuite, majoré de 50 % ni excéder 5 francs. Et il est bien entendu que dans le prix ainsi fixé sont compris les soins médicaux et les fournitures pharmaceutiques.

Le tarif de l'assistance médicale gratuite étant actuellement de 3 francs par jour à l'hôpital d'Annonay, le prix de journée des accidentés du travail ne peut dépasser 4,50, chiffre déjà fixé par délibération du 21 octobre 1919, approuvée le 28 du même mois.

J'ajoute que le Sénat est saisi du projet de loi adopté par la Chambre des Députés le 30 juillet 1919, lequel majore de 30 % le prix de la journée de l'assistance médicale gratuite, en ce qui touche les accidentés du travail et supprime toute fixation de maximum.

L'augmentation de prix envisagée ne pourra donc être réalisée qu'après révision par le Conseil géné-

ral, au cours de sa prochaine session, des tarifs d'hospitalisation de l'assistance médicale gratuite.

Je vous retourne ci joint les 2 copies de la délibération du 25 mars dernier. Étant sans objet, la partie relative aux accidentés du travail, sera supprimée. Cette délibération ainsi modifiée devra nous être retournée pour approbation.

Le Préfet,

GONDOIN.

Réponse

Le Préfet a parfaitement raison. Le paragraphe 3 de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905 impose aux hôpitaux, comme aux médecins de l'établissement, la charge pécuniaire des soins à donner aux blessés du travail, pour le plus grand profit et bénéfice des actionnaires des compagnies d'assurances.

Depuis que le Préfet a fait rédiger sa réponse, a été promulguée la loi du 6 juillet 1920, accordant aux hôpitaux le droit de majorer de 30 % le prix de la journée d'hospitalisation d'assistance médicale gratuite, sans maximum, lorsqu'il s'agit de faire soigner un blessé du travail dans l'asile des pauvres. Mais le « tout compris » persiste toujours, pour le plus grand profit des assurances.

Que faire dans ces conditions, pour sauvegarder le patrimoine des pauvres, alors que le législateur s'est laissé circonvenir par les pleurnichements intéressés et les arguments des sociétés financières, qui ont nom compagnies d'assurances contre les accidents ?

C'est de s'appuyer sur la jurisprudence, que nous avons maintes fois citée, et de n'admettre les blessés du travail que dans des chambres et salles exclusivement payantes. Dans ces conditions, ces blessés ne seront plus « hospitalisés » au sens juridique du mot, mais « soignés dans une clinique, ou maison de santé », auquel cas, le « tout compris » n'est pas applicable.

Nous conseillons donc à nos confrères d'Annonay de se reporter au modèle de délibération que nous avons publié dans le *Concours* en attendant que soit modifiée la loi du 7 août 1851 et le règlement modèle du 25 décembre 1899.

Nous serions très reconnaissants à nos confrères de nous signaler soit les modifications apportées au règlement de leur hôpital local, soit les conflits et desiderata, en vue du rapport que nous devrons établir, à la fin de 1920, pour le Conseil supérieur de l'Assistance publique, qui, en janvier prochain, continuera la discussion de la révision du règlement modèle des hôpitaux.

Les médecins seront officiellement saisis de cette question par l'Union des syndicats médicaux ; mais qu'ils y pensent dès maintenant, pour nous adresser sans retard leurs suggestions, leurs doléances et leurs modifications sur cette

grosse question de l'admission des malades aisés dans les hôpitaux et le mode de rémunération des médecins.

Dr Paul BOUDIN.

Nomination d'un médecin radiologiste dans un hôpital.

J'admire la façon élégante dont l'histoire de la nomination du médecin radiologiste de l'hôpital de S. est présentée dans le *Concours médical* du 5 septembre 1920.

Votre correspondant a oublié de vous dire qu'en dehors du médecin proposé par la Commission de l'hôpital et qui n'exerce à S. que depuis la fin de la guerre, il y a à S. un médecin exerçant depuis 20 ans, y faisant de la radiologie depuis 19 ans, ayant été pendant la guerre radiologiste d'autochir et des hôpitaux de Versailles et du Vésinet et ayant fait acte de médecin radiologiste en toutes circonstances.

Mais ce médecin a le tort d'être indépendant, et comme il fallait à tout prix lui fermer l'hôpital, la nomination du médecin radiologiste s'est faite entre camarades et dans un si grand secret que le médecin indépendant n'a appris la proposition de la Commission administrative que le soir du jour où elle était faite.

Si des instructions ministérielles récentes ont prescrit aux préfets quelques garanties et quelque justice dans les nominations dans les hôpitaux de province, il me semble que les membres du *Concours Médical* ne peuvent qu'y applaudir.

Je tenais à vous mettre au courant de ce qui s'est passé pour cette nomination et je vous autorise à publier ma lettre avec initiales dans le *Concours Médical.*

Dr G.

Réponse.

Nous ne saurions ni ne pouvons nous faire juges des difficultés locales qui surgissent dans la vie professionnelle de chaque jour. Tout ce que nous pouvons regretter, c'est que les médecins ne soient pas suffisamment unis entre eux et qu'ils ne se sentent pas assez les coudes pour *imposer* leurs conditions de travail.

Vous êtes indépendant, dites-vous ? En quoi consiste cette indépendance, dont tous nous sommes si jaloux ? Cette indépendance ne doit pas nous condamner à l'isolement et si, au *Concours,* nous nous faisons les propagandistes de l'union syndicale, c'est justement pour que les médecins ne voient pas se retourner contre eux leur indépendance et leur amour de la liberté sans limites.

A l'heure où toutes les forces économiques du pays s'organisent en associations philantropiques ou commerciales, au moment où le gou-

vernement, dit républicain, gouverne avec le même autoritarisme et le même dédain des compétences que sous l'empire ou la royauté absolue, nous ne pouvons que répéter à nos confrères que, s'ils ne veulent pas être définitivement asservis à un salariat imminent, il nous faut tous aliéner une parcelle de notre indépendance au profit du groupe syndical, pour qu'il nous soit permis de lutter à forces égales, de collectivité à collectivité.

Dans votre cas particulier, avez-vous saisi votre syndicat local du conflit que vous nous signalez ? C'est ce groupe qui a qualité pour défendre et faire respecter les légitimes intérêts de tous les médecins adhérents.

Dr P. B.

Le médecin non propharmacien peut-il fournir des objets de pansement ?

La réponse que nous avons faite à cette question dans le numéro du 12 septembre, page 2274, a surpris quelques-uns de nos correspondants, qui nous ont fait part de leur étonnement. Il convient donc que nous revenions sur ce sujet afin de mieux préciser notre opinion avertie.

Il ne peut venir à l'esprit de personne de trouver mauvais qu'un médecin possède, dans son cabinet, les matériaux nécessaires pour faire un pansement d'urgence, qu'il s'agisse de simples produits hygiéniques, aussi bien que de cotons et de gazes médicamenteuses. C'est tout aussi normal et prévoyant de sa part, que d'avoir, dans sa trousse, des ampoules de morphine, de caféine, d'éther, d'huile camphrée, etc. pour répondre aux immédiates indications de l'urgence.

Ceci étant, si le blessé, sur lequel il utilisera ces matériaux, est un accidenté banal, dont le cas est régi par le droit commun, le médecin ne manquera pas de lui réclamer des honoraires qui rémunéreront, et son acte médical proprement dit, et sa fourniture d'objets de pansement, à moins, ce qui nous a toujours paru préférable, qu'il ne se fasse rendre ceux-ci en nature, sur ordonnance.

Mais si le blessé est un accidenté du travail, ce n'est plus lui qui honorera son médecin, mais son employeur, — et, en pratique, — l'assurance de celui-ci, les honoraires étant calculés selon un tarif officiel, qui est actuellement le tarif Breton.

Or, dans le tarif Breton, au chapitre : Frais médicaux, — le seul qui concerne le médecin, nous défions qui que ce soit de trouver une ligne ou même un mot relatifs à d'éventuelles fournitures de médicamentss et d'objets de pansement.

Nous estimons donc que c'est à bon droit que

nous avons écrit que, dans ce cas, le médecin était exposé à se voir contester et même refuser le montant de telles fournitures.

Contester, refuser... Par qui ? Évidemment par l'employeur ou son assurance substituée.

Est-ce à dire que l'affaire étant portée devant un tribunal, ce dernier sanctionnerait purement et simplement ce refus, ou au contraire, condamnerait le débiteur à payer ces fournitures ? Jamais nous n'aurions eu l'idée d'aller jusque-là dans notre raisonnement.

Cependant, puisque nous sommes invités à nous expliquer sans détours, nous supposerons le tribunal saisi d'un tel litige portant sur des objets de pansement médicamenteux fourni par le médecin. Il pourrait difficilement condamner le débiteur à en opérer le remboursement, puisque, aux termes de la loi sur l'exercice de la pharmacie, le médecin aurait commis un acte illégal qui ne saurait être juridiquement approuvé.

Le même reproche ne saurait être fait évidemment au médecin, au cas de fourniture d'objets hygiéniques non médicamenteux. Mais c'est alors le fisc qui pourrait se retourner contre lui et lui dire : « Vous faites commerce de tel ou tel article, vous allez payer une patente, des impôts et des taxes ».

Il s'ensuit donc, dans le cas particulier que nous envisageons, que le médecin peut tout au plus se prévaloir d'une tolérance, mais qu'il ne saurait invoquer un droit incontestable.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Les oxyures.

Traitement par l'ail.

Voilà des petites bêtes remuantes et dansantes extrêmement désagréables, et des locataires tenaces de notre intestin.

Malgré toutes les procédures, elles sont aussi difficiles à expulser parfois que les locataires actuels, quoique n'ayant aucun bail et n'ayant droit à aucune prorogation.

Ils s'introduisent sournoisement dans notre corps, et personne n'en est exempt, sauf ceux qui ne mangent aucun fruit ni aucun légume crus.

Nos bons maraîchers favorisent la pousse des salades en les arrosant, ainsi que d'autres légumes, avec des liquides provenant des latrines ou en les fumant avec des engrais ou paillis, contenant des excréments humains. Les fraises sont paillées de la même façon.

Or, ces engrais humains mélangés à d'autres sont farcis d'œufs d'oxyures provenant des matières fécales, surtout de celles des enfants.

Des œufs malgré des lavages soignés — et il n'y a pas de lavages quand il s'agit de fraises — sont avalés. Ils évoluent dans l'intestin et donnent lieu à des mâles et des femelles qui vivent dans le tube intestinal, se reproduisent et pondent à leur tour.

L'oxyure habite surtout le rectum et le gros

intestin. Il remonte jusqu'à l'appendice puisqu'on a remarqué sa présence dans certaines appendicites.

On le signale surtout chez les enfants. Mais combien d'adultes en possèdent sans le savoir ; combien de démangeaisons, de grattages de la région péri-anale sont causés par lui ! Et on ne songe pas à lui. On se gratte et on ne regarde pas ses matières, ou tout au moins ses papiers. Et on a tort. Bien des gens sont sujets aux oxyures chaque fois qu'ils mangent une salade, chaque fois l'expérience est concluante, à tel point qu'ils sont obligés de renoncer aux fruits et légumes non cuits.

Ces hôtes indésirables sortent la nuit, par la porte de derrière ; ils se promènent dans les environs, provoquent des démangeaisons périnéales, vulvaires, etc, insupportables. Par suite des manœuvres et attouchements que cause leur présence ils peuvent faire naître de dangereuses habitudes chez les enfants.

Inutile de décrire son anatomie. Sa morphologie est connue, et permet de le déceler facilement ; ses habitudes et ses mœurs sont celles que nous venons de dire ; mais comment s'en débarrasser ?

Chez les enfants, comme chez les grandes personnes, le calomel, le semen contra, l'onguent gris par le rectum, les lavements d'eau froide répétés pendant quelques jours, viennent à bout de l'invasion.

Mais il peut rester des œufs qui mettent environ six à huit jours pour éclore, et il faut répéter la médication, trois ou quatre fois à une huitaine de distance.

Chez les adultes nous recommandons le traitement par l'ail : avaler une gousse d'ail du volume de l'extrémité du pouce, coupée en menus morceaux dans les premières cuillerées du potage du soir.

Le lendemain ou le surlendemain on ne découvrira plus d'oxyures vivants, mais de rares cadavres grisâtres et inertes.

On mangera une gousse trois jours de suite.

On attendra cinq jours, puis on recommencera à la prendre trois autres jours de suite pour détruire les nouveaux oxyures éclos des œufs qui auraient pu séjourner depuis le début du traitement.

On pourra renouveler une troisième série de gousses, cinq jours après pour être absolument débarrassé, mais deux séries suffisent en général.

Traitement facile à suivre, même en voyage, surtout dans le midi où l'on sera le bienvenu, et de plus traitement propre et sans danger, — sinon sans odeur.

Dr Courgey.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 41 — DIMANCHE 10 OCTOBRE 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. N° 41 10 Octobre 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de MM. les docteurs MAGNE, de Bayonne, et DUMONT, des Rousses (Jura), la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite, de quatre lignes au plus, aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 544. — A vendre appar. mécanothérapie « Porthos », excellent état, au plus offrant, à partir de 300. Dr Mathieu, Chinon.

Nº 545. — A vendre tour à fraiser de dentiste complet, état de neuf, contre angle, angle droit, 30 fraises. Faire offre. Achèterais oscillomètre Pachon état de neuf. Dr Jamme, Selles-sur-Cher (Loir-et-Cher).

Nº 546. — Torpedo 2 pl. Lion-Peugeot mono, entièrement neuve, n'a pas fait 5.000 km., ayant appartenu à malade. Prix d'achat avant guerre 5.600 à céder 8.000 fr. Dr Soubeyran, Pélussin (Loire).

Nº 547. — Médecin 33 ans, au courant laboratoire, pratique inj. intr.-vein., cherche situation petite ville, clinique, usine, sanatorium.

Nº 548. — Pressé. A céder grosse clientèle de campagne.

Nº 549. — On désire acheter maison de santé à Paris ou banlieue immédiate, de 25 à 30 chambres. S'adresser au bureau du journal.

Nº 550. — A céder cabinet à Paris, 30 ans d'exercice, moyenne 30.000 fr. Indemnité demandée 40.000. S'adresser à M. Chomet, au Syndicat des médecins de la Seine, 28, rue Serpente, Paris. T. p. r.

Nº 551. — A vendre, au plus offrant : Bar, Brindeau et Chambrelent : La pratique de l'art des accouchements, 3e édition, neuf.

Nº 552. — Conduite intérieure, 2 places. La Licorne 1914, 7 chevaux, moteur Chapuis-Dornier. Docteur Morchoisne, la Loupe (Eure-et-Loir.)

Nº 553. — A vendre, torpedo Lion-Peugeot, 2 pl., spider, 4 cyl., type V4 C3, mécanisme excel. état, 7.000 fr. Dr Lenoir, Largentière (Ardèche). Cause : livraison nouv. Peugeot.

Nº 554. — Jeune docteur cherche bon poste de chef-lieu de canton ou de campagne dans la région de l'Est (Franche-Comté, Bourgogne).

Nº 555. — A vendre, cause double emploi : D. F. P. 10 × 12 HP., 2 places et spider, parfait état de marche. Dr Nel, Granville (Manche).

Nº 556. — Au plus offrant, moto Douglas, 2 cylindres horizontaux 5 HP., 2 vitesses, point mort, marche irréprochable, pneus neufs, cadre constitué pour side-car. Docteur Rignier, le Plessis-Belleville (Oise).

Nº 557. — Sigma 1916, 8 HP., 2 places, très bon état, éclairage Magondeaux, roue Stepney, à vendre cause double emploi, au plus offrant à partir de 10.000 francs. Dr de Fontbonne, St-Sauveur-le-Vicomte (Manche).

Nº 558. — Jeune docteur, marié, cherche situation sanatorium ou affaire para-médicale. Adresse, Dr Berton, Bd. Piot, Pointe-Rouge, Marseille.

Nº 559. — Voiture idéale de médecin : Ford neuve, 1919, jamais roulé, très jolie conduite intérieure, landaulet, capote cuir, 3 places, grand coffre arrière, carosserie de luxe, 1 roue de rechange. 16.000 fr. 44, rue de Fontenay, à Châtillon-sous-Bagneux.

N° 560. — A vendre Journal de médecine de Lucas-Championnière 1891 à 1916, en partie relié. Faire offres Dr Chabaux, 23, Grande-Rue, Belley (Ain).

N° 561. — Excellente clientèle très ancienne à céder d'urgence, 1 heure de Paris env ,rapp. 30.000 fr. min. Prix très avantageux. Affaire très sérieuse. Contrée riche. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 562. — Poste à prendre sans indem. dans petite localité de l'Ouest. Affaire d'avenir convenant à jeune médecin. Gros rapports en perspective. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 563. — Jeune fille, 30 ans, très cultivée, dermite non contagieuse, ayant besoin passer hiver dans Midi ou côte d'Azur, désire trouver pension dans une famille, de préférence chez médecin. S'adresser Dr Viard, La Chambre, Savoie.

N° 564. — Cause achat voit. Standard auto-faut. 3 pl., à céder voit. même marq. dont suis très satis., 2pl., 51. 100 km.. Prix, 6.000 fr. ; 1 paire étr. nick. p. exam. ou opér., 60 fr. ; gr. stérilis. 0.45 × 0.15 cuiv. nick.; lampe alc. cuiv. nick., 3 becs, 120 fr. ; 1 poêle pétr. lampe cuiv., 45 fr. ; pet. chem. fonte ém. noir, 0.60 × 0.40, 45 fr. Dr à Rourmazières (Charente).

CORRESPONDANCE

L'application du Tarif Dubief-Breton.

I

Je vous remercie de vos avis juridiques, contenus dans vos lettres du 21-8-1920, concernant les cas du Tarif Breton : alinéa b) de l'art. 3 qui, sur le *Médecin Syndicaliste* contient une virgule après le mot urgent, absente sur l'exemplaire du *Concours* et sur celui du *Carnet médical.* Je suis, grâce à vous, fixé maintenant sur ce point. Reste l'art. 6, sur quoi vous me dites que, vu la rareté de la nécessité de prolongation de surveillance en matière de consultation, vous considérez cette prolongation comme admise d'avance par les assureurs, bien que le mot « consultation » ait été omis dans la rédaction de l'article. J'appliquerai donc votre interprétation à l'occasion — rare il est vrai —, mais qui s'est quelquefois présentée chez moi à la suite de piqûres de sérums, ou autres, de petites interventions sanglantes sur des sujets émotifs ou pusillanimes, tombés en syncope ou faiblesse.

Ayant repris hier soir la lecture de ce Tarif Breton, je vous demande vos bons offices sur les ambiguïtés suivantes .

1° Art. 10 : me référant au grand Larousse pour le

mot « consécutives », j'y vois implicitement (?) mais non explicitement dit que ce mot qualifie les faits qui suivent le fait principal mais ne s'appliquent pas à ce dernier (c'est bien cette imprécision de la langue française qui l'a fait choisir par la diplomatie).

Ma question se résume en ceci : En consultation ou chez le blessé je fais une intervention de pratique courante de l'art. 16 ; je crois avoir compris que, le jour, je ne dois pas ajouter le prix de la visite ou de la consultation aux montants dudit art. 16. Mais, la nuit, où le triple de ma visite dépasse 24 fr. (pour la 2e catégorie) l'intervention à 20 fr. le jour (majorée, il est vrai de 25 % la nuit en cas d'urgence soit de 1 fr. de plus), je me serais levé, aurais battu la campagne pour ces vingt sous de plus. Dois-je, la nuit, ajouter (cumuler) le prix de la visite de nuit au prix de l'intervention ? Le jour, dans quels cas dois-je cumuler les deux choses ? Les deux alinéas de l'art. 13 laissent aussi dans quelque perplexité mon entendement vieilli.

Si l'on avait écrit : chaque fois que le médecin procèdera de jour à une intervention tarifée sur le présent tarif, la visite ou la consultation ne lui seront pas payées, il ne touchera que le montant de l'intervention. Quand il n'interviendra pas, il touchera le prix de la visite ou de la consultation. Cela devenait clair. Pour les visites ou consultations de nuit avec intervention, il y avait lieu aussi d'adopter une rédaction analogue, simplette, d'écolâtre de village ; on n'avait plus ainsi à se mettre le coquillard à l'alambic, chose fatigante pour les vieux comme moi, enclins à la méfiance vis-à-vis des assureurs.

Notez que je ne critique rien des prix du Tarif Breton ; je les trouve même nourriciers (1) pour les gagne-petit de la broussaille. Je n'envisage que la manière d'interpréter ce tarif. Je n'ai pas encore fini de m'appliquer à son sujet la marteau des Pilules Pinck.

Voilà pour le moment les éclaircissements que je vous serais obligé de me fournir.

Dr L.

Réponse.

Il est dit à l'article 13 : « Ce tarif ne comporte pas le cumul de la visite avec un acte opératoire quelconque. Chaque intervention est tarifée à part *sans* adjonction d'un prix de visite ». C'est au praticien à choisir (en cas de visite triplée, la nuit par exemple) ce qui lui sera le plus rémunérateur, soit de la visite triplée, soit de l'intervention majorée de 25 % la nuit, mais sans compter et l'une et l'autre en cumulant.

II

Maintenant que le nouveau tarif d'accidents est en vigueur, je remarque qu'il y a plus d'un point obs-

(1) Ce dont nous sommes reconnaissants aux éminants confrères qui, à la Commission, les ont arrachés au Moloch capitaliste.

cur. Je vous soumets donc différentes questions ; si vous pensez que cela peut servir à d'autres confrères vous pourrez y répondre dans le *Concours*,

Art. 3 *a*. — Quels sont les cas prévus par ce 5e alinéa de l'art. 4 de la loi du 31 mars 1905 ?

Art. 7. 1º « L'intervention à tarif spécial » est-ce que ça veut dire « de spécialités » ou bien est -ce qu'une série quelconque d'actes, tels que pansements de brûlures rentre là-dedans ?

2º Si le cas n'est pas urgent, on prévient le patron ou l'assureur. Et puis s'ils ne répondent pas ou si la réponse est négative, que doit-on faire ? car ici il n'y a rien de spécifié comme à l'article 9 ?

Art. 9. 1º Est-ce qu'une réduction de fracture rentre dans la « grande chirurgie » ? Le mot « grande chirurgie » n'est pas dans le tarif, et si on se reporte à des tarifs de l'assistance, on y voit figurer des accouchements simples ! et des ligatures de radiale !

2º Beaucoup de chefs d'entreprise n'ont pas de médecin ; quant à ceux des assureurs, comment diable les connaître ? Je me demande comment pratiquement dans une petite ville on peut leur adresser ses lettres ?

3º Les médecins du chef d'entreprise, de l'assureur viendront-ils voir le blessé ? Sera-t-on tenu d'assister à ces examens ? Rien de cela n'existe dans le texte, et pourtant si ces messieurs donnent leur avis, ils doivent pouvoir l'étayer sur un examen quelconque ?

Art. 30. § 7. —L'ordre chronologique doit-il être unique et comprendre pêle-mêle consultation, visites, certificats, etc.

3 novembre................	visite
3 novembre................	certificat
7 novembre................	visite
9 novembre................	visite
11 novembre................	visite
17 novembre	certificat
17 novembre................	visite

ou bien l'ordre chronologique doit-il être respecté pour chaque catégorie.

Certificats	3 novembre
—	17 novembre
Visites	3 novembre
—	7 novembre
—	9 novembre
—	11 novembre
—	17 novembre

J'ai été peut-être un peu diffus ou touffu dans mes questions, mais je suis certain que je ne suis pas le seul à hésiter dans l'interprétation de ces détails : c'est pourquoi je suis venu vous exposer les doutes et les obscurités que j'ai relevés en étudiant le tarif.

Dr C.

Réponse.

Art. 3 — A —. — Les cas prévus par le cinquième alinéa de l'article 4 de la loi du 3 mars 1905, etc... sont ceux où il y a visite du blessé par le médecin de l'assurance, en présence du médecin traitant, prévenu 48 heures à l'avance par lettre recommandée.

Art. 7. — 1°—. Les mots «interventions à tarif spécial » signifient tout autre acte médical que celui au tarif simple de la visite ou de la consultation, sans plus.

2° Il n'y a qu'à *notifier* la série au patron ou à l'assurance (par lettre recommandée sera plus sûr) et à ne plus s'occuper de rien. C'est à ceux-ci, prévenus par vous, à s'assurer, s'ils le désirent, de l'utilité de cette « série » d'interventions, en vue du règlement futur qu'ils seraient mal venus de contester plus tard, s'ils n'ont pris la peine — en ayant été prévenus — de se rendre compte des faits, au cours même du traitement.

Art. 9. — 1°—. Qu'importe la dénomination de « grande chirurgie » alors qu'à l'article 15 il est dit (2e §) que vous avez droit à *toutes* les rémunérations inscrites au tarif.

2° Vous prévenez le patron ou chef d'entreprise qui en avisera le médecin chargé par lui de le représenter.

3° S'ils ne viennent pas voir le blessé (ce qui doit avoir toujours lieu en présence du médecin traitant d'après la loi) malgré *l'avis* adressé par vous, ils sont défaillants et ne pourront légitimement contester plus tard, en justice, l'utilité de l'intervention.

Art. 30. — § 7. —Peu importe votre façon d'établir votre note, pourvu que les dates des visites ou interventions soient exactement indiquées.

Dr F. Decourt.

III

Je viens vous demander votre avis sur le cas suivant concernant l'application du *tarif Dubief-Breton.*

Plusieurs de mes confrères sont dans le même cas que moi et votre réponse les intéressera eux aussi :

Pour les accidents *antérieurs au* 1er *septembre, mais encore en traitement après le* 1er *septembre.*

Quel tarif appliquer ?

Est-ce le tarif Dubief doublé ? ou le tarif Dubief-Breton ?

Dr M.

Réponse.

En réponse à votre lettre du 10 courant, les notes d'honoraires accidents chevauchant sur le 1er septembre doivent être établies :

1° A l'ancien tarif (majorées de 100 %) pour les soins donnés jusqu'au 31 août inclus.

(*Voir la suite page XXXI-2521*)

PROPOS DU JOUR

Où en sommes-nous de la lutte contre la syphilis ? Echos de la Commission officielle des maladies vénériennes.

L'élaboration des grands projets de prophylaxie et d'hygiène sociale a subi un temps d'arrêt pendant les vacances. Or voici la rentrée et, au moment même où la vie active va reprendre son cours dans nos syndicats et nos sociétés, nous recevons la deuxième édition du beau livre de notre ami, le Dr E. Leredde, ancien président du Syndicat des médecins de la Seine, intitulé *Domaine, Traitement, Prophylaxie de la Syphilis* (1).

En feuilletant ce remarquable ouvrage, si minutieusement et si parfaitement documenté, écrit par un spécialiste à la fois très savant et très expérimenté, nous nous sommes remémoré les études de Leredde sur l'organisation pratique de la lutte contre la syphilis, études que connaissent nos lecteurs ; nous nous sommes aussi souvenu de la part qu'il a prise dans les travaux de Commission ministérielle des maladies vénériennes. Craignant que cette Commission, à l'exemple de beaucoup de ses congénères officielles, soit tombée dans un sommeil indéfini, nous avons prié le Dr Leredde de bien vouloir nous renseigner à son sujet et il nous a aimablement répondu par la lettre suivante :

Mon cher confrère,

C'est avec plaisir que je réponds à la demande que vous me faites d'informer les lecteurs du *Concours médical* de ce qui se passe à la Commission des maladies vénériennes, instituée par le Ministre de l'hygiène, et chargée d'étudier l'organisation de la lutte antisyphilitique en France. Cette Commission s'est réunie, a formé des sous-commissions, qui ont travaillé, et j'espère bien qu'elle pourra soumettre avant peu au ministre et au parlement des projets qui permettront d'entrer dans la période d'action large et féconde. Si elle n'aboutit pas, ce qu'on peut toujours craindre au terme des discussions d'une commission, le travail qu'elle aura fait n'aura pas été inutile, loin de là. L'essentiel est que la gravité du fléau syphilitique, la possibilité de le supprimer par les méthodes médicales soient reconnues par les pouvoirs publics, et, ceci dit, que les problèmes d'organisation soient posés *sous la forme la plus claire*. Ils le sont, dès maintenant, devant la Commission, et je suis convaincu que, sous la pression des circonstances, parceque la nécessité de l'action s'imposera à tous les esprits, le succès, c'est-à-dire la création de dispensaires nombreux, *réalisés conformément aux vœux du corps médical* et *adaptés d'une manière précise aux conditions de la prophylaxie*, ne se fera pas trop attendre.

Les membres de la Commission ministérielle sont d'accord sur l'importance de la syphilis au point de vue social. Le chiffre de 40.000 morts par an, en France, apparaît comme un minimum, et personne ne discute la fréquence extrême des maladies mortelles dues à la syphilis nerveuse, à la syphilis cardiaque, sans parler des autres localisations. Vous savez que M. Roux qui n'est pas syphiligraphe, et dont, par suite, l'opinion n'est pas suspecte, déclare que la syphilis est, au point de vue social, un fléau plus grave que la tuberculose elle-même ; admettons que son importance soit simplement égale. J'espère que d'ici peu, nous ferons de la vérité, sous cette forme, une vérité officielle.

Des documents qui ont été communiqués à la Commission, et qui viennent d'Angleterre, ont attiré l'attention de ses membres sur la fréquence extrême de la syphilis infantile, au moins dans les grandes villes industrielles, et sur l'ignorance où les hygiénistes sont à son égard. A Bradfort, qui est une ville de 300.000 habitants, pourvue d'institutions multiples destinées au traitement des maladies et des infirmités de l'enfance, la syphilis banale, d'*observation quotidienne chez les nourrissons, paraît ne pas exister au-delà du premier âge*, parce qu'on ne la recherche pas, *parce qu'on n'y pense pas*. Il en est certainement de même en France ; l'organisation de la lutte contre la syphilis, non seulement dans la première, mais dans la seconde enfance, est d'une urgence absolue, et *plus nécessaire* si on veut réduire la mortalité infantile, *que tous les autres moyens de la puériculture*.

Les membres de la Commission ministérielle sont d'accord sur le rôle essentiel qui appartient au traitement médical dans la prophylaxie de la syphilis et sur la nécessité de traiter, dès le début, dès la période primaire, tous les malades, de manière à prévenir l'apparition des accidents contagieux au cours de la période secondaire. Il faut donc créer des dispensaires où seront

(1) Maloine et fils, édit. 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

soignés, dès le début, tous les syphilitiques appartenant aux milieux populaires.

Bien entendu ces dispensaires auraient pour but, en même temps, de traiter les malades atteints de syphilis ancienne et de syphilis héréditaire. Les uns et les autres ne peuvent être traités dans les services hospitaliers, parce qu'ils sont beaucoup trop nombreux, parce que le traitement, pour être efficace, doit être prolongé pendant des mois, des années quelquefois, et suivi d'une surveillance médicale, prolongée elle-même, enfin parce que les lits des hôpitaux sont réservés et doivent être réservés aux malades atteints d'affections avancées, parfois à peine curables. En matière de syphilis, comme de tuberculose, il faut faire de la médecine *initiale*, et ne pas attendre qu'un syphilitique ait une hémiplégie ou devienne aveugle pour soigner la syphilis cérébrale ou la syphilis oculaire.

Restent les problèmes d'organisation, qui se réduisent à deux, en fait : autonomie des dispensaires et direction, en collaboration avec les syndicats médicaux.

Je croyais que des discussions sérieuses ne s'engageraient à la Commission que sur la question de la direction des dispensaires, mais celle de l'autonomie a déjà fait l'objet de débats assez vifs.

La plupart des syphiligraphes qui font partie de la commission ministérielle sont des médecins, attachés aux hôpitaux spéciaux de dermatosyphiligraphie de Paris. Ils ont annexé, presque tous, à leurs services, avec une bonne volonté et une activité dont on doit leur avoir gré, des dispensaires, où un grand nombre de syphilitiques sont traités par les méthodes actuelles. Les syphilitiques, de petites ressources ou sans ressources, affluent dans ces dispensaires, puisqu'ils ne peuvent aller ailleurs, la foule est telle que parfois plus de 150 malades sont traités dans une seule matinée.

Il est évident malheureusement qu'une telle affluence ne permet pas de donner à ces malades des soins *précis*, des soins *suffisants*. La preuve en est que, dans un dispensaire intrahospitalier les mieux dirigés, créé par un chef de service dont la valeur technique et morale sont reconnues de tous ses collègues, les deux tiers des malades ne reviennent pas d'une façon régulière : je suis convaincu que, dans la plupart des autres dispensaires, la proportion des malades fidèles est encore moins élevée.

Je n'ai donc dit que la vérité, en écrivant, dans un rapport publié dans le *Bulletin du Syndical des Médecins de la Seine*, que les hôpitaux de Paris sont des foyers d'infection syphilitique, *en ce sens que les malades qui y passent, rassurés sur leur état, continuent à disséminer la maladie.* Cette phrase m'a été vivement reprochée, à la Commission même et à la Société de Dermatologie. Je regrette qu'elle ait pu blesser certains de mes collègues, qui ne sont cependant pas et que personne ne peut tenir responsables des résultats d'une organisation qui leur était imposée par les conditions même où ils pouvaient faire preuve d'initiative. Je ne regrette cependant pas ce que j'ai écrit, si les faits qui sont aujourd'hui publics, amènent à créer une organisation nouvelle. J'aurais sans doute mieux fait, je le reconnais, de ne pas donner à ma pensée une forme *locale* et d'écrire simplement que les hôpitaux du *monde entier* où l'on soigne des syphilitiques, sont des foyers d'infection, *en ce sens que les malades qui y sont soignés, rassurés sur leur état, continuent à disséminer la maladie* — à moins que ces hôpitaux comprennent des dispensaires AUTONOMES.

La vérité, qui a été déjà dite par Fournier, et sur laquelle j'ai insisté dans mes rapports, est qu'on ne fera jamais disparaître la syphilis si un malade, appartenant aux milieux populaires, n'est pas soigné dans les dispensaires avec la même attention, la même précision, qu'un malade aisé par son médecin. Il y a des savetiers et il y a des financiers, mais il n'y a qu'un spirochète. La vérité est que la syphilis ne disparaîtra pas, si dans un dispensaire le nombre des malades n'est pas *limité*, s'il passe dans une matinée *plus de 30 ou 40 syphilitiques dont 4 ou 5 nouveaux.*

La syphilis ne disparaîtra pas, si les dispensaires ne sont pas autonomes, *si le médecin qui les dirige a d'autres besognes à remplir*, si tout malade n'est pas revu toutes les fois qu'il se représente par le médecin qu'il l'a vu la première fois, qui l'a examiné et a établi sa fiche. Sinon, si cette condition n'est pas respectée, s'il n'y a pas de direction morale, les malades ne reviennent pas régulièrement, et la dissémination de la syphilis continue à se faire.

Par contre, là où cette condition est remplie, où le malade est revu toujours par le même médecin, les neuf dixièmes des malades reviennent d'une façon régulière, ne créent pas de nouveaux syphilitiques... Ceci résulte de l'expérience que j'ai acquise dans le dispensaire que j'ai créé et que je dirige à Paris depuis trois ans.

Je suis convaincu que le principe de l'autonomie des dispensaires antisyphilitiques sera accepté par les membres de la Commission ministérielle, qui sont des médecins habitués à s'incliner devant les faits. Je prévois une seule objection, celle des dépenses, du nombre des dispensaires qu'il faudra créer, si on limite le nombre des malades soignés dans chacun. On a parlé de 300 dispensaires, pour le pays entier : n'en faudra-t-il pas plus, si l'on ne peut soigner en France que 12.000 individus par jour ? 164.000 par an, en prévoyant pour chaque syphilitique un traitement moyen de six mois.

Mais s'il faut, pour supprimer la syphilis en France, non pas trente millions par an, mais

cinquante ou soixante, nous sommes bien certains de les obtenir, à condition de démontrer, (ce qui est facile), qu'elle fait perdre à notre pays plus d'un milliard par an, et qu'on ne saurait la supprimer sans soigner au sens réel du mot, sans *bien soigner* tous les malades.

Ce que nous n'obtiendrons pas, c'est de l'argent, dont l'utilité ne sera pas indiscutable pour une organisation qui ne sera pas absolument efficace.

Reste la question, la grosse question de la direction médicale des dispensaires. Elle n'a pas été encore abordée par la Commission ; il est donc trop tôt pour en parler aux lecteurs du *Concours*.

Vous savez que l'*Union des Syndicats médicaux* déclare que cette direction doit être confiée à des praticiens, nommés par des commissions techniques dont les membres seraient eux-mêmes désignés par les syndicats. Ce système aurait le double avantage d'assurer la collaboration du Corps médical, et de mettre à la tête des dispensaires des médecins ayant une expérience professionnelle et dévoués à l'œuvre de prophylaxie. Et jusqu'ici je ne connais aucun autre système qui ait ces deux vertus.

Merci de m'avoir donné la parole sur ce sujet, qui doit intéresser tous les médecins, puisque tous s'intéressent, je le pense, aux questions de médecine sociale, et veuillez croire, mon cher Confrère, à mes sentiments les meilleurs.

E. Leredde.

Nous enregistrons avec plaisir les renseignements que nous a adressés le Dr Leredde et nous sommes heureux de constater que ses idées concordent avec celles d'autres syphiligraphes éminents, tels que M. le Dr Queyrat, chef de service à l'Hôpital Cochin (1).

Tout en demandant l'annexion des dispensaires antisyphilitiques, à des hôpitaux généraux, pour éviter à ceux qui les fréquenteront le discrédit qui accompagne tout ce qui se rapporte aux maladies vénériennes, M. Queyrat réclame comme Leredde l'autonomie de ces fondations nouvelles. Comme Leredde, M. Queyrat s'élève contre ce qu'il appelle le *traitement ambulant* de la syphilis. Comme Leredde, il le juge très sévèrement en ces termes : « C'est une mode qui a pris un développement considérable dans certaines consultations, qui ressemblent à une véritable foire ; c'est un tohu-bohu, un pêle-mêle de malades qui viennent pour une injection et s'en vont aussitôt. » Tous les médecins parisiens ont déploré le système de ces consultations hâtives, sans examen sérieux, données souvent par des élèves sans expérience, dans nos grands hôpitaux spéciaux : ces procédés discréditent auprès des gens sérieux la lutte contre la syphilis. Nous sommes heureux que des médecins des hôpitaux comme M. le Dr Queyrat aient le courage de dénoncer et de condamner cette dangereuse *inorganisation* dont le corps médical des hôpitaux de Paris n'est en somme responsable que dans la mesure où il la tolère et consent à s'y prêter sans révolte.

Leredde a raison de vouloir à tout prix intéresser les Syndicats médicaux à la lutte contre la syphilis. Si, dans de grandes villes comme Paris, il est possible, à la rigueur, de tenter quelque chose avec un groupe de médecins officiels (et encore ce quelque chose serait fatalement bien insuffisant), il est tout à fait impossible en province d'aboutir à un résultat efficace dans une œuvre de prophylaxie sociale sans la coopération de tous les médecins praticiens. Il convient donc, avant tout, de savoir selon quel mode cette coopération pourra être obtenue. Nous espérons que la Commission des maladies vénériennes, sous l'impulsion du Dr Leredde, ne craindra pas de sortir des habitudes surannées qui, dans les diverses branches de l'Assistance, de l'hygiène et de la prophylaxie, ont abouti jusqu'à ce jour à de si piteux échecs.

Elle osera, souhaitons-le, proposer des expériences hardies et entrer dans la voie des innovations fécondes.

La médecine et l'hygiène ne peuvent plus désormais s'adapter aux règles étroites qui ont été établies il y a un siècle.

J. Noir.

(1) Organisation thérapeutique de la lutte contre la syphilis. Leçon de Clinique syphiligraphique à l'hôpital Cochin. *Progrès Médical* du 28 août 1920.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

UNIVERSITÉ DE PARIS

Hôpital Saint-Antoine : M. le prof. CHAUFFARD.

Les syndromes hypophysaires.

L'hypophyse est un petit organe, dont vous connaissez la situation anatomique dans la cavité crânienne. Il est composé de deux lobes assez différents, l'un antérieur, l'autre postérieur. Le lobe antérieur a une composition glandulaire, que n'a pas le lobe postérieur. Dans la limite arrière du lobe antérieur se trouve une zone, *pars intermedia*, dont la structure histologique, curieuse, se rapproche de la structure du corps thyroïde. Constatons, en passant, cette affinité de la glande thyroïdienne et de l'hypophyse.

Anatomiquement, l'hypophyse s'appuie sur la selle turcique. Le chiasma des nerfs optiques se trouve placé directement au-dessus d'elle, et c'est là un rapport important par les conséquences cliniques qu'il entraîne. Un autre fait à noter est la déhiscence du lobe postérieur de l'hypophyse dans le 3e ventricule. Nous appelons glandes à sécrétion interne des glandes dont la sécrétion se rend dans le milieu intérieur, généralement par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins et lymphatiques. Or, ici, nous voyons une disposition unique : la sécrétion se versant directement dans le liquide céphalo-rachidien.

Que nous apprend l'analyse physiologique ? C'est le lobe postérieur qui est le mieux connu à ce point de vue. On distingue, en physiologie de l'hypophyse, des notions diverses. L'hypophyse a une action cardio-tonique, qui accroît la pression et le tonus cardiaque. Il s'ensuit de l'hypertension et de la vaso-constriction. Ces propriétés se rapprochent de celles des surrénales. On observe, de plus, sous l'influence des injections d'extraits hypophysaires, des changements portant sur certaines sécrétions. Ainsi, il se produit une excitation lactée, une action galactogène, et une augmentation de la quantité d'urine. On note aussi une stimulation de la fibre utérine, au cas de gravidité. On a tiré, d'ailleurs, de ces propriétés des applications cliniques. Ainsi, les accoucheurs se servent d'injections de pituitrine, d'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse, dans les accouchements difficiles par inertie utérine. De même, utilisant les effets vaso-constricteurs de l'hypophyse, on a employé l'opothérapie hypophysaire dans l'hémoptysie. Enfin, je vous rappelle l'usage de l'hypophyse chez certains thyroïdiens, chez certains basedowiens.

Il existe, d'autre part, une action spéciale sur la glycogénie. Les injections d'hypophyse ont pu faire disparaître le glycogène de la cellule hépatique et abaisser le taux de tolérance du sucre. Il y a une corrélation entre l'hypophysine et les échanges glycogéniques et on connaît des diabètes par tumeur pituitaire.

Quant au lobe antérieur de l'hypophyse, son histoire physiologique est peu développée. Il semble préparer une substance active dont on trouve l'efficacité dans le lobe postérieur.

Une meilleure connaissance du rôle de l'hypophyse nous a été donnée par les méthodes chirurgicales et la clinique. Un chirurgien américain, Cushing, a fait sur cette question une série d'expériences démonstratives. Prenant de jeunes chiens de même portée, par groupe de deux, il enlevait à l'un l'hypophyse, l'autre demeurant comme témoin. Alors que le second se développait normalement, le premier subissait un arrêt de croissance, un arrêt de développement énorme, et offrait du nanisme. Il présentait, en outre, une tendance à l'atrophie génitale et une exagération du tissu adipeux.

Vous voyez là le rapport intime qui existe entre l'hypophyse et la glande génitale. Comme l'a mis en lumière M. Claude, les maladies endocriniennes sont presque toujours pluriglandulaires, le processus ne se limitant pas à une seule glande. Les glandes génitales sont souvent intéressées ou ne tardent pas à entrer en jeu.

En clinique, on a pu observer des faits qui sont la contre-partie de ces expériences. On connaît, en pathologie, deux grands états morbides d'origine hypophysaire : l'infantilisme pituitaire et le syndrome adiposo-génital. Ces deux syndromes sont, d'ailleurs, analogues et diffèrent par l'âge du malade : l'un est la maladie survenant chez un sujet jeune, avant le développement complet, l'autre est la maladie apparaissant à l'âge adulte.

Qu'est-ce que l'infantilisme pituitaire ? M. Souques nous en a montré un cas type. Il s'agissait d'un malade de 27 ans ayant 1 m. 25 de taille et pesant 28 kilos. Il présentait un facies pâle, imberbe, et de l'atrophie des organes génitaux. Il offrait, en outre, des formes et une orientation féminines. C'était un sujet arrêté dans son développement, ayant l'aspect d'un garçon de 14 ans. L'intelligence demeurait normale. Il avait, selon l'expression connue, un esprit d'adulte dans un corps d'enfant. J'ajoute qu'il était atteint

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

—

TARIF BRETON

(ancien TARIF DUBIEF)

—

Le TARIF BRETON (ancien tarif Dubief), est édité avec son RÉPERTOIRE ALPHABÉTIQUE et mis en vente dans les bureaux du journal au prix de **1 fr.**, et *franco par poste* au prix de **1 fr. 50.**

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. BOULANGER, administrateur du *Concours Médical*, 132, faubourg St-Denis. Paris 10e, (contre chèques - Postaux Paris 167-95).

d'hémianopsie. Dans les lésions hypophysaires, les troubles visuels sont des faits fondamentaux : ils tiennent aux rapports étroits, dont je parlais tout à l'heure, du chiasma optique avec la selle turcique et l'hypophyse. Ils vont de l'hémianopsie, uni ou bilatérale, à la cécité complète des deux yeux. J'ai soigné, pour ma part une femme de 50 ans atteinte de cécité totale avec acromégalie débutante. L'autopsie du patient de M. Souques montra une tumeur de la pituitaire de la grosseur d'une mandarine.

Si l'on fait radiographier les malades, on note souvent un élargissement de la selle turcique, qui dépasse ses dimensions normales (11 à 12 millimètres). Aux symptômes que j'ai indiqués s'ajoutent communément de la céphalée, des vertiges, une déchéance intellectuelle progressive, dus à l'hypertension cérébrale. Les signes de tumeur crânienne, les troubles visuels, la radiographie, appuient l'origine hypophysaire.

Supposons la même affection chez l'adulte. Il ne peut plus alors être question de nanisme. La taille est acquise et les épiphyses sont soudées. On voit se développer, en ce cas, un syndrome décrit en 1901 par Frœlich, et connu sous le nom de syndrome adiposo-génital. Launois, en 1910, l'a bien étudié. Ce syndrome est proche parent du syndrome précédent. Il se traduit par une hypertrophie du tissu adipeux, notamment au tronc, à la racine des membres, épaississant les fesses. La face, qui est épargnée, a toutefois un aspect bouffi, vieillot. A cette surcharge adipeuse brusque s'ajoute de l'hypoclasie génitale, de l'agénésie, une sorte de disparition sexuelle. Il y a aménorrhée précoce, atrophie des poils, du pubis surtout, voix grêle, eunuchoïde — donc régression sexuelle et adipose. Et cela se complète par le fond commun des lésions hypophysaires : l'hypertension crânienne, les troubles visuels, l'agrandissement de la selle turcique.

Le syndrome adiposo-génital est un état morbide du même ordre que l'infantilisme pituitaire. Nous y retrouvons l'influence pluriglandulaire : il y a arrêt de développement dans un cas et régression dans l'autre cas. Tous ces faits se réunissent dans une conception générale, une dystrophie, l'*hypopituitarisme*, tel que peuvent le réaliser l'expérience et la clinique.

Existe-t-il des faits en rapports avec l'*hyperpituitarisme* ? Ici, l'expérimentation n'a pu intervenir. On peut enlever facilement une glande pituitaire, mais il est difficile de susciter son hyperfonctionnement. On pourrait le tenter par des injections glandulaires. Je ne sache pas que des recherches probantes aient été faites dans ce sens. La provocation du gigantisme et de l'acromégalie serait sans doute intéressante.

Quoi qu'il en soit, nous savons qu'il existe des états inverses, au sujet desquels a été conçue la notion de l'hyperpituitarisme, plus hypothétique il est vrai. Dans les deux cas (l'infantilisme et le gigantisme), nous trouvons des tumeurs pituitaires. S'il s'agit d'adénomes, ceux-ci survenant sur une glande en état fonctionnel exagéré, l'hyperpituitarisme se comprend. Il s'explique moins bien pour d'autres néoplasies.

Il n'en est pas moins vrai qu'à côté de l'arrêt de développement, se place le développement exagéré, par tumeur également de la pituitaire. Ces faits ont été groupés et décrits par M. Pierre Marie en 1886 sous le nom d'acromégalie. L'acromégalie n'est pas une maladie très rare. Vous verrez de ces sujets, à développement monstrueux, à mains carrées, larges, typiques, à pieds énormes, à face allongée hypertrophique, à front saillant, nez épaissi. Presque toujours ils ont une courbure cyphotique de la colonne vertébrale. Presque toujours ils accusent des troubles visuels, de la céphalée, des phénomènes d'hypertension cranienne. Vous regardez leur langue : elle est volumineuse (langue de veau). Quelquefois on trouve du gigantisme viscéral.

Lorsque ces troubles surviennent chez un sujet jeune, on a affaire non non plus à l'acromégalie, mais au gigantisme. Les géants en question ont leur origine dans la pathologie de l'hypophyse. Ce sont des *minus habens*, peu développés génitalement : ils payent plus de mine que de réalité ! Là encore se retrouvent les associations glandulaires, les états hypophysaires et génitaux.

Il est intéressant de comparer les géants d'origine hypophysaire de l'aspect qu'offraient les eunuques de Constantinople. Non seulement ces derniers présentaient les caractères que vous connaissez, mais encore ils étaient en général de taille élevée, l'augmentation de taille portant surtout sur les membres inférieurs. Eunuques et géants ont ainsi des traits communs, dépendant des associations glandulaires.

Tel est le tableau général que je désirais vous tracer de l'action de l'hypophyse sur la croissance et la nutrition.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

CLINIQUE CHIRURGICALE

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Hôtel-Dieu : M. J.-P. TOURNEUX,
Chirurgien des hôpitaux.

De l'intervention chirurgicale dans les gangrènes pulmonaires aiguës circonscrites (1).

II

Indications opératoires et traitement.

Je vous ai dit au début de ma dernière leçon que toutes les suppurations intra-pulmonaires n'étaient pas justiciables de l'intervention chirurgicale ; aussi, je veux maintenant, avant d'aborder la question du traitement, étudier avec vous les indications opératoires, c'est-à-dire vous indiquer quelles sont les gangrènes pulmonaires qu'il faut opérer, et à quel moment il convient le mieux d'intervenir.

Je ne vous rapporterai certes pas les nombreuses discussions qui ont eu lieu à ce sujet dans nos différentes sociétés scientifiques, et les diverses opinions qui ont été successivement exposées ; je me bornerai à vous donner les conclusions que l'on est à même de tirer des rapports qui ont été publiés.

Il résulte de tous les faits énoncés que le chirurgien doit intervenir :

1° Lorsque la gangrène pulmonaire n'est pas diffuse, mais qu'elle est au contraire bien localisée ;

2° Lorsque la gangrène est unilatérale ou que tout au moins, il n'existe pas des lésions profondes du côté opposé :

3° Lorsque le malade est capable de supporter l'acte opératoire et que son état général et surtout son cœur ne sont pas trop altérés ;

4° Lorsque le siège du foyer gangréneux a été bien précisé : c'est là une condition d'une importance considérable au point de vue du pronostic, et Tuffier a bien montré que, lorsque le diagnostic est précis, la mortalité n'est que de 20 %, alors qu'elle atteint 60 % lorsqu'il ne l'est pas ;

5° Lorsqu'il existe des hémoptysies, il est préférable d'attendre une période d'accalmie pour intervenir ; cependant, dans certains cas, l'abondance même de l'hémorragie peut devenir une indication d'urgence.

Telles sont, Messieurs, les cas de gangrènes pulmonaires où vous devez opérer ; reste à savoir maintenant à quel moment vous serez amenés à pratiquer la pneumotomie dans les meilleures conditions.

Les avis sont très partagés sur ce point : certains, avec Terrier, recommandent d'intervenir dès que le diagnostic de foyer gangréneux a été posé ; d'autres, avec Körti, pensent qu'il vaut mieux user d'abord du traitement médical, et ne recourir au bistouri qu'en cas d'état stationnaire ou d'aggravation ; d'autres enfin estiment qu'il convient d'attendre la vomique pour opérer. A quelle opinion devez-vous donc vous ranger ? devez-vous attendre ou intervenir de bonne heure ?

Assurément la guérison spontanée des foyers gangréneux du poumon est possible, et notre littérature médicale en porte un certain nombre d'observations indiscutables ; mais il faut bien avouer qu'elle est très rare. Abandonnée à elle-même, la gangrène pulmonaire aboutit le plus souvent à une issue fatale, c'est ce qui ressort bien des différentes statistiques publiées, les anciennes de Lebert (81 °/₀ de mortalité) comme celles plus récentes de Villière (1898) et de Kissing (1900) accusant encore la mort dans 76,5 % des cas. Il est donc hors de doute que si la guérison est possible, elle est très rare, ne survenant que dans 23,5 % des cas, ce qui ne donne pas pour le traitement purement médical un bilan bien brillant.

Il est d'ailleurs à considérer que, pendant toute cette période d'expectation où vous userez de médications quasi impuissantes, l'état de votre malade ne pourra que risquer de s'aggraver par suite de l'existence même des lésions qui pourront s'étendre dans le poumon déjà atteint, envahir l'autre poumon, et enfin, affaiblir l'état général à tel point que le pronostic opératoire sera presque désespéré.

L'expectation présente donc des dangers locaux et des dangers généraux : le foyer gangréneux tend en effet à se propager, il détruit peu à peu le parenchyme pulmonaire qui le circonscrit, et dans ce mouvement d'envahissement, il peut atteindre un vaisseau important et l'ulcérer, ce qui produira une hémorragie toujours très grave. D'autre part, le poumon tente de son côté de réagir contre le processus infectieux par ses moyens propres, c'est-à-dire par la formation de tissu de sclérose qui, dans certains cas, arrive à constituer une véritable coque autour de la collection purulente ; mais si cette néoformation conjonctive produit la limitation de l'extension gangréneuse et oppose une barrière à sa diffusion, elle n'en présente pas moins un danger, car elle est inextensible, ne revient pas sur elle-même, et sera un obstacle au travail de cicatrisation qui tendra à s'établir dès que le contenu purulent aura été évacué, soit spontanément par les bronches, soit par la pneumotomie.

Il ne faut pas oublier encore que, s'il n'existe pas d'adhérences unissant les deux feuillets pleuraux, la caverne gangréneuse pourra, à un moment donné, après avoir détruit tout le parenchyme pulmonaire superficiel, s'ouvrir dans

(1) V. *Concours médical*, n° 40, p. 2414.

la plèvre, réalisant ainsi une inondation pleurale, ce qui entraînera une pleurésie purulente généralisée à pronostic toujours très grave, puisque Körti signala 7 cas de morts sur 8 observations où cette complication a pu être relevée.

Enfin, Messieurs, souvenez-vous que l'autre poumon peut être également frappé de gangrène par des particules septiques dans les cas de toux et d'expectoration, et qu'un foyer purulent, mal drainé ou pas drainé du tout, ne tarde pas à infecter tout l'organisme et à affaiblir l'état général.

Et vous voyez ainsi, par ce rapide exposé que je viens de vous faire des quelques complications les plus fréquentes qui peuvent se produire au cours de l'évolution des foyers gangréneux, que l'on ne gagne absolument rien à attendre, mais qu'on assiste presque fatalement à l'aggravation des lésions déjà existantes. Pour toutes ces raisons, il convient donc d'intervenir, et de bonne heure : l'opération devra donc être *précoce*, c'est l'opinion de Souligoux, de Picot, c'est également celle des chirurgiens anglais et américains.

L'intervention une fois décidée, comment la ferez-vous ?

Je passe sur la préparation du malade, analogue à toutes les préparations anté-opératoires et sur laquelle je n'ai rien de particulier à vous dire. Au point de vue de l'anesthésie, vous aurez le choix entre l'anesthésie locale et l'anesthésie générale ; si l'état de votre malade le permet, n'hésitez pas à lui donner du chloroforme ou de l'éther, et ne tentez une insensibilisation limitée que si l'état général contre-indique formellement l'autre procédé. Assurément, si l'on est sûr de la localisation du foyer, et si les deux feuillets pleuraux adhèrent, on peut se contenter de stovaïne, mais dans les cas contraires où la plèvre est libre, et où il faut se livrer à des explorations parfois laborieuses et délicates, l'anesthésie locale présente de graves inconvénients. Donc, dans la majorité des cas, anesthésie générale ; vous ne ferez pas placer votre opéré dans le décubitus latéral opposé à la lésion, car une telle position favorise le pneumothorax et surtout la pénétration de produits sphacélés dans la bronche se rendant au poumon sain. Votre malade sera couché, soit sur le dos, soit sur le ventre, suivant la situation du foyer purulent, et vous aurez soin de lui faire légèrement élever la région des épaules.

Puis, vous taillerez un large lambeau cutané, à convexité inférieure ou externe, suivant les cas, et vous ferez une résection costale étendue afin de bien voir votre région et de permettre ultérieurement un certain effondrement de la paroi thoracique.

C'est alors que vous arriverez au contact de la plèvre, et votre conduite variera nécessairement suivant l'état de cette séreuse. Trois cas peuvent se présenter : les deux feuillets pleuraux peuvent être unis par des adhérences, c'est la disposition la plus fréquente, qui se rencontre dans 53 % des cas; alors, vous n'aurez qu'à inciser directement la collection, sans vous préoccuper de la plèvre.

Vous pourrez trouver un épanchement pleural ; c'est là une disposition moins fréquente qui ne se verrait que 17 fois sur 100. Il faudra alors examiner attentivement la séreuse et voir le pertuis de communication : parfois le foyer sera superficiel (gangrène pleuro-pulmonaire de Tuffier) ; dans d'autres, il sera plus profond. Il importera donc de bien rechercher la localisation de la collection purulente, puis, cela fait, d'agrandir la brèche pour drainer à la fois la plèvre et la cavité suppurante.

Enfin, la plèvre pourra être totalement libre, sans trace d'aucune adhérence : autrefois, en pareil cas, on opérait en deux temps et on n'attaquait le poumon que lorsque des adhérences pleurales avaient été provoquées grâce au tamponnement au chlorure de zinc, ou encore à la suture des 2 feuillets. Je ne vous conseillerai pas de suivre cette méthode ; elle occasionne une perte de temps, ne met pas à l'abri du pneumothorax, et surtout expose à la production des diverses complications que je vous ai signalées il n'y a qu'un instant. Vous ferez mieux, suivant d'ailleurs en cela la conduite adoptée par la plupart des chirurgiens, de terminer en un seul temps votre intervention. Vous ouvrirez votre plèvre lentement, afin d'éviter le pneumothorax brutal, et afin de ne permettre l'entrée de l'air dans la cavité pleurale que petit à petit ; puis, vous irez à la recherche du poumon que vous fixerez à la paroi par quelques points de catgut. (Picot recommande même de fixer le poumon avant l'incision de la plèvre, afin de réduire au minimum les chances d'infection). Vous palperez le poumon ; vous pourrez dans les cas douteux, embarrassants, avoir recours à la ponction exploratrice, et quand vous aurez délimité le foyer gangréneux, vous l'inciserez au bistouri ou mieux, au thermocautère.

Il est en effet plus prudent d'ouvrir ainsi le parenchyme pulmonaire, car vous produirez de cette manière l'oblitération immédiate et des vaisseaux et des canaux bronchiques, ce qui vous mettra à l'abri des hémorragies parfois difficiles à arrêter, ainsi que de la communication avec l'arbre bronchique, qui pourrait causer des accidents d'infection ascendante.

Une fois le foyer ouvert et la collection purulente évacuée, vous explorerez du doigt la cavité, vous détruirez les cloisons qui la traversent, et vous lierez soigneusement tous les petits vais-

seaux qui saigneront. Il est bien évident que toute cette exploration doit être effectuée très prudemment de manière à ne pas occasionner de lésions traumatiques dans ce territoire infecté. Une chose que je vous recommande, c'est de ne pas pratiquer de lavages dans la cavité que vous avez mise à jour ; vous la nettoierez avec des tampons montés, qui entraîneront ainsi la plupart des tissus mortifiés. Il ne faudra pas non plus essayer de détacher les blocs sphacélés qui tiennent encore au parenchyme pulmonaire, de crainte de déterminer une grave hémorragie ; ils s'élimineront d'eux-mêmes les jours suivants. Ce qu'il faudra faire, c'est drainer largement avec un ou deux gros drains entourés de mèches de gaze et que vous aurez soin de ne pas enfoncer trop profondément, afin de ne pas les mettre en contact avec la paroi pulmonaire.

Je n'ai rien de spécial à vous dire sur le pansement dont vous recouvrirez la plaie opératoire ; le malade devra être placé dans un lit, en position demi-assise afin de favoriser l'écoulement des produits septiques. Ce pansement devra être renouvelé tous les jours au début, puis, suivant l'évolution, il pourra être refait tous les 2 ou 3 jours seulement. Quand l'écoulement sera presque tari, vous enlèverez le drain, et les mèches un peu plus tard.

Il pourra se faire, pendant l'intervention, et cela malgré vos ponctions, que vous ne trouverez pas la collection purulente ; il vous sera alors permis, ainsi que le pratiquent un grand nombre de chirurgiens, d'inciser le poumon et de placer une mèche ; la collection s'ouvrira peut-être d'elle-même dans la nuit ; mais vous ne devrez pas manquer de pratiquer le lendemain un nouvel examen radiographique qui vous permettra de redresser une erreur de localisation et vous montrera le point où doit porter votre pneumotonie.

On note un certain nombre de complications survenant, soit au cours de l'intervention, soit dans les jours qui la suivent, complications que vous devez connaître et qui ne viennent que trop souvent assombrir le pronostic opératoire.

Ce sera d'abord le pneumothorax, tant redouté des premiers chirurgiens qui se sont livrés aux interventions intra-thoraciques, et qui ne présentera pas de gravité, si vous avez eu soin de ne laisser entrer l'air dans la plèvre que petit à petit. Ce seront encore des hémorragies en nappe, la trémulation du poumon signalée par Garré, la syncope d'ordre réflexe, ou encore l'asphyxie produite par l'inondation des voies supérieures par le contenu du foyer septique.

Ultérieurement, pendant les premiers jours qui suivront votre pneumotonie, vous pourrez observer une toux persistante, qui sera presque toujours due à l'irritation d'une bronche par l'extrémité du drain placé dans la cavité pulmonaire, et qu'il vous sera facile de faire disparaître en déplaçant légèrement votre tube de caoutchouc. Vous pourrez voir également apparaître des complications plus redoutables, de l'infection pleurale, ce qui vous forcera à une pleurotomie secondaire, ou des hémorragies par chute d'escarre nécessitant une ligature ou un tamponnement.

Après l'évacuation du foyer gangréneux, on doit noter une chute de la température soit brusque, soit en lysis ; si vous remarquez que votre malade continue à avoir de la fièvre, examinez attentivement sa plaie ; le plus souvent, cette persistance d'une température élevée sera due à l'existence d'un clapier mal drainé, ce qui demandera l'élargissement de la brèche opératoire ; dans quelques cas, elle tiendra à un deuxième foyer gangréneux, que vous n'aurez pas reconnu au cours de votre opération, ce qui vous entraînera à intervenir une deuxième fois.

Enfin, vous pourrez voir encore survenir quelques autres complications dues à l'extension du foyer gangréneux et se produisant soit par contamination directe, œdème du poumon et broncho-pneumonie, soit par métastase abcès du cerveau, néphrite hémorragique ou encore arthrite purulente.

Quels sont les résultats du traitement chirurgical des gangrènes du poumon ? En 1897, Tuffier accusait une mortalité opératoire de 40 % ; pour Schwartz (1905) elle serait encore de 30 à 35 % ; d'après Picot (1910), si l'on fait abstraction des interventions *in extremis*, elle ne serait plus que de 20 %. La cause de cette mortalité élevée est due aux différentes complications post-opératoires que je vous ai signalées, surtout à la broncho-pneumonie, aux hémorragies secondaires et à la septicémie.

Il est assez intéressant de se rendre compte des résultats éloignés du traitement chirurgical, et Picot a pu, dans sa thèse, rapporter 57 cas qui ont été suivis pendant un certain nombre d'années. Sur 57 cas, il y a eu 4 morts, 1 par tuberculose pulmonaire, 3 par maladies intercurrentes et 43 guérisons complètes et définitives. Dans 11 cas, il y avait persistance de fistules, pyo-bronchiques ou broncho-cutanées, dont 9 ont guéri par une deuxième intervention.

Vous voyez donc, Messieurs, par ces seuls chiffres, combien nous sommes loin des statistiques navrantes du traitement médical. Soyez assurés que si l'intervention chirurgicale n'a pas occasionné de bons résultats dans un certain nombre de cas, c'est qu'elle a été faite trop tardivement, que l'on a trop attendu et que le processus gangréneux avait déjà atteint tout l'organisme.

Telles sont, Messieurs, les quelques considérations que je tenais à vous présenter au sujet

(1)

Docteur,

Pour éviter la

CONSTIPATION

chez les

OPÉRÉS
FEMMES ENCEINTES
ACCOUCHÉES
NOURRISSONS

Prescrivez la

THAOLAXINE

Paillettes, Cachets, Comprimés, Granulé

(Cette dernière forme plus spécialement réservée aux Enfants)

LAXATIF - RÉGIME

à base d'Agar-Agar et d'Extrait de Rhamnées

Ne détermine ni irritation, ni accoutumance

RÉGULATEUR DES FONCTIONS INTESTINALES

Échantillons et Littérature sur demande adressée aux :

Laboratoires DURET et RABY, 5, Avenue des Tilleuls, PARIS (18e)

du traitement des gangrènes aiguës du poumon. Si je crois pouvoir résumer en quelques mots la thérapeutique de ces lésions, résultant des différents faits que je vous ai successivement exposés, je vous dirai que l'intervention chirurgicale doit à la fois être large et précoce. Large, car la résection costale jouera le rôle d'une véritable thoracoplastie qui favorisera ultérieurement l'accolement des parois suppurantes et amènera la guérison définitive, sans fistule, du foyer septique ; précoce, parce que localement des lésions irrémédiables n'auront pas eu le temps de se constituer et que, d'autre part, l'état général sera moins touché, donc plus apte à supporter l'intervention chirurgicale.

A TRAVERS LA PRESSE

Traitement de l'anévrysme syphilitique de l'aorte.

L'anévrysme de l'aorte est reconnu actuellement comme d'origine syphilitique. On doit le considérer comme une tumeur scléro-gommeuse se comportant à la façon de toutes les tumeurs qui envahissent les organes voisins, les détruisent, au lieu de simplement les refouler.

Le traitement spécifique est évidemment indiqué, mais sera prudemment mené. Il y aurait danger à obtenir une fonte très rapide de ce tissu gommeux qui représente la seule paroi de la poche.

M. Œttinger recommande de recourir aux injections de sérum gélatiné telles que Lancereaux et Paulesco les préconisaient, ainsi qu'aux injections intra-veineuses de cyanure de mercure (0,01 tous les deux jours), complétées par une injection hebdomadaire de 0,10 de novarsénobenzol. Le traitement total se compose de 20 injections de cyanure et de 6 injections novarsénobenzolées.

L'hectine remplacera l'arsenic organique, quand celui-ci sera irréalisable.

Par cette méthode, on obtient la disparition des douleurs, et l'arrêt de l'évolution de la tumeur anévrysmale (*Paris Méd.*, 3 juillet 1920).

Syndrome de Basedow et tuberculose.

Il faut distinguer les cas dans lesquels le basedowisme est associé à la tuberculose, de ceux dans lesquels il la simule. C'est à quoi s'emploie M. Sergent (*Presse Méd.*, 24 juillet 1920).

Lorsqu'il y a association, on semble admettre qu'il puisse y avoir une relation de cause à effet entre les deux ordres de lésions, soit que la glande contienne des follicules tuberculeux, soit qu'elle soit troublée fonctionnellement par la toxine tuberculeuse. De tels malades sont justiciables du traitement qui convient aux congestifs, aux angioneurotiques : le repos, la désintoxication et la réadaption lente et progressive au mouvement et à la vie commune.

Plus intéressants sont les basedowiens pris pour des tuberculeux.

Les signes communs sont en effet nombreux : instabilité thermique, instabilité du pouls, de la tension artérielle, troubles menstruels, bouffées de chaleur, éclat brillant du regard, sueurs et transpirations profuses, amaigrissement, toux quinteuse....

Quand la maladie de Basedow est au complet, on s'assurera que la tuberculose n'est pas en cause par un examen total, stétoscopique, radiologique, bactériologique.

Quand le syndrome basedowien est fruste. il faut songer à l'hyperthyroïdie et la dépister cliniquement.

On se souviendra que de tels états s'observent surtout chez la femme aux deux extrêmes de la vie génitale, pour « n'admettre la présence « de la tuberculose pulmonaire que si elle a « fait sa preuve ».

Le traitement des états spastiques par les arsenicaux.

Certaines affections organiques du système nerveux sont caractérisées par des spasmes et des contractures qui, jusqu'alors, étaient considérés comme définitifs, incurables, et rendaient la vie des patients absolument insupportable.

Or, on peut arriver à améliorer ces états au point de leur donner tout au moins l'apparence de la guérison. Cette amélioration est obtenue par les composés arsenicaux, en dehors de toute spécificité, aussi bien les arsénobenzols que le cacodylate de soude et le sulfarsénol, administrés à doses relativement faibles, mais continues.

Ces faits curieux s'expliqueraient, selon Sicard, par une action élective de l'arsenic sur les nerfs périphériques qui deviendraient le siège d'une névrite toxique inhibitrice de leur excitation anormale.

Ils sont exposés et commentés très clairement par M. Dossin (*Liége Méd.*, 31 juillet 1920), qui termine ainsi son travail :

« La médication arsenicale constitue une « médication puissante, une arme de réelle va- « leur pour combattre les effets de la dégéné- « rescence du faisceau pyramidal : la contrac- « ture. Il y a lieu de l'employer dans tous les « cas où elle est indiquée, qu'il y ait ou non du « spirochète dans les antécédents. Mais ce mo- « yen thérapeutique n'est pas exempt de dan- « gers ; il doit être manié avec prudence sous « le contrôle des réactions cutanées, nrveuses « ou azotémiques que peut provoquer l'arsenic »

L'émétine et le traitement des hémoptysies.

L'émétine jouit-elle réellement de propriétés hémostatiques dans le traitement des hémoptysies ? La question est aujourd'hui controversée.

Au dire de certains auteurs, ce serait « une « médication sans efficacité pour cette indica- « tion particulière ; si l'on l'a préconisée, c'est « que certainement l'étude que l'on en a faite « a été hâtive et par trop limitée. »

MM. Colbert et Bazin s'inscrivent en faux contre cette assertion. Ils ont examiné l'action de l'émétine tout à la fois sur la tension artérielle et sur la contractilité cardiaque, en se servant du Pachon pour apprécier les pressions maxima et minima et les indices oscillométriques.

Leur étude leur suggère les conclusions suivantes : « Nous pensons avoir montré par nos « schémas que l'émétine agit sur la tension arté- « rielle (indice oscillométrique). Nous avons « constaté après tant d'autres que l'hémopty- « sie du tuberculeux hypertendu est arrêtée ou « atténuée par ce médicament. S'il y a eu des « notes discordantes dans l'opinion des auteurs, « c'est que l'émétine ne doit s'adresser qu'à « cette seule classe d'hémoptoïques.

« D'après nous, il n'y a pas de contradiction « entre la clinique et les expériences de Plumier. « Les doses non toxiques sont les doses médica- « menteuses qui doivent être employées. Si « l'émétine augmente la tension artérielle dans « l'artère pulmonaire, cela tient à la vaso- « constriction des petits vaisseaux pulmonaires, « Cette vaso-constriction des vaisseaux qui « saignent peut être une des causes d'arrêt de « l'hémoptysie. » (*Journ. de Méd. et de chir. prat.*, 25 juillet 1920.)

Un nouveau signe des épanchements thoraciques ou « signe du frottement sec ».

« Quand, chez un malade porteur d'un épan- « chement pleural, on frotte avec la face pal- « maire des doigts sa chemise bien appliquée « au niveau du creux épigastrique, l'oreille qui « ausculte en même temps en arrière, perçoit « nettement du côté malade un frottement « sec qui ne s'entend pas du côté sain ». Ainsi s'exprime M. Mauriac (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 25 juillet 1920).

Les conditions nécessaires pour la réussite de la recherche de ce signe sont les suivantes : la chemise sera tendue sur la peau du malade, au niveau de la région sur laquelle s'exerce le frottement des doigts, la région xyphoïdienne ; c'est toute la face palmaire des deux dernières phalanges qui doit frotter la chemise.

S'il existe un épanchement pleural, l'auscultation en arrière du côté sain ne révèle rien. Par contre, l'auscultation en arrière du côté malade permet de percevoir, dans toute la hauteur de l'épanchement, un frôlement sec.

Entre autres précautions à prendre, on aura soin d'avoir les doigts bien secs, ou à défaut, on les engaînera dans des doigts de gant faits de grosse toile ou de peau rude (envers des peaux de Suède ou de chamois).

Le traitement de l'adénopathie trachéo-bronchique.

Toutes les adénopathies trachéo-bronchiques ne constituent pas à proprement parler des états pathologiques ; toutes ne sont pas nécessairement tuberculeuses. En revanche, il en est d'insideuses qui sont masquées soit par des bronchites à répétition, soit par des états indéterminés d'anémies persistantes.

C'est en se basant sur ces considérations que M. Ausset entreprend l'exposé du traitement de cette affection (*Péd. prat.*, 25 juillet 1920).

Il prend comme exemple deux types bien distincts d'adénoïdiens trachéo-bronchiques : l'enfant qui, à la suite d'une grippe, conserve une toux quinteuse, parfois coqueluchoïde, une tendance à l'essoufflement facile, voire à la dyspnée et à la tachycardie. Les signes d'auscultation montrent l'existence d'une adénopathie hilaire, qui est une adénopathie simple non tuberculeuse. A côté de ce type clinique, il y a place pour l'enfant dont l'adénopathie se complique de poussées localisées de pleurite et de cortico-pleurite. Quant à l'asthme ganglionnaire primitif, il le rejette comme inexistant.

Partant de cette donnée que si l'adénopathique n'est pas toujours un bacillaire, il doit être considéré comme un prédisposé à la tuberculose, il formule à la base du traitement la cure de repos et de grand air.

Aux enfants florides, ayant un bon état général, non congestifs, sans localisation pulmonaire, il recommande le climat marin de la Mer du Nord. Les sujets moins vigoureux, excitables, se trouveront mieux de l'Atlantique (Bretagne ou Arcachon).

Les cures thermales trouvent aussi ici leur indication, Salies, Briscous-Biarritz, sauf pour les lymphatiques, « herpétiques faiblards », auxquels conviennent mieux la Bourboule ou Saint-Honoré.

Uriage, Challes, Eaux-Bonnes, Cauterets, réclament les enfants dont l'adénopathie se complique de catarrhe bronchique ou nasopharyngien.

Le Mont-Dore est réservé aux petits nerveux, irritables, congestifs.

Ces traitements physiothérapiques et thermaux doivent être l'objet d'une surveillance constante et avisée.

Alimenter, mais ne pas suralimenter ces enfants, et les soumettre aux lotions aromatiques

tièdes générales suivies d'une friction énergique. Et leur ordonner alternativement les phosphates végétaux, le sirop iodotannique, le formiate de chaux, le méthylarsinate de soude.

Contre la toux coqueluchoïde, recommander un julep gommeux à base de teinture d'aconit, de drosera et de belladone à parties égales (X gouttes par jour).

Enfin, l'auteur reste partisan de l'héliothérapie prudente et savamment dosée, quand le poumon est indemne.

Le cacodylate de soude à hautes doses.

Les hautes doses recommandées par M. Roziès (*Gaz. des Hôp.*, n° 65, 1920), atteignent et dépassent même 0.50 en 24 heures. Elles agissent comme tonique et puissant reconstituant, comme antiparasitaires et comme modificatrices de la peau.

« La méthode des injections de cacodylate « de soude à hautes doses a pu donner dans tous « les domaines et entre toutes les mains d'ap« préciables résultats. En chirurgie, en patho« logie exotique, en dermatologie, elle a pu don« ner des guérisons là où les doses habituelle« ment prescrites de 0,05 étaient restées inopé« rantes. Un des auteurs qui la recommandent, « Descombiers, a pu parler de cures miraculeu« ses. D'autre part, à condition de tenir compte « des contre-indications, d'ailleurs peu nom« breuses, les réactions, soit locales soit géné« rales, sont nulles ou négligeables. Dans ces « conditions, une telle thérapeutique qui a « fait ses preuves et reste une technique sim« ple, d'une innocuité absolue, d'une efficacité « incontestable, mérite d'être connue du prati« cien qui l'utilisera pour le plus grand bien « des malades. »

Le tétrachlorure de carbone.

A la suite des travaux de MM. Jacquemet et Goubeau, M. Désesquelle recommande le tétrachlorure de carbone comme susceptible de remplacer l'alcool, l'éther, la benzine et le chloroforme quand ils ne sont employés que comme véhicules. Son prix est en effet des plus modiques.

Il dissout l'iodoforme, l'iode, le camphre, les phénols camphrés, le caoutchouc, les huiles, les graisses, les huiles essentielles, la lanoline, le soufre, etc. En outre, il est ininflammable.

On peut l'utiliser avantageusement en chirurgie pour l'antisepsie des téguments, pour la protection des mains du chirurgien ou celle des organes de l'opéré, pour la conservation des instruments, le nettoyage et la désinfection des plaies et des trajets fistuleux.

En dermatologie, c'est un remarquable parasiticide, utilisable contre la séborrhée grasse, l'acné comédon, l'acné simple et l'acné couperosique et enfin l'érythrasma. (*Bull. Méd.*, 24 juillet 1920.)

Le carbonate de bismuth dans l'oxyuriase.

La médication classique contre l'oxyuriase ne donne assez souvent que des résultats incomplets et insuffisants. Or, le hasard a permis à M. Loeper de découvrir des propriétés nettement anti-oxyuriasiques au carbonate de bismuth (*Prog. Méd.*, 31 juillet 1920).

Il administre ce sel à raison de 10 gr. deux fois par jour aux adultes, de 4 gr., deux fois par jour également aux enfants de 7 ans, et de 2 à 3 gr. seulement, aux jeunes enfants.

La guérison serait obtenue définitivement en trois ou quatre jours. En cas d'insuccès, il n'y aurait aucun inconvénient à récidiver dans les mêmes conditions.

Traitement du rhumatisme chronique par l'arsénobenzol.

M. N. Fiessinger relate les remarquables résultats qu'il a obtenus en traitant une femme atteinte de rhumatisme articulaire chronique ankylosant par les injections d'arsénobenzol.

Tous les traitements antérieurement prescrits n'avaient amené aucune amélioration chez cette malade, âgée seulement de 46 ans, sans antécédents pathologiques dignes d'être notés, et sans infection syphilitique.

Elle reçut 11 injections d'arsénobenzol de 0,15 en 4 mois 1/2.

« Elle se trouve complètement transformée, « elle ne souffre plus de ses articulations et peut « marcher sans canne ; cette indolence permet « une plus grande mobilisation, et des articu« lations que j'avais toutes les raisons de con« sidérer comme définitivement perdues retrou« vent leur mobilité... »

L'auteur n'explique pas de semblables résultats, autrement peut-être que par l'action bien connue des arsenicaux sur la nutrition, ou même sur un agent pathogène du rhumatisme chronique, de la même famille que le tréponème (*Journ. des Prat.*, 31 juillet 1920).

Traitement de la diarrhée des nourrisons au sein.

Elle est due généralement : 1) à la suralimentation de l'enfant ; 2) à la qualité défectueuse du lait de la nourrice, à la suite d'une alimentation vicieuse, ou d'une maladie infectieuse générale ou locale ; 3) à une modification qualitative ou quantitative des composants du lait maternel ; 4) à une insuffisance digestive des organes de l'enfant ; 5) enfin, à l'intolérance anaphylactique du nourrisson pour le lait de femme.

M. Auban donne les règles suivantes du trai-

tement qu'il considère comme le mieux approprié (*Toulouse Méd.*, 1 août 1920) :

On n'aura recours à la purgation que si les selles sont fétides et le ventre météorisé. Par contre, on recommandera les petits lavements d'eau bouillie ou de décoction de guimauve. On abandonnera la médication lactique, qui n'est indiquée que si les selles sont alcalines et dégagent une forte odeur. On lui préférera les alcalins, l'eau de Vals, surtout. En cas d'état nauséeux, on alternera bicarbonate de soude et citrate de soude.

Naturellement, on règlera les tétées, et sans recourir à la diète hydrique, on pourra remplacer quelques prises de lait par des biberons d'eau bouillie sucrée.

Si ces premiers soins sont insuffisants, on ordonnera l'eau de chaux ou le tannate de gélatine (Marfan), ou encore la salicaire, remise à la mode depuis un an.

Si le lait de la nourrice est vicié par suite d'une cause à elle imputable, on s'efforcera de faire disparaître cette cause.

S'il s'agit d'intolérance particulière pour le lait de femme, on recourra à l'allaitement mixte, ou aux bouillies de céréales en remplacement des tétées.

Le changement de nourrice, prudemment conseillé et décidé, sera quelquefois le meilleur moyen de guérir l'enfant.

Enfin, dans le cas où la capacité digestive du nourrisson serait en cause, on pourrait lui prescrire la poudre suivante (Hutinel) :

Pepsine....................	ââ 3 gr.
Pancréatine................	
Maltine....................	
Lactose....................	9 gr.

une pincée avant les tétées dans de l'eau ou du lait.

Ou encore, une potion chlorhydro-peptique, s. f. :

Acide chlorhydrique officinal.	0 gr. 20
Pepsine....................	0 gr. 60
Eau distillée........q.s.p.	125 gr.

une cuillerée à café après chaque repas.

G. D.

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année 1920 au trésorier Dr Gassot à Chevilly (Loiret).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Rétrécissement congénital ano-rectal.

(M. Mauclaire. — *Société de chirurgie.*)

M. Mauclaire rapporte un cas de rétrécissement ano-rectal avec rétention énorme des matières fécales. La malade, une jeune fille de douze ans, avait toujours eu une constipation opiniâtre avec des alternatives d'expulsion de quantités considérables de matières fécales. Le toucher rectal montrait un rétrécissement congénital ano-rectal. Il y avait un méga-côlon volumineux. La malade, après un traitement par incision et dilatation, fut perdue de vue.

Sur les corps étrangers du tube digestif.

(M. R. Le Clerc. — *Société de chirurgie.*)

Lorsqu'un malade vient d'avaler par mégarde un corps étranger d'un certain volume, les questions qu'il pose le plus anxieusement sont les suivantes : le corps étranger a-t-il des chances de traverser sans accident le tube digestif ; au bout de combien de temps ressortira-t-il par l'anus ?

M. Le Clerc présente diverses pièces intéressantes à ces points de vue, qui lui ont été remises par M. Viel, médecin de l'asile d'aliénés de Pont-l'Abbé. Il s'agit de corps étrangers déglutis par des aliénés.

Un premier malade, mélancolique atteint de sitiophobie, pour faire cesser les sollicitations du personnel de l'asile qui l'incitaient à boire, résolut de « se boucher » en avalant sucessivement quatre pierres assez volumineuses, de 5 à 6 centimètres de longueur sur une moyenne de 3 centimètres de largeur. Dans le courant du *troisième jour*, les 4 cailloux sortirent par l'anus, à la file indienne.

Un second malade, altteint du délire de l'expérimentation, dans le but d'analyser l'évolution du corps étranger, avala une petite cuiller de 17 centimètres de long sur 2 centimètres de large. Pendant quelques jours, il ressentit des douleurs à la région gastrique ; puis, plus rien, la tolérance paraissant parfaite. Ingérée le 14 décembre 1918, la cuiller fut évacuée dans une selle le 13 avril 1920 : son voyage dans le tube digestif avait duré 456 *jours*. Le même sujet avait l'habitude d'avaler des pièces de monnaie, qui sortaient en général *dans les 24 heures*. Une boule de cuivre séjourna dans le canal gastro-intestinal 27 *jours*.

Mort rapide sans accident local après appendicectomie à froid.

(M. Chevrier. — *Société de chirurgie.*)

M. Chevrier relate une observation de mort rapide sans accident local à la suite d'une appendicectomie à froid. La malade, âgée de 26 ans, fut opérée à froid consécutivement à une crise d'appendicite aigu

d'intensité modérée. Dans les premières heures qui suivirent l'opération rien de spécial ne se manifesta. Vers 9 heures du soir, la patiente fut prise de dyspnée, faiblesse du pouls sans fièvre, état de shock et elle succomba le lendemain à 8 heures du matin. L'autopsie montra un cancer annulaire ulcéré du côlon ascendant.

Cherchant à expliquer la mort rapide de la malade, M. Chevrier fait intervenir le shock particulier des néoplasiques, à la fois toxi-infectieux et protéolytique par suite de la résorption au niveau de l'ulcération de toxines microbiennes et de produits de désintégration des tissus. Chez ces sujets, le traumatisme local, cause occasionnelle de résorption massive, et la carence des défenses générales due à l'anesthésie, rendent compte de la marche foudroyante des accidents. On sait que certains néoplasiques peuvent succomber rapidement à la suite d'une intervention sans gravité par elle-même.

L'autopsie a donné ici une explication de la mort. Mais, à défaut de ce contrôle, le chirurgien pourrait se trouver embarrassé pour fixer la cause de la terminaison fatale dans une opération en apparence simple, par ailleurs bien conduite et non compliquée opératoirement. M. Louis Bazy a publié quelques cas analogues de mort foudroyante après appendicectomie ou ablation des annexes. Il admet, comme pathogénie, une hypersensibilisation anaphylactique aux microbes résorbés par un intestin ulcéré.

M. Lecène pense qu'il ne faut pas trop se laisser impressionner par les notions nouvelles sur le shock. On doit toujours dans ces accidents graves suspecter l'infection suraiguë et cette infection (endogène ici) pourrait bien être à l'origine des accidents observés chez la malade de M. Chevrier.

M. Baudet inclinerait plutôt à une mort rapide par shock anesthésique. Il a eu l'occasion d'observer des troubles très graves de ce genre chez un jeune homme vigoureux qu'il avait opéré d'appendicite. L'examen du sang décela 0 gr. 10 d'azote résiduel par litre. Des injections de sérum glucosé furent faites et les accidents s'amendèrent.

M. Louis Bazy admet, comme M. Lecène, l'hypervirulence des germes, mais il y ajoute un autre facteur, l'hypersensibilité du terrain. Cette hypersensibilité peut être révélée par une intra-dermo-réaction (au colibacille, qui est l'agent le plus souvent en cause) et combattue par une vaccination anticolibacillaire.

Le traitement de l'anthrax par les vaccins de Delbet.

(M. Rouvillois. — *Société de chirurgie.*)

M. Rouvillois a traité 4 cas d'anthrax par les vaccins de Delbet. Il a observé une détersion et une guérison rapides.

M. Pierre Descomps a utilisé les mêmes vaccins dans 17 cas, dont 10 d'infections localisées, 2 d'infections localisées avec tendance à la diffusion et 5 d'infections généralisées avec état septico-pyohémique grave. Les résultats ont été constamment satisfaisants.

Sur les injections de chlorure de zinc dans les tumeurs blanches.

(M. Mauclaire. — *Société de chirurgie.*)

M. Mauclaire a employé un assez grand nombre de fois les injections de chlorure de zinc dans le traitement des tumeurs blanches. Il pense qu'elles donnent de bons effets dans les formes purement synoviales ou avec lésions osseuses insignifiantes. Si la méthode est peu utilisée, cela tient, croit-il, aux difficultés de la technique. Il faut avoir bien soin de ne pas presser sur le piston de la seringue en retirant l'aiguille, sinon on pousse une goutte de chlorure de zinc dans le derme et une escare survient.

M. Walther estime que même dans les cas avec lésions osseuses, la méthode sclérogène peut être efficace.

M. Broca n'emploie pas cette méthode. Ayant suivi de près, pendant quelques années, les malades de Lannelongue lui-même, sa conviction a été faite.

Contre le drainage filiforme dans les abcès froids.

(M. Capette. — *Société de chirurgie.*)

M. Broca lit un rapport sur un travail de M. Capette intitulé : Contre l'emploi du drainage filiforme comme méthode de traitement des abcès froids ossifluents.

A priori, dit M. Broca, on devait penser que le drainage filiforme (passage d'un séton), préconisé par M. Chaput, constituerait pour les abcès froids, un agent d'infection mixte. M. Capette en rapporte deux exemples dans lesquels une septicémie chronique s'est installée consécutivement à cette thérapeutique. L'auteur conclut que le drainage filiforme des abcès froids est une pratique désastreuse.

Rupture du tendon du quadriceps.

(M. Guillaume-Louis, de Tours. — *Société de chirurgie.*)

Un homme de 50 ans, cultivateur, glisse en descendant un escalier et fait un effort violent pour se retenir. Il ressent une vive douleur au genou droit, tombe et est dans l'impossibilité de se relever. M. Guillaume-Louis constate une tuméfaction du genou avec peau intacte. La rotule est mobile transversalement, sans fracture. Au-dessus d'elle, on voit une dépression transversale dans laquelle on peut loger facilement deux doigts. L'extension de la jambe est abolie et le blessé est dans l'impossibilité de soulever le talon du plan du lit.

Ayant diagnostiqué une rupture du tendon quadricipital, M. G. Louis intervient. Il trouve une rup-

ture du droit antérieur au niveau de son insertion rotulienne, une déchirure des vastes, externe et interne, en direction verticale, un arrachement du crural profond. Les fragments suturés, la guérison fut obtenue rapidement.

L'auteur estime que, dans ces ruptures du quadriceps, étant données les lésions, l'intervention chirurgicale seule est susceptible de procurer un bon résultat. Le massage, sans suture, ne peut qu'être manifestement insuffisant.

Un cas de scalp guéri par greffes de Thiersch.

(M. Lenormant. — *Société de chirurgie.*)

M. Lenormant présente une malade qui, en mai 1918, dans un accident d'usine, fut entièrement scalpée, de la région frontale à l'occiput. Dix-neuf mois plus tard, M. Lenormant entreprit la réparation de la perte de substance du cuir chevelu, alors remplacée par une production cicatricielle partielle. Dans une première opération, il recouvrit de lambeaux dermo-épidermiques prélevés sur les deux cuisses de la malade le segment gauche de la perte de substance. Au bout de 4 mois, il pratiqua une seconde séance de greffes de Thiersch sur tout ce qui restait de surfaces cruentées. Le succès fut complet. La plaie est entièrement recouverte d'un tégument qui paraît solide, sauf en trois petits points de dimensions minimes. P. L.

DERMATOLOGIE THÉRAPEUTIQUE

Urticaire géante anaphylactique sous l'influence du manganate calcico-potassique.

Par le docteur Gilbert Pignet (de Toulon).

Les travaux d'Arthur, de Th. Smith, de Widal, etc., ont démontré d'une façon décisive la nature anaphylactique de la plupart des urticaires ; il demeure toutefois bien établi que nous entendons, par anaphylaxie, la sensibilité subite d'un sujet à l'égard d'une substance, aliment ou médicament, qu'il avait supportée parfaitement jusqu'au jour du choc anaphylactique, tandis que l'idiosyncrasie, par exemple, est la réaction élective, quoique non constante, d'un individu vis-à-vis d'une substance inoffensive pour les autres.

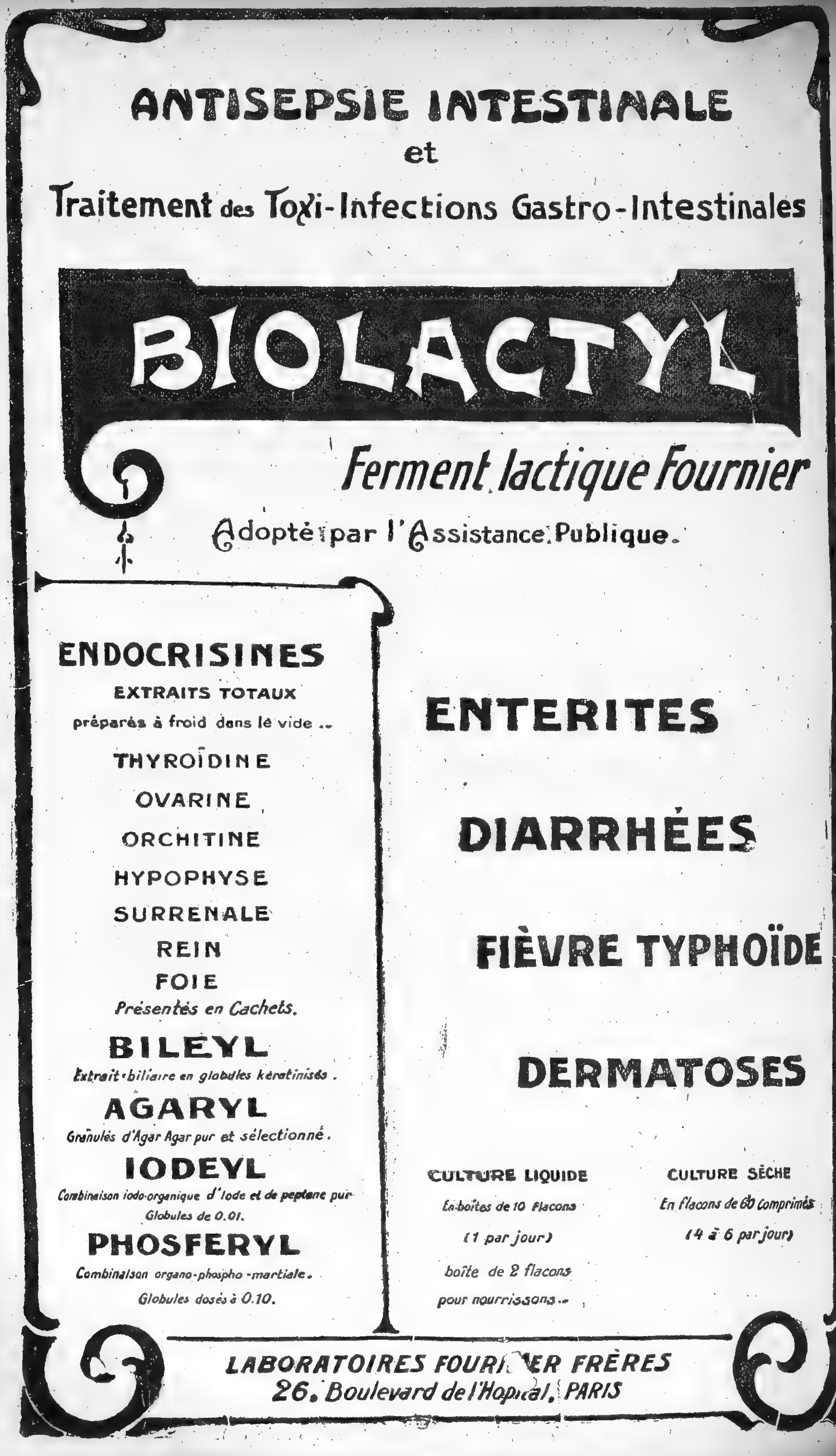
Je rapporterai ici l'observation d'un cas curieux qui mérite d'être publié et dont le mécanisme pathogénique me paraît bien en rapport avec la théorie que je viens de citer sur la nature de l'urticaire.

Ayant à traiter un malade atteint de lichen scrofulosorum en même temps que de tuberculose pulmonaire, je lui appliquai le traitement du docteur Mélamet par le manganate calcico-potassique actuellement en faveur, et j'utilisai à cet effet une spécialité bien connue, la bactioxyne.

J'avais déjà pratiqué sans aucun accident une série de 15 injections intraveineuses à raison de deux par semaine, et mon malade s'améliorait de jour en jour, supportant merveilleusement cette médication. Je dois cependant avouer que j'avais observé chez lui, à l'occasion des dernières injections, et au moment même de l'injection, la production d'une petite crise nitritoïde qui se traduisait par une congestion subite du visage avec sueurs : il y avait là évidemment un signe d'intolérance, mais ce phénomène ne durant que quelques secondes et, sur les affirmations des fabricants, qui niaient la possibilité d'une réaction générale, je n'y prêtai pas plus d'attention qu'à certaines manifestations cutanées qui suivirent les 2e, 3e et 4e injections de la 2e série et que je n'observai pas moi-même. Le malade me rapportait en effet chaque fois, qu'après l'injection précédente, il avait pu constater l'apparition sur les deux bras d'un œdème assez douloureux ; mais ces phénomènes, qui étaient passagers et m'étaient cités incidemment par le malade, n'avaient pas retenu mon attention.

Or, à la 5e injection de la seconde série, qui fut pratiquée, selon les règles, très lentement, il se produisit immédiatement un érythème sur les deux bras et plus développé sur le bras droit, non touché ce jour-là. En quelques secondes apparurent de petites papules blanches, nacrées, convexes, très dures, très prurigineuses. D'abord du volume d'une tête d'épingle, ces papules grossissaient à vue d'œil et en quelques minutes, prenaient les dimensions d'une pièce de cinquante centimes, de cinq francs, puis s'aggloméraient et finalement, formaient sur la face antérieure du bras et de l'avant-bras deux énormes placards d'une épaisseur d'un à deux centimètres et dont les bords très nets et saillants étaient entourés d'une zone érythémateuse de deux à trois centimètres. La surface de ces plaques, uniformément lisse, était blanche, pâle, porcelainée, indurée, résistante au doigt. L'éruption s'accompagnait de sensation de prurit, de chaleur, de cuisson, de brûlures. En même temps se produisaient quelques symptômes généraux : céphalée, frissons, sueurs, conrbature.

Il s'agissait, à n'en pas douter, de troubles anaphylactiques, caractérisés par des phénomènes vasculo-sanguins, sous forme de crise hémoclasique et reliés évidemment aux petites crises nitritoïdes observées précédemment. Je pratiquai donc immédiatement une injection d'un milligramme d'adrénaline et, pour calmer les sensations douloureuses du bras, j'appliquai sur les plaques éruptives un pansement au liniment oléo-calcaire. En quinze minutes, la réaction cutanée avait atteint son développement maximum et le malade rentrait chez lui ressentant seulement quelques malaises, accompagnés de douleurs assez violentes dans les deux bras.


ANTISEPSIE INTESTINALE
et
Traitement des Toxi-Infections Gastro-Intestinales
BIOLACTYL
Ferment lactique Fournier
Adopté par l'Assistance Publique.
ENDOCRISINES
EXTRAITS TOTAUX
préparés à froid dans le vide ..
THYROÏDINE
OVARINE
ORCHITINE
HYPOPHYSE
SURRENALE
REIN
FOIE
Présentés en Cachets.
BILEYL
Extrait biliaire en globules kératinisés.
AGARYL
Granulés d'Agar Agar pur et sélectionné.
IODEYL
Combinaison iodo-organique d'Iode et de peptone pur
Globules de 0.01.
PHOSFERYL
Combinaison organo-phospho-martiale.
Globules dosés à 0.10.
ENTERITES
DIARRHÉES
FIÈVRE TYPHOÏDE
DERMATOSES
CULTURE LIQUIDE
En boîtes de 10 Flacons
(1 par jour)
boîte de 2 flacons
pour nourrissons..
CULTURE SÈCHE
En flacons de 60 Comprimés
(4 à 6 par jour)
LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES
26, Boulevard de l'Hôpital, PARIS

Je revis mon client deux jours après : les plaques ortiées avaient persisté sans augmenter ni diminuer pendant 24 heures, puis avaient disparu en laissant seulement an peu d'érythème qui lui-même s'était effacé en vingt-quatre heures. Les bras ne présentaient plus à ce moment aucune trace de l'éruption qui les avait atteints. Les troubles généraux avaient été légers et le malade n'avait, en rien modifié ses occupations et son régime.

Nous nous sommes donc trouvés en présence d'une éruption dont la nature n'est pas douteuse : sa morphologie, bien qu'originale par la localisation exclusive et symétrique aux deux bras, son évolution subite atteignant en quelques minutes sa phase maxima, sont bien caractéristiques d'une urticaire à forme géante, de teinte porcelainique. Mais cette éruption est surtout intéressante parce qu'elle est survenue subitement après la 20e injection (et peut-être même avant) d'un médicament d'abord très bien toléré et réputé inoffensif, car les composés manganiques calciques et potassiques ne sont pas cités par les auteurs parmi les substances pouvant produire un érythème urticarien (V. Brocq : *Traité de dermatologie*, t. I., p. 402). Et l'on ne saurait nier que ces accidents cutanés, si caractérisés par le mécanisme de leur production, par leur évolution rapide, par les phénomènes qui les ont accompagnés, ne traduisent une intolérance subite de l'organisme et ne nous autorisent, avec les auteurs cités plus haut, à affirmer la nature anaphylactique de l'urticaire, tout au moins dans la plupart des cas.

Il demeure bien entendu que les faits que nous venons de citer, et précisément parce qu'ils sont du domaine de l'anaphylaxie, n'atteignent en rien la valeur du médicament incriminé, — médicament dont nous avons retiré jusqu'à ce jour les meilleurs effets et que nous continuerons à appliquer encore, sans aucune appréhension.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses.

Thèse de Montpellier.

Dr Jean Bardin. — **De l'emploi du sérum antidiphtérique dans le traitement des oreillons.** Montpellier, imprimerie « l'Abeille », 1920.

Dans les oreillons traités par les méthodes ordinaires, on trouve en moyenne 20 % d'orchites, dont un tiers suivies d'atrophie testiculaire. Dans les oreillons traités par une injection de sérum antidiphtérique, on ne trouve plus que 5,5 % d'orchites.

Le sérum antidiphtérique agit surtout sur les humeurs de l'organisme comme tout sérum non spécifique, hémostyl ou hémoplase. En attendant le traitement spécifique des oreillons, il est bon d'employer le sérum antidiphtérique, qu'on peut se procurer facilement dans tous les hôpitaux.

Dr Robert Lévy. — **Sur les rapports de l'appendice cæcal avec les affections utéro-annexielles.** Montpellier, imprimerie Firmin et Montane, 1919.

L'appendicectomie préventive, c'est-à-dire la résection du vermis cæcal, pratiquée systématiquement et par principe à l'occasion de chaque opération exécutée sur l'abdomen, est une intervention nullement justifiée. Il est inadmissible que l'on fasse de l'appendicectomie préventive une nécessité gynécologique motivée par le danger que présente la promixité de l'appendice et des organes génitaux ; les rapports pathologiques de ces deux groupes d'organes sont rares ; quand ils existent, ils proviennent de leur contact. Le vermis cæcal ne paraît pas être plus dangereux pour la femme que pour l'homme. Les conceptions autres que celles-ci, fondées sur des constatations microscopiques insignifiantes, ne correspondent pas aux expériences et observations du clinicien.

En repoussant énergiquement l'appendicectomie préventive, le gynécologue ne se défait pas du devoir d'observer systématiquement l'appendice au cours de ses laparotomies, si cela peut se faire toutefois sans que la prolongation de l'intervention nuise au malade, et sans qu'il soit nécessaire d'agrandir fortement la plaie faite primitivement, Si, en ce cas, l'appendice se montre macroscopiquement intact, si ni sa longueur, ni son volume ne sont exagérés, s'il ne contient pas d'entérolithes, si enfin sa mobilité est parfaite, nulle part réduite par une adhérence, on fera son devoir en le laissant sur place. Tout au plus, est-il licite, ainsi que l'a proposé Bogdanovitsch, de fixer le vermis en haut, à la paroi abdominale, au cæcum, etc,. encore si cela peut se faire facilement, — afin d'éviter la seule possibilité de rapports avec l'utérus et ses annexes : le contact.

PARTIE PROFESSIONNELLE

L'EXERCICE DE LA PHARMACIE

La proposition de loi Vincent.

Commentaires et critiques.

Nous avons publié la semaine dernière intégralement le projet de loi Vincent sur l'exercice de la pharmacie.

Ainsi que nous l'annoncions alors, nous reprenons aujourd'hui les articles de ce projet qui intéressent plus particulièrement le médecin, ainsi que quelques autres qui nous paraissent dangereux pour la défense et la préservation de la santé publique.

Chacun de ces articles appelle un commentaire ou une critique, que nous formulerons, tels que notre Conseil de Direction les a exprimés dans un accord unanime.

ARTICLE 2. — *Nul ne peut ouvrir une officine ou transférer son officine d'une localité dans une autre s'il n'est pourvu d'une autorisation, qui est accordée par le ministre de l'hygiène sur avis conforme d'une commission, dont la composition et le mode de fonctionnement sont déterminés par un règlement d'administration publique. Ladite commission ne peut donner un avis favorable à cette autorisation qu'après avoir constaté que l'officine projetée est nécessaire pour assurer le service pharmaceutique de la région.*

Cet article consacre la limitation des pharmacies livrée aux pharmaciens. Il n'est pas superflu de reproduire ici les commentaires dont le rapporteur de la Commission d'hygiène à la Chambre accompagne cette proposition :

« C'est un régime, dit-il, qui, tout en donnant com-
« plète garantie au public, assure au pharmacien une
« situation matérielle et morale plus en rapport avec
« l'importance et les exigences de la profession.

« Ils (les partisans de la limitation) estiment qu'elle
« lui fournit la liberté de s'adonner plus facilement
« au rôle scientifique qui lui est dévolu.

« Le public y trouve les avantages suivants : sup-
« pression des dangers de la concurrence, tarifica-
« tion normale et constante des médicaments, re-
« nouvellement plus fréquent des produits et service
« pharmaceutique mieux assuré par une meilleure
« répartition. »

Nous sommes d'un avis diamétralement opposé, et nous demandons formellement le *statu quo*, c'est-à-dire le régime de la liberté sous la garantie du diplôme.

En vérité, nous sommes quelque peu stupéfaits du peu de consistance des arguments du rapporteur, alors que les arguments opposés nous paraissent au contraire avoir une valeur incontestable.

La pharmacie est un commerce, un commerce spécial, un commerce scientifique, mais soumis néanmoins aux lois commerciales. La concurrence est l'âme du commerce. Supprimer la concurrence, c'est à proprement parler supprimer l'émulation et l'effort qui sont nécessaires pour équilibrer le marché et inciter le pharmacien non seulement à faire bien, mais encore à faire mieux que son voisin.

Limiter le nombre des pharmaciens et réglementer leur répartition territoriale, c'est livrer le public à l'arbitraire d'une sorte de monopolisateur qui ne possèdera dans son officine que les produits qui lui plairont, sans se soucier outre mesure de la prescription médicale, et qui pratiquera le tarif qu'il jugera à propos, sans le contrepoids de la préoccupation de l'influence que peut exercer sur l'acheteur les prix moins élevés réclamés à côté.

Sans doute, prévoit-on des chambres de discipline chargées de maintenir à un niveau suffisamment honnête l'exercice de la profession.

Et voici du coup la pharmacie assimilée à une charge d'officier ministériel. Mais alors, l'État qui intervient pour désigner les titulaires des charges de notaires, d'huissiers, interviendra de la même façon pour la désignation des titulaires des pharmacies. Un pas de plus, — et il serait inévitable, — le monopole corporatif deviendrait un monopole d'État.

Est-ce ainsi que le rapporteur envisage l'avenir de la pharmacie sous le régime de la limitation ? Grand bien lui fasse. Quant à nous, nous estimons que la santé publique n'a rien à gagner à la transformation du pharmacien en fonctionnaire, de même qu'elle aurait tout à perdre à la fonctionnarisation du médecin.

En résumé, le régime le plus rationnel, celui qui donne le plus d'avantages au public, c'est le régime de la liberté sous la garantie du diplôme.

ARTICLE 9. — *Il est interdit au pharmacien de solliciter habituellement, auprès du public, des commandes par l'intermédiaire de préposés ou de courtiers à sa solde.*

Cet article demande une atténuation. Qu'on interdise au pharmacien de solliciter habituellement des commandes par des espèces de représentants ou de commis-voyageurs, comme ils en

Les Laboratoires du **NÉOL**, *9, rue Dupuytren, Paris, tiennent à la disposition de MM. les Docteurs leur nouveau produit, véritable entité chimique nouvelle :*

le CODOFORME
BOTTU

présenté sous forme de comprimés. Les expériences cliniques des Hôpitaux de Paris ont démontré que c'est actuellement le sédatif le plus puissant, quoique non toxique, de certaines

TOUX



TOUX
catarrhales et emphysèmateuses



TOUX
émétisante des Tuberculeux

TOUX
nerveuses, spasmodiques et coqueluchoïdes.

NÉOL
en gargarismes
prévient la GRIPPE et guérit l'ANGINE

font circuler actuellement dans nos campagnes, entri-porteur, tout comme telle marque de café bien connue, c'est parfait. Mais il faut qu'il soit entendu que le fait de recueilllir, de villages en villages, de hameaux en hameaux, les ordonnances que viennent de faire les médecins au cours de leurs tournées n'est pas visé dans l'interdiction de l'article 9. C'est au contraire une facilité donnée aux malades d'être promptement soignés.

Article 11. — *Toute association ayant pour objet l'exploitation d'une officine ouverte au public est interdite si elle n'est faite sous la forme d'une société en nom collectif entre pharmaciens diplômés. En tout cas, l'officine ne peut être gérée que par les associés.*

Cette exigence est draconienne et ne répond à aucune utilité. La seule condition essentielle, c'est que la pharmacie soit exploitée par un pharmacien régulièrement diplômé. Qu'il soit commandité, soutenu pécuniairement, aidé matériellement par des non diplômés, qu'est-ce que cela peut bien nous faire, et en quoi la santé publique en éprouvera-t-elle un tort quelconque ?

On craint sans doute qu'à ce régime de liberté commerciale, le pharmacien exploitant ne se trouve influencé par ses associés ou ses commanditaires et ne sorte des voies légales qui lui sont tracées. C'est d'un puérilisme pour le moins étrange. S'il sort de la légalité, le pharmacien tombe sous le coup de sanctions dont la crainte le maintiendra dans le droit chemin.

D'ailleurs, poussons le raisonnement jusqu'à l'extrême : si cette interdiction était maintenue, le pharmacien n'aurait pas le droit d'acheter une officine avec la dot de sa femme. C'est tout simplement absurde.

Et, à un autre point de vue, l'interdiction contre laquelle nous nous élevons empêcherait un sujet instruit, mais dépourvu de tous moyens financiers personnels, d'utiliser son diplôme dans l'exploitation d'une officine, parce qu'il serait dans l'impossibilité de constituer la seule société prévue par la loi : c'est anti-démocratique.

Ici encore, nous réclamons la liberté commerciale absolue, pourvu que l'exploitant de l'officine soit un pharmacien valablement qualifié par son diplôme.

Article 12. — *Toute convention d'après laquelle un pharmacien ou un herboriste assurerait à un médecin, un chirurgien-dentiste, une sage-femme ou un vétérinaire un profit quelconque, dans l'exercice de leur profession, sur la vente d'un produit médicamenteux ou hygiénique est prohibée et nulle. Tout pharmacien ou herboriste qui aura offert à un médecin, à un chirurgien-dentiste, à une sage-femme ou à un vétérinaire, ou tout vétérinaire qui aura sollicité d'un pharmacien ou herboriste un profit quelconque sur la vente d'un produit médicamenteux ou hygiénique est passible des peines portées à l'article 27.*

Cet article demande certaines précisions. La collusion entre un pharmacien d'un côté, et un médecin, une sage-femme, un vétérinaire, de l'autre, est immorale en général.

Mais voici que je suis l'inventeur d'une formule, d'un produit pharmaceutique. Médecin, je n'ai pas le droit de l'exploiter, sous peine de commettre le délit d'exercice illégal de la pharmacie. Force m'est donc de confier cette exploitation à un pharmacien. Peut-on dire qu'il y aurait collusion entre le pharmacien exploitant et moi parce que je tirerais un légitime profit de ma découverte ?

Il importe donc, au plus haut point, que cette face particulière de la question soit examinée attentivement et qu'une disposition législative précise les droits respectifs de l'inventeur médecin et de l'exploitant pharmacien.

D'autant plus que, si l'on s'en tient à la lettre même de cet article, il semble que si la découverte du médicament ou du produit était faite par un profane, j'entends par un non médecin, la collusion n'existerait pas.

Article 13. — *L'exercice simultané de la profession de médecin, de sage-femme, de chirurgien-dentiste ou de vétérinaire avec celle de pharmacien est interdit, même en cas de possession par le même titulaire, des diplômes conférant le droit d'exercer ces professions.*

Cette disposition n'est pas applicable aux porteurs actuels du diplôme de pharmacien et de l'un des autres diplômes visés ci-dessus.

Toutefois, le médecin peut fournir des médicaments aux malades près desquels il est appelé, s'il réside dans une commune ou dans une agglomération où il n'y a pas de pharmacie et si les malades résident à une distance de huit kilomètres au moins de toute pharmacie. Il ne peut délivrer de médicaments aux malades qui viennent le consulter dans son cabinet que si son domicile et celui du malade sont distants de huit kilomètres au moins d'une pharmacie.

....

Les médecins et les vétérinaires bénéficiant de cette exception ne peuvent avoir officine ouverte ; ils sont soumis à toutes les obligations résultant pour les pharmaciens des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente ; ils doivent remettre à leurs clients, en même temps que les médicaments qu'ils leur fournissent, la formule desdits médicaments, rédigée conformément au premier paragraphe de l'article 14.

Nous sommes radicalement opposés aux dispositions du premier alinéa de cet article, dont

nous avons déjà publié et commenté les termes précédemment (1).

C'est à tort que le rapporteur écrit que : « tout « le monde est d'accord depuis longtemps pour « interdire le double exercice ».

A différentes reprises, depuis dix ans, nous avons, au contraire, soutenu que le dualisme médico-pharmaceutique est un non sens. La pharmacie est une branche de l'art de guérir. Ce qui nous apparaît comme une monstruosité, c'est de prétendre élever une barrière infranchissable entre la prescription du remède (médicale) et sa préparation et sa délivrance (pharmaceutique). Oser prétendre, ainsi que le fait le rapporteur, qu'il y a *incompatibilité entre les deux professions*, c'est tout juste proclamer une hérésie.

Nous n'avons pas varié dans nos opinions, et ni le vœu adopté par l'Assemblée Générale de l'Union des Syndicats, ni les discussions que nous avons eues, soit verbalement, soit par correspondance, avec d'excellents esprits qui sont opposés à notre conception, n'ont réussi à ébranler notre conviction qu'il serait au contraire désirable que la pharmacie ne soit qu'une branche de la médecine, apprise au cours des études médicales, tout comme l'anatomie, la pathologie, la thérapeutique, la pharmacologie, auxquelles elle confine si étroitement.

Il est tout à fait étrange qu'on n'ait pas songé, au Conseil supérieur de l'Instruction publique, à remplacer le P. C. N. par une année d'études et de travaux pratiques des sciences physiques et naturelles, *comportant un stage d'au moins trois mois de l'étudiant en médecine dans une officine.*

Quel pharmacien aujourd'hui, n'est pas sollicité dix fois par jour de se substituer au médecin et de donner, aux malades qui s'adressent à lui, avis et consultation ? Nous croyons qu'il ne saurait facilement en être autrement. N'empêche que, ce faisant, le pharmacien commet dix fois par jour le délit d'exercice illégal de la médecine, Faites-en un médecin et, du coup, le délit disparaît. C'est à bon escient, en connaissance de cause, et *sans le même danger pour le malade, qui lui donnera ses conseils.*

Mais ceux qui soutiennent la légitimité de l'interdiction du double exercice simultané supputent *a priori* l'improbité professionnelle du pharmacien qui serait médecin, ou du médecin qui serait pharmacien. Il leur paraît impossible que le double diplôme n'entraîne pas fatalement son possesseur à commettre des actes délictueux, à prescrire sans motif pour la seule satisfaction de débiter ses drogues en quantité. Autant, dès lors, suspecter de complaisance coupable envers lui tout médecin qui décide d'appliquer des pointes de feu, de faire un pansement vaginal, parce que cela rapporte plus que la visite simple.

(1) V. *Concours médical*, n° 38, p. 2320.

A cela, la réponse est facile, et les faits nous la fournissent, à défaut du peu de valeur de l'argumentation des a-prioristes.

Il y a environ 3.000 médecins français qui, légalement, délivrent des médicaments à leurs malades. Nous n'avons jamais entendu dire qu'on ait reproché à aucun d'eux d'avoir prescrit pour le simple plaisir de prescrire, de pousser à la vente et de réaliser ainsi des profits en quelque sorte immoraux.

Par contre, un ancien inspecteur de l'Assistance médicale gratuite, dans un important département du Centre, qui pendant trente ans, a vérifié les mémoires des médecins chargés du service dans son département, nous disait hier que les ordonnances médicales exécutées par un pharmacien étaient en moyenne toujours d'un prix supérieur de 0,50 à 0,60 aux ordonnances médicales exécutées par le médecin propharmacien.

Donc, en attendant que, par impossible, le dualisme que nous n'approuvons pas fasse place à une conception plus en rapport avec la nature même de la médecine et de la pharmacie, nous sommes unanimes à protester contre une prétendue incompatibilité qui, pour nous, n'existe pas, et pour réclamer, là encore, le droit légitime, pour celui qui aura eu l'énergie de conquérir les deux diplômes, de tirer parti de son travail.

Le troisième alinéa de l'article 13 vise les propharmaciens. Nous nous sommes déjà expliqués à ce sujet (1).

S'il était maintenu tel quel, ce serait la disparition de cette classe éminemment intéressante de médecins, sans aucun profit pour la santé publique, qui ne pourrait par contre qu'être dans une certaine mesure compromise le jour où le secours pharmaceutique arriverait trop tardivement aux malades.

Certes, la législation actuelle demande une modification. Il est difficile d'admettre qu'un médecin soit autorisé à délivrer des médicaments à ses malades, s'il existe une officine dans le voisinage, uniquement parce qu'il habiterait dans une commune dépourvue de pharmacien, tandis que le pharmacien de la commune la plus proche ne serait séparé de lui par que la largeur d'une route : le cas s'est présenté.

Mais, la distance de 8 kilomètres précisée dans le projet Vincent est inacceptable. Huit kilomètres pour aller, et autant pour revenir, cela représente, pour le piéton qui ne dispose d'aucun moyen de transport rapide, une marche de près de quatre heures, sans préjudice de l'attente chez le pharmacien.

Il nous paraît assez difficile de fixer nous-mêmes la distance minima à laquelle médecin et malades devront résider de l'officine, pour que

(1) Cf. *Concours Médical*, n° 38, p. 2320.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien*, édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50..... 5 fr. »
Le 100..... 8 fr. »
Les 500..... 35 fr. »
Les 1000... 60 fr. »

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du **Concours médical**, *132, faubourg St-Denis, Paris.*

la délivrance des médicaments par le premier aux autres soit légalement autorisée. Il nous semble que cette distance devrait être telle qu'elle puisse être parcourue à pied, aller et retour, en une heure tout au plus par un adolescent.

ARTICLE 15. — *Les pharmaciens ne peuvent délivrer au public, sans l'ordonnance d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste, d'une sage-femme ou d'un vétérinaire, les médicaments inscrits sur une liste dressée et tenue à jour par la commission du Codex.*

En outre, il est dressé, au Codex, une liste des médicaments dont la délivrance ne peut être répétée que sur une ordonnance nouvelle.

La commission du Codex fixera, parmi les médicaments figurant dans la liste prévue au paragraphe précédent, ceux dont la délivrance ne pourra être faite par le pharmacien que si la prescription est rédigée sur une feuille spéciale. Les ordonnances contenant des médicaments appartenant aux catégories visées dans les deux paragraphes précédents et prescrits à dose interdite ne seront pas renouvelables à moins d'indication contraire de l'auteur de la prescription qui devra y apposer autant de timbres mobiles qu'il désire de renouvellements. Feuilles d'ordonnances spéciales et timbres mobiles seront remis aux médecins par la préfecture de leur département.

En cas d'urgence, le pharmacien est autorisé à délivrer au médecin lui-même les médicaments visés au troisième paragraphe du présent article, sans feuille spéciale, à charge par le médecin de régulariser son ordonnance dans les cinq jours.

Les dispositions des lois du 19 *juillet* 1845 *et* 12 *juillet* 1916 *sur les substances vénéneuses sont applicables au rédacteur de l'ordonnance qui, sous peine de tomber sous le coup des sanctions qui y sont prévues, est tenu :* 1° *de rédiger cette ordonnance lisiblement en indiquant le mode d'administration ;* 2° *d'écrire en toutes lettres les doses des produits prescrits.*

Nous n'acceptons aucun des termes de cet article.

Au premier alinéa, il est question d'une liste des seuls médicaments que le pharmacien ne pourrait délivrer que sur ordonnance. Ce serait trop commode.

C'est tout l'opposé que nous demandons. A savoir, *qu'une liste sera dressée des médicaments simples ou composés que le pharmacien ne pourra délivrer sans ordonnance.*

Il ne nous paraît pas nécessaire de nous étendre sur ce point. Nous doutons qu'il se puisse trouver un seul médecin qui pense autrement que nous.

Les 3e et 4e alinéas sont purement et simplement à supprimer. Pas de feuilles spéciales délivrées par une autorité quelconque au médecin pour lui permettre de formuler certaines prescriptions. C'est une complication sans aucune utilité. Le prescripteur a bien assez à faire pour se conformer aux exigences de la loi et du décret de 1916 sur la vente des substances vénéneuses.

D'ailleurs, loi et décret sont déjà battus en brèche par l'Académie de médecine elle-même, qui a fini par reconnaitre leur difficulté d'application et leurs dangers même pour la santé publique. Nul doute qu'ils seront amendés à bref délai.

ARTICLE 23. — *Les médicaments visés dans l'article précédent devront porter une étiquette indiquant le nom, le domicile et la qualité de pharmacien français, du fabricant, ainsi que le nom et la dose, par unité de prise, des principes actifs entrant dans sa composition.*

L'étiquette devra, en outre, porter un numéro d'ordre indiquant le classement sous lequel aura été inscrit à l'Académie de médecine le pli cacheté *contenant le nom et la dose de toutes les substonces entrant dans la composition du produit. Ce pli cacheté ne pourra être communiqué qu'aux experts chimistes régulièrement munis de pouvoirs judiciaires.*

Nous publions cet article pour attirer l'attention sur la façon dont il est rédigé. On y parle en effet du *pli cacheté* déposé à l'Académie de médecine, dont le numéro de classement devra être mentionné sur l'étiquette du produit spécialisé. On ne voit pas très bien comment un *pli cacheté*, c'est-à-dire non encore ouvert, pourrait servir à l'exploitation d'une spécialité. Il y a là une expression défectueuse qui devra être modifiée.

Enfin, l'indication sur l'étiquette des principes actifs entrant dans la composition du produit spécialisé doit, à notre sens, être complétée par le mot *médicamenteux.*

Ce que le médecin a le droit de connaître, ce sont les médicaments actifs qui entrent dans la composition du produit, mais l'inventeur ou le fabricant doivent, de leur côté, avoir le droit de garder pour eux tel tour de main, tel procédé, tel véhicule ou excipient qu'ils auraient découverts.

ARTICLE 25. — *Il est publié tous les dix ans au moins une édition de la pharmacopée légale ou Codex.......*

Le Codex doit en outre contenir :

1° *La liste des substances qui, d'après l'article* 15 *ne peuvent être délivrées que sur ordonnance médicale ;*

2° *La liste des médicaments dont la délivrnnce ne peut, d'après le même article* 15, *être répétée que sur une ordonnance nouvelle ;*

3° *La liste des substances dont la délivrance ne peut être effectuée que si l'ordonnance est rédigée sur une feuille spéciale ;*

4° La liste des médicaments inscrits sur la

liste annexée au décret règlementant le commerce des substances vénéneuses ;

5° La liste des médicaments qui ne sont pas inscrits sur la liste annexée au décret règlementant le commerce des substances vénéneuses, mais qu'il est prudent de séparer des autres.

Dans cet article, nous demandons la modification du 1° :

Le Codex contiendra *la liste des substances que le pharmacien sera autorisé à délivrer sans ordonnance médicale.*

Article 28. — Sont punis d'une amende de 100 à 500 francs :

6° *Quiconque aura exercé simultanément la profession de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme ou vétérinaire avec celle de pharmacien, contrairement au premier paragraphe de l'article* 13.

Il va sans dire que le 6° de l'article 28 doit disparaître si l'on admet avec nous que le détenteur du double diplôme de médecin et de pharmacien a le droit d'en tirer profit.

***

Telles sont les observations que nous soumettons à la critique de nos lecteurs. Elles seront d'autre part adressées aux médecins qui font partie du Parlement, comme sénateurs ou députés.

Nous y joindrons le deuxième projet de loi dont nous parlions dans notre précédent numéro, et que nous publierons dans huit jours : il a été rédigé en 1914, par une commission mixte composée de médecins et de pharmaciens.

Ce projet, né d'une initiative privée, n'a eu en vue que la santé publique et l'intérêt général.

La comparaison entre ce projet et le projet Vincent, nonobstant les commentaires dont nous venons de faire suivre celui-ci, montrera qu'il est possible de mettre sur pied une législation qui donne satisfaction à tous les intérêts en présence, sans renforcer encore le privilège des pharmaciens dont il existe un certain nombre qui, depuis trop longtemps, s'est octroyé celui de sortir de ses attributions professionnelles, sans le moindre souci des lois.

G. Duchesne.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

L'hygiène dans les régions libérées.

Nos ministres ont pris l'habitude de créer à côté d'eux toute une série de commissious consultatives, derrière lesquelles ils abritent le plus souvent leur belle incompétence. Ils donnent ainsi, tout au moins apparemment, satisfaction à l'opinion publique que préoccupe telle ou telle question à l'ordre du jour.

L'institution n'a, en soi, rien de congénitalement mauvais et il apparaît, au premier abord, qu'elle peut et qu'elle doit donner de bons résultats. Mais, hélas ! bien souvent le ministre n'a entendu faire qu'un geste. Si la commission consultative croit pouvoir montrer quelque initiative, on lui laisse comprendre qu'elle sort de ses attributions. Bien plus, si, se confinant dans les limites qui lui sont assignées, elle veut prendre son rôle au sérieux et tout simplement travailler, le ministre fait la sourde oreille. Frondeuse, essaye-t-elle de se rebiffer, le maître espace ses séances, l'ajourne *sine die*.

Cette aventure vient d'arriver à un comité consultatif d'hygiène, institué au ministère des régions libérées, et à la création duquel j'ai personnellement quelque part de responsabilité.

Au temps où je présidais, au Palais-Bourbon, la Commission de l'hygiène publique, il nous était apparu, à mes collègues et à moi, que nos départements dévastés étaient fort mal partagés sous ce rapport et qu'à ce point de vue tout était à faire.

Un an après l'armistice, les populations, ramenées par une force invincible et une foi profonde en l'avenir, aux foyers ravagés, manquaient d'eau potable, logeaient dans des baraquements, dont le provisoire hygiénique défiait toutes les audaces. Certaines enquêtes retentissantes nous avaient révélé de telles situations que nous restions confondus de ne pas voir éclater dans ces agglomérations malsaines, où le bistrot épanoui était seul sorti de terre comme par enchantement, les plus redoutables et les plus graves épidémies.

Le ministre de l'époque entendit notre appel, fit droit à nos suggestions, et un comité consultatif d'hygiène se mit à l'œuvre. Tenu constamment au courant de ses travaux, même lorsque pendant de longs mois je fus immobilisé par la maladie, je dois à la vérité de déclarer qu'il fit œuvre utile, et, s'il n'accomplit pas tout ce que, dans notre impatience de bien faire, nous réclamions, il n'en contribua pas moins à réaliser quelques-uns de nos plus impérieux *desiderata*.

Il comptait d'ailleurs parmi ses membres des hommes remarquables dont l'autorité et le savoir étaient incontestables, je n'en citerai qu'un dont le nom est universellement connu, le professeur Calmette. Son séjour à Lille pendant toute l'occupation allemande n'avait pas manqué, au surplus, d'éclairer le Dr Calmette sur les besoins de toutes natures de ces malheureuses populations qu'une alimentation déficitaire rendait moins résistantes à l'infection, et partant plus vulnérables qu'elles ne l'eussent été en période normale.

Mais les ministres changent et avec eux le per-

sonnel qui gravite et bourdonne immédiatement autour d'eux. On ne répétera jamais assez ce que l'influence de ces plus ou moins obscurs satellites, égoïstes fonctionnaires de carrière pour la plupart, peut avoir de pernicieux pour le ministre le plus avisé et le mieux intentionné.

M. Ogier, l'actuel ministre des régions libérées, qui fut un directeur des plus actifs et des plus réalisateurs, en a, tout récemment, fait l'expérience.

Le professeur Calmette, rompant avec la sereine habitude qu'ont les *consultants* de rester quoi qu'il arrive, vissés à leurs sièges, vient de donner sa démission du grand comité ; deux de ses collègues l'ont suivi dans sa retraite. C'est tout un évènement que les journaux ont enregistré, sans le faire suivre des réflexions qu'il appelle. Une fois n'est pas coutume cependant et cette démission vaut la peine qu'on s'y arrête.

Dans leur lettre ouverte au ministre, les consultants sortants déclarent que, dans les circonstances de temps et de fait actuelles, ils ne peuvent accepter un ajournement *sine die* du comité, et ils nous révélent des choses stupéfiantes qui, je l'espère bien, seront stigmatisées comme il convient du haut de la tribune parlementaire.

Ainsi donc, si nous en croyons des affirmations qui n'ont pas été démenties, un haut fonctionnaire a pu venir déclarer à ce comité que « la guerre ayant marqué en toutes choses un recul de cinquante ans, il ne pouvait être question pour les régions libérées de reconstitution améliorée, notamment au point de vue de l'hygiène, et qu'elles devraient, étant donnée la situation financière, s'estimer heureuses si elles étaient reconstruites comme elles existaient il y a cinquante ans ».

Je ne sais où l'auteur de ces paroles a passé les quatre années de guerre ; s'il les a vécues au front, je regrette que sa connaissance de l'histoire lui ait permis d'être à ce point charitable vis-à-vis de ceux qui ont déchaîné et mené une guerre telle qu'elle nous a ramenés aux plus sombres jours des invasions des barbares, nous rappelant les hauts faits des Attila et des Gengis-Khan ; mais ce n'est pas le lieu de chicaner sur un laps de cinquante ans plus ou moins arbitrairement choisi, ce qu'il importe de relever ici, c'est l'outrecuidance d'un fonctionnaire qui ose affirmer sans ambages que les régions libérées devront s'estimer heureuses si elles sont reconstruites comme elles existaient il y a cinquante ans.

En dépit des apparences et de trop malheureuses réalités, nous sommes en démocratie, et, en démocratie, un fonctionnaire, quel qu'il soit, n'a pas le droit de s'ériger contre la volonté nationale. Il doit, comme tout le monde, obéir à la loi.

Cette loi, on me permettra de la connaître. Je suis l'auteur des articles 5 et 62 de la loi du 17 avril 1919 et, bien que certains électeurs, ayant une piètre conception du travail que doit accomplir le député, m'aient très amèrement reproché de m'être occupé, au cours de ma vie parlementaire, de choses d'intérêt général et notamment d'hygiène, ils n'ont pas fait école et la loi n'a pas été fort heureusement modifiée par la Chambre nouvelle ; j'en assume très volontiers, sur ce point, toute la responsabilité et je me tiens pour très honoré d'avoir pu, sur ces deux articles, entraîner la conviction et le vote de tous mes collègues.

Qu'ai je voulu, qu'a voulu le Parlement, M. le Ministre des Régions libérées ? Si votre représentant ne le sait pas, apprenez-le lui. De par votre volonté, son pouvoir de réalisation est grand, sa puissance d'obstruction et d'étouffement ne l'est pas moins. Ne souffrez pas que par son ignorance il paralyse un jour de plus vos bonnes intentions. S'il n'a pas cette excuse de l'ignorance, frappez-le. Vous êtes un ministre de la République, donnez le premier l'exemple du devoir démocratique : ne tolérez pas qu'un homme, parlant en votre nom, s'insurge contre la volonté de la loi.

Que dit-elle donc, cette loi ? En vertu de son article 5 : « Les immeubles bâtis doivent être reconstruits conformément aux dispositions prescrites par les lois et règlements sur l'hygiène publique ». Est-ce trop demander ? Instruits par l'expérience des siècles passés, forts des conquêtes de la science moderne, pouvons-nous admettre que l'argent, d'origine allemande où française, versé par l'Etat, soit employé par le bénéficiaire à sa seule volonté ? Pouvons-nous supposer un seul instant, qu'aidé par la collectivité à se rétablir, celui-ci ait le droit de le faire, comme bon lui semble, sans aucun souci des devoirs qu'il a à remplir vis-à-vis de cette collectivité et dont le premier est de ne pas lui nuire ? Pouvons-nous accepter que, dans sa nouvelle demeure, il ait le droit de parquer et d'entasser sa famille sans lumière suffisante, avec un cube d'air dérisoire, faisant de ses enfants des tuberculeux qui propageront la maladie autour d'eux ? Pouvons-nous l'autoriser à infecter tout son voisinage parce que, porteur de germes typhiques par exemple, il lui plaira de polluer l'eau dont se sert la population qui vit autour de lui ? A toutes ces questions, nous répondons, avec la loi, non. La loi de 1902, les règlements municipaux, urbain et rural, qui lui font suite et qui, sous notre propre impulsion, ont été remaniés au cours de cette guerre, sont loin d'être parfaits, nous en convenons aisément, mais tels qu'ils sont, ils valent mieux que le régime du bon plaisir, et la loi, supérieure à tous, veut qu'on s'y conforme.

Que dit l'article 62 ? Les dépenses résultant des améliorations apportées à l'hygiène publique des agglomérations, par application du ré-

glement d'administration publique prévu à l'article 5, sont à la charge de l'Etat. Auriez-vous voulu, M. le Ministre, qu'en homme informé, je me fusse rendu coupable de conserver ce texte dans mes papiers ? Comment, voici une petite ville de cinq mille habitants matériellement détruite, financièrement ruinée par la guerre ! construite et reconstruite au cours de ces dix derniers siècles, alors qu'on ignorait le rôle de l'eau vectrice de germes contagieux et celui de la mouche colportrice des microbes récoltés sur toutes les immondices : elle n'avait ni adduction d'eau potable, ni tout à l'égoût. Qui oserait soutenir qu'elle doit être reconstruite dans les mêmes conditions, que des millions seront engloutis pour que demain les mêmes causes de morbidité et de mortalité reproduisent les mêmes effets qu'avant-hier, alors qu'une dépense supplémentaire *relativement* minime éviterait le retour de semblables dangers.

Dans notre pensée, nous avions espéré, lors du dépôt de cet article, que nos plénipotentiaires obtiendraient de l'Allemagne, responsable de la guerre, le remboursement de ces dépenses. Nous estimions que l'Allemagne, plus avertie que nous sur ce terrain, plus réalisatrice que nous en matière d'hygiène, n'oserait pas soutenir la thèse de la reconstruction suivant le *statu quo ante* et s'inclinerait devant la reconstruction scientifiquement nécessaire, rendue par sa faute indispensable.

Mais quelle que soit l'origine de l'argent, qui, sinon un fonctionnaire mal avisé, mais rassuré sur son propre sort, peut invoquer la situation financière pour se soustraire aux obligations légales, à une obligation légale productrice d'économie par une diminution forcée de la maladie et de la mort.

Il est vrai qu'en ce ministère, où certainement quelques bureaux sont fermés à toutes les vérités du dehors, on ne croit pas sans doute à ces économies ! On y affirme, paraît-il, sans sourciller, que « l'on vit aussi bien dans les taudis que dans les châteaux et que certaines statistiques en font foi ». Allons, M. Juillerat, allez faire quelques conférences à tous ces ronds-de-cuir et produisez leur les enseignements de vos casiers des maisons de Paris.

Il n'est pas étonnant que, se trouvant en présence d'une telle mentalité, M. Calmette n'ait pu, malgré sa tenace obstination, qui a pu paraître, ajoute-t-il ingénument, inopportune et indiscrète, recevoir aucune réponse aux questions qu'il n'a cessé de poser aux services compétents sur l'application des lois des 14 mars et 17 avril 1919, du décret du 4 juin 1919.

Questions inopportunes, questions indiscrètes ? Que non pas ! Questions vitales, M. le Ministre ! !

Avec M. Calmette, nous croyons tous ici à l'hygiène, à ses exigences, à ses lois. Les pouvoirs publics n'ont pas le droit de dilapider la fortune de la France en vies humaines, ils n'ont pas le droit de condamner délibérément à l'étiolement, à la tuberculose, aux maladies contagieuses, qu'une sage prophylaxie nous permet scientifiquement d'éviter, toute une population de notre pays, et qui plus est, celle qui a le plus souffert pendant cette guerre. Au lieu et place des simples sentiments d'humanité qui peuvent leur manquer, et qui, semble-t-il, leur manquent réellement, la loi tutélaire leur ordonne d'exiger pour tous les sinistrés un logement sain et hygiénique et non un taudis plus ou moins provisoire.

S'ils se dérobent à leurs obligations, qu'une voix vengeresse les fustige comme il convient et les rappelle à un respect de la loi souveraine. Qu'elle leur enlève la possibilité d'escompter sur l'ignorance et le silence des malheureux intéressés, pour une dangereuse et malsaine besogne ; le temps presse, car en hygiène tout retard est facteur de maladie et de mort.

Dr H. Doizy,
Ancien député, ancien président de la Commission de l'hygiène publique.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Tarif des soins aux pensionnés de guerre.

Pour faire suite aux documents que nous avons publiés dans le n° du 5 septembre 1920, p. 2.212.

Le Président du Syndicat des Médecins de la Loire a reçu, de M. le Préfet, les deux lettres suivantes qu'il porte à la connaissance des membres du Syndicat :

Saint-Etienne, le 31 juillet 1920.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous adresser ci-joint copie d'une dépêche de M. le Ministre des Pensions et des Allocations de guerre, en date du 27 juillet 1920, concernant les tarifs médicaux applicables aux pensionnés militaires bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Je vous prie de vouloir bien porter ces tarifs à la connaissance des intéressés et leur faire savoir que la question de l'indemnité kilométrique et celle des interventions opératoires feront l'objet d'une mise au point ultérieure.

Vous voudrez bien également leur faire remarquer que le tarif des consultations a été légèrement abaissé de façon à établir entre le prix des visites et le prix des consultations une différence que l'Administration des Finances estime indispensable.

Agréez, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération très distinguée.

Pour le Préfet.

Paris, le 27 juillet 1920.

Le Ministre des Pensions, Primes et Allocations de guerre à M. le Préfet de la Loire, à Saint-Etienne.

En réponse à votre lettre du 10 juin 1920, par laquelle vous m'avez soumis les propositions des organisations médicales de votre département, concernant les soins aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, j'ai l'honneur de vous faire connaître que j'accepte les tarifs suivants :

Consultations :

1° Ville de Saint-Etienne...	9 fr. 50
2° Villes moyennes.......	7 fr. 50
3° Campagnes...........	5 fr. 50

Visites à domicile :

1° Ville de Saint-Etienne......	10 fr.
2° Villes moyennes..........	8 fr.
3° Campagnes...............	6 fr.

Vous voudrez bien en informer les organisations médicales intéressées et leur faire savoir que la question de l'indemnité kilométrique et celle des interventions opératoires feront l'objet d'une mise au point ultérieure.

Vous voudrez bien également leur faire remarquer que le tarif de consultation a été très légèrement abaissé, de façon à établir, entre le prix de visite et le prix de consultation, une différence que l'Administration des Finances estime indispensable.

Pour le Ministre des Pensions,
Illisible.

Lettre adressée par M. le Préfet de la Seine-Inférieure au Président du Syndicat des médecins du Havre et de l'arrondissement :

Monsieur,

A la suite de la réunion du 11 juin dernier, j'ai communiqué à M. le Ministre des Pensions, des Primes et Allocations de guerre, les desiderata exprimés par les représentants des syndicats médicaux du département, concernant la fixation des honoraires pour soins à donner aux blessés et malades de guerre, bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que, conformément à ces desiderata, le tarif suivant a été accepté, pour le département, par décision ministérielle du 27 juillet 1920 :

Villes de Rouen et du Havre :	Consultation.	8 fr.
	Visite.......	10 »
Autres localités............	Consultation.	6 »
	Visite.......	8 »

La question de l'indemnité kilométrique et celle des interventions opératoires feront l'objet d'une mise au point ultérieure.

Je vous prie de vouloir bien porter cette décision à la connaissance de vos commettants.

Agréez, etc.

MUTUALITÉ FAMILIALE

La combinaison C.

Lorsque la combinaison B, qui donnait la participation à l'indemnité maladie pendant la vie entière, fut fermée comme pouvant être dangereuse, l'*Amicale* la remplaça par une combinaison C, qui assurait l'indemnité maladie jusqu'à 65 ans et à partir de cet âge donnait une pension de retraite.

Cette combinaison obtint immédiatement une faveur marquée et nombreux furent les sociétaires qui s'y firent inscrire.

Pourquoi cette faveur cessa-t-elle lorsque la *Mutualité Familiale* dédoubla C en MA + R ? La seule raison plausible est que la chose fut mal comprise.

A *l'Amicale*, il était impossible d'avoir la retraite sans, au préalable, l'indemnité maladie — à la *Mutualité Familiale*, on peut avoir la retraite seule (combinaison R) ou bien l'indemnité maladie et la retraite (MA + R).

Mais, les tableaux des cotisations se trouvant séparés on ne vit plus d'un seul coup d'œil la somme à verser annuellement pour obtenir le double avantage, et beaucoup crurent que la combinaison C avait été, elle aussi, fermée.

Or, il n'en est rien et j'estime, pour ma part, que c'est à elle qu'il faudrait d'une manière générale donner la préférence.

L'indemnité maladie cesse au 31 décembre de l'année où le sociétaire atteint 65 ans : le voilà donc, s'il est dans l'impossibilité d'exercer, privé d'une ressource sur laquelle il faisait fonds, et, s'il n'est qu'exposé aux misères de la vieillesse, obligé de se dire que désormais personne ne lui viendra en aide. Il est sorti de la Mutualité Familiale, tout est fini pour lui.

Avec C au contraire, dès le lendemain du jour où le sociétaire cesse d'avoir droit à l'indemnité maladie, il reçoit la première annuité de sa pension ; celle-ci est en effet payée au 1er janvier pour l'année qui commence.

Craint-il de mourir avant ce moment ? il a la faculté de contre-assurer ses versements de telle sorte que ses ayants droit soient remboursés des sommes par lui versées pour la constitution de cette pension.

Et, s'il craint de ne pouvoir à un moment donné verser la cotisation, il sait qu'il n'est pas pour cela déchu des ses droits et qu'il pourra toujours reprendre ses versements.

Bien plus, s'il a versé au moins cinq cotisations et qu'il lui soit impossible de continuer, il est certain d'avoir une retraite proportionnelle calculée sur les versements qu'il aura effectués.

La retraite type est de 1.200 francs, mais le sociétaire à la faculté de souscrire pour un chiffre moindre, par parts qui sont de 120 francs par an.

Et maintenant quel est le montant de la cotisation annuelle à verser ?

TABLEAUX DES COTISATIONS

pour jouir de l'indemnité maladie jusqu'à 65 ans et à partir de cet âge d'une pension annuelle de 1.200 francs.

1° *Cotisation non contre-assurée.*

Âge	Cotisation	Âge	Cotisation
28 ans........	154 fr.	40 —	267 fr.
29 —	159 —	41 —	281 —
30 —	167 —	42 —	298 —
31 —	174 —	43 —	315 —
32 —	181 —	44 —	335 —
33 —	189 —	45 —	358 —
34 —	198 —	46 —	382 —
35 —	208 —	47 —	409 —
36 —	217 —	48 —	431 —
37 —	228 —	49 —	469 —
38 —	240 —	50 —	515 —
39 —	252 —		

2° *Cotisation contre-assurée.*

Âge	Cotisation	Âge	Cotisation
28 ans.......	189 fr.	40 —	335 fr.
29 —	196 —	41 ans........	353 —
30 —	206 —	42 —	374 —
31 —	216 —	43 —	395 —
32 —	225 —	44 —	420 —
33 —	235 —	45 —	448 —
34 —	247 —	46 —	478 —
35 —	259 —	47 —	511 —
36 —	271 —	48 —	548 —
37 —	285 —	49 —	590 —
38 —	300 —	50 —	637 —
39 —	316 —		

La limite d'entrée est forcément 50 ans puisque la loi exige quinze années de participation à la société avant l'obtention de la retraite.

C'est cette combinaison C (MA + R) que je recommande avec insistance aux jeunes confrères qui veulent bien me consulter.

Un certain nombre de nos sociétaires ont suivi mon Conseil : quelques-uns de ceux-là sont actuellement atteints de maladies qu'on peut prévoir d'ores et déjà comme entraînant une incapacité d'exercer définitive, ils n'ont pas à redouter l'échéance fatale de 65 ans et ils continueront à toucher jusqu'à leur mort les 1200 fr. annuels auxquels il sont habitués.

D'autres qui sont actuellement des chroniques eux aussi, ont des chances de reprendre leur travail avant d'arriver à 65 ans ; mais, déjà touchés plusieurs fois par la maladie, quand ils atteindront cet âge, ils seront fatalement plus fragiles, ils risqueront de retomber malades plus facilement et plus souvent et de ne pouvoir, en fait, plus faire de clientèle à l'heure précisément où la garantie de MA aura cessé. Eux aussi peuvent être tranquilles, ils auront leurs 1200 fr. annuels comme les précédents.

Je ne saurais trop, mon cher Confrère, vous recommander l'association de ces deux combinaisons MA + R. C'est elle qui vous assurera le plus de garantie et de tranquillité aux conditions les moins onéreuses.

Vous avez 28 ans, vous payerez 189 fr. si vous contre-assurez vos versements de R, et seulement 154 fr. si vous aliénez ces versements.

Étudiez bien cette combinaison C et croyez en ma vieille expérience de ces choses.

H. MIGNON.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

La limitation du risque.

Un des reproches que l'on adresse à la Mutualité, c'est le peu de souci qu'elle apporte à proportionner ses cotisations aux risques qu'elle doit couvrir. Elle fixe au petit bonheur une somme quelconque comme montant de ses cotisations, aussi minime que possible, cinquante centimes ou un franc par mois, et pour cette somme elle a la prétention de payer médecins et pharmaciens, de verser une indemnité de chômage, de promettre des retraites dans l'avenir, de pourvoir aux frais funéraires et quelquefois de remettre aux ayants droit du défunt des indemnités. En dehors de ceci, elle verse aux caisses d'unions départementales, aux orphelinats mutualistes, aux dispensaires, aux pharmacies mutualistes, et dans ces derniers temps, elle n'oubliait pas les orphelins de la guerre, et cela avec la même insouciance, ne s'occupant pas de savoir si ses recettes lui permettent de se livrer à ces prodigalités, car il n'y a pas de conseil judiciaire pour sociétés mutuelles. Elle tire le supplément nécessaire de la poche des autres par une incessante mendicité, subventions, membres honoraires, etc.

Elle méconnaît le plus souvent le principe : qu'en fait d'assurance, il y a la limitation des risques en fonction de la prime versée.

Dans l'assurance-incendie, telle prime donne droit à une indemnité souvent inférieure au dommage, le reste étant à la charge de l'assuré. De même dans l'assurance-vie. Un industriel gagnant beaucoup d'argent s'assure pour une somme déterminée en cas de décès. Or cette somme, le plus souvent, n'équivaut pas au capital représentatif du revenu industriel de l'affaire; c'est un appoint pour la famille qui doit pourvoir au complément. Même remarque pour les assurances-maladies et accidents. Notre mutua-

lité familiale nous donne 10 fr. par jour. Cette somme est adéquate à la prime que nous versons, mais ne couvre pas nos pertes dues à la maladie. C'est une aide à rétribuer un remplaçant chargé de pourvoir à la défaillance de notre confrère malade. La loi sur les accidents du travail limite au demi-salaire et à la demi-rente le risque pour l'ouvrier. Pour les frais médicaux, les tarifs Dubief et Breton fixent la part due par le patron, le surplus étant dû par le blessé.

Du reste, les mutualités s'inspirent de ces principes dans certains actes de leur administration. Elles fixent l'indemnité de chômage à une somme déterminée, loin de représenter la perte de salaire due à l'incapacité-maladie. Elle n'assure donc pas le salaire complet, le malade doit fournir selon ses moyens le complément nécessaire. Elles procèdent ainsi pour éviter que le sociétaire, séduit par une indemnité de chômage importante, ne prolonge d'une façon abusive son incapacité. Le résultat visé est ainsi obtenu, sauf les cas fréquents où le sociétaire est adhérent à plusieurs mutuelles dont les rendements s'additionneront en vue d'augmenter ses ressources. Elles limitent de même à une somme déterminée les indemnités de funérailles. Les familles reçoivent une somme correspondant à des obsèques de telle ou telle catégorie. Si elles veulent honorer leurs morts d'une façon plus fastueuse, elles payent la différence.

Pourquoi les sociétés mutuelles n'adoptent-elles pas le même principe en ce qui concerne les frais médicaux et pharmaceutiques. Je ne veux pas m'occuper de la limitation du prix de l'ordonnance, cela n'est pas de ma compétence, mais de la limitation du montant des honoraires médicaux.

Les médecins, comme tous les autres citoyens, travaillent pour vivre et par conséquent doivent vivre de leur travail. Pour arriver à ce résultat, ils doivent adapter leurs honoraires aux conditions économiques du moment, c'est dire que ceux-ci, en principe, doivent être constamment variables.

C'est ce dont se plaignent les sociétés mutuelles. Elles déplorent de ne pouvoir établir des prévisions de dépenses, ni établir ainsi la fixité de leurs budgets. Il est évident qu'elles seront toujours en lutte avec leurs médecins et devront, avec le système actuellement en vigueur, modifier constamment leurs tarifs, et à chaque instant en élaborer de nouveaux.

Pourquoi dans ces conditions ne pas établir la limitation de la responsabilité des sociétés vis-à-vis du sociétaire en ce qui concerne les honoraires médicaux. Ceux-ci se diviseraient en deux tranches, une partie fixe établie par la société, limitant ainsi son risque médecin en rapport avec le montant de la cotisation et une partie variable : la part due au médecin par le sociétaire lui-même, traitant aussi de gré à gré avec son médecin choisi.

A ce système les sociétés trouveraient de multiples avantages.

D'abord et avant tout, la fin du conflit de la Mutualité et du corps médical, qui retrouveraient ainsi leur indépendance réciproque. Je ne doute même pas qu'avec l'adoption de ce système, les médecins ne deviennent les propagateurs de la mutualité, qui ne serait ainsi qu'une assurance maladie limitée. D'autre part, une plus grande fixité dans les budgets mutualistes par la péréquation des cotisations et des charges des sociétés ; une diminution considérable des frais de dépenses-maladies. Car le sociétaire, participant aux dépenses personnellement, réduirait le plus possible ses appels au médecin, pour diminuer ainsi ses frais, d'où répercussion sur le budget de dépenses des sociétés. Car si celles-ci accusent constamment les médecins de multiplier leurs visites et consultations, elles s'apercevraient rapidement que cet abus est le fait des sociétaires, appelant pour des indispositions insignifiantes le médecin, qui ne leur en coûte rien.

Dr Vimont.

N. B. — Au moment où le Congrès d'Angers va discuter les rapports des médecins et des mutualistes et où vont s'élaborer les projets de loi sur l'assurance-maladie et l'invalidité-maladie, nous serions heureux de voir nos confrères s'intéresser à ces questions, y réfléchir et nous faire part de leurs suggestions. Ils nous guideraient ainsi lorsque nous aurons, à ce Congrès, à défendre les intérêts du corps médical et plus tard lors du dépôt du projet de loi à la Chambre.

Le débat est ouvert, la parole est à nos lecteurs.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations.

— A l'occasion du Congrès de chirurgie, M. Calot (de Berck) fera dans sa clinique de *Paris, 69, quai d'Orsay, le mercredi 6 octobre, de 9 h. 1/2 à midi* une série de démonstrations :

1° Du nouveau traitement de la luxation congénitale de la hanche.

2° De la scoliose, et d'autres affections orthopédiques.

3° Du traitement des tuberculoses chirurgicales (adénites, coxalgies, maux de Pott, etc.), avec présentation de malades.

— **Laboratoire de sérologie** (direction M. Rubinstein), 54, rue Saussure XVIIe, Métro Villiers. M. Rubinstein fera un cours de sérologie ap-

pliquée à la clinique, du 2 novembre au 1er décembre, les mardis, jeudis et samedis, à 14 heures. Les cours, *suivis de travaux pratiques*, traiteront le sérodiagnostic de la syphilis ; de la tuberculose, d'autres affections et les propriétés bio-chimiques de sérums.

Le nombre des élèves est limité. Le prix à verser est de 150 fr. Pour les renseignements, s'adresser au laboratoire de 15 à 17 heures.

— **Internat de Saint-Lazare.** — Le 15 novembre 1920, s'ouvrira un concours pour l'admission à huit emplois d'aide-interne titulaire et pour la désignation de huit aides-internes provisoires collaborant au service médical de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Larare.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès maintenant à la préfecture de police (bureau du personnel). Il sera clos le 15 octobre à 4 heures du soir.

Les candidats doivent remplir les conditions suivantes :

1° Etre Français ; 2° Etre âgés de moins de 30 ans (cette limite sera reculée, d'autant de temps que les intéressés en auront passé sous les drapeaux pendant la guerre) ; 3° Etre pourvus d'au moins douze inscriptions en médecine 4° N'être pas docteurs en médecine.

Ils doivent adresser au Préfet de police : 1° Une demande sur papier timbré, 2° Un extrait authentique sur timbre, de leur acte de naissance ; 3° Les pièces établissant leur situation au point de vue militaire et, s'il y a lieu, leurs services pendant la guerre ; 4° Une notice indiquant leurs titres scientifiques et hospitaliers ; 5° Un certificat de scolarité de date récente ; 6° Une photographie de date récente.

Les internes nommés sont tenus d'assister leur chef de service au dispensaire Toussaint-Barthélemy.

Le titre d'aide-interne titulaire sera remplacé après six mois d'exercice et sur la proposition du chef de service par celui d'interne titulaire.

— **Association générale des Etudiants.** (*Service des Remplacements*) — Messieurs les médecins sont informés qu'ils trouveront à la Section de médecine de l'Association générale des Etudiants, 13, rue de la Bûcherie (5e) des remplaçants très sérieux (docteurs en médecine ou étudiants à 16 inscriptions) et des étudiants en cours d'études pouvant occuper des places d'assistants auprès des médecins ou dans les cliniques.

— **Les accidents du travail dans les hôpitaux.** — Conformément aux conclusions d'un rapport de M. Henri Rousselle, au nom de la 5e Commission, le Conseil municipal de Paris vient de décider que dorénavant le prix des journées des accidents du travail dans les hôpitaux de l'Assistance publique serait porté à 17 fr. 20 en médecine et à 19 fr. en chirurgie.

— **Un monsieur qui ne comprend pas la blague.** — M. Octave Laurent est un grand chirurgien belge. C'est aussi un grand savant et un précurseur dans le domaine des découvertes qui firent la renommée de Carrel, car il émit le premier les théories relatives à la soudure des os, à la survie du cœur et à la greffe animale.

Au commencement de la guerre, M. Octave Laurent était à Bruxelles. Survinrent les Boches. Les Boches, même militaires, ont le plus grand respect pour la science et les savants.

— En quoi pourrions-nous vous être agréables, monsieur le docteur ?

Octave Laurent demanda et obtint la permission de venir en France, où il s'engagea. D'abord adjudant dans un hôpital où il surveillait les opérations du balayage des salles, il eut l'occasion de se révéler, de s'imposer, et conquit ses quatre galons avec la Légion d'honneur.

Mais après la guerre, il prétendit s'installer à Paris pour pratiquer son art.

— Pardon, lui dit-on, vous n'avez pas le droit d'exercer. Vous n'avez pas le diplôme d'une Faculté française.

— Et alors ?

— Alors, il faut que vous passiez un examen.

Octave Laurent dut en passer par là. Cet examen eût pu être une simple formalité. Ce fut une brimade. On vit Octave Laurent comparaître devant un petit carabin qui lui posa gravement des questions auxquelles un étudiant de deuxième année eût pu répondre.

— Que faites-vous dans ce cas-là, monsieur ?

— Mais, monsieur, j'ai écrit douze volumes sur de nouvelles méthodes et...

— Ça m'est égal... Que faites-vous dans ce cas-là ?

Octave Laurent est sorti de là docteur de la Faculté de Paris, mais prodigieusement étonné.

— Quand je pense, disait-il, qu'on mettait à ma disposition un train spécial lorsque je voyageais en Amérique, et que j'opérais devant trois cinématographes !..

Les savants étrangers ne comprendront jamais la plaisanterie telle que nous la pratiquons en France. Nous sommes le peuple le plus spirituel du monde. (*L'Œuvre*, 18-8)

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

2° Au nouveau tarif pour les soins donnés depuis le 1er septembre.

Dr F. DECOURT.

IV

Le *Concours* entreprend de publier le nouveau tarif Dubief avec répertoire alphabétique. C'est très bien, — mais a-t-on songé à marquer les prix diminués de 25 % pour les médecins de 2e classe ?

Si mes calculs sont exacts nous aurons des notes, nous, les 2e classe, où figureront des chiffres tels que 11 fr. 25, 18 fr. 75, 26 fr. 25, 56 fr. 35, etc.

Dr B.

Réponse

Le répertoire alphabétique dont nous avons fait suivre notre édition du nouveau tarif accidents du travail, dit Tarif Breton, comprend deux colonnes : dans l'une figurent les prix forts (ceux de la 1re catégorie) et dans l'autre ces prix diminués de 25 %, que doivent appliquer les médecins appartenant à la 2e catégorie.

Ces derniers prix, en effet, comprennent souvent des centimes : 7,50 ; 11,25 ; 18,75, etc.

V

Comment doit-on interpréter l'article 17 du nouveau tarif :

« Régularisation, épluchage et suture d'une plaie de la main et du pied ». Les 3 opérations sont-elles obligatoires simultanément pour donner droit aux honoraires de 40 et 30 francs. Ou bien une seule ou deux suffisent-elles ? C'est le cas, par exemple pour une plaie contuse de l'extrémité unguéale d'un doigt, où il n'y a pas lieu à suture.

L'art 9 du même tarif énonce : lorsque au cours du traitement, le médecin traitant estime nécessaire soit une série de plus de 5 interventions à tarif spécial, il doit en donner avis préalable, par lettre recommandée, au *patron* ou à son *assureur* substitué.

Dans ce cas doit-il attendre la réponse du patron ou de son assureur ? Doit-il arrêter le traitement jusqu'à la réception de la réponse. En cas de réponse négative, doit-il cesser le traitement ?

VI. Electrothérapie. Tout acte... d'électrothérapie ne pourra être fait par le médecin électrologiste qu'après avis conforme du *médecin traitant* et *du médecin du chef d'entreprise* ou de son assureur ». Il faut donc un avis conforme de 3 médecins : du médecin traitant, du médecin de l'assureur et du médecin électrologiste.

Quand le médecin traitant électrise lui-même, doit-il encore avoir l'avis conforme du médecin de l'assureur ? Nous avons vu à l'article 7 qu'il doit prévenir le patron ou l'assureur à la sixième intervention seulement. Le *patron* et non son médecin.

Et que devient dans cet enchevêtrement d'avis, la liberté de choix pour le blessé ?

Dr T.

Réponse.

1º Pour avoir droit aux honoraires de 40 fr. (art. 17) pour « régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse, etc. », il faut qu'il y ait eu lieu de pratiquer les 3 opérations simultanément, la régularisation et l'épluchage n'étant que le premier stade de la suture faite par première intention et rendue possible par cela même.

2º En cas des interventions en série indiquées à l'article 7, il n'est pas dit qu'il faille attendre la réponse du patron qui en est « avisé » simplement en vue d'un contrôle possible de sa part, mais sans avoir à donner aucune autorisation.

3º Pour l'électrothérapie, il n'en est plus de même, puisqu'il faut « l'avis *conforme* du médecin, du patron ou de l'assureur ». Il s'agit là d'une consultation en réalité. Toutefois, si le médecin « avisé » ne donne pas signe de vie, il semble, par là même, donner carte blanche au médecin traitant qui, dans ce cas, paraît être en droit de donner à son blessé les soins électriques qui lui semblent nécessaires.

4º Quant au *libre choix* du blessé, je ne vois pas en quoi il est battu en brèche, puisqu'il a toujours le droit de choisir son médecin traitant dans tous les cas. On a simplement voulu éviter que les médecins fassent abus d'électrothérapie, alors qu'elle serait évidemment inutile au blessé.

Dr F. DECOURT.

Allocations aux nourrices et consultations de nourrissons.

Le 18 juin dernier vous avez bien voulu me dire qu'à votre avis, lorsqu'il n'y a pas de règlement départemental, il n'était pas nécessaire qu'une nourrice suivît les consultations de nourrissons pour percevoir la prime d'allaitement. Il suffit à votre avis qu'elle produise un certificat mensuel prouvant que le nourrisson est surveillé médicalement.

Or, le maire de S. m'a informé aujourd'hui même que M. le Préfet de Seine-et-Oise avait décidé de supprimer toute allocation aux nourrices qui ne fréquentaient pas la consultation officielle des nourrissons.

Le Préfet se base lui-même sur une circulaire ministérielle du 1er décembre 1919 dans laquelle il est dit que la nourrice doit être surveillée par des dames visiteuses dans les communes où il n'y a pas de consultation de nourrissons et que, par contre, dans ces dernières communes, la mère doit présenter son enfant à la consultation de nourrissons.

Or, je prétends qu'il est contraire au principe du libre choix, accordé dès maintenant à l'indigent et à l'accidenté du travail, d'obliger la nourrice à fréquenter une consultation officielle qui lui déplaît.

J'ajouterai même que certaines nourrices préfèrent abandonner la prime plutôt que de se plier à la tutelle administrative.

D'ailleurs n'est-ce pas l'intérêt public que de main-

tenir une noble émulation entre la charité publique et la charité privée (sous forme de consultations) ?

Si M. le Préfet veut avoir un contrôle sur mes propres consultations de nourrissons, un moyen élégant et un geste large serait de mettre à ma disposition la salle de consultation officielle les 2 jeudis du mois où cette salle est libre.

D'ailleurs, je n'ai pas attendu pour établir ma consultation de nourrissons que M. le Préfet rende la sienne obligatoire, la mienne existait avant la guerre et ce serait vraiment curieux que les efforts de l'administration aient comme aboutissant à l'heure actuelle la fermeture de ma consultation de nourrissons.

Dr A.

Réponse

La loi du 24 octobre 1919, accordant des primes d'allaitement, spécifie « la condition formelle que la mère prenne pour son enfant et pour elle les soins d'hygiène visés au paragraphe 3 de l'article 4 de la loi du 17 juin 1913 ».

Or, ledit article indique que ces soins doivent être assurés « conformément aux instructions données à cet effet par la personne désignée par le bureau d'assistance ».

Il s'en suit que, pour bénéficier des secours des deux lois, les femmes doivent être privées de ressources ; par suite dépendre du bureau d'assistance et des règlements départementaux concernant l'assistance médicale gratuite.

Or, le préfet est en droit de prendre un arrêté, spécifiant que les femmes qui allaitent, doivent prouver que leurs nourrissons sont bien soignés et, par suite, doivent fréquenter des consultations officielles de nourrissons.

Par suite, cette surveillance doit être faite, non par des docteurs en médecine de bonne volonté, mais par des médecins désignés par le préfet et revêtus, de la sorte, d'une consécration officielle tout comme les médecins inspecteurs du premier âge.

Nous sommes parfaitement de votre avis, pour constater une fois de plus les gaffes commises par l'administration, qui, dans sa belle et inconsciente incompétence, prend des décisions sans demander aux techniciens et aux groupes professionnels, les conséquences pratiques de ses arrêtés. Tant que le 4e pouvoir, consultatif, ne sera pas créé dans l'État, notre gouvernement dit républicain ressemblera à s'y méprendre, aux gouvernements royaux et impériaux.

Les trois révolutions de 1789, 1848 et 1870 n'ont nullement changé les errements anciens.

Conclusions pratiques dans votre cas : Adressez, par lettre recommandée, une protestation au préfet, pour lui montrer l'utilité de votre consultation, son ancienneté et les avantages qu'elle procure aux femmes-nourrices. Demandez-lui d'être assimilé aux consultations offi-

cielles et donnez-nous la réponse, ainsi que la copie de votre lettre au préfet.

Nous agirons alors de notre mieux.

Dr P. B.

L'indemnité temporaire des blessés du travail.

Pourriez-vous me donner le renseignement ci-joint? Est-il vrai que l'article 3 de la loi du 9 avril 1898 est modifié et qu'il n'est pas nécessaire que l'ouvrier ait une incapacité de travail de plus de 10 jours pour toucher l'indemnité journalière à partir du 1er jour ?

Dr B.

Réponse.

La loi sur les accidents du travail n'a pas été modifiée en ce qui concerne le point de départ de l'indemnité journalière. Elle reste due seulement à partir du cinquième jour après celui de l'accident sauf dans le cas où l'incapacité de travail a duré plus de 10 jours. Elle est alors due à partir du 1er jour.

Ce qui a pu faire naître une confusion, c'est que, par modification à l'article 4, § 1er, la loi du 17 octobre 1919 a décidé que le chef d'entreprise supporterait les frais médicaux et pharmaceutiques, quelle que soit la durée de l'incapacité de travail occasionnée par l'accident, alors qu'avant cette loi, la jurisprudence admettait que, lorsque l'incapacité de travail avait duré moins de quatre jours, le chef d'entreprise ne devait pas ces frais.

Exemption de patente des mobilisés.

Mobilisé au mois de mars 1915, dois-je payer la patente pour cette année-là.

Dans le cas contraire voudriez-vous avoir l'obligeance de me rappeler le texte de la loi m'en dispensant.

Dr S.

Réponse

Aux termes de la loi du 31 mars 1919, les patentés dont le revenu net total annuel, déduction faite pour situation et charges de famille, au titre de l'impôt général sur le revenu, n'a pas dépassé 5000 fr., et qui ont cessé l'exercice de leur profession au cours de l'une des années 1914 à 1919 inclus par suite des circonstances provenant de l'état de guerre, doivent obtenir

remise de la contribution des patentes à partir du mois suivant celui de la cessation.

Vous auriez donc droit, si vous vous trouvez dans les conditions ci-dessus en ce qui concerne l'impôt sur le revenu de l'exercice 1915, à la remise de votre patente à compter du 1er avril de ladite année.

La demande de remise doit être déposée au percepteur, qui doit avoir à cet effet des formules spéciales.

VARIÉTÉS

Les médecins aussi ont fait la victoire.

Dans une brillante improvisation, à la fin d'un banquet de compatriotes régionaux de l'Est, nous avons dernièrement entendu le médecin inspecteur général Rouget développer cette idée que si tous les Français, aidés par les alliés, avaient contribué à la Victoire, les médecins français en avaient leur large part.

Les médecins et les chirurgiens, en appliquant avec autant d'activité que de conviction les préceptes de l'hygiène et les récentes découvertes de la science, ont sauvé la situation, ont permis la résistance jusqu'au quart d'heure japonais.

Il s'agissait d'une guerre d'usure : usure économique, usure de munitions, usure d'effectifs.

Si l'on songe qu'au début de la guerre, la population de l'Allemagne était près du double de celle de la France ; si l'on songe à l'énorme et tenace Autriche, à la défection Russe, on frémit encore devant le danger couru.

Fait sans précédent dans l'histoire de l'Humanité, cette guerre de 1914, qui a mis en présence des millions et des millions d'hommes de toutes les régions, de tous les pays, de toutes les races, n'a pas présenté d'épidémie proprement dite.

Les mesures sanitaires ont fini par être si bien prises, les vaccinations varioliques, antityphoïdiques, antitétaniques, ont été si régulièrement pratiquées, les précautions d'isolement, de désinfection, d'antisepsie, ont été si minutieuses, que l'état sanitaire a toujours été à peu près satisfaisant.

La grangrène gazeuse elle-même a été combattue avec le plus grand succès.

Si l'on se rappelle aussi les difficultés de transport du début, l'insuffisance et la défectuosité de ces moyens de transport, le désarroi des évacuations, le défaut d'organisation primitive, on se rendra compte de l'activité, de l'esprit d'initiative et de l'intelligence déployés par le corps médical, qui a rapidement comblé les lacunes du service à la mobilisation, et remédié à l'imprévoyance d'avant-guerre.

Toujours est-il que les épidémies et la famine n'ont pas sévi sur nos armées.

Mais les effectifs fondaient, les corps d'armée diminuaient, le matériel humain s'usait, les armées allemandes tournées contre la Russie s'avançaient, les Américains tardaient à se décider, puis à arriver.

C'est alors que dans les formations sanitaires du front et du territoire, les médecins rivalisèrent d'entrain, de dévouement et de science pour parer au danger d'une situation angoissante.

Les malades furent guéris plus rapidement peut-on dire, les convalescences mieux soignées et abrégées, les inaptes fortifiés dans la mesure du possible, et les récupérations se firent rapides et nombreuses. L'amélioration des procédés et des pansements chirurgicaux aidèrent singulièrement à cette récupération.

Et c'est ainsi que, grâce au corps médical, on put parvenir à attendre le secours américain, à gagner le jour de l'unité de commandement, et à atteindre l'heure de la victoire.

Le rôle du Poilu a été admirable, sans conteste. Chacun a joué un rôle utile, mais celui des médecin mérite particulièrement d'être signalé.

Dr COURGEY.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

L'hypothèse.

L'araignée automnale, aux ajoncs du chemin,
Entrecroise le fil où sa longue cautèle
Guette l'insecte ailé qui, prisonnier, pantèle
(Diptère bruissant ou zygène carmin).

Qu'un passant, d'un bâton brutal, ou de la main,
Vienne à dilacérer la fragile dentelle,
La tisseuse, à nouveau, trame son arantelle,
Et, s'il le faut, saura recommencer demain.

—L'homme tend sur les cieux l'hypothèse hardie;
Dans l'incommensurable éther il l'irradie
Pour capturer au vol les éternels secrets;

Et quand d'obscures lois ont déchiré sa toile,
Inlassable, il refait, maille à maille, les rets
Où son tenace espoir veut prendre les étoiles.

Honoré BROUTELLE.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — Nº 42 — DIMANCHE 17 OCTOBRE 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VINCENT, DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
P. LACROIX et G. DUCHESNE, SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

VALS SOURCE REINE

TRAITEMENT de l'ARTHRITISME



Cure d'Automne

Mode d'administration de la REINE de Vals dans le traitement de l'arthritisme

L'eau de **Reine de Vals** est la véritable boisson des **arthritiques**; qu'il s'agisse de manifestations **articulaires** ou de manifestations **viscérales**, son emploi est formellement indiqué, et les malades en retirent le plus grand bien.

Ils peuvent la prendre d'une manière habituelle comme eau **de table**, car son usage, prolongé même pendant des années, ne présente aucun inconvénient.

Ils peuvent aussi la prendre à la manière d'une **cure hydrominérale**, savoir :

UN VERRE LE MATIN A JEUN,
UN SECOND VERRE AU BOUT D'UNE HEURE SI POSSIBLE,
UN VERRE AVANT LE DÉJEUNER,
UN VERRE AVANT LE DINER,
LE RESTE DE LA BOUTEILLE ÉTANT CONSOMMÉ AU REPAS.

Ce mode de faire continué pendant **trois semaines** est particulièrement recommandable au **commencement** du **printemps** et à l'**automne**.

N.-B. — Pour éviter *les substitutions*
AVOIR SOIN DE BIEN SPÉCIFIER
Vals SOURCE LA REINE

L'Eau de la Reine se trouve dans toutes les pharmacies, chez tous les marchands d'Eaux et dans les dépôts de la Cie fermière de Vichy. On peut également s'adresser à M. CHAMPETIER *à* VALS-LES-BAINS (*Ardèche*).

VALS SOURCE REINE

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don, à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur Decléty, de St-Omer (P.-de-Cal.), la somme de 5 francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite, de quatre lignes au plus, aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 565. — A vendre cause double emploi, piano droit Focké, parfait état, 2.000 fr. ; Traité médecine, 4 vol. broché, Henriquez, Bergé, Laffite, Lamy 1909, 60 frs. Dʳ Bonvallet, La Pyramide, Maine-et-Loire.

Nº 566. — Docteur demande bonne robuste, 50-55 ans, aimant la campagne, recommandée par confrère.

Nº 567. — A vendre torpedo Delage, 12 HP. 1913, parfait état de marche, affaire sérieuse, 17.500. Docteur Grimpret, 1, rue Villebois-Mareuil.

Nº 568. — Voiture double phaéton, 4 places, « Ariès », 8-10 chevaux, 4 cylindres, éclairage acétylène, boîte à outils, 3 chambres à air de rechange. 9.500 fr.

Nº 569. — Serais acquéreur bouteille Magondeaux 500 ou 1200 litres, en bon état.

Nº 570. — A vendre automobile Delaunay-Belleville, 15 HP., 6 cylindres, forme cabriolet. Bon état de marche. 62, Grande-Rue, Draveil, S.-et-O.

Nº 571. — Le Dʳ Caruette, 59, rue d'Antibes, à Cannes, demande à acheter polygraphe de Mackenzie, bon état.

Nº 572. — A vendre, double emploi, voiturette Zèbre, 4 HP., entièrement revue. Faire offre au-dessus de 5.000 fr. S'adresser au Dʳ Cunnac, à Lavaur, Tarn.

Nº 573. — A vendre au plus offrant épée médecin-major, état neuf, mod. Chatellerault 1915, avec dragonne et baudrier cuir fauve. S'adresser au Dʳ Volpert, à Forbach (Moselle).

Nº 574. — Torpedo Fiat, 15-20 HP., modèle 1918, entièrement revue, parfait état marche, 25.000 fr. Dʳ Devèze, Perpignan.

Nº 575. — Peugeot, torpedo 4 places, mono, 9-10 HP., bon état de marche, magnéto neuve, pas roulé pendant la guerre, 9 litres aux 100 km., à vendre 8.500 fr. Dʳ Sallé, Saint-Savinien (Ch.-Inf.).

Nº 576. — A vendre : 1º sphygmotensiaphone Vaquez-Laubry, absolument neuf, 170 fr. ; 2º étuve cuivre genre Poupinel, 0.30 × 0.25 × 0.20, 125 fr., à alcool. Dʳ Le Gall, Lambezellec (Finistère).

Nº 577. — A vendre appar. mécanothérapie « Porthos », excellent état, au plus offrant, à partir de 300. Dʳ Mathieu, Chinon.

Nº 578. — Voiturette Zèbre, 2 places, 1919, état neuf. D'Entremont, 3, rue Cimarosa, Paris, 16ᵉ.

Nº 579. — Suis acheteur chienne trois à cinq ans, griffon vendéen, poils durs extra. Docteur Devilliers, Dourdan (S.-et O.).

Nº 580. — Occasion exceptionnelle. A vendre, cause santé, « Lorraine-Diétrich », 12 HP., conduite *intérieure, carrosserie* Vicard.

Nº 581. — Voiture idéale de médecin : Ford neuve, 1919, jamais roulé, très jolie conduite intérieure,

landaulet, capote cuir, 3 places, grand coffre arrière, carosserie de luxe, 1 roue de rechange. 16.000 fr. 44, rue de Fontenay, à Châtillon-sous-Bagneux.

N° 582. — On désire acheter maison de santé à Paris ou banlieue immédiate, de 25 à 30 chambres. S'adresser au bureau du journal.

N° 583. — Abonné du *Concours médical* serait reconnaissant à confrère qui pourrait lui procurer l'Agenda Memento du Praticien, édition 1920.

N° 584. — A vendre automobile Sizaire et Naudin, 12 HP., 70/170, torpedo 5 places, bon état, 8 000 fr. Docteur Guidon, Ligny (Meuse).

N° 585. — Torpedo Ford, 1919, 4 places, éclairage électrique, roue de secours neuve, pneus neufs, à vendre 8.000 frs. Dr Costes, Villefranche (Aveyron).

N° 586. — A céder, contre légère indemnité de déplacement, jouissance 5 mois de bail, facilement renouvelable 1.500 loyer (quinze cents), maison bien située occupée depuis 5 ans par docteur en exercice, grande ville Ouest proche mer. Très pressé.

N° 587. — Serai reconnaissant à confrère de m'indiquer maison de retraite pour dames, tenue par religieuses, près Paris ou rayon 200 kil. avec communications faciles.

N° 588. — Dame habitant Londres prend jeunes gens pensionnaires.

N° 589. — Très bon poste ancien à céder dans la banlieue parisienne. Clientèle très transmissible, jolie contrée, maison avec petit loyer. Conditions avantageuses. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 590. — On désire acheter d'occasion bicyclettes (homme, dame), bonnes marques. Faire offre au Dr Harlet, à Roubaix.

CORRESPONDANCE

Modification des tarifs d'expertises en matière criminelle.

Le *Journal officiel* du 7 octobre a promulgué un décret, daté du 5 octobre, portant règlement d'administration publique sur les frais de justice en matière criminelle, qui modifie notamment les tarifs des expertises médicales en cette matière.

Nous publierons prochainement tout ce qui, dans ce règlement, est de nature à intéresser les médecins.

Mais nous tenons à aviser de suite nos lecteurs que les anciens tarifs, ceux fixés par les décrets des 18 juin 1811 et 21 novembre 1893, sont abrogés à compter du jour de la promulgation de ce nouveau décret, c'est-à-dire à compter du 7 octobre courant.

Par suite, toutes opérations d'expertise criminelle faites depuis cette date devront être tarifées d'après le nouveau règlement.

L'exercice de la médecine par les médecins français en Belgique et en Espagne.

Veuillez, je vous prie, me dire si les docteurs en médecine français ont le droit d'exercer la médecine en Belgique et en Espagne.

Dans la négative, quelles sont les conditions à remplir.

Dr B.

Réponse.

D'après le Dr Darras (Voir *Concours Médical* 1913, page 1453), le diplôme français de docteur en médecine conférerait bien en principe le droit d'exercer la médecine en Belgique, mais avec des restrictions telles qu'on ne cite qu'un seul cas de médecin français en ayant reçu l'autorisation.

Le médecin doit joindre à sa requête adressée au ministère de l'Intérieur (service de santé et d'hygiène publique) une pièce constatant son élection de domicile en Belgique, son diplôme et une attestation de son gouvernement constatant que ces documents comportent le droit d'exercer sa profession dans toute l'étendue du pays : ces pièces doivent être légalisées par la légation de Belgique à Paris.

Le médecin est alors appelé à passer un examen, simple formalité, entraînant un droit de 100 fr. Le diplôme est soumis à un droit d'enregistrement assez élevé. Il faut alors que l'autorisation soit donnée par décret royal. Ce décret est à peu près constamment refusé.

L'Espagne admet comme valable le diplôme français de docteur en médecine, pourvu qu'il soit légalisé par un consul d'Espagne en France, légalisé ensuite et traduit par le Ministère d'État.

L'intéressé joint ces documents à une requête, sur papier timbré, qu'il adresse au Ministre de l'Instruction publique. Le dossier est soumis à l'avis du Conseil de l'Instruction publique, et en dernier lieu au Ministre qui peut admettre ou refuser la validation.

Avant la guerre, l'intéressé devait payer la somme de 555 pesetas contre la remise du titre l'autorisant à exercer. Il ne serait pas étonnant que, depuis, ces droits fiscaux eussent été majorés.

Station hivernale pour tuberculeux.

Puis-je, par l'obligeant intermédiaire du Concours, obtenir les renseignements suivants :

Existe-t-il en France, de préférence dans les Alpes, une station *hivernale* pour tuberculeux non fébriles, 2e période ?

Je voudrais quelque chose d'un peu analogue à Leysin ou Davos ; mais la Suisse neutre et au change défavorable, est EXCLUE.

Existe-t-il des sanatoria ou des stations offrant une garantie de surveillance médicale ?

Dr P.

L'emprunt et les honoraires pour soins aux mutilés de guerre.

Le retard apporté à régler les soins médicaux aux victimes de la guerre, et l'approche d'un nouvel emprunt me suggèrent quelques réflexions que je vous fais parvenir et que vous pourrez publier, si elles en valent la peine :

Pendant la guerre, à chaque émission de bons de la Défense Nationale, l'intendance militaire était tenue de payer leur solde aux officiers, à temps pour leur permettre de souscrire à l'emprunt.

Un nouvel emprunt à 6 % va être émis prochainement et la plupart des médecins de France ont entre les mains de nombreux petits papiers attestant les soins donnés aux victimes de la guerre.

M. le Ministre compétent accomplirait un geste utile en décidant de payer sans retard aux médecins ce qui leur est dû de ce fait, pour leur permettre de verser à l'emprunt tout ou partie de ces sommes jusqu'ici improductives.

Et ce geste semble facile à faire.

En effet, que reste-t-il à préciser ? Simplement le tarif des déplacements kilométriques, les prix de visite et de consultation étant, me semble-t-il, acceptés par le ministre.

Faut-il donc si longtemps pour règler ce détail alors que le tarif pharmaceutique a été accepté en bloc ?

Les pharmaciens ont perçu tout ce qui leur est dû jusqu'à ce jour pour les victimes de la guerre, c'est du moins le cas de celui de ma localité.

Je crois être l'interprète de la généralité des confrères en affirmant qu'ils seraient heureux qu'une solution intervienne enfin et que l'emprunt bénéficierait d'un supplément de quelques millions jusqu'ici inutilisables.

Dr G.

Les médecins sont exempts de la taxe sur le chiffre d'affaires.

Membre du « Sou médical », je viens vous demander quelle marche je dois suivre dans le cas que je vous soumets.

J'ai reçu hier copie, à la machine à écrire, d'un arrêté du Directeur de l'enregistrement, informant les assujettis à *l'impôt sur le chiffre d'affaires*, qu'ils

doivent envoyer à l'administration leur relevé d'affaires du mois précédent, à des dates déterminées par l'ordre alphabétique.

Il me semble, d'après ce que j'ai lu dans le numéro de juin du *Médecin Syndicaliste*, et dans le nº 34 du *Concours*, que les médecins ne sont pas soumis à l'impôt sur le chiffre d'affaires.

Que dois-je faire ? Dois-je répondre à l'administration par une lettre de protestation ; ou au contraire laisser venir et attendre les évènements ?

Je vous fais remarquer par ailleurs que la date où j'aurais dû, d'après l'administration, faire ma déclaration expire aujourd'hui et que je n'ai rien fait. Ceci après entente avec le président et le secrétaire de notre syndicat local.

Tous nous estimons que nous ne sommes pas commerçants et par conséquent que nous ne sommes pas soumis à l'impôt.

J'attends votre réponse qui intéressera tous nos confrères. Je crois qu'il ne faut pas nous soumettre aux fantaisies tracassières d'une administration ignorante.

Dr B.

Réponse

Il est certain actuellement que les médecins ne sont pas assujettis à la taxe sur le chiffre d'affaires. Cette opinion, que nous avions exposée dans l'article paru dans le *Concours médical* du 22 août dernier, a été officiellement admise dans l'Instruction pour l'application de cet impôt, publiée au *Journal Officiel* du 3 septembre.

Il vous suffira de faire connaître au Directeur de l'Enregistrement de votre département, s'il l'ignore, ce document officiel, pour qu'il vous laisse en paix de ce chef.

L'obtention de la médaille commémorative de la guerre.

Non mobilisé, mais réquisitionné pour faire le service médical d'un camp de P. G. et d'un camp d'aviation en février 1919 jusqu'en mars 1920, suis-je dans les conditions voulues pour demander la médaille commémorative dont vous parlez dans le numéro du 22 août ? Si oui, je vous serais infiniment obligé de me dire où et à quelle porte il faut frapper pour l'obtenir.

Dr X.

Réponse.

Si vous voulez bien vous reporter au *Concours Médical* du 18 juillet 1920, page 1828, vous y verrez le texte même de la loi attribuant la médaille commémorative seulement aux mobilisés et aux médecins utilisés par le service de santé, du 2 août 1914 au 11 novembre 1918.

L'emploi pour lequel vous avez été réquisi-

(Voir la suite page XXXI-2585)


RENÉ VINCENT
DRAEGER

PROPOS DU JOUR

La Maison des fonctionnaires réalisée.
Quand aurons-nous à Paris la Maison des médecins ?

Nous lisons dans l'*Ere nouvelle* du 5 octobre 1920, sous le titre la « Maison des fonctionnaires ».

Les fonctionnaires ont leur Maison. Deux immeubles, 59, rue de Lille, et 3 et 5, rue de Poitiers, ont été achetés par la Fédération nationale pour installer ses services et ses bureaux et en outre un hôtel-restaurant pour les fonctionnaires venant de province et de passage à Paris. Les deux immeubles sont payés, mais il faut les transformer et, dans ce but, le bureau fédéral vient de lancer une circulaire à tous les agents des services publics.

La maison, dit cette circulaire, est achetée. Mais il y a lieu d'effectuer, afin de permettre aux sièges sociaux de nos syndicats de s'y installer, des travaux qui dans le moment actuel, entraîneront une dépense importante.

Une somme de 200.000 francs est encore nécessaire, vous nous la donnerez.

Que chacun considère comme un devoir de souscrire.

Souscrire à cet emprunt est d'ailleurs un placement de tout repos, largement garanti par la valeur de nos deux immeubles et par la Fédération nationale. Nos camarades n'hésiteront pas, dans leur intérêt et dans l'intérêt général, à répondre à cet appel,

Le Conseil Fédéral.

Notons que 2.000 bons de 100 francs à 6 °/o, remboursables au plus tard le 1er janvier 1926 sont émis. Les souscriptions doivent être adressées à M. Danglard, trésorier de la Fédération des fonctionnaires, 25, rue Serpente, Paris.

La plupart des corporations à Paris ont leur hôtel. Il existe même la Maison des Etudiants, installée dans la vieille Ecole de médecine de la rue de la Bûcherie, l'antique maison de l'ancienne corporation médicale parisienne.

Quand arriverons-nous à réaliser la maison des médecins.

Les 4.000 praticiens de Paris, les quelques milliers de médecins de province qui viennent plusieurs fois par an à Paris, et la centaine de sociétés médicales de tous genres qui ont leur siège social dans la capitale, sont-ils incapables de réunir les 4 à 5 millions de francs nécessaires pour fonder la Maison parisienne des médecins ?

Nous entendons déjà la série des objections ordinaires : Les médecins sont de mauvais organisateurs. Les médecins sont de déplorables administrateurs. Les médecins en général n'ont pas les capitaux disponibles nécessaires et ceux qui les ont, se désintéressent de pareil projet.

Ce ne sont pas les lecteurs du *Concours médical* qui reprocheront aux médecins de ne pas être des organisateurs. Ce ne sont pas les membres de nos grandes associations mutuelles et de bienfaisance qui dénieront aux confrères qui les administrent, les qualités que nécessite une bonne gestion des millions qui leur sont confiés.

Certes, les médecins ne sont pas riches ; mais à qui fera-t on croire qu'ils sont moins fortunés que les fonctionnaires qui, eux, ont acquis leur maison et savent se procurer les fonds pour bien l'installer.

Quand le Congrès des praticiens, tenu à Lille en juin 1908, répondit à l'invitation des Syndicats médicaux belges, il fut reçu à Bruxelles dans la Maison des médecins, un des plus beaux immeubles historiques de la Grande Place. Et tout récemment, du 7 au 12 août 1920, le *Premier Congrès d'histoire de l'art de guérir* tint ses séances à Anvers, au *Cercle médical* de cette ville.

M. Laignel-Lavastine donne, dans le *Paris médical* du 11 sept. 1920, les renseignements suivants sur le Cercle médical d'Anvers dont on fêta, au cours du congrès, le troisième centenaire.

La séance se termina, écrit M. Laignel-Lavastine, par un instructif discours du Dr Léon Bertrand, qui commémora le troisième centenaire de cette institution corporative qui résista aux révolutions et aux guerres et qu'est le Cercle médical d'Anvers. Le *Collegium medicum antwerpiense*, fondé en 1620 par Lazare Marquis et Godefroy Vereyken, après bien des vicissitudes et grâce aux Broeckx, aux Devigne, aux d'Haenen, aux Victor Desguin, aux de Mets, victime des Allemands qui l'emmenèrent en captivité est devenu le plus florissant organe

social que nous admirons aujourd'hui et qui réunit les fonctions physiques d'un centre de réunion et les fonctions psychiques d'un ordre des médecins. Il est fâcheux qu'à Paris nous n'ayons rien d'analogue. C'est que l'esprit corporatif n'y a pas survécu à la Révolution, et que son fils, l'esprit syndicaliste, est trop imprégné de levain politique pour répondre, comme le Cercle médical d'Anvers, à toutes les nécessités de la vie professionnelle, matérielle et morale du médecin.

Nous reconnaissons bien volontiers, avec M. Laignel-Lavastine qu'il n'y a pas actuellement à Paris d'organisme capable de répondre, comme le Cercle médical d'Anvers, à toutes les nécessités de la vie professionnelle, matérielle et morale du médecin, mais, au lieu d'accuser de cette lacune l'esprit syndicaliste trop imprégné de levain politique (ce qui est une grosse erreur), ne croyez-vous pas qu'il faudrait en rendre surtout responsable l'esprit de caste, égoïste, dédaigneux ou indifférent, pour ne pas dire méprisant, qu'affecte à l'égard de la collectivité médicale un trop grand nombre (nous ne dirons pas l'unanimité) des collègues de M. Laignel-Lavastine tant dans les hôpitaux qu'à la Faculté de médecine.

C'est pour répondre à cette lacune que nous demandons et ne cesserons de demander la création d'une Maison parisienne des médecins, propriété de tous les médecins, ouverte à tous les médecins. Il serait étrange de ne pouvoir réaliser à Paris ce qui existe depuis trois siècles à Anvers, depuis bien des années à Bruxelles, et dans nombre de grandes villes en Europe et ailleurs.

J. Noir.

L'étude des conditions économiques de la vie du médecin français. En 1840 et en 1920.

En réponse à notre *Propos du Jour* du 3 octobre 1920, nous avons reçu du Dr Chapon la lettre suivante :

Paris, le 4 octobre 1920.

Mon cher ami,

Dans votre dernier article du *Concours*, votre bonne amitié, que j'apprécie tant, a exagéré mes mérites. Mais, vous avez été si particulièrement aimable que je tiens à vous en remercier, tout de suite, bien cordialement.

Vous avez, au surplus, parfaitement exprimé mon état d'esprit, quant à la détermination du prix actuel de l'acte médical. Oui, j'ai été bien près, cédant à la tentation, de publier un nouveau travail, adapté aux conditions économiques du moment. Vous le savez mieux que personne, puisque mon article était à peu près achevé, quand je vous l'ai proposé pour le *Concours*, mais il me manquait la conclusion ferme, solide, celle qui doit convaincre. Je ne l'ai pas trouvée. Je ne la trouverai pas, tant que l'instabilité économique demeurera. A ceux qui ont l'honneur d'exprimer publiquement leur pensée, la vérité est nécessaire. Or, elle m'échappe.

Si je m'en tenais aux enseignements de l'histoire, je ne croirais pas à la persistance indéfinie des phénomènes qui bouleversent aujourd'hui notre équilibre. Mais l'histoire est-elle bien un perpétuel recommencement ? Ceux qui l'affirment, sont-ils, eux, les détenteurs de la vérité scientifique ? Leur affirmation est vraie, indiscutablement, s'il s'agit de la révolution des astres. L'est-elle pour les révolutions des hommes ?

Or, nous sommes en pleine révolution économique ; mais elle ne nous menace pas, elle est accomplie. Certains faits sont déconcertants et, bien que la raison ne s'en accommode guère, ils se perpétuent. Ce n'est donc partout que doute et incertitude.

Voilà pourquoi j'ai déchiré mon article et vous ai proposé d'attendre, pour le publier, le retour à une stabilité que nous désirons tous. Nous devons cela aux nombreux confrères qui, fidèles lecteurs du *Concours*, sont habitués à une documentation précise, et non à de fragiles arguments.

A vous bien amicalement.

Dr Chapon.

En attendant le retour de la stabilité économique comme le réclame avec tant de raison et d'à propos notre ami Chapon, nous pouvons jeter un coup d'œil en arrière.

En parcourant un vieux livre, égaré dans un coin de notre bibliothèque, intitulé : Du médecin des villes et du médecin de campagne. *Mœurs et science*, par le Dr Munaret (2e édit. Paris, Germer-Baillière, libraire-éditeur, 1840), nous n'avons pas été peu surpris de trouver, établi comme il le fut par Chapon pour Paris et par nous-même pour la province, le budget du médecin praticien, il y a exactement 80 ans. Nous citons en entier ces intéressantes pages :

***

« Pour vous prouver, mon ami, écrit le Dr Munaret à un jeune confrère, que je ne fais pas des fleurs de rhétorique pour le plaisir de vous les offrir, avec un sujet aussi grave, aussi triste,

aussi désenchantant que celui de notre position financière à tous, je vais par des calculs vérifiés par l'expérience, vous établir la balance de nos recettes et de nos dépenses, et vous me direz ensuite s'il n'y a pas imprudence aujourd'hui à embrasser notre profession pour gagner sa vie..

1° *Dépenses de premier établissement à la campagne* :

Achat d'un cheval	300 fr.
— de harnais	150 »
— de livres	500 »
— d'instruments	500 »
Petite pharmacie	200 »
	1.650 »

2° *Dépenses annuelles* :

Loyer de la maison	300 fr.
Nourriture, ferrage et usure du cheval	400 »
Livres supplémentaires, abonnement à un journal de médecine.	100 »
Entretien du médecin	300 »
— de sa maison	1.200 »
Patente	15 «
	2.315 »
3° Intérêt des dépenses de premier établissement	82 » 50
4° Intérêts de la somme de 20.000 fr. prix collectif d'une éducation de collège, d'un cours de médecine et d'un diplôme de docteur	1.000 »
Total	1.082 » 50
Cette dernière somme et celle de 2.315 fr. donnent pour dépense totale annuelle	3.382 » 50

Somme que je puis encore augmenter de l'achat d'un mobilier et des intérêts du dit ; mais elle est déjà assez considérable, car je n'ai connu qu'un seul médecin de campagne qui gagnât 3.000 fr., année commune ; et en supposant que vous puissiez assez *travailler* pour gagner autant que lui, vous ne serez qu'au pair avec vos dépenses !... Voyons donc si la pratique des villes vous permettra de confier à la *Caisse d'épargne* les économies d'un ouvrier, d'une cuisinière ?

1° *Dépenses de premier établissement* :

Supplément au mobilier	500 »
Achat de livres	500 »
— d'une trousse, d'un forceps, d'un lancetier	100 »
	1.100 »

2° *Dépenses annuelles.*

Loyer d'un appartement	1.000 »
Entretien du médecin	500 »
— de sa maison	2.000 »
Frais de civilisation (1)	200 »
Patente	80 »
Total	3.780 »
3° Intérêts des dépenses de premier établissement	55 »
4° Intérêts de 20.000 fr., mise de fonds intellectuels	1.000 »
Total	1.055 »
Addditionnons et nous aurons la dépense totale et annuelle	4.835 »

Or, comme cette dépense excéderait celle de la campagne de la somme de 1.453 fr. 50, il me reste à vous apprendre si vous pouvez espérer une recette proportionnelle. Oui, mon ami, vous gagnerez cinq mille fr., vous en gagnerez dix, vingt et jusqu'à cinquante mille, si vous avez plus de savoir-faire que de savoir : non, et moins à la ville qu'à la campagne, vous pourrez suffire aux dépenses les plus modestes, si votre savoir, au contraire, l'emporte sur votre savoir-faire.

***

Ceci a été écrit il y a moins d'un siècle, à l'époque où auraient pu exercer nos grands-pères.

Ces chiffres nous font sourire quand nous les comparons à ceux que nous avons établis, il y a 10 ans, et quand nous pensons qu'à l'heure actuelle le budget total du médecin de 1840 ne couvrirait pas le cinquième des frais de transports du praticien de province en 1920.

Comparons ces chiffres aux frais actuels de la vie pour une famille ouvrière.

Le journal l'*Assistance éducative* de mai 1920, se basant sur des documents officiels du Ministère du commerce et sur une enquête, publiée par la revue de la C. G. T., établit :

1° Que *pour s'alimenter seulement* une famille de 4 personnes doit dépenser par an 4.230 fr. si elle ne boit que de l'eau ; 5.000 fr. si elle boit du vin.

2° Qu'une famille ouvrière comprenant 7 personnes : le père, la mère et 5 enfants de 14 ans, 10 ans, 8 ans, 5 ans et 6 mois, ne peut vivre *sans dépenser en tout* (alimentation, logement, habillement, entretien, etc.), *au moins* la somme de 9.767 fr.

Or ces calculs ont été faits avant mai 1920 et

(1) Dans cet article je comprends une plus grande consommation de gants, le péage des ponts, les étrennes, l'éclairage d'une cour et d'un escalier, le frotteur, le décrotteur, l'omnibus, le cabinet de lecture, etc. etc.

nous savons que, depuis, le coût de la vie a augmenté de 20 à 25 pour 100.

Il faudrait donc plus de douze mille francs par an à cette famille pour vivre.

***

Que conclure de pareils rapprochements ? Peut-on établir un parallèle entre des situations économiques aussi dissemblables. Et cependant en 1840, le capital rapportait 5 % quand à l'heure actuelle il ne rapporte que 6 %.

Sans tenir compte des chiffres que nous donne le Dr Munaret, retenons les réflexions dont il les fait suivre.

Décidément, l'exercice normal de la profession médicale n'a jamais assuré la fortune des praticiens, pas plus en 1840 qu'en 1920.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

PHTISIOLOGIE

L'infection tuberculeuse.

Près de quarante ans se sont écoulés depuis la découverte du bacille de la tuberculose par Robert Koch, et depuis cette époque, nos idées touchant le microbe et l'infection qu'il détermine n'ont cessé d'évoluer sous la poussée d'innombrables recherches, pour en arriver à une conception véritablement paradoxale de la généralité de l'infection, et des modes de relations entre l'organisme et la bactérie. Quel est l'état actuel de nos connaissances à ce sujet ? Ceux qui s'intéressent à cette question ne sauraient mieux faire que de s'en référer à l'ouvrage magistral (1) où M. A. Calmette a tenté de classer les résultats qu'on peut dorénavant considérer comme acquis, en les soumettant à la critique la plus rigoureuse, avec toute l'autorité qu'il s'est acquise en cette matière, et essayé de les coordonner en une vaste synthèse qui demeurera pendant de longues années la base de toute recherche sur l'anatomie et la physiologie pathologiques de l'infection bacillaire et de la tuberculose. C'est dire que bon nombre des chapitres de l'ouvrage de M. Calmette n'ont d'intérêt immédiat que pour les savants de laboratoire, et leur analyse ne saurait être de grande utilité à la généralité des praticiens. Par contre, il n'en est pas de même de ceux qui touchent à la pathologie générale de l'infection tuberculeuse, et, sans suivre pas à pas l'exposé de M. Calmette, j'essayerai d'en indiquer brièvement les grandes lignes.

Le Bacille tuberculeux.

Au point de vue morphologique, nos connaissances sur le bacille tuberculeux n'ont pas fait de grands progrès au cours des dernières années, et du reste, ce point de vue semble, au moins provisoirement, ne guère comporter d'intérêt pratique. On sait que le bacille, dans des cultures très jeunes, se montre mobile grâce à la présence d'un certain nombre de cils vibratiles, mais qu'il perd rapidement cette propriété, — qu'il ne sporule jamais, soit dans les cultures, soit dans les tissus au sein desquels il végète, — enfin et surtout, qu'il possède une enveloppe constituée par des matières grasses et une sorte de cire, à laquelle il doit son acido-résistance ainsi que sa résistance toute spéciale aux ferments leucocytaires.

Au point de vue chimique, l'étude du bacille est encore fort incomplète, mais elle a permis dès maintenant d'en séparer les divers éléments primordiaux, en particulier en ce qui concerne les substances protéiques, et l'expérimentation ultérieure de l'action physiologique de ces dernières pourra sans doute ouvrir aux recherches des horizons nouveaux.

Comme la plupart des microbes pathogènes, le bacille tuberculeux agit par l'intermédiaire de toxines multiples. Les unes diffusent aisément autour de lui, en particulier dans les milieux de culture (exotoxines), et prennent une part prépondérante à la constitution de la tuberculine initiale de Koch. Les autres (endotoxines) sont intimement liées au protoplasme du bacille, et n'en peuvent être séparées que par les désagrégations artificielles de ce dernier.

Modifiées par l'ébullition, elles ne sont pas détruites à sa température, et leur injection à des animaux neufs détermine des accidents variés : les lipoïdes, suivant leur nature, une caséification ou une sclérose locales ; — les toxines protoplasmiques, des actions locales (formation de granulations viscérales...) et générales (troubles hématopoiétiques, congestions ...) pouvant aboutir à la cachexie et à la mort.

Mais d'une façon générale, l'ensemble de ces

(1) L'infection bacillaire et la Tuberculose chez l'homme et chez les animaux. Paris 1920. Masson, éditeur.


THIGÉNOL "ROCHE"
Inodore, non caustique, non toxique, soluble eau, alcool, glycérine.
OVULES "ROCHE" AU THIGÉNOL dosés à 30%
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie PARIS
EN GYNÉCOLOGIE
Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique
EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux
RÉSULTATS RAPIDES
Echantillon et Littérature
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges : PARIS.

poisons (tuberculines) se montre toujours infiniment moins toxique pour les animaux sains que pour les organismes infectés. Suivant leur mode d'introduction, ils déterminent chez ces derniers des réactions locales ou générales, dont la valeur diagnostique n'est plus à démontrer. Ces réactions doivent être considérées comme spécifiques, quoique la chose ait été antérieurement contestée, mais il ne faut pas leur demander d'autres indications que celles qu'elles peuvent légitimement fournir : elles décèlent la présence, quelque part, d'un foyer tuberculeux plus ou moins latent, rien de plus.

Le mécanisme de l'action de la tuberculine sur un sujet bacillisé a donné lieu à de nombreuses hypothèses ; certains auteurs ont voulu y voir un phénomène plus ou moins comparable à l'anaphylaxie. Calmette critique cette manière de voir, et s'arrête à la conclusion que « la réaction tuberculinique ... résulte de *l'action lytique* de certaines substances, contenues dans les humeurs des sujets *bacillisés*, sur la tuberculine ; et cette action lytique donne lieu à la formation d'un produit spécifique toxique et hyperthermisant, qui est le facteur essentiel des réactions tuberculiniques générales ou locales. Lorsque cette lyse est trop intense, elle peut amener la mort par intoxication suraiguë ».

Existe-t-il un ou plusieurs virus tuberculeux ? On se souvient de la polémique retentissante que détermina, en 1908, l'affirmation par Koch de la dualité des virus tuberculeux humain et bovin. Les recherches qu'elle suscita de tous côtés permettent d'affirmer que, sous sa forme absolue, cette assertion est erronée. Il est bien exact que, *pratiquement*, il existe un virus humain et un virus bovin possédant des caractères biologiques différents dans une certaine mesure. Ordinairement, le virus d'origine humaine est peu virulent pour le bœuf, et inversement. Mais la chose n'a rien d'absolu, et il a été démontré par de nombreuses expériences que dans certains cas, le virus humain peut être aussi dangereux pour l'espèce bovine, que le virus bovin le plus typique. L'existence de types intermédiaires, à caractères ambigus et mal définis, vient appuyer cette manière de voir, et nous autorise à penser que les virus humain et bovin constituent, non pas deux *espèces* différentes, mais simplement deux *races* microbiennes, à spécificité fort relative et résultant d'une adaptation biologique progressive plus ou moins parfaite.

Néanmoins, cette spécificité relative n'est pas dénuée d'importance au point de vue pratique : le virus humain est fort peu contagieux pour le bœuf, et inversement le virus bovin est surtout redoutable pour l'espèce bovine. Toutefois cette proposition n'a pas de valeur absolue, et s'il est exact que chez l'adulte tuberculeux, il est exceptionnel de rencontrer des lésions dues au virus bovin, il n'en semble pas moins démontré que 6 à 10 % des tuberculoses mortelles du jeune âge (au-dessous de 5 ans) lui sont imputables. Ce fait justifie surabondamment les mesures prophylactiques visant la contamination par le lait de vache, d'autant plus que rien ne prouve que des caractères « humain » du virus de la tuberculose de l'adulte ne soient dus à une adaptation progressive d'un virus bovin à l'intérieur de l'organisme infecté dès le jeune âge comme nous le verrons plus loin. Néanmoins, il est bon de remarquer que le fait que la tuberculose humaine est très abondante dans certains pays où la contagion d'origine bovine n'existe pas, démontre péremptoirement que la contagion inter-humaine joue un rôle prépondérant et particulièrement néfaste dans la dissémination de l'infection.

Le bacille de la tuberculose aviaire, comme le bacille bovin, semble résulter d'une adaptation biologique spéciale du virus tuberculeux. Seulement l'adaptation est poussée si loin que pratiquement, le bacille aviaire peut être considéré comme spécifique. Toutefois, il ne faut pas oublier que certains oiseaux domestiques (perroquets ....) peuvent être directement infectés par le virus humain, et devenir ainsi une source de contagion pour l'homme. Quant au bacille acidorésistant des poissons, il n'a rien de commun avec le virus tuberculeux des animaux à sang chaud, et sa spécificité est confirmée par ce fait qu'il ne saurait en aucun cas servir d'antigène pour la fixation des anticorps tuberculeux authentiques.

La contamination tuberculeuse.

Comment se fait la contagion tuberculeuse ? Et tout d'abord, la tuberculose est-elle héréditaire ?

L'infection de l'ovule par le bacille de Koch est scientifiquement possible. Sa réalisation a été démontrée expérimentalement à l'aide de virus aviaire sur l'œuf de poule, mais les conditions sont trop différentes pour que l'on puisse étendre à l'homme les conclusions de ces expériences. Pratiquement, il est légitime d'admettre que, si la chose est possible, l'infection de l'organisme *ab ovo* doit être absolument exceptionnelle : aucun fait positif n'a jamais encore permis d'établir la transmission directe du virus paternel à l'œuf, et d'autre part, l'ovule parasité par des bacilles tuberculeux perd ses propriétés germinatives et ne saurait arriver à maturation, comme l'a démontré Virchow.

L'infection de la mère au fœtus ne saurait-elle être transmise par l'intermédiaire du placenta ? L'expérience a prouvé la possibilité de la contamination, mais la chose doit être considérée comme exceptionnelle, le placenta sain ne laissant pas passer les microbes. Toute-

fois, il n'en va plus de même lorsque le placenta est affecté de lésions tuberculeuses, ou lorsqu'il existe dans cet organe des solutions de continuité comme il peut s'en produire au cours de l'accouchement, et au travers desquelles les bacilles tuberculeux circulant dans le sang maternel peuvent passer directement dans la circulation fœtale. Ainsi s'explique le fait que la tuberculose congénitale frappe avant tout le foie et la rate et que les poumons ne soient atteints que secondairement, et encore de façon exceptionnelle, et cette manière de voir justifie la ligature précoce du cordon, préconisée par Landouzy, lors de l'accouchement de mères phtisiques.

A défaut d'infection héréditaire avant ou pendant la naissance, y a-t-il au moins hérédo-prédisposition à la contagion tuberculeuse chez les enfants issus de parents bacillaires ? La chose n'a d'ailleurs rien à faire avec les hérédodystrophies ou les tares organiques ou nerveuses fréquentes chez les enfants de tuberculeux, et connues depuis longtemps. Cette hérédo-prédisposition à l'infection n'a pas encore été démontrée expérimentalement, et s'il est exact que certaines races de bovidés, à robe blond clair, ou certains individus au type dit roux vénitien, contractent d'ordinaire aisément la tuberculose, la preuve reste à faire que cette propension résulte d'une imprégnation héréditaire par des toxines tuberculiniques d'origine maternelle.

Ainsi donc, pratiquement, la contamination tuberculeuse s'effectue toujours postérieurement à la naissance, et la contagion familiale, principalement par la mère phtisique, y joue un rôle prépondérant ainsi que le démontrent de façon irréfutable les statistiques de Comby. Tout cela confirme plus que jamais la nécessité d'isoler du milieu tuberculeux les enfants que leurs tares héréditaires, soit humorales, soit hérédo-dystrophiques, rendent particulièrement sensibles au virus tuberculeux.

Par quelle voie et comment se réalise habituellement l'infection ?

Tout d'abord, les études de tuberculose expérimentale permettent d'établir que les conditions dans lesquelles s'effectue la contamination influent grandement sur l'infection qui en peut résulter. Chez le cobaye, par exemple, qui est sans doute l'animal le plus sensible au virus humain, même par injection sous-cutanée, il faut un certain nombre minimum de bacilles pour réaliser l'infection, soit avec une culture très virulente, de 10 à 50 microbes. Mais si l'on introduit périodiquement le virus dans l'organisme, il en faut beaucoup moins, et 4 bacilles par jour pendant 10 jours suffisent à tuberculiser l'animal. Cette constatation démontre l'importance que prend la répétition des contaminations quotidiennes dans l'entourage des tuberculeux, et nous verrons plus loin que la contamination massive donne généralement des résultats très différents. Naturellement, la virulence de la race microbienne doit également entrer en ligne de compte, ainsi que la voie d'infection. Enfin, les diverses espèces de mamimfères, et dans une même espèce, les divers individus, présentent des réceptivités notablement différentes.

Pour nous en tenir à l'espèce humaine, la question de la porte d'entrée a donné lieu à des controverses d'autant plus nombreuses que l'ancienne doctrine de Conheim est actuellement complètement abandonnée, au moins en tant que formule générale et absolue. On sait que, pour Conheim, « partout où le virus tuberculeux s'introduit et séjourne pendant un temps suffisant, un produit tuberculeux ou scrofuleux prend naissance », en suite de quoi l'infection se fait de proche en proche par les voies lymphatique et veineuse. Or, il est actuellement démontré que, si la chose est exacte lors des contaminations expérimentales ou accidentelles massives, ou par des germes exceptionnellement virulents, la plupart du temps la porte d'entrée se referme sans laisser de traces qui permettent ultérieurement de le retrouver, tandis que le virus circule silencieusement dans l'organisme. C'est ainsi, par exemple, que le simple dépôt sur la muqueuse oculaire est une des méthodes les plus sûres et les plus constantes pour réaliser l'infection expérimentale, dont on peut ensuite suivre pas à pas la généralisation par les réactions ganglionnaires cervicales. Ce mode de contamination est assurément des plus fréquents dans la nature, ainsi que l'attestent les adénopathies bacillaires correspondantes du jeune âge ; or, pourtant, en dépit de cette fréquence, les infections tuberculeuses de l'œil lui-même sont exceptionnelles (conjonctivite phlycténulaire ...) ; il n'y a donc point d'ordinaire de lésions de porte d'entrée, comme le veut la théorie de Conheim.

Il faut, par conséquent, concevoir les choses sous un aspect moins simpliste. Les portes d'entrée de l'infection bacillaire peuvent être et sont réellement multiples, et l'on n'a pas de peine à comprendre qu'en dépit de leur diversité, les infections qui en résultent puissent se localiser habituellement sur les mêmes organes, si l'on considère qu'à peine introduits dans l'organisme, les bacilles sont phagocytés par des leucocytes dont les ferments digestifs demeurent sans action sur eux, et qu'ils peuvent ensuite être charriés à de grandes distances, avec ou sans relais successifs, dans le torrent hémolymphatique.

(*A suivre.*)

Dr J.-M. PACAUT.



MODE D'EMPLOI:
GUÉRISON
DANS TOUTES

Une Eau Purgative Française

GUBLER PURGATIVE

DÉRIVÉE DE LA SOURCE CHATELGUYON-GUBLER

EAU CARBO-GAZEUSE
CHLORURÉE ET SULFATÉE
SODIQUE ET MAGNÉSIENNE



DOSES

LAXATIVE : 1 à 2 verres à bordeaux.
PURGATIVE : la totalité de la bouteille.

RENSEIGNEMENTS | SOCIÉTÉ des EAUX MINÉRALES de CHATEL-GUYON, 6, Square de l'Opéra, PARIS.
Pharmacie MONNIOTTE, 70, Rue Legendre, PARIS.

MICTASOL

SPÉCIFIQUE DU PROSTATISME

Action thérapeutique

Décongestif extrêmement puissant.
Antiseptique énergique.
Sédatif certain et immédiat.
Tolérance parfaite.
Innocuité absolue.

Indications thérapeutiques

Blennorrhagies.
Uréthrites — Cystites.
Pyélo-Néphrites, Uretérites.
Congestions Rénales, avec ou sans albuminurie.
Hypertrophie de la Prostate (Action rapide et incomparable).

MODE D'EMPLOI :
Croquer 6 comprimés par jour : matin, midi, soir.

LE FLACON : 8 FRANCS

Les Médecins qui prescrivent le Mictasol sont surpris des résultats obtenus

VENTE EN GROS : SIMON & MERVEAU
71, Rue du Temple, PARIS

LABORATOIRES PAUL DIEULAFÉ, 16, Avenue Trudaine, PARIS

CLINIQUE OBSTÉTRICALE.

Clinique Tarnier : M. le Professeur BAR.

Des états lipothymiques ou de shock qui peuvent suivre l'accouchement.

Nous venons d'avoir dans le service un cas instructif de placenta prévia. Il s'agit d'une femme entrée à la clinique il y a 3 jours, en travail et perdant du sang. Cette femme était à terme et avait été prise, vers 11 h. du matin, d'hémorrhagies violentes. On l'a interrogée. Elle n'avait pas eu de pertes dans le cours de sa grossesse. C'était sa deuxième gestation, la première s'étant terminée par une fausse couche de huit semaines environ.

Donc, la patiente avait perdu du sang en grande quantité. La présentation était un sommet. Tête élevée, dos à droite, col effacé, caillots nombreux dans le col et membranes rompues. Au moment de l'entrée, vers 16 h. 30, le col offrait une dilatation entre 2 et 5 frs. La femme était pâle, avec quelques tendances syncopales, un pouls à 84, bon. On fit une injection d'huile camphrée. Vous connaissez ma manière de voir quant à l'injection d'huile camphrée, et à l'éther en pareil cas. Nous avons généralement affaire à des femmes bien portantes, à des cœurs jeunes. L'huile camphrée est un rite, utile... si vous voulez, mais dont le rôle ici ne m'apparaît pas bien nécessaire. L'état de cette femme, d'ailleurs, n'avait rien de très inquiétant. On retira les caillots qui encombraient le col.

A 17 heures, la température s'éleva, à 38°5 ; pouls à 80. Avec un col insuffisamment dilaté, l'utérus qui se contractait, le fœtus ne paraissant pas gros, on décida d'en terminer, et on adopta la voie basse. Sous le chloroforme, un gros ballon de Champetier (de 700 gr.) fut placé et, pour activer, pour faire un accouchement rapide (sans être brutal) on tira sur la queue du ballon. Le col parut s'ouvrir et l'on attendit. Après une demi-heure d'attente, le ballon ayant achevé la dilatation, on anesthésia à nouveau : le ballon vint. La main mise dans l'utérus reconnut la tête, puis, plus profondément, un pied ; on saisit celui-ci et l'extraction du fœtus fut faite par version. On pratiqua la délivrance, en décollant le placenta et les membranes, ayant bien soin de ne pas tirer sur elles. La femme étant pâle, on fit une injection intra-utérine iodée, suivie de tamponnement intra-utérin, dans le but de prévenir un suintement sanguin.

A ce moment, cette femme qui, à son arrivée, avait un pouls satisfaisant, à 80, montre un pouls qui faiblit, devient incomptable, avec un facies pâle et des sueurs froides. Eu égard à ces phénomènes de shock, on pratique une injection de sérum adrénaliné, sous-cutanée d'abord, intraveineuse ensuite. On fait des injections d'huile camphrée. La malade revient à elle. On la couche la tête basse, et, 3 ou 4 heures après, elle était remise.

Etudions cette observation et voyons ce qu'elle comporte d'intéressant. Il s'agit d'une femme à terme avec placenta prévia, sans hémorrhagie avant le travail. En présence de certains accidents, on décide de terminer l'accouchement par un procédé rapide. On place un ballon sur lequel on tire pour amorcer la dilatation, et l'on attend ; puis, on fait une version, d'ailleurs facile, et une délivrance artificielle. A ce moment, — et c'est peut-être là le point culminant de l'observation — l'accouchement terminé, la femme ne perdant pas de sang, l'état (qui n'était pas préoccupant jusque-là) devient subitement grave, à tel point que l'on doit recourir aux injections intra-veineuses de sérum adrénaliné, et que l'on pense à faire la transfusion du sang.

Revenons sur ces différents points. La malade n'avait pas de passé obstétrical, ai-je dit, sauf une fausse couche de deux mois. Ce détail n'est pas sans intérêt. Le placenta prévia est une affection des multipares. Il est peu commun chez les primipares. C'est une maladie — si je puis employer cette expression — des utérus « cambriolés » par un curetage, une endométrite, par des grossesses multiples altérant la muqueuse. Elle s'observe dans des utérus déjà touchés.

Est-il fréquent que la première hémorrhagie du placenta prévia apparaisse seulement au moment du travail. Si vous ouvrez vos livres, vous voyez écrit que les hémorrhagies du placenta prévia se montrent dans le dernier tiers de la grossesse, et quelquefois au moment du travail, quand l'insertion est assez haute. Ceci est vrai généralement. Si le placenta s'insère sur le segment inférieur et en avant (partie qui s'étire le plus) l'hémorrhagie se fait de bonne heure. Quand l'insertion a lieu en arrière (partie qui se distend relativement peu), l'hémorrhagie a lieu moins tôt. Mais, les hémorrhagies qui éclatent au moment du travail s'observent quand le placenta est assez haut dans le segment inférieur ou très bas, couvrant le col. Dans ces placentas couvrant le col, il n'y a pas trace de sang jusqu'au début de la dilatation ; de suite, il est vrai, l'hémorrhagie peut être grave, foudroyante. Il faut se méfier de cette forme redoutable, parce que l'hémorrhagie est parfois terrible du premier coup, et que le moindre attouchement, la moindre tentative de dilatation est susceptible d'amener une perte sanguine effrayante.

Le danger du placenta prévia, c'est l'hémorrhagie et..... autre chose. Dubois disait : qu'on enlève l'éclampsie et l'hémorrhagie du placenta prévia, et les accoucheurs auront beaucoup

moins d'inquiétudes. Nous ne parlons plus de même. Dans le placenta prévia, la femme peut mourir de perte sanguine. Elle peut mourir aussi autrement : d'infection, infection grave, à allure spéciale, de phlébite. C'est chez les femmes à placenta prévia que l'on observe surtout la forme embolique de la phlébite, les endo-cardites infectieuses. Dans les cas où le placenta s'insère bas, quand il y a eu hémorrhagie, les chances d'infection s'accroissent, les caillots sanguins qui séjournent dans le col s'infectant facilement. Vous voyez poindre mon état d'esprit. Quand le placenta est bas situé, il ne faut pas laisser l'hémorrhagie continuer, car l'intervention évite les dangers de la perte sanguine et ceux de l'infection. On a donc bien fait ici de terminer vite l'accouchement.

A-t-on eu raison d'adopter la voie basse au lieu de la césarienne. J'ai pratiqué, dans des cas d'hémorrhagies par placenta prévia, des césariennes conservatrices. S'il y avait infection, la césarienne conservatrice ne suffirait pas et l'intervention par voie haute devrait être plus importante, plus grave. Les membranes, chez cette femme, étaient rompues et le col dilatable. On ne prend la voie haute que si le col ne paraît pas pouvoir être dilaté. On a choisi le ballon de Champetier, on a amorcé la dilatation par des tractions et on a bien fait. C'est là un moyen terme entre la dilatation brutale, dangereuse dans le placenta prévia, et la dilatation lente. Le ballon Champetier a une indication majeure : le placenta prévia, qui est son triomphe. On a donc tiré et après un quart d'heure on s'est arrêté. Très bonne méthode, ces petites attentes réussissant souvent, en obstétrique, à arranger des choses qui semblent résister. Il faut savoir patienter. Ici, après une demi-heure d'attente, la dilatation s'était achevée spontanément et le ballon vint aisément.

J'arrive à un dernier point, le plus intéressant de cette observation. Voilà une femme qui entre, en travail, à la clinique, ayant perdu du sang, mais n'étant pas en danger de mort. On l'accouche, on la délivre, et tout de suite se produit un état syncopal grave, très grave. Il n'y avait pas eu d'hémorrhagie nouvelle. Il ne s'agissait pas d'anémie suraiguë. Etait-ce du shock ? Je le veux bien ; c'est un mot commode. On confond sous ce terme des accidents d'infection, d'intoxication (chloroforme), etc. Il y a des phénomènes de « shock » qui ne s'accommodent ni de l'infection, ni de l'intoxication, ni de la résorption d'albumine hétérogène ou d'autre idée pathogénique analogue. En voici un exemple :

Un jour, j'étais avec M. Bonnaire à la Maternité, quand une garde accourt vers nous et nous dit qu'une femme se meurt. Nous arrivons près de cette femme : elle était pâle, d'une pâleur de cire ; sa voix était sourde, éteinte, comme devait l'être la voix de la malade devant laquelle Depaul disait en la regardant : « Elle est morte » et qui lui répondit.... « pas encore, monsieur ! » La femme était accouchée sans incident, l'utérus était globuleux, sans perte de sang. Je fis apporter des draps que je plaçai sur le ventre et j'appuyai. La femme revint à elle. Je cessai d'appuyer, elle reperdit connaissance. Je repris les pressions et à la longue tout se calma. Il n'y avait pas d'anémie aiguë ; d'ailleurs, la figure était redevenue rose 6 heures après. C'était du shock.

Autre exemple. Nous avons eu à la clinique, il y a peu de jours encore, une femme chez laquelle on dut pratiquer une symphyséotomie. La perte de sang avait été très modérée. Le lendemain, son état était bon. A 11 heures, on la détamponne. Aussitôt après, elle pâlit, sans perdre de sang. On fait la transfusion et elle meurt. Je ne m'adresserai pas à la transfusion dans un cas de ce genre, mais c'est une intervention logique, devant cette menace de mort.

Je pourrais citer d'autres cas analogues. Voici une cardiaque. Pendant la grossesse, le cœur n'a présenté rien de particulier. Elle accouche, mettez avec quelques efforts, si vous voulez. La délivrance se fait 20 minutes après. Brusquement, sans perte sanguine, elle meurt. Qu'est-ce cela ; de l'anémie ? Non, évidemment. C'est quelque chose de spécial, particulier à certaines femmes, aux cardiaques, aux femmes qui ont saigné. De quoi s'agit-il exactement, je ne saurais le dire. Je penserai volontiers qu'un mauvais état des capsules surrénales intervient, que l'hypotension consécutive a sa part dans ce processus mal défini. L'accouchement joue son rôle de la manière suivante : l'utérus vidé, il se produit un afflux considérable du sang vers le ventre, une déplétion sanguine rapide qui, chez ces femmes, ou cardiaques, ou déjà touchées par des pertes de sang, déclanche le processus.

La compression du ventre (que j'ai faite chez la malade de la Maternité) intervient en corrigeant l'afflux abdominal du sang, en le réduisant, en refoulant le sang vers le cœur qui cesse de battre à vide. La position basse de la tête, l'injection d'eau salée sont bonnes également.

Vous voyez l'intérêt pratique considérable de ces observations, toute question de doctrine mise à part. Les praticiens avaient vu ces faits, qui furent niés. Certes, et heureusement, les cas de cette intensité et mortels sont rares. Beaucoup d'entre vous n'en rencontreront pas. Mais, à côté des formes graves, il y a les formes demi-graves, et les formes frustes, qui sont plus communes, et que vous verrez tous. Prêtez-y attention pour que la forme fruste ne devienne pas demi-grave ou grave. Ne négligez pas ces malaises lipothy-

POUR 4 RAISONS

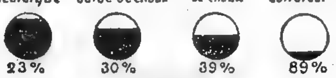
Le Phosphate Colloïdal du Dr. PINARD

POSOLOGIE

PHOSPHATE
- **Adultes** : 2 à 3 Cuillerées à bouche par jour avant les repas.
- **Enfants** : 2 à 3 Cuillerées à dessert ou à café selon l'âge.

TABLEAU COMPARATIF DU DEGRÉ D'ASSIMILATION
des Phosphates de Chaux Thérapeutiques.

Phosphate Tricalcique	Phosphate acide de chaux	Glycerophosphate de chaux	Phosphate gélatineux colloïdal
23 %	30 %	39 %	89 %



POSOLOGIE

PHOSPHARSYL
- **Adultes** : Une Cuillerée à bouche avant les deux grands repas 5 jours sur 8.
- **Enfants** : Une Cuillerée à dessert ou à café selon l'âge 5 jours sur 8.

Doit être préféré à **TOUS** les similaires :

1. Il est complètement **INSOLUBLE** et se présente à l'état **NAISSANT** dans un état extrême de division **(COLLOÏDAL).**

2. Il contient toute la **MATIÈRE ORGANIQUE DES OS** dont il est extrait (orientation vitale du professeur **ROBIN**) ainsi que leur **SILICE** et leurs **FLUORURES** qui retiennent la chaux.

3. Il est en suspension dans un liquide **NEUTRE** et **ISOTONIQUE.**

4. Il a une **ASSIMILATION MAXIMA.**

LE PHOSPHARSYL

est le même produit contenant 3 centigrammes de méthylarsinate de soude par cuillerée à bouche.

Laboratoires du Docteur PINARD, ANGOULÊME (Ch^te)

miques qui suivent parfois la délivrance, surtout dans les conditions spéciales dont j'ai parlé. Examinez comment bat le cœur et faites, s'il y a lieu, de la compression abdominale.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

A TRAVERS LA PRESSE

Presse française.

Ganglions de l'aisselle uniquement inflammatoires dans le cancer du sein.

Le pronostic de l'ablation du cancer du sein est lié, d'une façon générale, à l'état des ganglions de l'aisselle. D'où la nécessité pour le chirurgien, de procéder à un curetage soigneux et complet de cette région.

Or, il peut arriver que les ganglions axillaires, chez une malade atteint de cancer du sein, soient enflammés non spécifiquement et que le pronostic s'en trouve ainsi éclairci. Tel est le cas de la malade opérée par M. R. BONNEAU, qui découvrit chez elle, avec surprise, des ganglions inflammatoires non cancéreux (*Presse méd.*, 11 août 1920).

Ces faits sont cependant connus des anatomo-pathologistes qui les expliquent par une action des toxines cancéreuses résorbées, sur le tissu lymphoïde, devenu le siège d'une hyperplasie simple destinée probablement à produire la leucocythose qu'on a notée dans l'évolution du cancer.

La conséquence pratique de ces remarques est une extension des limites d'opérabilité des cancers, les adénopathies pouvant souvent être négligées, même si elles ne sont pas accessibles au couteau, en raison précisément de leur non spécificité.

L'extrait de pavot blanc succédané de l'extrait d'opium.

L'Académie de Médecine a été saisie d'une protestation de certains de ses membres contre les difficultés que la loi et le décret de 1916 sur les substances vénéneuses occasionnent aux malades qui ont à suivre une cure par les pilules mercurielles opiacées de Dupuytren.

Il n'est pas douteux que loi et décret demandent à être sérieusement amendés. L'intervention de l'Académie ne peut, à cet égard, qu'être heureuse. En attendant, MM. GOUGEROT et POMARET proposent de tourner l'obstacle en substituant l'extrait de pavot blanc à l'extrait d'opium, dans les préparations mercurielles opiacées.

L'extrait de pavot blanc serait de huit à dix fois moins riche en principes actifs. De là, la nécessité de l'employer à doses plus élevées. Voici quelques formules proposées par les auteurs :

1) Chlorure mercurique	1 cgr.
Ext. de pavots blancs	20 cgr.

pour une pilule.

2) Chlorure mercurique	1 cgr.
Ext. de pavots blancs	10 cgr.
Masse gommeuse	5 cgr.

pour une pilule molle.

3) Iodure mercureux	5 cgr.
Ext. de pavots blancs	10 cgr.
Masse gommeuse	5 cgr,

pour une pilule. (*Journ. des prat.*)

Traitement du rhume des foins par l'autosérothérapie.

Le rhume des foins, aussi bien que l'asthme des foins, qui en est une forme plus sévère, mériterait d'être considéré comme une manifestation de l'anaphylaxie. Aussi, M. FLANDRIN a-t-il été amené à les soigner par la méthode de l'autosérothérapie désensibilisatrice. (*L'Hôpital*, août 1920, A).

Cette méthode consiste à prélever le sang du malade en pleine crise, par une prise au pli du coude. Laisser la coagulation s'effectuer dans un endroit frais. Décanter le sérum et faire ensuite des injections hypodermiques espacées, d'après les symptômes présentés par le malade, et commençant à 3 ou 5 dixièmes de cmc., pour arriver à 1 ou 2 cmc au maximum.

Les résultats sont variables selon les sujets : quelques-uns ont été guéris après deux piqûres. D'autres ont réclamé une à trois injections par semaine pendant plusieurs semaines.

Les analgésiques entravent l'action du sérum, l'antipyrine en particulier.

A noter aussi que le sérum ne conserve pas longtemps ses propriétés ; d'où la nécessité de faire plusieurs prises de sang, si plusieurs piqûres sont utiles.

Enfin, l'immunité ne dépasserait pas l'année en cours. Mais si les accidents reparaissent, ils sont infiniment plus légers et sont très favorablement influencés par la reprise des injections de sérum.

Le vaccin et le séro-vaccin de Bruschettini dans la tuberculose pulmonaire.

M. St. CHAUVET relate les excellents effets qu'il a constatés chez plusieurs tuberculeux pulmonaires qu'il a traités par la méthode recalcifiante et le séro-vaccin de Bruschettini (*L'Hôpital*, août 1920, A).

Le séro-vaccin résulte du mélange de deux parties de vaccin avec une partie de sérum obtenu avec des chevaux immunisés.

Il est contenu en ampoules d'un cmc qu'on injecte normalement dans les muscles fessiers, à raison d'une première série de 20 injections pratiquées tous les trois ou quatre jours ; puis, tous les 4 ou 5 jours pour les dix injections ultérieures. Repos de dix jours.

Selon les résultats acquis, on utilise le séro-vaccin seul, ou alterné avec le vaccin curatif, ou encore, au troisième degré, le vaccin curatif alterné avec un vaccin antipyogène polyvalent.

« Sans prétendre aucunement qu'il s'agisse là « du sérum définitif de la tuberculose, il est indé- « niable que le séro-vaccin et le vaccin de Bruschettini sont susceptibles de rendre, dans un « certain nombre de cas, de signalés services « et qu'ils méritent d'être sérieusement étu- « diés. »

L'auteur ajoute que la difficulté de recourir à cette méthode tient aux obstacles dressés par la douane en face de ceux qui veulent se procurer à Gênes les produits en question.

Nous avons donné cet aperçu du travail de M. Chauvet pour répondre au désir de nombre de nos lecteurs qui nous demandent souvent s'il n'existe pas de sérums ou vaccins anti-tuberculeux.

La stase intestinale chronique.

Elle est d'origine fonctionnelle ou d'origine organique. Dans ce dernier cas, il s'agit d'un processus de péritonite adhésive amenant des coudures, des plicatures de l'intestin, sous forme de brides, d'adhérences, de rétractions, de placards membraneux, etc.

M. Hadges pense que ces processus inflammatoires doivent être souvent mis sur le compte de la syphilis (*Presse méd.*, 4 août 1920).

Ces lésions « sont de diagnostic difficile et elles « font la part des cas de péritonite de nature « inconnue. Elles évoluent sans qu'on en soup- « çonne l'origine et sans qu'on songe à en dé- « terminer la réalité. Elles s'accompagnent d'en- « téro-colite membraneuse et de colite glaireuse « et forment un sérieux appoint à la clientèle « habituelle de nos villes d'eaux spécialisées « de Vichy et de Châtel-Guyon. Les malades « trouvent dans la cure thermale une améliora- « tion à leur colite, une sédation à leurs douleurs « abdominales, une diminution momentanée « de la constipation et des accidents stercoré- « miques, d'une saison à une autre, et cela pen- « dant un grand nombre d'années. Ces malades « traînent une existence misérable jusqu'au « jour où, des accidents se produisant, la néces- « sité d'une intervention chirurgicale se précise. « Ils sont cependant très intéressants et peuvent « guérir pour un grand nombre dans nos villes « d'eaux. Ce sont des malades entachés d'héré- « do-syphilis ou de syphilis acquise dont les « localisations abdominales sont les véritables « facteurs de leur stase intestinale.

« En associant la médication arsenico-mercu- « rielle aux cures thermales, en les retenant un « peu plus longtemps dans nos villes d'eaux, on « peut s'attendre à des améliorations et même « à des guérisons. »

Presse anglaise.

Le sevrage au cas de grossesse ou de fièvre typhoïde légère.

La question du sevrage du nourrisson au cas de grossesse ou de fièvre typhoïde légère de la nourrice a été discutée à la réunion annuelle de l'*American medical association* et a fait l'objet d'un rapport de M. Mulherin (mai 1920). La conclusion suivante a été adoptée : lorsque la mère présente une nouvelle gestation, un sevrage lent et progressif est préférable. Dans la fièvre typhoïde légère, on peut continuer l'allaitement de l'enfant.

Le rôle des troubles intestinaux dans les psychoses.

Cotton, Draper et Lynch étudient (*Medical Record*, 1er mai 1920), au point de vue chirurgical surtout, le rôle des infections locales, des infections intestinales en particulier, dans les psychoses fonctionnelles. Les auteurs rappellent les bons effets qui suivent quelquefois, dans ces états morbides psychiques, le traitement des foyers locaux d'infection (dents, amygdales, col utérin, estomac). Les troubles intestinaux sont aussi très fréquents chez les déments. On trouve à leur base des lésions infectieuses de l'appendice, du côlon, de l'S iliaque, de la vésicule biliaire. Cotton, Draper et Lynch ont traité ces lésions par des moyens chirurgicaux, la résection de l'appendice, de la vésicule biliaire, du cœcum, d'une partie du côlon, etc. L'importance d'une thérapeutique convenable contre ces divers foyers locaux infectieux leur paraît grande puisque, en la mettant en œuvre, 310 cas de psychoses fonctionnelles sur 410 ont pu (disent-ils) quitter l'hôpital.

Le bain de paraffine liquéfiée.

M. Howard Humphris a fait au 88e Congrès annuel de la *British med. Assoc.* (1er juillet 1920) une communication sur l'emploi du bain de paraffine liquéfiée dans le traitement du rhumatisme chronique.

Le point de fusion de la paraffine-cire est de 120 degrés *Fahrenheit*. On peut obtenir ce résultat par un moyen de chauffage quelconque mais l'auteur se sert habituellement d'un dispositif électrique qui simplifie l'opération. Quoiqu'il

en soit, la paraffine ayant été mise dans une baignoire spéciale et liquéfiée par le passage d'un courant qui la chauffe à une température convenable, le patient plonge la partie malade (bras, jambe) dans le liquide paraffiné, et, au bout d'un temps variable, le membre traité est retiré du bain. Il apparaît alors rougi, moite, quelque peu recouvert d'enduit gras, dans de bonnes conditions pour être massé.

Le bain de paraffine liquéfiée aurait donné à l'auteur de très bons résultats dans la cure des affections chroniques d'ordre rhumatismal. Le peu de conductibilité de cette substance pour la chaleur jouerait un rôle dans l'action thérapeutique. L'inconvénient du bain en question est la difficulté de l'employer plusieurs fois, du moins pour des malades différents.

Rupture du vagin pendant le coït.

La rupture du vagin pendant le coït est un accident qui doit être infiniment rare. M. Daniel Twining en relate un exemple dans le *British med. Journal* (11 septembre 1920). L'auteur fut appelé une nuit à une heure du matin, auprès d'une femme de 30 ans, ayant eu déjà trois accouchements dont le dernier remontait à six semaines. Ce troisième accouchement s'était fait assez rapidement, sans intervention médicale, et les suites de couches n'avaient rien présenté de particulier. Quoiqu'il en soit, M. Twining trouva une femme pâle, accusant une soif vive, avec un pouls à 130, perdant du sang sans arrêt par la vulve. Le mari raconta qu'« après avoir fait ce que les gens mariés font ... » sa femme avait ressenti une vive douleur abdominale et avait commencé à saigner. L'hémorragie avait continué depuis. L'auteur pratiqua un tamponnement vaginal serré à la gaze, qui arrêta l'hémorragie et fit admettre la patiente à une l'hôpital. L'opération, pratiquée aussitôt, montra une déchirure du cul-de-sac vaginal postérieur et une forte torsion du col. La déchirure fut suturée, et le col remis en place. La malade guérit rapidement.

Traitement de la blennorrhagie aiguë chez la femme.

Le traitement recommandé par Bloch (*Amer. Journ. of medical sciences*, avril 1920) s'adresse à l'uréthrite et la métrite du col. Dans l'uréthrite gonococcique aiguë de la femme, l'auteur préconise, lorsque cela est possible, le repos absolu au lit sans intervention locale pendant la période d'acuité. Habituellement, il est vrai, les malades ne peuvent rester alitées et il faut recourir à une cure ambulatoire. Celle-ci aurait pour base l'administration du santal, d'une préparation calmante composée de bromure et d'hyoscyamine. Après deux à trois semaines, quand la sécrétion purulente uréthrale diminue, on fait un badigeonnage du canal de l'urèthre sur toute sa longueur avec une solution de nitrate d'argent à 5 p. 100. Contre la cervicite gonococcique aiguë, Bloch emploie les douches chaudes, avec du permanganate de potasse à 1p. 8000, douches répétées 4 ou 5 fois par jour pendant deux semaines, suivies alors d'une double cautérisation du canal cervical avec la solution de nitrate à 10 % et la teinture d'iode : les deux applications faites successivement amènent la formation d'iodure d'argent dans le canal du col. Ce traitement suffirait à guérir la métrite aiguë blennorrhagique du col, à condition que l'infection n'ait pas dépassé l'orifice interne.

Diagnostic des maladies du pancréas.

Dans une leçon clinique faite au London hospital (*in British med. Journal*, 3-4-1920) M. Archibald Garrot expose, dans ses grandes lignes, le diagnostic des maladies du pancréas.

Il n'est pas toujours facile, tant s'en faut, de reconnaître une altération du pancréas, organe profond, qui ne s'extériorise pas. Les signes des maladies du pancréas peuvent être divisés en trois groupes : signes physiques et symptômes ; déficience de la sécrétion externe ; déficience de la sécrétion interne.

Les symptômes accusés par les malades consistent en douleurs, vomissements (dans la pancréatite aiguë). La cyanose s'observe aussi dans les cas aigus. L'ictère n'est pas rare dans les cancers de la tête du pancréas comprimant les voies biliaires. L'examen peut révéler une tumeur, particulièrement chez les sujets à paroi abdominale mince ou au cours de l'anesthésie.

Cohn et Peiser ont appelé l'attention sur l'existence dans quelques affections pancréatiques de troubles oculaires d'ordre sympathique. Loewi a proposé, à ce point de vue, une épreuve spéciale, qui consiste à instiller dans l'œil deux ou trois gouttes d'une solution d'adrénaline à 1 p. 1000. Chez les sujets atteints de goître exophtalmique, de diabète (pancréatique), de lésions du pancréas, l'adrénaline déterminerait souvent, d'après Lœwi, de la mydriase.

Les troubles de la sécrétion externe, dans les maladies du pancréas, se traduisent par des phénomènes dyspeptiques, une mauvaise digestion, en particulier des hydrocarbones et des graisses. L'assimilation défectueuse des graisses entraîne de la stéatorrhée, la présence de corps huileux dans les fèces. On a basé sur ces altérations digestives diverses épreuves plus ou moins probantes (épreuves de Winternitz, de Sahli, etc.)

La déficience de la sécrétion glandulaire interne se rattache à la question de la glycosurie et du diabète pancréatique.

La variété des symptômes des maladies du

pancréas, leur absence de caractéristique, rend difficile, en général, le diagnostic, malgré les nombreuses épreuves proposées. C'est en réunissant les résultats de l'examen clinique et de ces épreuves que l'on pourra arriver à déceler une lésion du pancréas, et quelquefois à en préciser la nature (pancréatite aiguë, carcinome, kyste, pancréatite chronique, etc.)

P. L.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

L'auscultation pulmonaire combinée au frottement de la paroi thoracique.

(MM. Crouzon et Béhague. — *Société médicale des hôpitaux.*)

MM. Crouzon et Béhague emploient, avec avantage, disent-ils, une méthode d'auscultation pulmonaire combinée au frottement de la peau. Leur technique comporte l'usage du stéthoscope bi-auriculaire du modèle utilisé par les Anglais et les Américains. Le stéthoscope en question étant placé dans la région sous-claviculaire, par exemple, on peut explorer le sommet du poumon en auscultant le frottement déterminé par le passage de la pulpe de l'index sur la clavicule ou sur la première côte.

Le frottement ausculté paraît augmenté (ce que l'on apprécie en comparant avec le côté opposé) dans les condensations pulmonaires aiguës. Il semble diminué, au contraire, toutes les fois où il y a un épanchement liquide dans la plèvre. Les résultats cliniques de cette méthode restent, d'ailleurs, en grande partie à préciser.

Typho-bacillose avec érythème polymorphe et congestion pulmonaire.

(MM. Caussade et Doumer. — *Société méd. des hôpitaux.*)

La typho-bacillose de Landouzy a pour caractéristique d'être une infection de nature tuberculeuse à réaction générale intense, mais avec lésion locale très minime, consistant en quelques granulations, le plus souvent pleurales. Pour que le type anatomo-clinique de Landouzy existe, il suffit qu'il y ait un désaccord tranché entre l'état général et la lésion locale. Dans le cas rapporté par MM. Caussade et Doumer, l'altération locale (une congestion pulmonaire aiguë) a offert une importance plus grande que de coutume, et, d'autre part, elle s'est accompagnée d'érythème polymorphe.

Un nouveau cas parisien de spirochétose ictérigène.

(MM. Villaret, Bénard et Dumont. — *Société méd. des hôpitaux*).

M. Villaret relate une observation de spirochétose ictérigène qui doit être rangée dans les formes de transition entre les spirochétoses ictériques et les spirochétoses anictériques.

On sait que la spirochétose ictéro-hémorrhagique ne se manifeste pas toujours selon le cycle admis de l'ictère infectieux à recrudescence fébrile, mais qu'elle peut affecter des types variés. On a décrit (Garnier et Reilly) des formes légères offrant l'allure de l'ictère catarrhal et des formes à ictère transitoire ou sans ictère. Le cas de M. Villaret rentre dans cette dernière catégorie, ne s'étant accompagné que d'un ictère cutanéo-muqueux léger et fugace.

La malade travaillait et habitait dans la banlieue de Paris. On peut donc conclure que la spirochétose ictérigène n'a pas disparu avec la guerre et qu'il en persiste encore des cas, à Paris en particulier.

Un mode de début de la paralysie générale.

(M. Miralliè. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Miralliè attire l'attention sur une formule clinique qu'il a observée à plusieurs reprises comme mode de début de la paralysie générale. Elle consiste en une association de douleurs fulgurantes et d'exagération des réflexes. L'auteur a relevé l'existence de ce syndrome chez dix malades dont l'affection évolua ultérieurement dans le sens de la paralysie générale.

Chorée de Sydenham consécutive à une encéphalite.

(MM. Souques et Lacomme.—*Soc. méd. des hôpitaux*)

La question du rôle possible de l'encéphalite léthargique dans l'étiologie de certains cas de chorée de Sydenham a été posée déjà à plusieurs reprises dans les sociétés savantes. M. Souques vient d'observer une fillette de six ans et demi chez laquelle une chorée de Sydenham typique, apyrétique et bénigne, a éclaté un mois après le début d'une encéphalite léthargique nettement caractérisée. A son avis, il serait irrationnel d'admettre ici une pure coïncidence et une relation de causalité s'impose. Une infection peut produire la chorée vulgaire, pourvu qu'elle atteigne, dans certaines conditions, une région déterminée de l'encéphale.

Lésions du locus niger dans la paralysie agitante.

(MM. Souques et Trétiakoff. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Dans ces dernières années, on s'est attaché à fixer le siège des lésions de la paralysie agitante. Deux opinions ont été émises à ce sujet : l'une, celle de Ramsay Hunt (en 1917) localise la lésion dans le *globus pallidus* ; l'autre, celle de Trétiakoff (thèse de 1919) la place dans le *locus niger*.

MM. Souques et Trétiakoff apportent trois faits nouveaux, qui confirment l'existence de la localisation du *locus niger*.

La contagion dans l'encéphalite léthargique.

(M. Arnold Netter.—*Société médicale des hôpitaux.*)

Des exemples de contagion de l'encéphalite léthargique ont été cités de divers côtés, mais ils ne sont pas très nombreux. Depuis le mois de mars 1918, M. Netter a vu 174 sujets de tout âge atteints d'encéphalite. Sur ce nombre, 8 seulement ont été manifestement en rapport avec des individus qui ont, antérieurement ou ultérieurement, été frappés de la même maladie. La proportion est ainsi de 4,6 %. Cette proportion, d'ailleurs minime, est analogue à celle relevée par M. Netter pour les 400 cas de méningite cérébro-spinale qu'il a traités depuis 1909.

Ces chiffres amènent un certain rapprochement entre la méningite cérébro-spinale et l'encéphalite léthargique . Le rapprochement se poursuit quant au mécanisme probable de la contagion. Le contage, dans l'encéphalite comme dans la méningite cérébro-spinale est contenu dans la bouche et l'arrière-gorge et la pénétration se fait au niveau des fosses nasales, de leurs cavités accessoires, les sinus sphénoïdaux en particulier.

M. Netter rappelle, en les maintenant, les conclusions qu'il formulait, le 27 avril dernier, à l'Académie de médecine :

L'encéphalite léthargique, *disait-il*, est certainement contagieuse et son contage est vraisemblablement véhiculé par la salive. En raison de la persistance du virus dans les centres nerveux, on peut penser que le malade reste longtemps susceptible de transmettre son affection. Il y a, d'autre part, des raisons sérieuses d'admettre que les convalescents et les personnes atteintes de formes frustes, larvées, sont susceptibles de propager l'encéphalite.

Ces considérations,les unes avérées, les autres vraisemblables, impliquent qu'il faut chercher à connaître tous les cas établis ou simplement suspects d'encéphalite épidémique. L'entourage des malades devra être mis au courant de la possibilité de la contagion directe ou indirecte. On ne saurait, toutefois, dans l'état actuel de nos connaissances, imposer l'isolement des patients, isolement difficile,car on n'en connaît pas le terme, et parce qu'on outre la contagion demeure chose assez rare.

Résultats éloignés d'une suture du cœur (après dix ans).

(M. Proust. — *Société méd. des hopitaux.*)

M. Proust a pratiqué, en 1910, une suture du cœur chez un enfant de 13 ans qui venait de recevoir un coup de revolver dans la région précordiale. Après des accidents post-opératoires de péricardite, le malade quitta l'hôpital, guéri, au bout d'un mois.

Depuis, M. Proust a pu suivre son opéré dont l'état, très satisfaisant à la sortie de l'hôpital, s'est encore amélioré depuis. Le sujet,aujourd'hui âgé de 23 ans, a fait la guerre dans l'artillerie. Son état actuel est excellent. Le cœur, examiné à l'auscultation, à l'électro-cardiographie, apparaît normal ou très peu s'en faut.

Action du maté sur le chimisme gastrique.

(MM. Udaondo, Carulla et Gonalons. — *Réunion biologique de Buenos-Ayres.*)

Une grande partie de la population sud-américaine consomme tous les jours des matés. Pour préparer un « maté », on remplit de yerba-maté grossièrement pulvérisée une petite calebasse,on y verse de l'eau presque bouillante et on absorbe le liquide par un tuyau métallique (bombilla) dont l'extrémité inférieure a la forme d'une amande aplatie pourvue de nombreux trous. Beaucoup de consommateurs prennent de ces matés à jeun et en grand nombre.

MM. Bonorido Udaondo, Carulla et Gonalons ont étudié l'action de ces boissons sur le chimisme gastrique de personnes saines et de gastropathes. Ils ont vu que l'usage des matés à jeun augmentait la quantité d'HCl libre et l'acidité totale du suc gastrique chez les sujets dont l'estomac est normal. Les effets semblent tendre dans le même sens, mais sont beaucoup moins nets,chez les malades atteints d'affections des voies digestives.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

La syphilis nerveuse. Son traitement iodo-mercuriel par le lipogyre (1).

(*Suite*).

La pathogénie des localisations nerveuses de la syphilis est à l'ordre du jour. Il n'en saurait être autrement, les accidents cérébraux et médullaires restant,à notre époque, parmi les plus fréquentes, comme parmi les plus redoutables, des manifestations de la tertiarisation syphilitique. La guerre, par son surmenage, ses blessures, ses chocs émotifs, a été, à elle seule, une grande cause d'appel précoce des tréponèmes sur le cerveau et la moelle. Levaditi et Marie, par leur découverte récente des deux races de spirochètes, ont apporté une nouvelle donnée bactériologique qui nous fait comprendre bien des phénomènes déconcertants de l'évolution syphilitique, en particulier ces « accidents nerveux des syphilis traitées », signalés dans la thèse de Rameau (Paris, 1915), et ces constatations paradoxales de Brissaud et Marie : la paraplégie spasmodique empirant sous une mercurialisation intensive. Délogés des grandes voies d'accès du courant sanguin chargé de spécifiques, Hg ou

(1) Voir *Concours Médical*, 13 juin 1920.

arsenic, les spirochètes se réfugient, s'embusquent et se fortifient dans le tissu nerveux. Ils y soutiennent alors presque impunément les offensives médicamenteuses. Ainsi se trouve constitué un « repaire tenace, parfois inexpugnable, un centre de résistance qui tient tête au traitement et domine le pronostic » (BARTHÉLEMY, *Gazette des Hôpitaux*, 7 février 1920).

Lorsque, à la suite d'une médication d'assaut, la syphilis est entrée dans sa période de latence, en l'absence de tout signe clinique et même sanguin, il importe donc de se prémunir encore contre une localisation nerveuse toujours possible, par un traitement d'entretien dont la durée sera fonction des prédispositions individuelles et de l'apparence dermotropique ou neurotropique des manifestations antérieures. A quel médicament convient-il alors de s'adresser ? Les arsenicaux ne sont plus de mise, et une mercurialisation exclusive et prolongée risquerait d'être traumatisante pour le rein. Un composé iodo-mercuriel bien toléré, doué d'une affinité particulière pour les tissus gras et nerveux, tel que le réalise le lipogyre, trouve son indication formelle. On le prescrira à la dose de trois comprimés de 0 gr. 30 par jour, pendant des périodes de 15 ou 20 jours alternées avec des suspensions de durée plus ou moins longue, suivant l'ancienneté de l'affection. Si l'on avait affaire à une recrudescence de l'activité des tréponèmes, à des accidents imminents ou constitués, il ne faudrait pas craindre de prescrire des doses beaucoup plus fortes, 6 ou 7 comprimés de 0 gr. 30, ou bien, mieux encore, administrer le médicament par la voie hypodermique sous forme de solution huileuse : 1 cmc tous les 2 jours.

On verra alors s'atténuer ou disparaître, ainsi qu'en témoignent de nombreuses observations, des accidents ordinairement rebelles, tels que crises gastriques, hémiplégie, paraplégie, etc.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses.

Thèse de Montpellier.

Dr L. GLEIZE-RAMBAL. — **De la myorraphie antérieure des releveurs ou opération de Delanglade.** Montpellier, imprimerie Firmin et Montane, 1920.

Le nom d'*opération de Delanglade* doit être conservé à la myorraphie des faisceaux antérieurs des releveurs de l'anus dans le traitement des prolapsus génitaux.

C'est une intervention capable de refaire un plancher pelvien solide, qui trouve surtout son indication dans les cas de cystocèle, qui est, comme le reconnaissent la plupart des chirurgiens, la première étape des prolapsus.

Dr Maxime JARRY. — **Le traitement des kystes hydatiques du poumon.** Montpellier, imprimerie Firmin et Montane, 1920.

La marsupialisation est et restera toujours un excellent procédé parce que c'est le procédé de *sécurité*, il permet l'élimination éventuelle d'un fragment d'hydatide retenu, il rend moins redoutables les complications pulmonaires immédiates d'une infection éventuelle de la cavité après l'opération.

La méthode de suture primitive, permise dans des conditions d'installation et de stérilisation parfaites, présente des avantages sérieux : elle évite les dangers et les inconvénients de la fistule : infection secondaire possible et soins prolongés.

Il faudra discuter dans chaque cas et non d'une facon générale et théorique le choix du procédé opératoire. On tiendra compte de la possibilité pour le malade de se soumettre ou non à des soins prolongés et à des pansements d'une rigoureuse asepsie.

Quelle que soit la méthode à laquelle on ait recours, la *formolisation* doit être pratiquée. Elle n'est pas dangereuse, et elle offre une garantie sérieuse contre le danger de la *greffe hydatique secondaire*. On sera réservé quant à l'emploi des ponctions exploratrices. On devra *modérer la production du pneumothorax et protéger les tissus* incisés du contact avec les éléments parasitaires.

Dr Clovis LEVRAULT. — **La suette miliaire.** Montpellier, imprimerie « l'Abeille », coopérative ouvrière, 1920.

La suette miliaire paraît contagieuse dans certains cas ; dans d'autres, la contagion semble assez difficile à admettre. Elle ne sévit qu'à la campagne. Les femmes sont surtout atteintes ; les hommes le sont moins ; les enfants sont presque toujours épargnés ou font une forme rubéolique.

La suette semble transmissible par les campagnols.

Dr Louis GILIS. — **L'anatomie dans l'art. Réflexions inspirées par la renaissance vénitienne.** Montpellier, Coulet et fils, éditeurs,

Laboratoires pharmaceutiques DAUSSE —:— Fondés en 1834

EXTRAITS

de Bardane, Berberis, Cupressus, Osier rouge, Salicaire, Sauge, Seneçon, etc..

INTRAITS

de Colchique, Digitale, Gui, Marron, Valériane, Strophantus, etc..

SCLÉRAMINE

Iode organique injectable. Ampoules, Cachets et toutes prescriptions.

COLLOBIASES

d'Etain, Or bleu, Soufre, Sulfhydrargyre, Térébenthine, etc..

FONDANTS

de Condurango, Etain, Iodotannique, Levure de Bière, Mangano-Ferreux, Soufre, Salicaire, etc..

PAVÉRON

Opium injectable. Ampoules, Comprimés et toutes prescriptions.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : 4, rue Aubriot, PARIS (IVe).

ATOPHAN-CRUET

Produit Français — *Fabrication Française*



Rhumatismes articulaires

CACHETS de 0,50

3 à 8

par 24 heures.

GOUTTE

CACHETS de 0,50

3 à 8

par 24 heures

Littérature et échantillons . 13, rue des Minimes, PARIS

PARTIE PROFESSIONNELLE

L'EXERCICE DE LA PHARMACIE

Proposition de loi émanant d'une initiative privée [1].

Après avoir publié, commenté et critiqué le projet de loi Vincent, nous publions aujourd'hui, ainsi que nous l'avions annoncé, la deuxième proposition dont nous avons parlé et qui a été élaborée par une commission mixte composée de médecins et de pharmaciens.

Nous la commenterons et la critiquerons également, dans le prochain numéro du *Concours médical.*

Exposé des motifs.

Les diverses propositions de révision de la loi de Germinal sur l'exercice de la pharmacie n'ont guère eu pour but que d'étendre et de renforcer le privilège des pharmaciens.

Les exigences modernes nous paraissent pourtant avoir un caractère bien différent : les privilèges ont fait leur temps, et c'est vers la liberté commerciale qu'il convient de s'orienter pour le pharmacien comme pour les autres commerces ; la seule réserve qu'en l'espèce il soit possible de faire consiste dans la protection de la santé publique.

En dehors donc des mesures que cette protection peut nécessiter, c'est au droit commun et à la liberté qu'il convient de se reporter dans l'élaboration d'une proposition de loi nouvelle.

Sans doute, quelques protestations pourront s'élever au nom de tels ou tels intérêts particuliers, nous estimons qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte, convaincus que c'est encore dans la liberté la plus large que ces intérêts trouveront leurs satisfactions les plus légitimes.

I

Une loi sur la pharmacie doit comprendre tout d'abord la définition du médicament.

Des difficultés s'élèvent souvent sur la question de savoir si tel ou tel produit doit ou non être considéré comme un médicament, si sa préparation et sa vente constituent le délit d'exercice illégal de la pharmacie. Il est bon de préciser.

Nous ne considérons pas les eaux minérales naturelles comme pouvant être soumises au régime de la loi sur la pharmacie, mais il n'en est pas de même des préparations artificielles dont la composition se rapproche plus ou moins de celle de ces eaux, dans lesquelles des substances toxiques peuvent être introduites avec des chances d'erreur et par conséquent de danger.

De même les produits chimiques utilisés dans les arts ou l'industrie, vendus à doses massives, ne nous paraissent pas pouvoir être considérés comme des médicaments ; ils peuvent être assujettis à la réglementation spéciale aux poisons, mais ils échappent aux prescriptions d'une loi sur la pharmacie.

En dehors de ces deux catégories de produits, nous déclarons médicament toute substance simple ou composée servant au traitement de l'homme ou des animaux malades.

Toutefois certaines substances inoffensives peuvent être employées comme médicaments sans pour cela que leur préparation ou leur vente nécessitent des précautions spéciales ; exception sera donc encore faite en leur faveur et leur vente restera libre sans qu'il y ait inconvénient pour la santé publique.

Par contre, d'autres médicaments sont d'une manipulation dangereuse, ce sont les *poisons* ; leur délivrance sera soumise à des conditions plus rigoureuses, mais il suffit à la loi de stipuler cette rigueur et c'est à un Règlement d'Administration publique qu'il convient d'attribuer cette réglementation spéciale.

II

La question des médicaments tranchée, il faut examiner les conditions générales de l'exercice de la pharmacie.

L'État seul doit conférer le diplôme de pharmacien, comme c'est à lui seul qu'il appartient de régler les conditions dans lesquelles un pharmacien étranger peut être admis à exercer en France.

Ce point ne nous paraît pas discutable.

Depuis quelques années, les pharmaciens réclament *la liberté sous la garantie de leur diplôme*, — il faudrait s'entendre sur la nature et la valeur de cette garantie.

Le diplôme de pharmacien n'est et ne peut être que la consécration des études spéciales du pharmacien ; s'il constate son aptitude à préparer les médicaments et à les reconnaître, il ne saurait en aucune façon lui donner l'intuition de leurs indications, des doses auxquelles suivant

(1) Commission composée de médecins et de pharmaciens.

les cas ils doivent être administrés, des effets qu'ils peuvent produire.

Ces dernières connaissances sont exclusivement du domaine médical et seul le diplôme de médecin, de sage-femme, de dentiste ou de vétérinaire, légalement acquis, garantit le judicieux emploi des médicaments dans l'intérêt de la santé publique et couvre, à cet égard, la responsabilité de l'État.

Le diplôme de pharmacien offre toute garantie pour la préparation des médicaments ; il n'en présente aucune pour leur libre délivrance au public. Nous ne pouvons donc accepter la revendication des pharmaciens et leur accorder toute liberté dans la vente des médicaments.

Mais il n'est pas de règle qui ne soulève des exceptions et l'intérêt de la santé publique lui-même réclame ces exceptions.

Le pharmacien n'est pas toujours à portée du malade et celui-ci n'a pas non plus toujours à sa disposition serviteur, cheval, voiture, etc ... il faut donc prévoir les cas où médecins, sages-femmes, dentistes ou vétérinaires pourront eux-mêmes délivrer les médicaments.

La loi de Germinal et, après elle, les diverses propositions de révision n'ont jamais envisagé que la situation respective de l'officine et du Cabinet du médecin ; c'est là une erreur, et nous disons que c'est la distance séparant le domicile du malade de l'officine qui seule doit être prise en considération.

Les malades doivent, le plus souvent, recourir à un commissionnaire payé d'une façon ou d'une autre ; il serait antidémocratique au premier chef de leur imposer un dérangement trop onéreux pour se rendre à la pharmacie après un premier dérangement pour requérir celui qui seul, légalement, a le droit de prescrire. Une zone de 4 kilomètres autour de la pharmacie est suffisante pour la protéger, un rayon plus étendu serait vexatoire pour le public.

Les médecins, sages-femmes, dentistes et vétérinaires devront donc avoir le droit de délivrer des médicaments aux malades qu'ils visitent si ceux-ci habitent à plus de 4 kilomètres d'une officine, et aucune distinction ne sera faite selon qu'eux-mêmes habiteront une commune pourvue ou non pourvue d'officine.

Le cas ne sera pas le même pour la délivrance des médicaments dans leur cabinet ; la règle que nous avons admise exige que pour délivrer librement ces médicaments ils habitent eux-mêmes à 4 kilomètres d'une officine, sauf pour les opérations dans leur cabinet et les cas d'urgence.

Une exception en sens inverse s'impose également : pour nombre de médicaments, la production d'une ordonnance n'est pas indispensable et l'acheteur doit pouvoir à son gré se procurer ces médicaments sans être astreint à subir une consultation médicale dont il peut se passer.

Mais alors que les pharmaciens réclament le droit de fournir librement et sans ordonnance, sur la demande de l'acheteur, tous les médicaments, *excepté ceux qui sont nommément désignés sur une liste spéciale*, nous prétendons, nous, que l'intérêt public exige qu'ils ne puissent librement délivrer que *les médicaments qui figureront nommément sur cette liste.*

C'est le seul moyen d'empêcher les abus et la violation continuelle de la loi et aucune raison sérieuse ne peut être opposée à la rédaction que nous proposons. Si les pharmaciens sont de bonne foi dans leur revendication, ils doivent s'en contenter ; s'ils la repoussent, c'est qu'ils ont l'intention de créer une équivoque et de tourner la loi.

Les cas d'urgence feront d'ailleurs fléchir la rigueur de la règle générale.

La profession de pharmacien n'est plus du tout ce qu'elle était autrefois, alors que le pharmacien préparait lui-même tous ses médicaments : il était d'abord préparateur et accessoirement commerçant. Actuellement les termes sont renversés ; les pharmaciens ne préparent presque plus rien, ils achètent la plupart de leurs médicaments tout préparés dans de grands laboratoires où la préparation se fait d'ailleurs dans de meilleures conditions et plus économiquement, ils se bornent bien souvent à des confections extemporanées, qui n'ont pas même toujours le mérite d'être conformes au Codex ; ils sont surtout commerçants.

Il paraît dès lors inutile de soumettre les officines à des conditions de propriété qui n'ont plus de raison d'être, et il convient de rentrer dans les conditions de la liberté commerciale aussi large que possible. Il suffit que la gestion réelle, effective, soit entre les mains d'un pharmacien.

Mais les laboratoires de préparation, les pharmacies centrales, les fabriques de spécialités devront être soumis aux mêmes conditions que les officines ; tous ces établissements devront être gérés et dirigés par des pharmaciens.

En dehors de cette condition indispensable, pleine et entière liberté pour les particuliers, les établissements ou les associations, quels qu'ils soient.

La loi donne satisfaction à la sécurité publique, elle n'a pas à voir au-delà ni à créer de suspicion contre telle ou telle catégorie de citoyens.

Les pharmaciens devront faire une déclaration et faire enregistrer leur diplôme à la sous-préfecture et au greffe du Tribunal civil. C'est une mesure d'ordre analogue à celle qui est édictée pour les médecins.

Même faculté accordée aux étudiants pour les remplacements.

Les herboristeries n'ont plus de raison d'être elles n'ont aucune utilité et peuvent être ... nuisibles. Nous proposons de les supprimer par extinction.

Reste ce qu'on peut appeler la police de la pharmacie.

Il y a là peu à innover ; cependant nous demandons que la désignation des médicaments sur les étiquettes soit compréhensible et capable d'éviter des erreurs parfois dangereuses.

La désignation mentionnée au Codex dans certains cas, dans d'autres, l'indication du nom et de la dose des substances médicamenteuses, nous paraissent indispensables. Nous réservons d'ailleurs le cas du secret professionnel, s'il est nécessaire de le garder.

Nous exigeons aussi la date de la préparation, afin d'écarter les médicaments altérés et devenus soit inactifs soit dangereux.

Par contre, nous supprimons le registre *Copie d'ordonnances* qui n'a aucune utilité du moment que le registre des poisons est maintenu.

Nous prohibons les remèdes secrets et leur assimilons les médicaments dont l'ordonnance serait rédigée au moyen de signes ou d'expressions conventionnels.

Les spécialités pharmaceutiques dont le pharmacien détaillant ne peut vérifier la qualité ni le dosage, sont astreintes aux mêmes règles et porteront la signature du fabricant, celui-ci devant être seul responsable du médicament ainsi délivré.

L'exécution des ordonnances nous paraît devoir être réglementée mieux que par le passé : la substitution d'une substance à une autre, la modification des doses, sans le consentement du signataire de l'ordonnance, doivent constituer des délits.

Le renouvellement de l'exécution d'une ordonnance doit aussi être réglementé.

Enfin nous voulons soustraire le malade à la mauvaise volonté possible du pharmacien s'il refusait de délivrer les médicaments que le médecin croit devoir prescrire.

L'inspection annuelle des officines doit être maintenue, mais elle a besoin d'être quelque peu réformée pour être véritablement utile.

C'est le règlement d'administration publique qui sera chargé de cette réforme, mais la loi doit stipuler que les frais de l'inspection ne seront plus supportés par les officines.

C'est dans l'intérêt public que cette inspection doit être faite, c'est au budget général à en faire les frais.

La commission du Codex doit pareillement être maintenue et ses attributions définies.

Les annonces et réclames pharmaceutiques sont actuellement l'objet d'un abus intolérable auquel le législateur doit mettre un terme. Il est inadmissible que le public continue à être alléché par des promesses fatalement mensongères et qui frisent l'escroquerie.

Nous estimons que les professions connexes de médecin, pharmacien, sage-femme, dentiste et vétérinaire peuvent avoir des intérêts communs à défendre et nous leur accordons le droit de constituer des associations syndicales mixtes aux termes de la loi du 21 mars 1884.

Reste la question des pénalités.

Nous proposons de punir l'exercice illégal de la pharmacie d'une amende de 100 à 500 fr. ; nous ne voyons pas, en effet, pourquoi cet exercice illégal porterait des peines plus sévères que celui de la médecine.

C'est d'ailleurs à l'échelle des peines édictées par la loi du 1er décembre 1892 que nous nous reportons pour les diverses contraventions qui peuvent se produire.

Nous n'ajoutons qu'une seule pénalité spéciale visant le caractère commercial de la profession de pharmacien, celle qui réprime la fraude sur la marchandise vendue, et là nous nous reportous au droit commun.

Quant aux infractions spéciales aux prescriptions diverses de la loi, nous les englobons dans un seul et même article les punissant d'une amende de 16 à 1000 francs.

Tel est l'esprit dans lequel nous avons rédigé la proposition de loi qui suit et que nous soumettons à la commission.

Proposition de loi.

Article 1er.

Est réputée *médicament* toute substance simple ou composée, quelle que soit sa forme, servant au traitement de l'homme ou des animaux malades.

La fabrication et la vente des médicaments sont régies par la présente loi.

Article 2.

Ne sont pas considérés comme médicaments :

1° les eaux minérales naturelles ;

2° les produits chimiques utilisés dans l'industrie et les arts et vendus à des poids non médicinaux ;

3° les substances dont la vente aura été déclarée libre après avis de l'Académie de Médecine.

Article 3.

Sont réputées *poisons* les substances déclarées telles après avis de l'Académie de Médecine.

La vente des poisons est régie, en outre des prescriptions de la présente loi, par des mesures spéciales édictées dans un règlement d'administration publique.

Article 4.

Le diplôme d'État de pharmacien, délivré par le Gouvernement français à la suite d'examens subis

devant un établissement d'enseignement supérieur de pharmacie de l'État, donne seul droit :

1° de fabriquer et préparer les médicaments ;

2° de les vendre ou délivrer en gros ou en détail aux pharmaciens, médecins, sages-femmes, dentistes et vétérinaires ;

3° de les vendre ou délivrer au public, dans les officines, sur prescription écrite des médecins, sages-femmes, dentistes et vétérinaires régulièrement diplômés.

Un règlement d'Administration déterminera les conditions dans lesquelles un pharmacien étranger pourra être admis à exercer en France.

ARTICLE 5.

Toutefois et sans contrevenir à la présente loi, les médecins, sages-femmes, dentistes et vétérinaires peuvent délivrer des médicaments aux malades qu'ils visitent, si ces derniers habitent à plus de 4 kilomètres d'une officine.

Ils peuvent encore délivrer les médicaments dans leur cabinet s'ils habitent eux-mêmes à plus de 4 kilomètres d'une officine.

Enfin pour leurs opérations de cabinet ou pour satisfaire au cas d'urgence, ils peuvent délivrer librement les médicaments dont une liste aura été dressée par la Commission du Codex.

ARTICLE 6.

Les médecins, sages-femmes, dentistes et vétérinaires, visés à l'article précédent, ne peuvent tenir officine ouverte.

Ils sont, pour leurs dépôts de médicaments, soumis à toutes les obligations résultant pour les pharmaciens des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente.

ARTICLE 7.

De même et sans contrevenir aux dispositions de l'article 4, les pharmaciens peuvent délivrer à l'acheteur, sur sa demande, sans ordonnance et aussi souvent qu'il se présentera, les médicaments dont la liste sera établie par la Commission du Codex.

En dehors de cette exception, le pharmacien ne pourra délivrer un médicament sans ordonnance et sous sa propre inspiration que dans le cas d'urgence pour un accident ou une maladie nettement commençante. La répétition constituerait le délit d'exercice illégal de la médecine prévu par l'article 16 de la loi du 1er décembre 1892.

ARTICLE 8.

Toute officine, tout établissement destiné à la préparation et à la vente en gros ou en détail des médicaments doivent être effectivement dirigés et gérés par un ou plusieurs pharmaciens.

Est soumise à la même obligation toute association ayant pour objet l'exploitation d'une officine ou d'un établissement visé au paragraphe précédent.

Sont interdits au pharmacien toute profession, tout commerce qui, nécessitant sa présence hors de l'officine ou de l'établissement, empêcherait cette gestion d'être effective.

Pour la même raison un pharmacien ne peut gérer plusieurs officines.

ARTICLE 9.

Les pharmacies des hôpitaux, hospices, bureaux d'assistance ou autres établissements d'utilité publique, des sociétés de secours mutuels ou unions de sociétés de secours mutuels doivent parallèlement être gérées par un pharmacien.

Elles ne sont pas ouvertes au public et ne peuvent, sauf dans les cas d'urgence, délivrer des médicaments qu'aux malades de ces établissements ou membres participants de ces sociétés.

ARTICLE 10.

Tout pharmacien, avant de prendre la direction ou la gestion d'une officine ou d'un des établissements visés aux articles précédents, est tenu d'en faire la déclaration en faisant enregistrer, sans frais, son diplôme à la Préfecture du département ou à la sous-préfecture de l'arrondissement où il doit exercer, ainsi qu'au greffe du Tribunal civil du ressort duquel il relèvera.

ARTICLE 11.

Les internes en pharmncie des hôpitaux et hospices français, nommés au concours, et les étudiants en pharmacie dont la scolarité est terminée, peuvent sans avoir subi tous les examens, être autorisés à exercer la pharmacie, à titre de remplaçant d'un pharmacien.

Cette autorisation délivrée par le Préfet du département, est limitée à trois mois.

Elle est renouvelable sans toutefois que sa durée totale puisse excéder une année.

ARTICLE 12.

A partir de la cinquième année qui suivra la promulgation de la présente loi, il ne sera plus délivré de certificat d'herboriste.

A partir de cette même époque, les herboristeries seront fermées au décès de chaque titulaire ou bien à l'heure où celui-ci cessera l'exploitation personnelle de son commerce.

ARTICLE 13.

Toute officine, tout établissement destiné à la préparation ou à la vente en gros ou en détail des médicaments doit porter le nom du pharmacien qui en a la gestion.

Le nom de ce pharmacien et son adresse seront également portés sur les timbres, factures et étiquettes.

ARTICLE 14.

Tout médicament sortant d'une officine ou d'un des établissements visés à l'article précédent doit être revêtu d'une étiquette.

Cette étiquette portera :

Pour les médicaments simples, soit le nom scientifique, soit l'une des dénominations mentionnées au Codex ;

Pour les médicaments composés, soit l'une des désignations mentionnées au Codex, soit le nom et la dose de la ou des substances médicamenteuses qui entrent dans sa composition ;

Pour les médicaments préparés extemporanément sur ordonnance, soit le nom et la dose de la ou des substances médicamenteuses qui entrent dans sa composition, soit telle mention spéciale qui sera stipulée sur l'ordonnance.

Elle portera en outre la date de la préparation de ces médicaments et, s'il s'agit d'un médicament spécialisé qui ne peut être contrôlé par le pharmacien vendeur, la signature du pharmacien préparateur.

De plus, tout médicament destiné à l'usage externe sera revêtu d'une étiquette spéciale dont le modèle sera déterminé par le règlement d'administration publique prévu par la présente loi.

ARTICLE 15.

La préparation et la vente des remèdes secrets sont interdites.

Est assimilé au remède secret tout médicament dont l'ordonnance serait rédigée de manière à ne pouvoir être exécutée que dans telle ou telle officine à la faveur de signes ou d'expressions conventionnels.

ARTICLE 16.

L'exécution d'une ordonnance doit toujours être conforme au libellé de cette ordonnance : toute substitution d'une substance à une autre, toute modification de dose, sans le consentement du signataire de l'ordonnance, sont interdites.

Si le pharmacien le juge nécessaire, il pourra ajourner ou même refuser l'exécution d'une ordonnance, mais il devra s'abstenir de toute critique.

L'exécution d'une ordonnance ne pourra jamais être renouvelée si mention de cette fatulté n'est faite sur l'ordonnance elle-même par celui qui l'aurait signée.

ARTICLE 17.

Toute ordonnance exécutée dans une pharmacie sera rendue à l'acheteur après apposition du timbre de la pharmacie.

Si le pharmacien croit devoir conserver l'ordonnance, il devra en délivrer une copie certifiée conforme.

ARTICLE 18.

L'officine sera obligatoirement approvisionnée d'une façon habituelle des remèdes qui sont d'emploi général, notamment de ceux dont il est fait couramment usage par les médecins de la région.

Le pharmacien qui, faute de posséder dans son officine les médicaments prescrits, n'aurait pu, à plusieurs reprises, exécuter une ordonnance, ne serait pas admis à se prévaloir du bénéfice de l'article 4 de la présente loi et à poursuivre pour exercice illégal de la pharmacie les médecins, sages-femmes, dentistes ou vétérinaires qui auraient délivré le médicament.

ARTICLE 19.

Les pharmacies sont inspectées, chaque année, par une commission de trois membres comprenant obligatoirement au moins un médecin et un pharmacien et désignés, dans chaque département, par le préfet sur la proposition du conseil départemental d'hygiène.

Les conditions de cette inspection seront déterminées par le règlement d'administration publique prévu par la présente loi.

En aucun cas les frais de cette inspection ne pourront être supportés par les établissements sur lesquels elle s'exercera.

ARTICLE 20.

Une commission permanente, instituée près des ministres compétents, est chargée de publier, tous les dix ans au moins, une édition de la pharmacopée légale ou Codex et, tous les deux ans au moins, un fascicule complémentaire.

Le Codex est rédigé en langue française.

Tout pharmacien devra être pourvu de la plus récente édition du Codex et de ses compléments.

ARTICLE 21.

La commission du Codex établira :

1° La liste des médicaments à inscrire au Codex ainsi que leur formule et leurs modes de préparation ou d'essai, suivant les cas, afin d'assurer l'uniformité des produits dans toutes les officines ;

2° La liste des médicaments que les médecins, sages-femmes, dentistes et vétérinaires pourront délivrer en cas d'urgence ou utiliser pour leurs opérations de cabinet ;

3° La liste des médicaments que les pharmaciens pourront librement délivrer en exécution de l'art. 7.

ARTICLE 22.

Les annonces, réclames et attestations relatives à l'emploi, aux indications ou aux propriétés des médicaments appartiennent exclusivement à la librairie médicale et pharmaceutique, à tous les ouvrages revues et journaux qui la constituent.

Ces annonces réclames et attestations publiées ou effectuées en dehors de cette librairie constituent le délit d'exercice de la médecine.

ARTICLE 23.

A partir de la promulgation de la présente loi les professions connexes de pharmacien, médecin, sage-femme, dentiste et vétérinaire jouiront du droit de constituer des associations syndicales mixtes dans les termes de la loi du 21 mars 1884 pour la défense de leurs intérêts professionnels communs et notamment pour la poursuite, au nom de la sécurité de la santé publique, de l'exercice illégal de ces professions.

Les syndicats ainsi constitués pourront saisir les tribunaux par voie de citation directe donnée dans les termes de l'article 182 du code d'instruction criminelle, sans préjudice de la faculté de se porter, s'il y a lieu, partie civile dans toute poursuite de ces délits intentée par le ministère public.

ARTICLE 24.

Quiconque aura contrevenu aux prescriptions de l'article 4, en dehors des exceptions prévues à l'arcle 5 de la présente loi, sera puni d'une amende de 100 à 500 fr. et, en cas de récidive, d'une amende de 100 à 1000 fr., et d'un emprisonnement de six jours à six mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

ARTICLE 25.

Tout pharmacien qui n'aurait pas fait la déclaration prévue par l'article 10 de la présente loi sera puni d'une amendde de 10 à 200 fr.

ARTICLE 26.

La livraison des substances médicamenteuses, à quelque titre qu'elle soit faite, sera assimilée à la vente et sera soumise aux dispositions de l'article 423 du Code pénal et de la loi du 27 mars 1851.

En conséquence, seront punis des peines portées par l'article 423 du Code pénal et par la loi du 27 mars 1851 ceux qui auront trompé sur la nature des substances médicamenteuses livrées, ceux qui auront livré des substances médicamenteuses qu'ils sauront falsifiées ou corrompues et ceux qui auront trompé ou tenté de tromper sur la qualité des choses livrées.

ARTICLE 27.

Toutes autres infractions aux dispositions de la présente loi seront punies d'une amende de 16 à 1000 fr.

En cas de récidive, la peine est doublée.

ARTICLE 28.

En cas de poursuites judiciaires suivies d'une condamnation, les tribunaux pourront ordonner la fermeture de l'officine ouverte ou exploitée dans des conditions contraires aux dispositions de la présente loi.

Ils pourront ordonner l'exécution par provision de cette disposition, nonobstant opposition, appel ou recours en cassation.

ARTICLE 29.

La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la pharmacie peuvent être prononcées par les cours et les tribunaux accessoirement à la peine principale, contre tout pharmacien condamné :

1° A une peine afflictive ou infamante ;

2° A une peine correctionnelle prononcée pour faux, vol ou escroquerie, ainsi que pour les crimes et délits prévus par les articles 317, 331, 332, 334 et 335 du Code pénal ;

3° A une peine correctionnelle prononcée par une Cour d'assises pour les faits qualifiés crimes par la loi.

4° A une peine correctionnelle prononcée pour une infraction à l'article 26 de la présente loi.

En cas de condamnation prononcée à l'étranger pour un des crimes ou délits ci-dessus spécifiés, le coupable peut également, à la requête du ministère public, être frappé par les tribunaux français de la suspension temporaire ou de l'incapacité absolue de l'exercice de la profession.

Les aspirants ou aspirantes au titre de pharmacien, condamnés à l'une des peines énumérées aux paragraphes 1, 2 et 3 du présent article, antérieurement à leur inscription, peuvent être exclus des établissements d'enseignement supérieur.

La peine de l'exclusion sera prononcée dans les conditions prévues par la loi du 27 février 1880.

En aucun cas, les dispositions du présent article ne sont applicables aux pharmaciens frappés d'une peine quelconque pour crime ou délit politique.

Tout pharmacien qui continue à exercer sa profession malgré la peine de la suspension temporaire ou de l'incapacité absolue prononcée contre lui tombe sous le coup de l'article 24 de la présente loi.

ARTICLE 30.

Les tribunaux pourront, dans tous les cas, ordonner l'affichage du jugement prononçant une condamnation dans les lieux qu'ils désigneront et son insertion, intégrale ou par extrait dans les journaux qu'ils indiqueront le tout aux frais du condamné.

ARTICLE 31.

L'article 462 du Code pénal est applicable aux infractions prévues par la présente loi.

ARTICLE 32.

Dans l'année qui suivra la promulgation de la présente loi, il sera rendu un règlement d'administration publique pour déterminer les conditions de son exécution.

ARTICLE 33.

La présente loi est applicable à l'Algérie.

ARTICLE 34.

Sont et demeurent abrogés :

1° L'arrêt de règlement du Parlement de Paris du 22 juillet 1748 et tous arrêts, édits, déclarations et règlements qui y sont rappelés ;

2° La déclaration du Roi du 25 avril 1777 ;

3° La loi du 14 avril 1791 ;

4° La loi du 29 pluviose an XIII ;

5° Le décret du 25 prairial an XIII ;

6° La loi du 21 germinal an XI ;

7° Le décret du 18 août 1810 ;

8° L'ordonnance du 8 août 1816 ;

9° Le décret du 3 mai 1850 ;

10° Le décret du 23 mars 1859 qui cessera d'être en vigueur à la date du décret d'administration publique prévu par l'article 32.

11° Généralement les dispositions des lois, ordonnances et décrets antérieurs, dans ce qu'elles auraient de restrictif ou d'incompatible avec les prescriptions de la présente loi.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Encore et toujours l'encombrement.

Le *Concours* a bien voulu publier ma lettre « à propos de l'encombrement », et M. G. Duchesne faire quelques commentaires à son sujet.

J'ai le regret de constater que son argumentation pèche. Il n'indique aucune solution à l'encombrement, alors que j'en indique une, avec arguments à l'appui. Il est extraordinaire qu'un futur St-Cyrien, Normalien, Polytechnicien, etc., soit obligé de faire un an comme simple soldat, alors qu'un carabin ne fait pas ce service. Enfin, croit-on qu'un jeune étudiant dans une infirmerie militaire est bien indispensable ? Ceux qui y sont passés, vous diront, non, et ce sera la vérité.

M. Duchesne ne veut pas de volontariat. Il était cependant logique, et en le faisant disparaître, ont disparu aussi beaucoup d'officiers de réserve. Comme nous ne sommes pas les seuls sous la calotte des cieux, il est bon de regarder autour de soi. Voyez si les Boches ont supprimé le volontariat. Aussi avaient-ils et ont-ils peut-être encore un corps d'officiers de réserve avec lequel il a été nécessaire de compter. Enfin, M. Duchesne voit sans déplaisir les difficultés des études augmenter tous les jours. En théorie peut-être, car en pratique, quand on a un bon piston, les examens ne sont pas plus durs qu'autrefois. Les examinateurs se rendent compte que, même avec un travail intensif, il est impossible de demander aux candidats autre chose que les matières courantes et celles qui ont été décrites dans les divers cours.

Attendons le projet de M. Duchesne sans impatience et espérons qu'il apportera une solution pratique à la question.

GONTIER-LALANDE.

Réponse

Je me suis mal fait comprendre ; je le regrette et m'en excuse. Je n'ai jamais prétendu que je serais hostile au rétablissement du volontariat d'un an. J'ai fait mon service militaire, il y a bien longtemps, hélas ! — c'était en 1886 — sous ce régime, et je suis loin de méconnaître les avantages qu'il offrait, notamment pour le recrutement des cadres des réserves.

J'ai simplement émis l'opinion que, dans l'état actuel des mœurs et des *idées*, surtout en perspective d'une loi militaire qui abaissera vrai-

semblablement la durée du service actif aux environs d'un an, il ne fallait pas prévoir le rétablissement des engagements conditionnels.

Je suis aussi éloigné que mon éminent correspondant de réclamer un privilège d'état en faveur des étudiants en médecine. Mais je soutiens, – et c'est là l'opinion que j'annonçais dans la précédente réponse, que critique M. Gontier-Lalande, — que, tant qu'il y aura une armée, il faudra des médecins pour soigner les soldats malades et surveiller l'hygiène de la troupe, que la crise qui sévit actuellement sur la médecine militaire de carrière est un indice, — que cela déplaise ou non à ceux qui en sont partisans, — qu'elle est fortement menacée (voir l'article du Général Verreaux, dans l'*Œuvre* du 27 septembre dernier), — que, dans ces conditions, il paraissait logique, au premier chef, d'utiliser en partie les étudiants en médecine, à un certain degré de leur scolarité, et mieux, les jeunes docteurs en médecine, à contribuer à assurer le service sanitaire.

Maintenant, n'en faites, si vous le voulez, ni des officiers ni même des sous-officiers. Laissez-les dans la position d'hommes de troupe, comme leurs camarades, ayant même vie matérielle : je n'y vois aucun inconvénient, si vous estimez qu'il serait anti-démocratique de leur faire une situation privilégiée.

Pour en revenir à l'encombrement, M. Gontier-Lalande remarque que je n'ai apporté aucun remède à un mal qui sévit depuis plus de vingt ans. Cela prouve que je n'ai pas eu l'avantage d'être lu par M. Gontier-Lalande, dans tout ce que j'ai écrit sur cette question depuis 1899, année où le *Concours médical* l'avait mise à l'étude.

Des remèdes, j'en ai proposé plus d'un que mon enthousiasme et ma naïveté juvéniles m'avaient montré comme devant être particulièrement efficaces.

L'expérience, « fille du temps », m'a révélé que, contrairement à mes espérances, aucun de ces remèdes ne serait jamais accepté par l'autorité législative ou n'aurait, en tout état de cause, une puissance absolue de limitation. Ma naïveté d'antan a donc fait place à un scepticisme désabusé.

Et je n'ai plus la foi. Pour remédier à l'encombrement, je ne crois plus guère qu'à l'intensité et au développement d'une propagande qui s'exercerait de toutes les manières (conférences, tracts, brochures, etc.) et dans tous les milieux, (familles, établissements d'instruction, etc.), pour montrer aux jeunes gens que la médecine en est arrivée à ce point que, loin de nourrir son homme, elle le laisse volontiers végéter dans une situation souvent voisine de la misère, la misère en habit noir, la pire de toutes.

Toutefois, je ne me déclarerai réellement convaincu de la valeur de ce procédé que quand les médecins eux-mêmes renonceront délibérément à faire de leurs fils des médecins.

En ce qui me concerne, j'en puis parler avec quelque droit. J'en avais un que la guerre m'a tué. A dix-huit ans, il voulait « faire comme papa ».

Je m'y suis opposé fermement. Et s'il avait vécu, il serait devenu peut-être un commerçant, peut-être un industriel, peut-être un fonctionnaire, mais à coup sûr, pas un médecin.

Je livre mon douloureux exemple aux méditations de mes confrères.

G. Duchesne.

II

Projet de statuts modèles d'un Syndicat médical.

Répondant à votre invitation, je vous adresse mes observations au sujet de votre projet de révision des statuts-types d'un syndicat médical :

Article premier

1° Sous le bénéfice de la loi du 21 mars 1884 et du 12 mars 1920........	L'immense majorité des médecins ne la connaît pas. Il me paraît donc nécessaire d'en citer les passages essentiels, dans le texte même de cet art. premier, plutôt qu'en note au bas de la page.
2° Des art. 1134 et suivants................	Même observation.

Art. VI

2° Interdiction de tous actes de concurrence illicite par voie d'intrigue, de sollicitation de clientèle	Ajouter, après le mot clientèle : Consultations à jours fixes à la résidence d'un confrère voisin, exception faite pour les spécialistes.
3° Concours spontané au co-syndiqué menacé ou lésé.	Ajouter : 4° Application loyale des tarifs établis ou adoptés par le Syndicat.

Art. VII

3° .... l'amende de 20 fr. à 1.000 fr.	Je propose : L'amende de 20 fr. à 100 fr., le chiffre de 1.000 fr. me semble devoir effrayer certains confrères.

ART. VIII

2e et 3e alinéas. — Seraient mieux placés au commencement de l'art. premier, titre II, du règlement intérieur. Donc à supprimer ici.

ART. XI

Seront seuls dispensés de l'amende... les cas de maladie........ — Je ne me figure pas bien des cas de maladie dispensés de l'amende. Plus correcte serait la rédaction suivante :

Dispenseront seuls de l'amende... les cas de maladie...

FONDS SOCIAL.

(ajouter en titre sur la même ligne : dissolution)

ART. XIV

ART. PREMIER. — En cas de dissolution, qui ne peut être prononcée.... l'avoir de la société .... — Ceci serait beaucoup plus net.

La dissolution ne peut être prononcée.........

Dans ce cas, l'avoir de la société..............

RÈGLEMENT INTÉRIEUR.

TITRE II
ART. PREMIER. — Inscrire ici les 2 alinéas supprimés à l'art. VIII comme dit plus haut.

TITRE IV
ART. PREMIER.

Toute installation d'un nouveau confrère dans la zone du syndicat sera etc.................. — Ajouter : immédiatement.

Le Syndic de la région recevra alors mandat de visiter............ ... — Ajouter : aussitôt que possible.

Dans le 2e alinéa, le nouveau confrère sera traité par ses rivaux.... — Le mot rivaux me choque, et d'autant plus qu'il n'y a pas de rivalité avec un confrère qui n'est pas hostile, il y a ou du moins, il doit y avoir simplement concurrence loyale. Je propose donc la réadction suivante :

Le nouveau praticien sera traité par ses confrères...

ART. IV

....
....
....
....
afin qu'il y soit fait application des sanctions prévues à l'art. VII des statuts. — Je ne comprends pas du tout le sens de cette phrase, car je ne vois pas du tout comment le Conseil de famille peut appliquer les sanctions prévues à l'art. VII, à des médecins qui ne font pas partie du syndicat.

Puisque vous rédigez un projet nouveau de statuts-types d'un syndicat, ne croiriez-vous pas bon, également, de rédiger un projet nouveau de code déontologique. Il y a sans doute des codes déontologiques. Mais sont-ils bien complets ? sont-ils au point. Un code nouveau rédigé par le *Concours* rendrait les plus grands services, car il aurait une très grande autorité. Je vous soumets cette idée.

A mon avis, ce code déontologique devrait être annexé aux statuts-types du syndicat, à la suite du règlement intérieur.

Dr HAQUIN,
Dinan.

Réponse.

Merci beaucoup de vos observations : cent fois sur le métier, nous devons remettre notre ouvrage et nous sommes très heureux, lorsque nos lecteurs veulent bien collaborer, avec nous, à l'œuvre commune.

Art. 1. — Nous ne pouvons pas reproduire ici les articles de lois et du Code : les abonnés du *Concours* qui reçoivent l'Agenda y trouvent ces articles à la rubrique : « articles des Codes intéressant la profession médicale » (édition 1920, pages 120 et suivantes). La loi du 21 mars 1884 est à la page 71.

ART. VI : 2° les consultations à jours fixes en dehors de la résidence du médecin sont interdites par la plupart des syndicats, mais pas partout. C'est plutôt une question de règlement intérieur.

3° Cette addition que vous proposez est sous-entendue, puisque le syndiqué s'interdit tout avilissement des honoraires et s'astreint à respecter les décisions, votées en assemblée générale.

ART. VII. — L'amende n'est pas faite pour effrayer les honnêtes confrères, ceux qui savent que ces pénalités ne seront jamais encourues par eux. D'ailleurs nous ne proposons qu'un modèle de statuts, servant de guide et ne s'imposant pas ne varietur.

ART. VIII. — Il vaut mieux conserver ici, dans les statuts, cette rédaction concernant le conseil de famille, pour la consacrer par plus d'autorité : elle est ainsi inscrite dans la charte même du groupe.

ART. IX . — Très juste, de même pour l'article XIV, j'approuve également votre rédaction

Service Vaccinal du « Concours Médical »

fonctionnant sous le contrôle de l'État

Petit tube de pulpe pour 5 vaccinations.....	1 fr. 50
Grand tube pour plus de 15 vaccinations......	3 fr.
Lancette spéciale toute nickelée.	6 fr.
Vaccinostyles plats ou cannelés, la boîte (carton) de 100.	12 fr.
Vaccinostyles plats ou cannelés, les 20.....	3 fr.
Petit porte-vaccinostyle en acier trempé, les 10..	2 fr.

PORT : 0 fr. 25

Adresser les commandes avec le montant en *un mandat*, **plus 0 fr. 25** pour l'envoi, à Monsieur C. BOULANGER, administrateur du *Concours Médical* 132, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien*, édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50......	5 fr. »
Le 100.....	8 fr. »
Les 500.....	35 fr. »
Les 1000...	60 fr. »

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, 132, *faubourg St-Denis. Paris.*

pour le titre IV du règlement intérieur. Quant à l'article 4 du titre IV, autant le supprimer, puisque les infractions, commises par un syndiqué, sont passibles du Conseil de famille et que celles commises par un non syndiqué ne peuvent entraîner qu'une mise à l'index.

La rédaction d'un Code de Déontologie a déjà été l'objet d'un prix de 500 fr., institué par le *Concours médical*, en 1894, ainsi que par le *Lyon médical* en 1897. Après le Congrès de Déontologie, en 1900, une tentative de codification a été faite par une commission, dont le rapporteur fut le Dr Lereboullet. Enfin, des travaux très intéressants ont été faits, témoin le Code du Syndicat de Toulouse.

Aucune rédaction n'a donné satisfaction, car le Droit médical est coutumier et ne saurait se cristalliser dans des formules précises : la vie professionnelle est trop variable, selon les régions, les époques, les individus, voire même avec chaque cas particulier. Aussi, le véritable Code consiste dans une fréquentation étroite des médecins exerçant dans les mêmes régions pour qu'ils puissent concilier les difficultés journalières par de franches et loyales discussions.

Dr Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Réunion du Conseil d'Administration

28 *septembre* 1920

Présents : Messieurs Mauraf, *président* ; Vimont ; Mignon ; Gassot ; Pamart ; Noir ; Duchesne ; de la Rochefordière et Boudin , *secrétaire*.

M. Mignon, secrétaire général, dit que M. Gassot, trésorier, d'abord, et lui-même ensuite, ont commencé dans le *Concours médical* la publication d'une série de lettres répondant, d'une part, à des demandes de renseignements particulières et, d'autre part, remplissant le rôle d'articles de propagande.

Il a rappelé en outre aux membres de MA qui sont encore en retard pour le versement de leurs cotisations qu'ils n'ont plus que trois mois pour se mettre en règle, la radiation devant être prononcée au 31 décembre prochain.

Au nom de la commission spéciale désignée dans la dernière séance, M. Mignon donne lecture d'un rapport concluant à la création d'une combinaison nouvelle donnant une indemnité journalière de 20 fr. et une indemnité chronique mensuelle de 200 fr. (1).

Le Conseil adopte la proposition de la Commission et décide qu'elle sera soumise à l'acceptation de l'Assemblée générale prochaine.

Indemnités maladie.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

31	CALMELS	Aveyron	3 mois	300 »
32	LAURENT	Seine-Inférieure	3 mois	300 »
75	CRÉPEL	Paris	22 jours	220 »
80	PARDOUX	Paris	3 mois	300 »
100	COQUERET	Aube	3 mois	300 »
106	ROGER	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
130	MÉJASSON	Charente-Inférieure	55 jours	550 »
142	DUCLAUX	Loire-Inférieure	3 mois	300 »
154	POIRSON	Jura	52 jours	520 »
171	LAGUENS	Gironde	3 mois	300 »
173	GAUCHERAND	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
176	VOYER	Loire-Inférieure	Cure thermale	100 »
186	COLLINET	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
206	PUITG	Pyrénées-Orientales	3 mois	300 »
255	DEMMLER	Oise	3 mois	300 »
272	MICHON	Rhône	21 jours	210 »
297	FABRE	Aveyron	18 jours	180 »
311	ROUVIER	Isère	3 mois	300 »
		A reporter		5.380 »

(1) Ce rapport a été publié dans le n° du 22 août 1920 du *Concours Médical*.

		Report		5.380 »
348	MILTAS	Creuse	Cure thermale	100 »
356	LOP	Bouches-du-Rhône	28 jours	280 »
357	MATHIEU	Seine	3 mois	300 »
400	LABLANCHERIE	Indre-et-Loire	23 jours	230 »
429	SIGUAN	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
495	SALDUCCI	Bouches-du-Rhône	55 jours	550 »
504	DELUCQ	Gers	3 mois	300 »
515	HAMEL	Manche	13 jours	130 »
535	CUNNAC	Tarn	3 mois	300 »
549	TERRIEN	Loire-Inférieure	3 mois	300 »
590	LAISNÉ	Indre	6 mois	600 »
592	LECOQ	Nord	15 jours chr	50 »
611	MOREL	Savoie	3 mois	300 »
700	REY	Haute-Garonne	49 jours + 1 mois et 15 jours chr.	640 »
770	CAUDRON	Paris	3 mois	300 »
837	BÉCOURT	Nord	3 mois	300 »
840	MONESTIÉ	Tarn	Cure thermale	100 »
844	WILLEMETZ	Pas-de-Calais	20 jours	200 »
849	ROQUES	Gard	3 mois et 21 jours chr	366 95
861	LAUGIER	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
878	SALLÉ	Somme	3 mois	300 »
880	SEYTRE	Alpes-Maritimes	30 jours	300 »
893	SOULEYRE	Oran	3 mois	300 »
900	DUCLOS	Loire-Inférieure	6 mois	600 »
918	CARTADE	Pyrénées-Orientales	Cure thermale	100 »
954	PAUMÈS	Haute-Garonne	3 mois	300 »
965	MITIFIOT	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
1001	CHENOUARD	Indre-et-Loire	4 jours	40 »
1130	VIRENQUE	Aveyron	12 jours	120 »
1171	ROURE	Aude	4 jours	40 »
1205	SECHEYRON	Haute-Garonne	3 mois	300 »
1232	LERT	Paris	45 jours	450 »
1259	RILHAC	Aube	3 mois	300 »
1308	LAUNAY	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1357	BACQUE	Haute-Vienne	32 jours	320 »
1363	BERNARD	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1385	LANDRY	Deux-Sèvres	3 mois	300 »
1405	HÉMERY	Pas-de-Calais	60 jours + 8 mois et 5 jours chr.	1415 65
1515	PECKER	Seine-et-Oise	39 jours	390 »
1573	LECOUILLARD	Manche	un mois et 27 jours chr	189 90
1581	CAUSSE	Aveyron	60 j. + 13 j. chr + cure thermale	743 30
1613	MICOLIER	Loire	7 jours	70 »
1630	LELOUP	Seine-et-Oise	7 jours	70 »
1724	SOUCHON	Isère	Cure thermale	100 »
1744	MATHIEU	Haute-Marne	30 jours	300 »
1749	BRIFFAULT	Vosges	16 jours	160 »
1756	Mme MONIER	Gard	3 mois	300 »
1769	CHARLIN	Doubs	13 jours	130 »
1793	CONTE	Aude	28 jours chr	93 25
1853	CATTIN	Morbihan	34 jours	340 »
1957	COLARD	Doubs	23 jours	230 »
1967	GUILLARD	Ille-et-Vilaine	38 jours	380 »
			Total	20.639 05

Combinaison R.

Le Conseil ordonnance le remboursement à Mme Veuve Defos d'une somme de 2425 fr. représentant le total des cotisations contre-assurées versées par son mari.

Combinaison V.

Le Conseil alloue la somme de 150 fr. pour leur pension du 3e trimestre 1920 à Mesdames Lepage et Beauxis-Lagrave. Cette somme leur sera versée sur la production d'un certificat de vie au 30 septembre 1920.

Admission.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce les admissions suivantes :

Combinaison MA.

MM. les Docteurs :
Malouvier, de la Rivière St-Sauveur (Calvados)
de Lafont, de Mouliherne (Maine-et-Loire)
Boudey, de Miélan (Gers)
Bailly-Salin, de Sens (Yonne)
Bousrez, de Beulay (Vosges)
Deumié, de St-Étienne (Loire)
Gorce, de Grenade-sur-Adour (Landes)
Para, de Chabottes (Hautes-Alpes)

Combinaison R.

MM. les docteurs :
Spiral, de Montmédy (Meuse)
Renault, d'Alençon (Orne)

Combinaison R.

Mme Renault, d'Alençon (Orne)

Le Conseil fixe au mardi 19 octobre la réunion préparatoire à l'Assemblée Générale annuelle.

Les Contrôleurs des Comptes se réuniront la veille, lundi 18 octobre, à 3 heures, au siège social.

L'Assemblée générale annuelle est fixée au dimanche 21 novembre, à deux heures, au restaurant Marguery.

Le Conseil décide l'envoi d'une convocation spéciale à tous les sociétaires qui ne sont pas abonnés au *Concours médical.*

Le Conseil reçoit communication de la correspondance, vote des allocations sur la Caisse de secours à plusieurs sociétaires en retard pour le paiement de leurs cotisations et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire, P. Boudin. — *Le Président,* A. Maurat.

Le Conseil rappelle aux membres de la Mutualité Familiale que dorénavant, il leur est alloué une indemnité de vingt francs pour l'examen des nouveaux adhérents, même lorsque ceux-ci ne sont pas admis par le Conseil d'Administration.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITES
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Rapport du trésorier sur l'exercice 1919.

Mes chers Confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier de la Caisse des Pensions de Retraites du Corps Médical français pour l'exercice 1919 :

Recettes de l'année 1919.

Cotisations	29.658
Intérêts	28.878 30
Divers	263 20
	58.799 50

Dépenses de l'année 1919.

Pensions	58.900
Remboursement de primes contre-assurées	13.112
Frais de gestion	712 75
	72.724 75

Comptes Profits et Pertes 1919.

Recettes	58.799 50
Excédent de dépenses	13.925 25
	72.724 75
Dépenses	72.724 75

Fonds social.

Le fonds social s'élevait au 31 décembre 1918 à	1.039.914 34
Excédent de dépenses	13.925 25
Fonds social au 31 décembre 1919	1.025.989 09
représenté par :	
En caisse	4 74
Crédit Lyonnais	7.196 13
Société Française des Reports	25.413 08
Portefeuille	993.375 14
	1.025.989 09

Portefeuille au 31 décembre 1919 (1)

2.805 fr. Rente 3 % amortissable	86.541 13
50 Obligations Est 3 % nouvelles	22.750
275 Obligations P.L.M. 3 % fus. anc.	127.762 51
253 Obligations Midi 3 % anciennes	114.137 13
73 Obligations Midi 3 % nouvelles	33.591 76
115 Obligations P. O. 3 % anciennes	49.253 11
50 Obligations P. O. 3 % nouvelles	22.462 60
14 Obligations Nord 3 % anciennes	5.866 70
200 Obligations Ouest 3 % nouvelles	87.416 74
121 Obligations Foncières 3 % 1883	48.884 50
496 Oblig. Banque Hypoth. 1880 3 %	292.262 68
64 Oblig. Banque Hypoth. 3 % 1881	29.446 28
Bons de la Défense Nationale	73.000
	993.375 14

Le Trésorier : Dr P. Lacroix.

(1) Ont été remboursés en 1919 : 15 fr. Rente 3 %, 3 oblig. P. L. M. fus. anc., 2 oblig. P. O. 3 % anc., 2 oblig. Ouest 3 % nouv., 2 oblig. Banque Hyp. 1881. 3 %.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations.

— La Société amicale des élèves et anciens élèves du Val-de-Grâce a résolu de faire inscrire dans le cloître du Val-de-Grâce les noms des officiers du corps et du service de santé de l'armée active victimes de la dernière guerre.

Pour mener à bien cette œuvre onéreuse, elle ouvre une souscription à laquelle M. le Ministre de la Guerre a bien voulu autoriser tous les militaires à prendre part.

Prière d'adresser les dons (et les plus modestes offrandes seront reçues avec reconnaissance) au Trésorier de la Société, Dr Fasquelle, 8, rue Ballu, Paris (9e).

(Communiqué.)

— L'Annuaire de la Société française de publicité médicale vient de paraître (1).

Il ne comporte pas seulement les listes des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, mais tous les renseignements, toutes les adresses utiles au monde médical : études sur les accidents du travail, actes de l'état-civil, aliénés, assistance aux femmes en couches, assistance médicale gratuite, assistance publique, etc. ; les listes des thèses soutenues devant les Facultés françaises depuis 1914, des médecins sanitaires, des médecins spécialistes, etc.

Il met au point la question des diplômes d'Université et donne la liste des étrangers munis seulement de ce diplôme et dont certains, malgré les règlements, exercent en France ; la liste des spécialités pharmaceutiques ; la liste des stations thermales et climatiques de France, avec une étude sur chaque station, étude illustrée de photographies, les listes des fournisseurs des médecins, pharmaciens, dentistes, etc., etc.

— Hôpitaux de Rouen. — Le jeudi 25 novembre 1920, un concours aura lieu à l'hospice général, à 15 h. 30, pour la nomination d'un pharmacien des hôpitaux, sous la présidence de l'un des membres de la Commission administrative des hospices civils de Rouen.

Les épreuves se composeront :

1° De la reconnaissance de 20 plantes ou parties de plantes, fraîches ou sèches, choisies dans la matière médicale, et de 10 médicaments chimiques ou galéniques ;

2° D'une analyse microscopique, avec compte rendu écrit des résultats et procédés, ayant pour objet l'une ou plusieurs des opérations suivantes : *a*) recherche de falsifications (médicaments ou aliments) ; *b*) examen de médicaments urinaires ; *c*) recherche de microbes pathogènes ;

3° D'une composition écrite sur trois questions ayant trait à la pharmacie, à la chimie et à la matière médicale ;

4e D'une leçon orale sur une question de pharmacie et une question de chimie ;

5° D'une analyse chimique, avec compte rendu écrit des résultats et procédés portant sur l'une des questions suivantes : *a*) mélange de produits chimiques ; *b*) médicaments ou matières alimentaires ; *c*) analyses médicales (urines, sang, etc.)

Les mêmes épreuves seront traitées par tous les concurrents.

Nul ne pourra être admis à concourir s'il n'est Français ou naturalisé Français, âgé de 45 ans au plus et pourvu du diplôme de pharmacien de 1re classe délivré par le Gouvernement français.

Les candidats devront :

1° Se faire inscrire au Secrétariat des hospices civils de Rouen, 1, rue de Germont (enclave de l'hospice général), vingt jours avant la date du concours, soit au plus tard le 4 novembre avant midi. Ce délai est de rigueur ;

2° Déposer : *a*) une demande portant engagement de se conformer aux règlements, faits ou à faire, des hôpitaux de Rouen, ainsi qu'aux dispositions législatives, instructions ou circulaires concernant la tenue des officines de pharmacie et la comptabilité matières des produits pharmaceutiques ; *b*) une expédition de leur acte de naissance ; *c*) une pièce établissant qu'ils sont Français ou naturalisés Français ; *d*) un certificat de bonnes vie et mœurs ; *e*) leur diplôme de pharmacien de 1re classe ; *f*) une nomenclature de leurs titres et travaux avec, si possible, un exemplaire des publications et, en outre, une notice indicative des fonctions ou professions qu'ils ont pu exercer depuis l'obtention de leur diplôme ; *g*) la justification qu'ils ont satisfait aux obligations de la loi militaire et, le cas échéant, leurs états de services.

Sur le vu de ces pièces, la Commission administrative statue sur l'admissibilité au concours. Sa décision est notifiée aux candidats.

Le concours est public.

(1) 49, rue Geoffroy-Saint-Hilaire, Paris V. Prix : Broché, 25 francs. Relié, 30 francs.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

tionné ayant commencé postérieurement à cette dernière date, il semble bien que vous n'avez pas le droit à cette médaille.

Mais pour avoir toute certitude, peut-être pourriez-vous poser la question au Général commandant le corps d'armée dont vous dépendez.

Commission chargée de l'examen des candidats à la Direction des Bureaux d'hygiène.

Vous m'obligeriez infiniment en me faisant connaître les noms des membres de la Commission d'hygiène qui est chargée d'examiner les titres des candidats aux postes de directeurs des bureaux municipaux d'hygiène.

Dr Y.

Réponse.

Voici la composition de cette commission pour l'année 1920.

Président : Le président du Conseil supérieur d'hygiène : M. le Dr Roux.

Membres : Les conseillers techniques sanitaires : Dr Renault, Dr Léon Bernard ; 4 médecins : Dr Thierry, Dr Hanriot, Dr Bordas, Dr Brouardel.

Un administrateur : Dr Faivre.

Un ingénieur ou architecte : Pr Gariel.

Un chimiste : M. Bonjean.

Ont été ajoutés à la commission à partir de 1908 : Le doyen de la Faculté de médecine : Pr Roger.

Le Directeur du Laboratoire du Conseil Supérieur : Pr Pouchet.

(Séance du 3 mars 1920).

Un recours en justice est-il possible contre un refus d'admission au Syndicat ?

Puis-je venir de nouveau recourir à votre extrême obligeance en vous demandant de répondre à la question suivante : si au sujet d'une candidature au syndicat le vote à scrutin secret aboutissait à un refus d'admission, le postulant évincé aurait-il un recours juridique contre notre syndicat ?

Dr M.

Réponse.

Les tribunaux ne peuvent connaître que de la stricte application des statuts d'un groupe ou d'une société. Si vos statuts prévoient un vote, pour l'admission ou le refus d'un nouveau membre, ce dernier, s'il n'est pas admis, ne peut que faire la preuve que le vote n'a pas eu lieu,

par exemple, ou que sa candidature n'a pas été présentée, etc, (ou toute autre raison).

Mais si la votation a été régulière et conforme aux règles statutaires, le candidat ne peut rien contre le groupe qui le refuse.

D'ailleurs le syndicat n'est pas obligatoire pour l'exercice de notre profession : nous pouvons nous grouper avec qui nous voulons et comme nous voulons, selon les lois de 1884 et de 1901.

Vous pouvez donc être tout à fait tranquille au sujet de la mauvaise humeur d'un candidat évincé.

Dr P. B.

A propos du Tarif Breton.

A peine si le nouveau tarif des accidents est paru, que déjà commencent les critiques. Il semble cependant que les médecins devraient s'en montrer satisfaits. La rémunération en est honnête et je déclare pour ma part que je la considère comme soutenant honorablement la comparaison avec les tarifs de la majorité des tarifs syndicaux.

Quand on aura vu comme moi un syndicat (Syndicat du Médoc) faire de la médecine au rabais par des abonnements de châteaux, des mutualistes gagnant de 15 à 25 fr. par jour, trouver à être soignés pour huit francs par an, on se déclarera satisfait de faire une consultation pour 7 fr. et un voyage pour 8, avec 2 fr. d'indemnité kilométrique.

Les âpres critiques du nouveau tarif ne sont pas justes et je crois, pour ma part, que le tarif Breton est supérieur au tarif Dubief et même à quelques tarifs syndicaux.

J'espère même que les Syndicats l'imposeront à leurs membres, afin de le faire appliquer aux mutualistes.

GONTIER-LALANDE.

Un officier de complément peut toujours donner sa démission.

J'ai reçu de M. le Directeur du S. de S. de la ne Région un ordre de mobilisation avec le titre d'aide-major de 2e classe. Or, étant du service auxiliaire, j'ai été nommé en novembre 1918 aide-major de 2e classe *à titre temporaire pour la durée de la guerre*. Je ne le suis donc plus, et me trouve en réalité revenu à mon ancien grade : médecin auxiliaire du service auxiliaire, puisque la guerre est finie.

Est-il régulier que je puisse être considéré comme aide-major, et recevoir comme tel un ordre de mobilisation ?

D'autres confrères sont dans mon cas et la réponse du *Concours* profitera à tous.

X.

Réponse.

Il faudrait vous assurer tout d'abord auprès de la Direction du service de santé si par hasard

votre nomination à titre temporaire n'aurait pas été transformée en titre définitif à votre insu.

En tout cas vous avez toujours le droit de remettre votre démission d'officier au Ministre de la Guerre, vous reprenez alors la situation militaire que vous aviez avant votre nomination.

Capacité civile d'un Syndicat.

1° Est-ce que, en vertu de la loi du 12 mars 1920 sur l'extension de la capacité civile des Syndicats professionnels, un Syndicat médical peut acquérir une maison, en faire une clinique d'accidents du travail et la gérer au nom de ses commettants ou sous son couvert.

2° Un syndicat médical peut-il faire de la publicité pour un ou plusieurs produits pharmaceutiques et mettre dans sa caisse la rémunération qu'il toucherait de ce fait du fabricant de ce produit, lequel serait toujours responsable de la qualité employée et en serait même le dépositaire exclusif ?

Dr D.

Réponse.

La jurisprudence n'a pas encore déterminé le sens exact qu'il faut attribuer aux termes de la loi du 12 mars 1920. L'article 5 spécifie d'une part que : « ils (les syndicats) peuvent créer, « administrer, ou subventionner des œuvres pro- « fessionnelles, telles que : institutions profes- « sionnelles de prévoyance, laboratoires, champs « d'expériences, œuvres d'éducation scientifi- « que, agricole ou sociale, cours et publications « intéressant la profession. »

Il s'ensuit que le syndicat a tous les droits conférés à l'individu.

Mais une restriction s'impose quant au partage des bénéfices et nous la trouvons quelques lignes plus bas, dans la lecture de ce même art. 5 : « ils peuvent, s'ils y sont autorisés par leurs « statuts, et à condition de ne pas distribuer de « bénéfices, même sous forme de ristournes à « leurs membres : 1° acheter, pour les louer, prê- « ter, ou répartir entre leurs membres, tous les « objets nécessaires à l'exercice de leur profes- « sion .... ».

2° « prêter leur entremise gratuite, pour la « vente des produits provenant exclusivement « du travail personnel, ou des exploitations des « syndiqués ; faciliter cette vente par exposi- « tions, annonces, publications, groupement de « commandes et d'expéditions, sans pouvoir « l'opérer sous leur nom et sous leur responsa- « bilité. »

Il s'ensuit, dans le cas particulier de vos deux questions, que le synditat médical peut fort bien être propriétaire, soit d'une clinique pour

tous malades, soit d'une clinique pour accidents du travail, soit exploiter une marque quelconque, mais sans pouvoir distribuer de dividendes aux syndiqués. Le syndicat ne pourrait donc qu'être propriétaire de l'immeuble, de l'installation, de l'instrumentation ; mais chaque syndiqué louerait sa place, son cabinet, la salle d'opérations, ou de pansement et exploiterait, pour lui seul, le bénéfice de son travail. Les bénéfices retirés par le syndicat devraient être versés dans la caisse commune, pour ne servir qu'aux œuvres d'intérêt général et collectif.

Quant à la question concernant l'exploitation d'une marque pharmaceutique, le syndicat ne peut avoir pas plus de droits qu'un médecin. Or, l'association entre médecin et pharmacien est formellement interdite par la jurisprudence. Le syndicat peut faire de la publicité, mais ne pourrait pas vendre un médicament, cette vente étant réservée aux seuls pharmaciens. A côté de la question publicité, pourrait surgir une question déontologique : jusqu'à quel point est-il licite, pour un médecin, d'avoir un intérêt indirect à la vente d'un médicament ? Cette question est trop ardue, trop complexe et trop délicate, pour que nous essayions de nous en faire les juges.

Dr P. B.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement du prurit généralisé.

Willan, Batteman, Hébra, etc., ont décrit et écrit tout ce qu'il y a à dire, sur le *Prurigo* affection caractérisée par le *prurit* et *l'éruption corollaire de papules, plates, pâles, roses, vite excoriées par* le grattage, au sommet desquelles persiste une croûte noirâtre de sang desséché. Classiquement, il existe un *prurigo symptomatique* ou vulgaire, et, un *prurigo idiopathique, dit de Hédra.* Si vous désirez être documenté sur les variétés de *prurigos*, lisez, Brocq, Unna, Berlioz, etc. Il y a en a des tas : *Prurigo mitis, formicans, ictérique, sénile, parasitaire.* C'est seulement du prurit que je veux parler, et dont, en quelques lignes, je désire vous indiquer un traitement souvent efficace.

A supposer qu'il n'y ait pas de sucre — *prurit diabétique* dont la guérison ou du moins l'atténuation est subordonnée au régime imposé en l'espèce — Voici le traitement du *prurit généralisé* :

Tête de pavot grosse n° 1, Faites bouillir, pendant 15 minutes, dans 450 cc. d'eau ; passez à l'étamine et ajoutez :

Chloral hydraté.................. 15 gr.
Borate de soude pulvérisé .... 10 gr.
Acétate de plomb .... 2 gr.
Sultate d'albumine............... 2 gr.

Sublimé corosif		0 gr. 50
Acide phénique		5 gr.
Alcool à 90°		20 gr.
Eau de laurier-cerise		500 gr.

Filtrez.

Et F. s. a. une lotion, que vous passerez, sur la peau, avec une éponge fine dite de toilette.

Laisser sécher.

Pour le jour, appliquer la poudre suivante :

Sous-nitrate de bismuth	}	ââ 5 gr.
Oxyde de zinc		
Menthol		
Amidon	}	ââ 15 gr.
Talc		
Camphre pulv.		10 gr.

F. s. a. poudre *porphyrisée* et *tamisée*.

Appliquer à la houppe.

Le soir, pour la nuit, enlever la poudre, se lotionner, se laisser sécher, s'oindre, légèrement, de la pommade suivante :

Hydrate de chloral	}	ââ 10 gr.
Goudron ou mieux ichtyol		
Soufre pulv. lavé		

Huile de chaulmoogra		25 gr.
Alun pulv.		2 gr.
Sublimé corrosif		1 gr.
Chlorhydrate de morphine		0 gr. 75
Vaseline	}	ââ 45 gr.
Lanoline		

F. s. a, pommade homogène.

En frictions très légères.

Régime : lacto-végétarien, pain grillé 125 gr. par jour ; boisson unique : tilleul. Interdits : bière, vin, café, liqueur, poisson, charcuterie, crustacés, conserves, épices, moutarde, vinaigre, légumes et fruits crus.

Dr GALAND (de Cambrai).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Un concours sur titres pour l'emploi *d'inspecteur départemental des services d'hygiène des Ardennes* aura lieu à Paris.

Les candidats devront être Français, âgés de trente ans au moins et de quarante-cinq ans au

plus au 31 décemmbre 1920 et pourvus du diplôme de docteur en médecine.

Les demandes tendant à prendre part à ce concours, établies sur papier timbré, devront être adressées à M. le préfet des Ardennes et accompagnées :

1º De l'acte de naissance du candidat ;

2º D'un certificat médical d'aptitude physique;

3º D'une copie certifiée conforme de son diplôme de docteur en médecine ;

4º D'un exposé des titres du candidat comprenant ses états de services et le résumé de ses travaux ;

5º D'un exemplaire de chacune de ses principales publications ;

6º De l'engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à ses fonctions, de ne prétendre en conséquence à aucune autre fonction ou mandat public.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 1er *novembre* 1920.

Le traitement annuel attaché à cette fonction est fixé à 15.000 fr. auxquels s'ajouteront des frais de déplacements (le crédit est prévu au budget départemental pour une somme de 6.000 fr.) et diverses indemnités.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Coryza.

Ah le sauvage ! ah le chameau
Il s'en prend à ma pituitaire !
Ah le maudit ! il exaspère
Mes nerfs et mon pauvre cerveau !

J'avais bien besoin de tant d'eau
Coulant de mon nez à la terre !...
Ma barbe n'est qu'une rivière, ...
Cochon de rhume de cerveau !

Je parle en fausset de hautbois ;
Ma tête et mes yeux aux abois
Ne sont qu'un foyer de douleur.

Que faire ? tchoumm ! Dieu vous bénisse !
Mais attendre que ça finisse !
Dit le scolastique docteur !

MONPLAISIR.

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE

CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS

Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (France)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

Dr A. GASSOT, DIRECTEUR

Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Drs A. MAURAT, H. CEZILLY, M. VIMONT, DIVERNERESSE et P. CEZILLY, AVOCAT

J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF

Drs . LACROIX et G. DUCHESNE, SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

LE CONCOURS MÉDICAL
GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours Médical*, de M. le Dr MORCHOISNE, à La Loupe (Eure-et-Loir), la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite, de quatre lignes au plus, aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 591. — Banlieue Est, 20 minutes de Paris, à vendre plusieurs grandes propriétés avec parc, pouvant convenir pour maison de santé. Albert Noel, place de la Gare, La Varenne-St-Hilaire, Seine.

Nº 592. — Sur jolie plage du Pas-de-Calais, poste médical à céder de suite, avec villa meublée, et fixes.

Nº 593. — A vendre auto torpedo, 2 places, 1914, peu roulé. Moteur Chapuis-Dornier, 4 cylindres, 10 HP., phares Lucidus, 6 roues amovibles, sortant révision. Prix 9.600. (Doubs).

Nº 594. — A céder, dans préfecture normande, par suite de décès après vingt-huit ans d'exercice, clientèle médicale rapportant 20 à 25.000 francs par an, et matériel radiothérapique. Indemnité à débattre.

Nº 595. — A vendre au plus offrant, à partir de 1.200 fr. moto auto-fauteuil, état de marche. Dr Mirabail, Baugy (Cher).

Nº 596. — On désire acheter d'occasion, en bon état, oscillomètre Pachon. Dr A. Martin, 14 rue de Bel-Air, Angers.

Nº 597. — A vendre : 1º forceps Levret, 2 jeux de cuillers, état neuf ; 2º une boîte à intubation, 6 canules et accessoires, absolument neuf ; 3º un ciseau à embryotomie ; 4º un fer à repasser à alcool. S'adresser au docteur César, Culoz (Ain).

Nº 598. — De Dion, 12 HP. mod. BH, pas roulé depuis guerre, 4 pl., 9.000 fr. Dr Cointepas, Marly-le-Roi.

Nº 599. — A vendre : voiture d'enfant état neuf ; forte lanterne à pétrole Blériot, cuivre, pour auto ; un tonneau automobile pour 8 HP. Renault n'ayant pas servi.

Nº 600. — Cause double emploi, Citroën torpedo, 4 places, neuve, ou bien 12 HP. Delage 1913, torpedo 2 places, spider, ayant très peu roulé, mécanisme, carrosserie état neuf. Prix taxes comprises : 16.000, 18.000. Essais à volonté. Dr Le Marsat, La Villedieu-du-Clain (Vienne).

Nº 601 — A vendre, voiture de malade marque Dupont en excellent état. Faire offres à docteur Durieux, Thiviers (Dordogne).

Nº 602. — A vendre : 1º 1 centrifugeur de laboratoire à 8 tubes en cuve, mû par moteur électrique, alter. 110 volts, 650 frs. ; 2º 1 série 37 bougies Guyon neuves, 165 frs. ; 3º 1 spéculum Cusco, 1 curette utérine, 1 hystéromètre, 35 frs. ; 4º 2 couteaux et une scie nickelés, p. amputation, 55 frs. ; 5º 1 trousse métal et 9 instruments courants nickelés, 38 frs. ; 6º transformateur lumière et cautère sur 110 volts alternatif, 195 frs. ; 7º 1 compas pelvimètre nickelé, 25 frs, ; 8º 3 spéculums auri, 2 stylets, 2 miroirs laryngiens et manche, 1 ouvre-bouche, 1 pince coudée, 1 lance-poudre Kabiers, 40 fr. ; 9º 1 moteur électrique dentaire, 110 volts continu avec flexible et pièce à main, 250 frs.

Nº 603. — A vendre : app. stéréo., monobloc 6-13, deux magasins, 1 sac cuir, peu servi ; cout. amput. cuisse : 6 pinces Terrier, 6 de Doyen ; tube Faucher

complet, le tout neuf. Faire offres Dr Joyes, 2, rue Monge, Ve.

No 604. — On demande pour famille, veuve de médecin âgée de 40 ans au moins, qui s'occuperait à la campagne de 2 enfants (9 et 7 ans) au point de vue matériel et éducatif (sauf instruction).

No 605. — Fauteuil roulant Dupont, pas servi, à prendre bonnes conditions. S'adresser Oudinot, 6. Av. de Villars 7e.

No 606. — Docteur recommande religieuse sécularisée très dévouée, comme dame de compagnie ou garde-malade de personne âgée. Dr Allemand, St-Vallier (Drôme).

No 607. — Conduite intérieure, 4 places, 12 HP., d'avant-guerre, révision complète récente, parfait état marche, prix modéré. Dr Peut, Valenciennes.

No 608. — Le Dr Caruette, 59, rue d'Antibes, à Cannes, demande à acheter polygraphe de Mackenzie, bon état.

No 609. — Voiturette Zèbre, 2 places, 1919, état neuf. D'Entremont, 3, rue Cimarosa, Paris, 16e.

No 610. — A vendre torpedo Delage, 12 HP. 1913, parfait état de marche, affaire sérieuse, 17.500. Docteur Grimpret, 1. rue Villebois-Mareuil.

No 611. — Occasion exceptionnelle. A vendre, cause santé, « Lorraine-Diétrich », 12 HP., conduite intérieure, carrosserie Vicard.

No 612. — Voiture idéale de médecin : Ford neuve, 1919, jamais roulé, très jolie conduite intérieure, landaulet, capote cuir, 3 places, grand coffre arrière, carrosserie de luxe, 1 roue de rechange. 16.000 fr. 44, rue de Fontenay, à Châtillon-sous-Bagneux.

No 613. — On désire acheter maison de santé à Paris ou banlieue immédiate, de 25 à 30 chambres. S'adresser au bureau du journal.

No 614. — Petite clientèle à céder dans grande ville du Sud-Ouest, très légère indemnité pour reprise de bail. S'adresser Breitel et Goret. 1, rue Dante, Paris.

No 615. — Bonne clientèle à reprendre dans sous-préfecture du Centre, rapport 25 à 30.000 fr. Bel appartement. indem. avantageuse. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Breton.

I

Ayant adressé ma note d'honoraires pour un accident du travail survenu le 2 juillet et guéri le 15 du même mois, en me conformant au prix établi suivant le tarif du 8 juillet, l'agent de la Cie d'assurance, me répond que seul le tarif Dubief en vigueur antérieurement est applicable et que j'aie en conséquence à lui adresser une nouvelle note.

Que dois-je penser de cette prétention ? Quel tarif est applicable en ce cas ?

Dr G.

Réponse.

L'agent d'assurances a raison. Le nouveau tarif, ainsi qu'il est précisé dans son article 32 et dernier, n'a pris effet que du 1er septembre courant.

C'est donc l'ancien tarif qu'il y a lieu d'appliquer jusqu'au 31 août inclusivement, et ce, non seulement aux accidents pour lesquels la guérison du blessé était survenue à cette date, mais même à ceux qui étaient encore en cours. Pour ces derniers accidents, il y aura donc successivement deux tarifs à appliquer, le tarif Dubief aux soins

donnés jusqu'au 31 août, le tarif Breton, aux soins donnés à compter du 1er septembre.

Bien entendu, le tarif Dubief doit être majoré de 100 %, conformément à la décision arbitrale de M. Bienvenu-Martin prorogée.

II

Article 1er, alinéa 6, il est dit :

« La banlieue des villes de 100.000 habitants et au-dessus comprend les communes situées dans un périmètre de 2 kilomètres à partir de la limite administrative des dites villes. »

Qu'entend-on par « *limite* administrative » ? Est-ce bien la limite vraie ? Est-ce l'octroi ?

D'autre part le mot « commune » me paraît bien s'appliquer au territoire et non pas seulement à l'agglomération communale.

Et je passe maintenant à une question d'espèce.

La ville de la Seyne est, par route, d'après les bornes, à environ 6 kilomètres de Toulon (ville de 100.000 habitants) ; mais la ville ou agglomération de la Seyne n'est plus qu'à 2 kilomètres de la limite de la commune de Toulon, limite indiquée en ce point par l'octroi.

Enfin les terres des communes de la Seyne et de Toulon, sans être limitrophes sont, en un point, séparées par une distance qui n'excède pas 300 à 400 mètres.

Rentrons-nous, comme je le crois, dans la 1re catégorie ?

Dr X.

Réponse.

La limite administrative d'une commune est, non pas celle de l'octroi, mais, celle du territoire de la commune. Pour la Seyne, si vous n'êtes pas à plus de 2 kilomètres de la limite du territoire de Toulon, vous rentrez dans la première catégorie.

III

Le paragraphe 6 de l'art. 3 du tarif Breton prévoit une *majoration de* 50 % du prix de la visite nécessitée par un cas urgent *les dimanches et jours fériés.*

Mais, lorsque cette visite entraîne un acte chirurgical dans le prix duquel se confond celui de la visite, s'en suit-il semblable majoration du prix de l'acte chirurgical ?

Sinon, ne vous semble-t-il pas logique d'ajouter à ce dernier chiffre la moitié du prix d'une visite simple, puisque le tarif de celle-ci devrait être ainsi majoré ?

C'est peu de chose, à la vérité, mais cette manière de voir me semble logique ; et ce point me semble bon à préciser.

Dr L.

Réponse.

Il n'est pas dit qu'une intervention pratiquée le dimanche soit tarifée avec majoration, au contraire de celle de nuit, qui l'est de 25 % (Art. 3).

Vous ne pouvez donc, pour une intervention le dimanche, réclamer une majoration qui n'est indiquée que pour la *visite simple.*

IV

J'attendais l'arrivée du *Concours* de ce matin pour répondre de nouveau à votre lettre du 25. Notre confrère Decourt y plaide les difficultés de l'entente avec les assureurs. Je le reconnais sans peine, mais il avouera avec vous que les difficultés que soulèvera le tarif Breton seront nombreuses, beaucoup plus nombreuses qu'avec l'ancien Dubief certainement.

Je vous demandais ce qu'il y avait à faire en cas de blessures multiples et de *pansements multiples.* Vous me répondez en me retournant simplement l'art 14 et l'art. 17, l'obscurité reste la même.

Celui-ci consacre dans son alinéa 5 le tarif pour pansements multiples sur un *même segment de membre*; mais où se trouve un alinéa concernant les pansements multiples prévus par l'art. 14, quand il s'agit de pansements sur *plusieurs segments de membre ou régions diverses* du corps ? Notre confrère Decourt s'efforce de prouver que le tarif Breton est un avantage sur le Dubief. Sans être aussi âpre que notre confrère Le Duigou, je ne puis m'empêcher de constater que le manque de clarté est vraiment trop complet et que d'ailleurs dans bien des cas le tarif est inférieur au Dubief. On se rattrapera sur la fréquence des consultations et visites : piètre procédé réservé à des honnêtetés douteuses et du reste l'indication des fréquences de visite, paragraphe 9 de l'art. 30, sera encore une source de litiges incommensurable. Que le cumul avec un pansement, un massage, des pointes de feu, des ventouses, un examen au spéculum soit logique, bien ; mais que le tarif chirurgical courant comme 1 ou 2 sutures, voire même une réunion par sutures multiples, une réduction et contention de fracture de doigt, orteil ou métacarpien, supprime l'honoraire de la consultation, cela dépasse un peu les limites permises. Le cas de Le Duigou est des plus fréquents ; j'en ai vu un ce matin même, mais au lieu d'extraction d'ongle il y a à contenir une fracture de la phalangette. Il y a bien là deux actes opératoires : le pansement de la plaie, sa régularisation, car j'ai dû procéder à l'ablation d'une partie de la peau dilacérée. *Qu'est-ce que je dois compter ?*

Pour en revenir à une première demande, quel est l'honoraire des pansements multiples sur plusieurs segments de membre, en régions diverses du corps, tête, cou, tronc, thorax, dos ou abdomen ?

Précisons si vous voulez bien et si notre confrère Decourt veut bien nous fixer avec vous :

Que dois-je, praticien de deuxième catégorie, à votre avis et en vertu du tarif officiel, compter et sur quel élément de base dois-je m'appuyer pour établir un mémoire en bonne et due forme dans les cas suivants :

1° Blessé atteint de brûlures très multiples, presque confluentes des deux avant-bras et des deux mains que j'estime devoir panser tous les deux jours

environ, tous les jours, les 4 premiers, pendant une quinzaine si le compagnie X ne le trouve pas anormal.

2° Blessé pris sous un éboulement de minerai de fer, fracture de l'humérus, plaie de tête, plaie de la jambe.

3° Blessé qui dans une explosion de mine, comme je le disais l'autre jour, est criblé d'éclats déterminant des plaies peu profondes, mais multiples sur la face et les quatre membres avec incrustation de fragments difficiles à extraire et prolongeant la durée du traitement ?.

4° Blessé qui dans une chute de voiture se fait une plaie de l'avant-bras, une plaie de la jambe gauche, une entorse du pied droit, celle-ci justiciable de massages en même temps que le traitement de la plaie de l'autre jambe nécessite un séjour chez lui ?

5° Le doigt cité plus haut.

La pratique vit de détails, mon cher confrère Decourt, ce ne fut pas toujours commode, je le crois bien, mais si quelques idées générales restées imprécises de peur de nouvelles discussions et de nouveaux reculs ont présidé à l'élaboration et à la rédaction de ce nouveau tarif, c'est nous les praticiens de détail de chaque jour qui trébucherons chaque jour aussi dans ce que Le Duigou appelle mystère, complication, confusion, embûches et pièges à procès !

Ce qui vous semble « rationnel » sera-t-il jugé de même en d'autres places ? Le polissage et le repolissage plus ou moins semestriel, on l'a vu pour le Dubief ! et alors on attendra les solutions variées des diverses jurisprudences : justice de paix, tribunal civil, cour d'appel, cour de cassation ! Peut-être nos petits-enfants seront-ils alors fixés ! Jetons un voile sur cet éblouissant avenir ! Et continuez à multiplier, jusqu'à les réunir en un volume de plusieurs centaines de pages, les commentaires précis et à l'abri de la chicane de cette modification heureuse (?) du tarif Dubief.

Que penser de cette division de toute fantaisie des actes opératoires ? Ponction du genou au trocart. Ponction de la plèvre avec injection d'azote, dans la pratique courante, et sutures ou ouverture d'abcès superficiel dans le tarif chirurgical ?

Dr L.

Réponse.

1° Quand il s'agit de blessures multiples sur *divers* segments de membres ou régions diverses, l'article 14 indique que *chaque* pansement ou intervention est tarifé. Donc pour deux pansements (bras et jambe par exemple) faits en consultation et en 2e catégorie, on a 7 + 7 = 14 fr.

2° Pour l'exemple donné : extraction d'ongle,

(*Voir la suite page XXIX*-2649)

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Nous rappelons à nos adhérents que les Assemblées Générales du Concours Médical et de ses Filiales auront lieu le Dimanche 21 Novembre prochain, dans les salons du Restaurant Marguery.

Les ordres du jour en seront prochainement publiés.

Le traditionnel banquet confraternel clôturera la journée, à 19 h. 1/2.

Nous prions ceux de nos confrères qui désireraient y prendre part de nous en informer au plus tard le 15 Novembre.

PROPOS DU JOUR

Questions d'hygiène et de prophylaxie. Projets en France et Réalisations à l'étranger ; la lutte contre les maladies vénériennes en Belgique ; l'hygiène scolaire en Pologne.

La France est le pays des projets et des commissions. Dans le cerveau de ses enfants naissent fréquemment des idées. On en poursuit l'étude dans de savants comités qui enfantent, après une convenable gestation, des rapports et des propositions de lois. Tout ceci (d'ailleurs très remarquable) subit la discussion d'imposants Congrès. Les Congrès émettent solennellement des vœux. Ces vœux sont transmis dans les formes aux pouvoirs publics. Les pouvoirs publics les classent avec un soin religieux dans des cartons.

Le calme se fait, l'oubli survient.

Pendant ce temps, l'étranger, peu imaginatif, est aux aguets. Il s'empare des projets et les exécute.

Dix, quinze, vingt ans plus tard, un Français curieux découvre en voyage ces réalisations déjà anciennes, sinon démodées. Il les rapporte en son pays comme des nouveautés. C'est alors qu'en France, l'on songe à les adopter ; il faut bien être de son époque et se mettre au niveau de peuples que, dans notre infatuation, nous traitons de demi-barbares ; cependant ils nous précèdent, alors que nous eussions dû les distancer de beaucoup dans la voie du Progrès.

***

Jadis nous constations avec peine, en France, cet étrange état d'esprit dans le domaine de l'hygiène ; nous espérions le voir disparaître, une fois la guerre terminée.

La guerre, en effet, a mis au premier plan les questions d'hygiène et de prophylaxie. On a dû, par la force des choses, s'en préoccuper sérieusement dans les hôpitaux, les camps et les tranchées. Sans les mesures de préservation et d'hygiène, nos armées, décimées par les maladies, n'auraient pu tenir jusqu'à la victoire.

Les contacts britanniques et américains étaient en outre venus nous donner de sérieuses leçons de choses et stimuler notre émulation. Tout faisait donc espérer un esprit nouveau, une fois la paix rétablie.

Hélas ! il n'en a pas été ainsi, les vieilles coutumes administratives se sont réveillées ; elles ont repris peu à peu leur suprématie. Or, nous nous trouvons en face de nécessités inéluctables ; il faut, à moins de disparaître, agir contre les fléaux sociaux, contre la tuberculose, contre la syphilis, contre les maladies contagieuses, etc. ; il faut reconstituer des régions entièrement dévastées. Pour cela on a créé les ministères indispensables ; mais ces ministères se sont automatiquement peuplés de fonctionnaires tâtillons, paperassiers, paresseux et ignorants. Comme les moisissures pullulent dans les coins obscurs humides et malsains, il est né à l'ombre des administrations toute une flore de commissions officielles, singulièrement composées, qui ont palabré, palabrent et palabreront longtemps encore.

Résultats pratiques : néant.

Cependant si nous examinons ce qui se fait hors de chez nous, chez des peuples autrement éprouvés, nous sommes surpris de constater que des réformes d'hygiène, encore à l'étude à Paris, y sont réalisées ou en voie de réalisation.

Prenons deux exemples : La Belgique et la Pologne.

***

La Belgique, de 1914 à 1918, a été envahie ; à peine quelques communes ont pu échapper à l'occupation allemande, et, comme elles ont servi de champ de bataille ou de camps aux armées alliées, l'on peut affirmer que la Belgiqne entière a directement souffert de la guerre. Or, c'est avec une sincère admiration que nous constatons les efforts que fait ce petit peuple pour sa reconstitution. Un petit exemple entre cent autres : tandis que chez nous, l'on discute encore à la Commission des maladies vénériennes des mesures que nous ne verrons peut-être jamais réaliser d'une façon pratique et efficace (voir notre « Propos du Jour » du 10 octobre 1920 et la lettre du Dr Leredde sur les travaux de cette commission), le ministre de l'intérieur belge, M. Jaspar, a adopté des mesures dont nous énumérerons les plus essentielles :

1° Création de dispensaires autonomes où ne seront soignés pas plus de 20 malades par jour dont 4 nouveaux ;

2° Conseil d'administration des dispensaires dont les membres sont, pour les *deux tiers*, nommés par les associations médicales.

3° Suppression des médecins, « agréés » comme syphiligraphes par l'administration, que l'on avait déjà commencé à recruter.

4° Fourniture *gratuite* de l'arsénobenzol par l'Etat aux praticiens, de telle sorte qu'aucun malade ne peut être entravé dans le traitement de la syphilis par les frais d'achat de ce médicament.

Espérons que l'exemple de la Belgique aura sur la commission française des maladies vénériennes et notre ministère de l'hygiène une influence stimulante et favorable. Elle leur montre, en tous cas, que, par delà nos frontières, un gouvernement comprend la nécessité de s'assurer la collaboration du Corps médical tout entier pour réaliser un progrès en hygiène sociale.

Voilà pour la Belgique, passons maintenant à la Pologne.

***

Peut-on comparer les souffrances indicibles de la Pologne à celles de notre France, même dans nos régions libérées ?

Inexistante comme nation avant la guerre, la Pologne était divisée depuis un siècle et demi en trois tronçons, partagés entre des nations ennemies. La Prusse avait fait subir à la Posnanie la persécution administrative la plus savamment organisée dans le but d'obliger les Polonais à abandonner leur pays natal ; la Russie avait systématiquement empêché ses provinces polonaises, de s'instruire, de s'améliorer et de se développer ; l'Autriche, devenue plus libérale en apparence depuis un demi-siècle, évitait de sévir contre la population galicienne mais l'avait laissée dans un état déplorable d'arriération économique.

Survint la guerre, et la malheureuse Pologne servit et sert encore de champ de bataille.

Dans une série de flux et de reflux les armées adverses occupèrent tour à tour la totalité du pays. Allemands et Russes, également ennemis des Polonais, ravagèrent tour à tour cette contrée et la sauvagerie des cosaques ne le céda en rien aux méthodes infernales de destruction des armées du Kaiser. Alors que l'armistice mettait fin aux hostilités en Europe occidentale, la lutte continuait sauvage et sans merci en Pologne, et aux horreurs des invasions et du brigandage des partisans et des irréguliers, s'ajoutèrent la disette et le typhus. Le gouvernement polonais, qui cependant n'était pas dépourvu de préoccupations politiques, intérieures et extérieures, fit face à la situation ; il comprit l'importance de l'hygiène et de la prophylaxie pour le sauvetage de ce malheureux pays. Un ministère de la santé publique, dont nous avons indiqué ici-même le fonctionnement, fut créé et, avec des moyens bien insuffisants, tant au point de vue financier qu'au point de vue du personnel technique, il entreprit la tâche surhumaine d'enrayer en Pologne les progrès du typhus et d'y organiser une défense sanitaire sérieuse.

Ce fut ce ministère qui imagina et fit fonctionner ces *brigades volantes des épidémies* que notre propre ministère de l'hygiène cherche actuellement à créer en France.

Bien plus, le Ministère de l'instruction publique de Pologne n'attendit pas la paix pour se préoccuper de l'éducation des petits Polonais et une de ses premières préoccupations fut d'organiser l'hygiène scolaire.

La revue mensuelle : *La Médecine scolaire*, qui paraît à Paris sous la direction scientifique du Dr Méry et que rédigent avec talent les Drs Dufestel et Legroux, résume dans son n° d'octobre 1920 ce qui est fait et projeté en Pologne dans le domaine de l'hygiène scolaire par M. le Dr Stanislas Kopczynski, chef de la section d'hygiène scolaire au ministère de l'instruction publique qui agit de concert avec le ministère de la santé publique. (Nous serions curieux de

savoir qui remplit une fonction analogue à celle du Dr Kopczynski au ministère de la rue de Grenelle.)

La grande préoccupation, en Pologne, est d'équilibrer dans les écoles l'éducation physique et l'éducation intellectuelle pour arriver à un développement harmonieux, physique et moral des écoliers.

Le médecin joue là un rôle prépondérant et en cette matière que de choses aurions-nous à emprunter au ministère polonais !

Avons-nous songé par ex. à établir pour chaque établissement d'enseignement un livret scolaire? Renouvelé tous les cinq ans et conservé ensuite aux archives, ce livret, en Pologne, contient le casier sanitaire du bâtiment scolaire (mode de construction, disposition des bâtiments, cours, jardins, water-closets, puits, classes, mobilier, fonctionnement de la cantine, entretien, défectuosités, projets d'amélioration) ; en outre le médecin scolaire y relate tout ce qui concerne l'état de santé des élèves, les vaccinations, les entretiens hygiéniques qu'il a avec les élèves et leurs parents, les examens individuels, etc.

La fiche individuelle de chaque enfant est dressée avec soin et constitue pour son avenir un document précieux.

Pour tout cela, le médecin scolaire reçoit des indications très précises qui le guident dans ses examens et donnent à ces travaux dans toutes les écoles, un caractère d'uniformité, nécessaire pour être comparables.

Toute cette organisation de médecine scolaire est faite en Pologne avec une pénurie de médecins d'autant plus grande que 10 % des praticiens sont morts victimes du typhus. Mais l'on a compris qu'il fallait à tout prix, pour relever la nation et sauver la race, tout sacrifier à la sauvegarde de l'enfance et l'on n'a rien ménagé pour obtenir ce résultat.

L'inspection médicale n'est pas superficielle en Pologne comme en France. *Le médecin scolaire y consacre à l'école au moins deux heures par jour.*

Les examens spéciaux ne sont pas négligés. A Varsovie, par exemple, 300.000 examens dentaires sont pratiqués annuellement sur les écoliers et 1.000 examens de réfraction le sont par des oculistes experts. Des bains et des douches sont organisés pour les enfants, même dans les petites villes. A Varsovie l'on a pu administrer environ 100.000 douches (1). L'expérience de l'utilisation des infirmières scolaires se fait actuellement dans les grandes villes.

Comme la disette a gravement compromis la croissance des enfants des villes par insuffisance alimentaire, on a tâché de remédier à ce danger et, grâce au concours américain, on est parvenu en 1919-1920 à distribuer dans les écoles 1.600.000 portions. Des colonies de vacances d'été ont été organisées dans les grandes villes (Varsovie, Lwow, Cracovie, Poznan) et 200.000 petits citadins ont pu être envoyés à la campagne.

Nous ne pouvons citer dans le détail tout ce que le ministère de la santé publique et le ministère de l'instruction, étroitement en accord, ont fait pour l'hygiène scolaire. Une bibliothèque pratique a été créée, soit pour les médecins, soit pour les parents, soit pour les enfants, et les fascicules, les tracts et les tableaux ont été distribués par milliers d'exemplaires.

Citons pour les médecins les *Indications sur les examens hygiéno-scolaires* ; pour les médecins et les maîtres, les *Méthodes des examens psychologiques à l'école*, les *Caractéristiques de l'élève* ; pour les parents et les élèves, les *Prescriptions préventives contre la propagation des maladies contagieuses par les écoles et les établissements d'éducation* ; les *Conseils aux mères pour prévenir les maladies nerveuses des enfants*, etc.

Voilà ce que la Pologne à peine renaissante fait pour l'enfance au milieu des pires difficultés et des épreuves les plus tragiques.

***

Nous aurions honte d'établir une comparaison entre cette organisation et l'incohérence de ce qui existe en France dans le domaine de l'hygiène scolaire. Chez nous l'inspection médicale n'existe que dans quelques villes et le plus souvent elle fonctionne d'une façon très superficielle sinon virtuelle. Mais ne sommes-nous pas dans un pays où un Préfet, auquel on a confié la tâche sainte de veiller à la reconstitution d'un de nos départements les plus dévastés, a pu répondre impunément à un hygiéniste distingué, membre de l'Académie de médecine, et pourvu d'une mission officielle, que l'hygiène ne l'intéressait pas ? Ne sommes-nous pas dans un pays où le ministère des régions libérées n'a pas hésité à faire savoir à son comité technique sanitaire, par la déclaration officielle d'un haut fonctionnaire, que son existence n'a aucune raison d'être.

(1) Ce résultat est d'autant plus remarquable qu'il y a deux ans, nous affirmait un secrétaire de la légation française à Varsovie, il ne fonctionnait pas un seul établissement de bains dans cette ville.

« La guerre ayant marqué en toutes choses un recul de cinquante ans, aurait dit ce fonctionnaire, il ne peut être question pour les régions libérées de reconstitution améliorée, notamment au point de vue de l'hygiène, et elles devront, étant donnée la situation financière, s'estimer heureuses si elles sont reconstruites comme elles existaient il y a cinquante ans ».

Notre confrère, le Dr H. Doizy, qui fut, dans l'ancienne Chambre des députés, président de la Commission de l'hygiène publique et que nous souhaitons voir revenir sur la scène politique (1), a, dans nos colonnes, jugé comme elle le méritait cette attitude du ministère des régions libérées, qui a déterminé la démission du Pr Calmette et de deux de ses collègues au Comité d'hygiène des R. L. Nous espérons qu'il se trouvera à la Chambre actuelle un député, assez conscient de ses devoirs, pour demander des explications sur cet incident au ministre des R. L., M. Ogier.

(1) *Concours médical* du 10 octobre 1920.

On ose invoquer la situation financière ! En est-il question aux R. L. lorsqu'il s'agit des émoluments de cette nuée de fonctionnaires improvisés, la plupart inutiles, trop souvent nuisibles, qui, comme un vol de corbeaux sur un champ de bataille, se sont abattus sur nos malheureux départements dévastés, déjà suffisamment dépouillés ?

La situation financière ! Est-elle si différente en Belgique qu'en France ? Et, si elle peut être mesurée aux variations du change, est-ce que notre franc est descendu aussi bas que le mark polonais ?

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

PHTISIOLOGIE

L'infection tuberculeuse (1).

(*Suite*).

Une fois le microbe introduit dans l'organisme réceptif, comment va-t-il s'y comporter ?

Dès le début, et avant toute lésion locale, l'infection tuberculeuse est une *bacillémie*, et l'expérience a démontré que « dans l'infection tuberculeuse, même légère, le sang véhicule presque constamment des bacilles ». Si les microbes introduits dans l'organisme sont en tout petit nombre, et si les leucocytes qui les englobent sont résistants, cette bacillémie n'entraîne aucune lésion locale. A l'intérieur des leucocytes, les microbes demeurent inoffensifs, et ils finissent par être éliminés avec les déchets cellulaires, par la voie biliaire.

Mais il n'en sera pas de même s'il s'agit d'une infection massive, par absorption répétée ou à dose considérable. Si la chose se produit chez un sujet neuf, un enfant par exemple, cette contamination massive détermine une septicémie bacillaire aiguë à allure typhoïdique (typhobacillose), mais ce n'est pas là le cas le plus fréquent. D'ordinaire, en effet, l'infection d'un sujet neuf est moins brutale, et s'effectue selon une modalité intermédiaire entre les deux précédentes. La bacillémie demeure discrète, sans que toutefois tous les leucocytes parasités soient éliminés naturellement. Un grand nombre d'entre eux demeurent arrêtés par les filtres ganglionnaires, à l'intérieur desquels les microbes peuvent demeurer à l'état latent, conservant leur virulence pendant de longues années, et ne traduisant leur présence — confirmée néanmoins par les inoculations expérimentales — que par l'aptitude du sujet à réagir à la tuberculine.

(1) Voir *Concours Médical* du 17 octobre 1920, page 2542.

Les ganglions infectés de la sorte sont en premier lieu les ganglions mésentériques, et, à leur suite, les trachéobronchiques ou médiastinaux, échelonnés sur la voie de pénétration la plus ordinaire du microbe dans l'organisme. L'infection des ganglions cervicaux, fréquente dans la seconde enfance, résulte de la pénétration du virus par les voies oculaire, buccale ou nasale, (mais surtout la première), à la suite de la pollution des muqueuses par des gouttelettes ou des poussières bacillifères.

Soit dans les ganglions infectés, soit en un point quelconque de l'organisme après qu'ils ont été à nouveau mobilisés, les leucocytes parasités finissent par périr d'intoxication tuberculinique, et se désagrègent alors plus ou moins : les bacilles ainsi mis en liberté vont immédiatement recouvrer toute leur activité, et fonder une colonie déterminant la production d'abord d'une granulation, puis d'un follicule tuberculeux, dont la constitution anatomique est trop connue pour nous arrêter ici. Notons toutefois

VITTEL

GRANDE SOURCE



Goutte - Gravelle - Rhumatismes goutteux

Régime des ARTHRITIQUES

SAISON DU 20 MAI AU 25 SEPTEMBRE

VILLA MÉDICIS

MAISON DE SANTÉ ET DE CONVALESCENCE

TÉL. { WAGRAM 91-10 / COURBEVOIE 369 — **40 *bis*, rue de Bezons et 19, rue Adam-Ledoux, COURBEVOIE (Seine)**

Etablissement ouvert à tous Médecins, Chirurgiens, Accoucheurs et Spécialistes

CHIRURGIE et ACCOUCHEMENTS

INSTALLATION CHIRURGICALE DE 1er ORDRE

INSTRUMENTATION et STÉRILISATION

Chambres avec tout le confort moderne —:— Parc avec de nombreux arbres

AMBULANCE AUTOMOBILE

○ ○ ○ NOTICE SUR DEMANDE ○ ○ ○

NOUVELLE MÉTHODE

d'Antisepsie intestinale

DOSE :

2 à 4 comprimés par jour
1 heure avant les repas.

ENTÉROSEPTYL

CLÉRAMBOURG

PHOSPHATE DE TRI-NAPHTYLE β PO(C^{10}H^{7}O)^{3}

Nouveau Médicament ne se ***DÉCOMPOSANT QUE DANS L'INTESTIN*** dont il assure l'antisepsie absolue.

MODIFICATEUR de la RÉACTION du MILIEU INTESTINAL.

Indiqué contre les **Fermentations intestinales, l'Entérite muco-membraneuse, la Colite, les Diarrhées, les Dyspepsies gastro-intestinales.**

Echantillons sur demande. — **LABORATOIRE CLÉRAMBOURG, 4, Rue Tarbé, PARIS**

TRAITEMENT ORGANOTHÉRAPIQUE de la Diathèse Urique

Essentiellement différent des solvants chimiques de l'acide urique

qui sont des substances étrangères à l'économie,

le SOLUROL

(ACIDE THYMINIQUE)

restitue à l'organisme soumis à la diathèse urique, **l'éliminateur naturel** *(acide thyminique)* élaboré normalement par l'organisme sain

assure ainsi un **maximum d'activité thérapeutique,** sans jamais produire la moindre action nuisible.

COMPRIMÉS dosés à 25 centigr. — DOSE moyenne: 3 à 4 comprimés par jour.

LABORATOIRES CLIN — COMAR & Cie, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS. 1332

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

TARIF BRETON

(ancien TARIF DUBIEF)

Le TARIF BRETON (ancien tarif Dubief), est édité avec son RÉPERTOIRE ALPHABÉTIQUE et mis en vente dans les bureaux du journal au prix de **1 fr.**, et *franco par poste* au prix de **1 fr. 50.**

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. BOULANGER, administrateur du *Concours Médical*, 132, faubourg St-Denis. Paris 10e, (contre chèques Postaux Paris 167-95).

que la conception ancienne du mode de constitution du tubercule a été singulièrement modifiée, en particulier, à la suite des recherches d'A. Borrel, et qu'il est démontré aujourd'hui que seuls, les éléments lymphatiques y prennent part, à l'exclusion des éléments fixes des tissus. C'est ainsi que les cellules géantes proviennent uniquement de la confluence des grands mononucléaires, après absorption des polynucléaires dégénérés et des microbes qu'ils renfermaient.

On sait que les tubercules peuvent s'entourer d'une coque scléreuse, ou subir une involution crétacée. Dans l'un et l'autre cas, ils renferment encore pendant de nombreuses années des bacilles plus ou moins rares, mais décelables par les inoculations, et dont la présence, si elle est inoffensive pour le sujet ainsi infecté, ne lui est pourtant pas indifférente : en effet, elle suffit à déterminer chez lui un état particulier de résistance, une semi-immunité, qui se traduit en particulier par le phénomène de Koch, et qui joue un grand rôle dans la défense de l'organisme. Si le tubercule se caséifie, il le fait progressivement à partir du centre. Cette caséification n'est pas déterminée, comme on l'avait cru un moment, par les graisses ou les cires de la membrane d'enveloppe des microbes, mais par « l'action toxique, directe et locale du bacille et de ses sécrétions diastasiques et toxiques ».

Enfin, si le tubercule caséifié vient à se rompre, les bacilles déversés dans le torrent sanguin deviennent immédiatement la proie de nouveaux leucocytes qui dégénèrent à leur tour, forment des embolies capillaires nouvelles et sont ainsi le point de départ d'autres tubercules, dont chacun constitue en quelque sorte une lésion d'arrêt, tendant à endiguer l'infection — à moins que la quantité de bacilles ainsi libérés ne soit si considérable qu'il en résulte une septicémie massive déterminant une granulie généralisée.

Tels sont, dans leurs grandes lignes, les principaux types de l'infection tuberculeuse. Celle-ci peut donc être aiguë d'emblée. Ou bien, à la suite d'une contamination dans le jeune âge. elle peut demeurer discrète, latente, et décelable seulement aux réactions tuberculiniques ; mais pendant cette phase silencieuse, qui souvent se prolonge pendant toute la vie, il peut arriver que des essaims de bacilles s'échappent des ganglions infectés, et aillent coloniser dans tel ou tel organe, déterminé par des dispositions anatomiques ou des circonstances accidentelles (traumatismes ...) ; et là, ils produisent alors une lésion tuberculeuse à tendance plus ou moins évolutive.

Si maintenant on envisage l'infection tuberculeuse en fonction de l'âge des sujets, on voit que chez l'enfant, la septicémie bacillaire est fréquente et les lésions qui en résultent ont, avant 4 ans, une tendance constante à la caséification et à la dissémination rapide ; ce n'est qu'après cet âge qu'apparaît la tendance à la réaction locale par formation de tissu fibreux. Mais cette septicémie résulte rarement d'une infection massive (par exemple, par le lait maternel) ; d'ordinaire, « elle trouve son point de départ dans un foyer bacillaire le plus souvent localisé primitivement dans les ganglions du médiastin » (Loi de Buhl).

Chez l'adulte, l'infection tuberculeuse est tellement répandue que la tuberculine la décèle chez 95 % des individus ayant dépassé l'âge de 20 ans, et les statistiques à ce sujet apprennent que d'ordinaire, la contamination s'est faite dans le plus jeune âge. Mais, parmi ces « bacillisés », la plupart tolèreront le microbe, sans dommage appréciable, à l'état de parasite latent, jusqu'à la plus extrême vieillesse, et chez les vieillards, on trouve, dans 74 % des autopsies, des lésions tuberculeuses discrètes et anciennes n'ayant jamais donné lieu à aucun symptôme morbide. Ceux qui mourront de l'infection (de 12 à 35 % au plus) le devront aux conditions spéciales dans lesquelles se sera produite celle-ci, par suite de contaminations répétées de façon plus ou moins fréquentes, à l'aide de bacilles plus ou moins virulents, — ou aux localisations plus ou moins dangereuses qui auront pu se faire dans leur organisme, soit, dans les 9 /10es des cas sur les poumons. Enfin, la sensibilité même de l'organisme est conditionnée dans une mesure très importante par la répétition des infections successives. C'est ainsi que les sujets vierges, et de ce fait hypersensibles, sont aisément en proie à la phtisie aiguë granulique ; les formes pneumoniques, résultant d'infections mixtes, comportent également chez eux un pronostic fatal. Au contraire, chez les individus déjà infectés antérieurement, il s'est produit un état d'immunité partielle déterminant le phénomènes dit de Koch, et qui dans ces formes, tend au ramollissement rapide des lésions, puis à l'évacuation de leur contenu par vomique, et par ce moyen à la guérison. Enfin, les sujets soumis à des réinfections, ou mieux des « surinfections » mélangées et répétées, se trouvent dans un état instable, intermédiaire entre la réceptivité et l'immunité, et dont le résultat clinique se traduit par la phtisie pulmonaire chronique.

Il semble que la voie de pénétration du microbe la plus habituelle n'est nullement la voie respiratoire, ainsi que l'application rigoureuse de la loi de Conheim incitait à le conclure de la fréquence des lésions pulmonaires chez les tuberculeux. En effet, les microbes qui peuvent parvenir au contact des voies aériennes sont assurément bien moins nombreux que ceux introduits dans le tube digestif, et d'autre part, la barrière que constitue l'épithélium vibratile et muqueux trachéobronchique réalise un mode de

◆◆

défense singulièrement efficace. Aussi, les localisations pulmonaires de la maladie, loin d'être habituellement des lésions de porte d'entrée dues à une infection aérogène primitive, sont-elles d'ordinaire secondaires, et produites par des colonisations de microbes apportés par la voie sanguine ; si les lésions pulmonaires se montrent particulièrement fréquentes, cela tient simplement aux conditions mécaniques dans lesquelles se fait la circulation au sommet des poumons. ainsi que la chose a pu être démontrée expérimentalement.

Pourtant, il n'en faudrait pas conclure que l'infection ne puisse se faire par la voie aérienne. Toutefois, ce n'est pas l'air lui-même qui doit être incriminé, car même au sortir des poumons d'un tuberculeux, il se montre aseptique. Les poussières bacillifères elles-mêmes ne disséminent la contagion que par des voies détournées, par exemple en souillant les aliments, les muqueuses, etc., et l'expérience a prouvé que l'inhalation de telles poussières ne laisse parvenir que très peu de bacilles jusqu'aux premières bronches, et a *fortiori* jusqu'aux alvéoles pulmonaires. En réalité, l'infection par la voie aérienne est pratiquement exclusivement réalisée par les gouttelettes bacillifères rejetées par les phtisiques dans les efforts de la toux. Encore faut-il qu'elles soient d'un certain volume pour être directement respirables (d'un diamètre oscillant entre 2 μ et 15 μ). Ces gouttelettes peuvent être projetées jusqu'à 80 centimètres autour du malade et se montrent extraordinairement riches en bacilles, puisque dans les expériences de H. Ziesché, en une demi-heure, dans 20 % des cas, elles en véhiculaient de 400 à 20.000. On comprend donc sans peine l'importance de cette source de contagion pour les personnes qui vivent au voisinage des phtisiques. Mais la majorité des gouttelettes ainsi projetées ne réalisant pas les conditions de volume nécessaires pour être directement inhalées, tombent presqu'immédiatement, et ne peuvent propager l'infection que de façon indirecte, par souillure des aliments, des muqueuses (oculaire, par exemple), de la peau, etc.

La voie de pénétration du bacille tuberculeux de beaucoup la plus fréquente semble être la voie digestive, et la contamination s'effectue par absorption intestinale. L'expérience a en effet prouvé que la lymphe intestinale, stérile en dehors des périodes de digestion, donne fréquemment des cultures positives lorsqu'on l'ensemence au cours des heures où elle est chargée de chyle provenant de l'absorption d'un repas bacillifère : point n'est besoin pour cela que la muqueuse intestinale soit altérée ou lésée. Ce passage est certainement encore facilité, aux premières semaines de la vie, par le fait qu'alors, l'épithélium est sensiblement moins différencié qu'il ne sera ultérieurement, et constitue une barrière protectrice beaucoup moins efficace. Calmette et Guérin, les premiers, ont d'ailleurs démontré qu'il n'est pas nécessaire que les repas infectants soient répétés pour que l'infection soit réalisée, et qu'un seul pouvait suffire. On conçoit dès lors l'importance de la surveillance des vaches laitières pour la prophylaxie de la tuberculose de l'enfance, d'autant plus qu'il est démontré que la traversée de l'intestin par les bacilles se fait surtout pendant la digestion des substances grasses.

Dès qu'ils ont franchi la barrière épithéliale, les bacilles tuberculeux sont phagocytés par des leucocytes en diapédèse, et dans les chylifères des villosités, on n'en rencontre déjà plus de libres. Chez les animaux à la mamelle, et surtout si l'apport bacillaire a été massif, les leucocytes ainsi parasités sont arrêtés par les ganglions mésentériques. Les bacilles finissent par y être détruits ou du moins, rendus inoffensifs, s'ils sont peu nombreux ; dans le cas contraire, ils y déterminent la production de lésions caséeuses qui, ultérieurement, laisseront essaimer les microbes, toujours englobés par des leucocytes, dans le sang ou la lymphe efférente. Chez les animaux plus âgés, les leucocytes parasités dans les villosités traversent les ganglions sans s'y arrêter, et parviennent au torrent sanguin, qui les amène rapidement aux territoires pulmonaires. Là, les leucocytes déjà paralysés par les toxines bacillaires créent des embolies capillaires qu'on peut déjà déceler au bout de 6 heures, et chacun des amas de microbes que celles-ci renferment peut devenir le point de départ d'une granulation tuberculeuse.

Cette conception de la voie détournée de pénétration du microbe est beaucoup moins paradoxale qu'elle n'eût pu le paraître il y a quelques années. Ne savons-nous pas en effet que c'est ainsi que s'effectue la contamination par nombre d'autres agents infectieux ? La chose a été amplement démontrée pour certains parasites, tels que *l'ascaris lombricoïdes*, dont les larves issues des œufs ingérés, sortent de l'intestin pour passer dans le torrent circulatoire, et après avoir traversé le foie, puis le cœur, parviennent également aux poumons. Seulement, arrivées là, celles-ci, elles effondrent la paroi des alvéoles au lieu de se développer sur place, et, cheminant par les voies aériennes, elles peuvent remonter jusqu'au pharynx et venir réinfecter le tube digestif où elles achèveront leur développement. En ce qui concerne les microbes, l'infection intestinale par le bacille de la morve amené par l'eau de boisson, détermine toujours une morve pulmonaire à forme tuberculeuse, tandis que l'infection aérogène ne produit jamais que la pneumonie morveuse.

Ainsi donc, la voie en quelque sorte normale

de beaucoup la plus fréquente de la contamination tuberculeuse, est la voie digestive, intestinale, sans du reste que la chose influe en quoi que ce soit sur le déterminisme des localisations ultérieures du processus tuberculeux, qui peuvent se faire sur n'importe quel organe, par propagation du microbe par la voie, d'abord lymphatique, puis sanguine ; toutefois, il ne faudrait pas identifier dans la proposition ci-dessus la voie *digestive* avec la voie *alimentaire*, et s'il est vrai que les aliments eux-mêmes peuvent introduire dans l'organisme humain des microbes infectants, il ne faut pas oublier qu'il existe une certaine spécificité relative des bacilles humain et bovin, et qu'en définitive, le lait des vaches tuberculeuses, par exemple, n'est que faiblement infectieux pour l'homme adulte. Aussi, le principal facteur de contamination par la voie *digestive* est-il, non pas les aliments eux-mêmes, mais les bacilles humains fraîchement issus d'un organisme tuberculeux, qui ont pu les souiller, ou même qui peuvent pénétrer dans le tube digestif sans substratum alimentaire.

Enfin, l'infection tuberculeuse peut avoir pour porte d'entrée la peau ou les muqueuses. Nous avons vu que la contamination par la muqueuse oculaire est une des plus faciles et des plus sûres : elle joue sans doute un rôle important dans l'entourage des phtisiques. Quant à la voie cutanée, elle semble très rarement utilisée, pour la pénétration du bacille, qui donne alors généralement naissance à des tuberculoses locales, chroniques et bénignes.

Dr J.-M. Pacaut.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital des Enfants-Malades : M. le **prof. agrégé** Nobécourt.

L'auscultation du cœur chez les enfants.

L'auscultation du cœur présente, chez les enfants, un certain nombre de particularités importantes à connaître. Elle constitue, d'autre part, une véritable introduction à l'étude de l'auscultation cardiaque chez l'adulte, dont elle éclaire quelques points spéciaux.

Cette auscultation est immédiate quand on la pratique avec l'oreille appliquée directement sur le thorax, et elle est médiate lorsqu'elle se fait à l'aide d'un stéthoscope, ou rigide, ou flexible. L'une et l'autre ont leurs indications. Si l'on veut localiser un bruit d'auscultation, le stéthoscope est plus avantageux, mais l'oreille est préférable lorsqu'il s'agit d'apprécier des bruits qui s'accompagnent de sensations tactiles, le bruit de galop par exemple.

Une donnée importante dont il faut tenir compte en matière d'auscultation du cœur, chez l'enfant, est la variation du nombre des battements du cœur suivant l'âge. Plus l'enfant est jeune, plus le cœur bat rapidement. Voici un tableau du chiffre des pulsations, de la naissance à 15 ans. Vous voyez que de 0 à 1 an, le pouls frappe entre 120 et 140 pulsations à la minute. De 1 à 2 ans, le nombre des pulsations est de 110 ; de 2 à 8 ans, entre 90 et 100 ; de 8 à 12 ans, entre 80 et 90. A partir de 12 ans, le pouls bat à 70 ou 80. Bien que ces chiffres soient généraux et non absolus, vous voyez qu'il faut tenir grand compte de l'âge pour apprécier le pouls, quant à sa fréquence. Chez un enfant de deux ans, je suppose, 130 pulsations n'ont pas grande signification, d'autant plus que, dans le jeune âge, le pouls s'accélère facilement.

Cette fréquence normale du pouls chez l'enfant a pour conséquence de diminuer la durée de la révolution cardiaque. Il en résulte que la succession des bruits et des silences diffère suivant l'âge. Si vous placez l'oreille sur le thorax d'un nourrisson ou même d'un enfant plus grand, vous entendez une succession de bruits égaux, séparés par des silences égaux. Ce n'est plus le *tic-tac* du cœur adulte, mais un *tac-tac-tac* précipité et régulier.

A partir d'un ou deux ans, les bruits commencent à se différencier et, comme chez l'adulte, on peut distinguer un premier et un second bruits, séparés par des silences inégaux : le petit silence séparant le premier et le second bruits, le grand silence succédant au deuxième bruit.

Ainsi, nous trouvons déjà, comme caractères particuliers, chez l'enfant, chez les tout petits principalement, la fréquence des battements du cœur, et l'égalité des bruits et des silences. De même si nous cherchons à préciser les foyers d'auscultation. Chez l'enfant en bas âge, le cœur, petit lui-même, bat dans une petite poitrine : il est malaisé de distinguer les bruits de la pointe des bruits de la base, et de dire si l'on est au premier ou au second bruit. Au fur et à mesure que le sujet grandit, le cœur augmente de volume et l'on arrive à localiser les bruits de la pointe et ceux de la base, à distinguer les deux bruits. Le premier bruit est moins long et moins sourd chez l'enfant que chez l'adulte. Ce premier bruit, qui a son maximum à la pointe, a un autre maximum, au niveau de l'appendice xiphoïde (valvules tricuspides). A la base, les deux foyers d'auscultation sont, l'un à droite du sternum (l'aortique), l'autre à gauche (le foyer pulmonaire).

D'une façon générale, chez l'enfant, les bruits du cœur sont plus clairs et plus secs que chez l'adulte, le cœur étant plus superficiel et la lame pulmonaire pré-cordiale moins épaisse.

D'autre part, si l'on ausculte la région de la base, au foyer aortique et au foyer pulmonaire, on ne trouve pas de différence d'intensité entre ces deux foyers. Chez l'adulte, la pression artérielle étant assez élevée, le foyer aortique est plus fort. Chez l'enfant, au contraire, les bruits sont égaux. Il est cependant des circonstances où cette égalité disparaît. Quand il y a gêne de la circulation pulmonaire, trouble de cette circulation, le deuxième bruit, pulmonaire, devient plus intense. Il en est ainsi dans le rétrécissement mitral. D'autres fois, c'est au foyer aortique où se produit l'accentuation du bruit. Le fait se réalise dans les néphrites aiguës et il permet de prévoir l'hypertension artérielle. A partir de 14 ou 15 ans, le deuxième bruit aortique devient normalement plus fort, comme chez l'adulte.

Ces bruits peuvent subir des modifications dans leur intensité générale. Il est fréquent de voir survenir de l'éréthisme cardiaque, avec bruits du cœur exagérés, chez les grands enfants, éréthisme cardiaque sans grande signification d'ailleurs. L'intensité des bruits est diminuée, lorsqu'il y a de la faiblesse myocarditique ou un épanchement dans le péricarde. Il faut distinguer la faiblesse des bruits de cet autre phénomène qu'est leur assourdissement. Potain donnait la comparaison suivante : si vous prenez une porte, disait-il, vous pouvez la fermer plus ou moins vivement, le bruit sera plus ou moins fort, mais le timbre restera le même ; si vous mettez un bourrelet de caoutchouc à la porte, le bruit de fermeture sera aussi plus ou moins fort, mais toujours éteint, assourdi. L'affaiblissement n'a qu'une valeur relative. L'assourdissement a une valeur plus grande. Il permet le diagnostic précoce de l'endocardite aiguë, dans le rhumatisme articulaire aigu par exemple. Alors, le bruit mitral devient sourd, éteint, ce caractère allant en s'accentuant. Quand vous trouvez un assourdissement net, *progressif*, vous pouvez diagnostiquer l'endocardite aiguë. Ce peut être l'unique signe de l'endocardite aiguë, et, dans le rhumatisme aigu, on le constate souvent même.

L'intensité du bruit peut être spéciale, se traduire par un bruit dur, indice de sclérose, se montrant dans certains processus chroniques, chez certains tuberculeux.

Il vous arrivera assez fréquemment de trouver le nombre des bruits du cœur modifié. Vous constaterez des rythmes à trois temps, qu'il faut savoir interpréter. Ces rythmes sont quelquefois pathologiques et d'autres fois physiologiques. On distinguera ceux de la base et ceux de la pointe. A la base, vous entendrez souvent trois bruits, le premier bruit et le second bruit dédoublé. Ce dédoublement est dû à ce que la pression pulmonaire et la pression aortique diffèrent, les valvules ne tombant plus en même temps. Le phénomène, comme l'a indiqué Potain, peut être physiologique ou pathologique. Lorsqu'il est physiologique, il a pour caractère d'être inconstant, de ne pas être retrouvé chaque fois. Si, d'autre part, on cherche à localiser le moment où il apparaît, on voit qu'il coïncide avec la fin de l'inspiration et le commencement de l'expiration. Quand il est inconstant et peut être réglé par la respiration, on en conclut qu'il est physiologique. Lorsque, au contraire, il est constant, s'entend tous les jours, et n'est pas rythmé par la respiration, on conclura qu'il est pathologique, dépendant d'un rétrécissement mitral ou d'une symphyse cardiaque.

Il existe également un rythme à trois temps à la pointe. C'est le bruit de galop, qui est dû à l'addition d'un troisième bruit dans la période de diastole. Le bruit surajouté est sourd et rappelle la sensation de choc. Il tient à la distension brusque du ventricule et apparaît quand le cœur se dilate, dans le syndrome myocarditique ou la néphrite. Comme l'a montré le prof. Vaquez, c'est un symptôme d'affaiblissement cardiaque. Chez l'enfant, on l'observe au cours des néphrites aiguës hypertensives, dans la néphrite scarlatineuse par exemple. Il est rare au cours des néphrites chroniques, contrairement à ce qui se passe chez l'adulte. Vous observerez encore, chez l'enfant, un bruit de galop droit quand le cœur se dilate, dans les cardiopathies valvulaires.

Le bruit de galop pathologique n'est, en définitive, pas très fréquent dans l'enfance. Dans certains cas, qui ne sont pas rares, on le rencontre chez des enfants normaux. On le distinguera facilement du déboublement du deuxième bruit : celui-ci est un bruit de la base, alors que le galop (qui est plus sourd, d'ailleurs) est un bruit de la pointe. Quoi qu'il en soit, vous rencontrerez souvent un bruit de galop normal chez les jeunes gens de 15 à 20 ans. Thayer, qui a étudié cette question, dit qu'à cet âge le galop se constate dans une proportion de 80 % des sujets. Il est à noter qu'on l'entend mieux couché que debout, mieux encore couché sur le côté gauche. On n'a trouvé aucune raison plausible pour expliquer ce bruit de galop : pas d'albuminurie, pas d'hypertension. Il est assez fugace, d'autre part. Retenez le fait, néanmoins, car, non prévenus, vous pourriez le considérer comme un indice sérieux, alors qu'il n'en est rien.

Dans d'autres circonstances, vous constaterez des altérations du rythme cardiaque. Sans entreprendre l'étude détaillée des arythmies, je vous dirai qu'il y a des arythmies considérées comme physiologiques. Une des plus fréquentes est l'arythmie respiratoire. Le pouls est inégal, irrégulier ; le cœur de même. Vous avez à certains moments un rythme normal, anormal à

d'autres. Vous reconnaîtrez facilement cette arythmie respiratoire, que vous verrez correspondre avec la fin de l'inspiration. En faisant varier la respiration (respiration plus rapide ou plus lente), vous faites varier l'arythmie. Retenez la fréquence de l'arythmie cardiaque d'origine respiratoire chez les enfants.

Une autre arythmie est l'arythmie extra-systolique. Une de ses causes est l'excitabilité du système nerveux. Or, le système nerveux de l'enfant est très excitable. On observe cette arythmie assez communément dans l'enfance, surtout vers 15 ans ou 20 ans, pendant la croissance. Bien des pseudo-cardiaques n'ont autre chose qu'une arythmie extra-systolique physiologique. Vous avez des bruits normaux, puis à un moment donné une pause, qui caractérise l'arythmie en question.

Une dernière variété, est l'arythmie à trois temps, avec un troisième bruit, plus dur.

J'arrive aux autres modifications des bruits cardiaques, les souffles et les frottements.

Les souffles sont, les uns nettement pathologiques, les autres physiologiques. Les premiers sont ceux qui se produisent au niveau des orifices altérés. Il faut bien les localiser, à la diastole ou à la systole, à la pointe ou à la base. Les caractères sont variables selon l'importance de la lésion. Notez la constance du souffle, l'absence de changement dans la position couchée et assise et dans le cours de la respiration.

A la base, le souffle systolique a chez l'enfant une signification bien différente en général du même bruit chez l'adulte. Il relève, non d'une lésion aortique, mais du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire. Le souffle est rude, vibrant, accompagné de frémissement. Chez l'enfant, on pensera donc, en ce cas, non à une affection aortique, mais au rétrécissement de l'artère pulmonaire. Comme autre souffle systolique de la base, chez l'enfant, vous pourrez trouver un souffle, superficiel, à la région sternale, indiquant une communication inter-ventriculaire. Il existe, ou seul (maladie de Roger), ou associé au souffle de l'artère pulmonaire,

Vous rencontrerez aussi — plus rarement — des bruits diastoliques, tels le roulement diastolique, le souffle présystolique, siégeant à la pointe, du rétrécissement mitral, etc.

Il vous arrivera de vous demander si le souffle est organique ou ne l'est pas. On a dit qu'au cas d'hésitation, il fallait conclure au souffle inorganique. C'est évidemment une formule trop lapidaire. Potain, qui a bien étudié les souffles anorganiques, leur a donné le nom de souffles cardio-pulmonaires, pour indiquer leur dépendance du jeu pulmonaire. Ces souffles non organiques sont influencés par la position du malade et le changement du rythme respiratoire. Leur variabilité les caractérise.

Deux mots, pour finir, des frottements. Ne vous attendez pas à trouver des frottements durs, râpeux, les bruits du cuir neuf. Le plus ordinairement, il s'agit de bruits discrets, comme le bruit obtenu en grattant avec l'ongle une feuille de papier, ou en froissant un billet de banque souple. On l'entend quelquefois à un seul temps, le plus souvent aux deux temps. Il ne varie pas, et se retrouve à chaque auscultation. Il faut savoir le différencier des souffles, ce qui est facile, et des frottements pleuraux de la région précordiale (il est rythmé par le cœur et non par la respiration).

Telles sont les considérations que je désirais vous exposer sur l'auscultation du cœur chez les enfants. Elles sont très sommaires, n'ayant pour but que de vous faire connaître les particularités les plus saillantes de l'auscultation cardiaque en médecine infantile.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

LARYNGOLOGIE

La trachéo-fistulisation, et son rôle dans le traitement de la tuberculose laryngée.

Par Georges Rosenthal

Docteur ès sciences, ex-chef de clinique.

Un fait essentiel domine l'histoire de la trachéofistulisation (1) utilisée dans la cure de la tuberculose laryngée. Ce fait peut s'énoncer ainsi : *Contrairement à l'opinion classique, pour assurer une respiration vicariante trachéocervicale transcutanée au cours des sténoses laryngées et dans la prophylaxie de ces sténoses, il est tout à fait inutile d'avoir recours aux canules habituelles de trachéotomie. La canule de trachéofistulisation (no 1) qui a la courbure et la longueur de la canule de trachéotomie d'adulte. mais le diamètre de la canule 00 des enfants, peut remplir ce but dans la généralité des cas* ; s'il est nécessaire de mettre la canule usuelle dans des cas exceptionnels, elle ne sera maintenue qu'un minimum de temps, et ces cas deviendront de plus en plus rares.

Envisageons maintenant les conséquences de ce fait.

Prenons un cas habituel de tuberculose laryngée. Nous éliminons, bien entendu, la tuberculose laryngée ultime du cavitaire, celle qui accélère une mort déjà rendue inévitable par les lésions pulmonaires ; mais nous envisageons les cas fréquents où un pronostic relativement favorable chez un tuberculeux pulmonaire à lésions limitées, peu étendues ou en voie de régression,

(1) Voir surtout, *Journal médical français*, mai 1920, l'exposé général de nos travaux.

se trouve aggravé et rendu fatal par le développement d'une lésion laryngée.

Souvent même une lésion laryngée apparaît chez un bacillaire à lésions minimes ou même en dehors de toute lésion pulmonaire.

Il n'est pas inutile de rappeler que la lésion laryngée n'obéit pas, comme la lésion pulmonaire à la cure d'air ; il n'est pas inutile de rappeler que toute atteinte du larynx accélère considérablement la catastrophe.

Seul, un traitement énergique peut détruire la lésion locale surajoutée. Mais si dans des cas heureux, la lésion des cordes vocales ou de l'épiglotte par exemple est superficielle et peut guérir par les pansements classiques ou par les injections intratrachéales (Soc. de thérapeutique 15 mai 1912), il suffit de se reporter au livre de *Collet* (1) et aux descriptions histologiques pour comprendre que le galvano-cautère manié énergiquement sera notre meilleure défense contre les infiltrations qui forment le soubassement des ulcérations tuberculeuses.

Dans ces conditions, il y a danger — le fait est classique — de réaction inflammatoire, c'est-à-dire de sténose du larynx et nécessité de créer

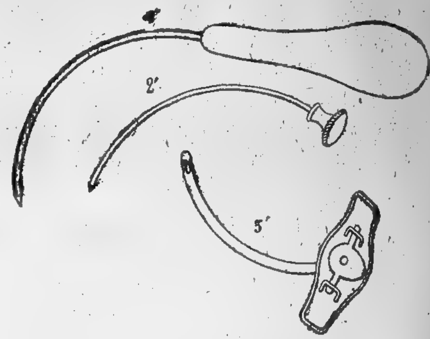


FIG. II.

Le petit modèle de trachéofistulisation monté sur plaque mobile, avec une seule canule. Le diamètre interne est alors de 2.5 à 3 mm. 5 (modèles nº 3 et 4) Noter le trocart d'introduction 1' le mandrin mousse d'obturation 2' les orifices latéraux de la canule 3'. Ici il sert à la 4e phase pour continuer la désinfection bronchique quand le spasme glottique n'est plus à redouter.

un passage sub-glottique à l'air de la respiration. Pour parer au danger, il faut faire préventivement la trachéotomie.

Voici donc schématisée clairement la situation :

Point de guérison de la bacillose laryngée sans destruction de la lésion.

Point de destruction, sans trachéotomie préventive.

Mais point de trachéotomie sans aggravation telle du malade que les spécialistes les plus compétents refusent l'intervention au médecin qui la demande devant la mort fatale de son client.

En pratique, la trachéotomie ne se fait que lorsque la lésion tuberculeuse ayant détruit le larynx menace de suffoquer le patient. Elle est une manœuvre ultime d'humanité ; elle n'est plus un élément de cure.

C'est que si la trachéotomie classique met le larynx au repos ; elle est essentiellement tamponnante et mutilante ; elle est tamponnante,

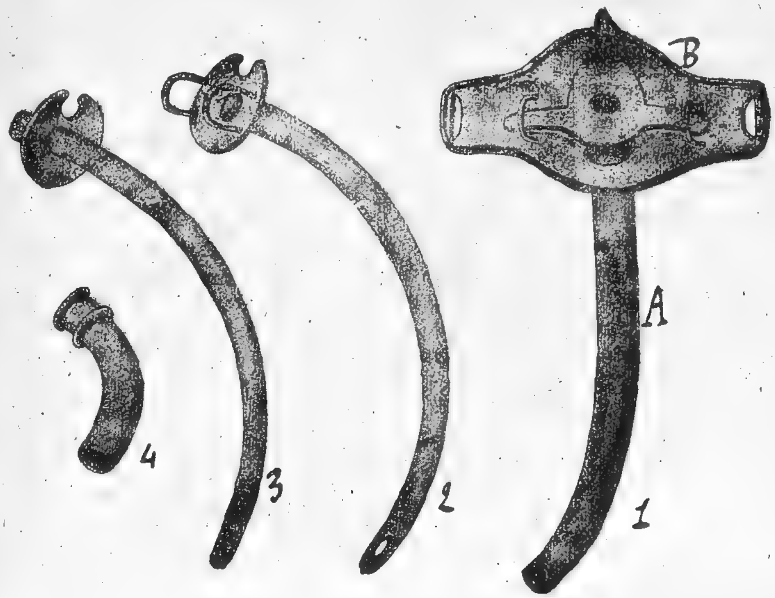


FIG. I.

La canule de trachéofistulisation nº 1 est la canule 00 pour enfants, dont la longueur a été portée à 6 cm. 1/2, pour tenir dans une trachée d'adulte. Le flottement ne produit aucune gêne.

Voyez la canule externe A légèrement évasée montée sur plaque mobile, la canule interne 2 à la Krieshaber pour introduction, la vraie canule interne 3 à orifice terminal de 4 mm. 5. En 4, ajutage externe pour arrêt du courant d'air expiratoire ; il est le plus souvent inutile.

Grâce à la désinfection par l'huile injectée, la canule se maintient très propre.

Ce modèle nº 1 doit remplacer la trachéotomie mutilante et tamponnante, sauf dans les cas, bien entendu, où le tamponnement de la trachée est indispensable (anesthésie trachéale pour opération sur face et cou).

Notre instrumentation est construite chez Aubry.

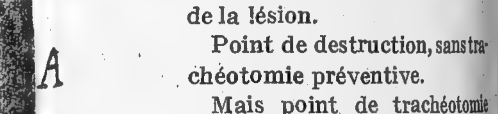


FIG. III.

Le regard compte-gouttes de Du Bouchet (chez Gentile) règle avec une précision mathématique le goutte à goutte pulmonaire des solutions fluides (thiocol, bleu de méthylène, cyanure d'Hg. etc.)

(1) COLLET. — La tuberculose du larynx.

et crée la rétention des expectorations ; les bronches deviennent presque une cavité close à ce point de vue ; le larynx devient un cul-de-sac. Elle est mutilante et déprimante, car aphone, le tuberculeux voit son psychisme considérablement diminuer ; plus d'euphorie, plus d'espoir, mais la vision réelle de la gravité du mal. La trachéotomie précipiterait le dénouement, aussi elle est refusée.

Avec notre trachéofistulisation le problème est singulièrement modifié. Revenons au cas type d'un individu atteint d'une lésion pulmonaire peu évolutive, chez qui se développe une végétation inter-aryténoïdienne, une ulcération avec infiltration d'une corde vocale supérieure, ou une épiglottique bacillaire.

Du jour, où il est avéré qu'une thérapeutique médicale ne peut qu'échouer, que l'injection intra-trachéale serait insuffisante, vous conduirez votre traitement par les 3 phases suivantes :

1) Trachéofistulisation à 4 millimètres 5 environ (diam. 00).

2) Désinfection trachéobronchique.

3) Destruction de la lésion bacillaire au galvano.

4) Suppression progressive de la trachéofistulisation.

1° Comme vous le voyez, je repousse actuellement la phase même courte de trachéotomie classique que je demandais encore dans mon article de *Paris medical* (17 avril 1920), mais vous comprendrez mes réserves de prudence initiale. Je demande que, sous anesthésie locale à la novocaïne française à 1 °/₀, adrénalinée, soit posée ma canule large de trachéofistulisation.

Au contrôle cette canule, qui correspond à la canule 0 0 de la série des enfants, a dans sa canule interne, à l'extrémité inférieure un diamètre interne de 4 mm. 5 (1). Elle s'introduit aisément avec une canule interne à la Krieshaber qui est changée pour une canule interne ordinaire, une fois l'instrument mis en place. Elle est montée sur plaque mobile comme dans les canules usuelles de trachéotomie.

Faites une incision à la peau de 2 cm. sur la ligne médiane, comme pour une trachéotomie subcricoïdienne, dissociez simplement la ligne médiane à la sonde cannelée pour voir dans la profondeur les deux premiers anneaux de la trachée ; ponctionnez au bistouri et introduisez votre canule. Une trachéotomie en miniature se fait avec le même soin mais plus aisément que l'ancienne trachéotomie. Elle se panse de la même façon avec une gaze stérile entre la peau et la plaque mobile, avec une gaze stérile protectrice qui recouvre l'orifice. L'orifice cutané se surveille avec des attouchements à la glycérine iodée (sans alcool) à 5 %.

Mais le résultat diffère singulièrement parceque

a) La voix est conservée ; donc ménagement du psychisme si important dans la bacillose.

b) Persistance de l'expectoration buccale, d'où suppression de l'aggravation par rétention ou moindre évacuation des expectorations.

En somme, la trachéofistulisation a tous les avantages de la trachéotomie ; car le repos qu'elle donne au larynx est suffisant pour être réparateur.

Si elle ne supprime pas — ce qui est d'ailleurs la sauvegarde des poumons — le passage des expectorations ; *elle empêche le cul-de-sac laryngé des trachéotomies classiques* aussi déplorable par leur cul-de-sac supérieur à fond glottique que par leur cavité close bronchique.

L'emploi de l'anesthésie locale si facile à obtenir par quelques cc. d'infiltration hypodermique supprime tout choc.

Encore une remarque : malgré les enthousiasmes actuels pour la voie intercrico-thyroïdienne qui paraît à quelques-uns la voie unique d'accès de la trachée, nous préférons dans la tuberculose laryngée l'incision subcricoïdienne, moins d'actualité mais plus à distance de la lésion. L'accès en est presque aussi simple.

2° Le malade trachéofistulisé à 4 mm. 5 vit comme avant son traitement. Il doit maintenant être soumis à la désinfection trachéobronchique.

Nous étudions en ce moment l'utilisation des appareils à pulvérisations extrêmement fines dont le type est le *Nébulisateur de Baratoux* ; de même, des essais en cours nous conduiront sans doute à recommander l'emploi de notre inhalateur universel (Soc. de médecine de Paris 1913) qui, avec un raccord adapté à ce but, injectera dans la trachée de l'air, soit goménolé soit chargé de principes aromatiques, antiseptiques ou médicamenteux. Nébulisation et insufflation ont le grand avantage de la tolérance organique ; nous y reviendrons prochainement.

Pour l'heure présente, la base de la désinfectrachéale est l'injection matin et soir par la canule de trachéofistulisation de 20 à 40 cc. d'une huile chargée de principes aromatiques. Employez de préférence l'huile goménolée d'abord à 5 %, puis, si la tolérance est suffisante, à 10 %. L'huile eucalyptolée 3 à 5 % se recommande également. Toutes les formules données par les injections intratrachéales (1) peuvent être utilisées.

---

(1) Nous précisons ce point sur lequel nous reviendrons, en raison d'inexactitudes dans nos articles précédents dus à la mauvaise graduation d'un instrument de contrôle.

(1) Voir notre Consultation médicale française, n° 55, chez Poinat.

Mais dès que vous cherchez à introduire des substances liquides dans la trachée, souvenez-vous des réflexes de défense de l'arbre bronchique, dont la sensibilité est exquise surtout au niveau de l'éperon, à la bifurcation de la trachée.

Pour vaincre cette sensibilité, vous aurez deux procédés : le goutte à goutte et l'anesthésie locale.

Le goutte à goutte consiste pour la trachée comme pour l'intestin, à régler goutte à goutte l'écoulement du liquide. La réaction trachéale est bien atténuée. Les physiologistes l'avaient signalé ; le Pr. Rogers'en servit dans les expériences sur l'absorption pulmonaire. Dès nos premières recherches (Soc. de Biologie, juillet 1901 avec G.-A. Weill) nous l'avons employé. Actuellement nous le réalisons par les dispositifs suivants :

S'il s'agit d'un produit fluide comme l'eau, nous nous servons des appareils de Galante ou de Gentile (1).

S'il s'agit d'un produit huileux, nous nous servons d'un entonnoir muni d'un tube de caoutchouc terminé par une sonde uréthrale molle de faible calibre, ou par une aiguille hypodermique de 8 à 10 dixièmes de mm. de diamètre. Elevez l'entonnoir de 20 à 50 cm. au-dessus du niveau du cou du malade, l'huile s'écoule par l'aiguille goutte à goutte ; vous n'aurez qu'à introduire l'aiguille terminale par l'orifice externe de la canule. Plus vous irez lentement, mieux vous graduerez votre dispositif, plus vous serez satisfait du résultat.

Avant chaque injection médicamenteuse, il est nécessaire d'injecter 2 à 6 cc. en moyenne de novocaïne française à 1 %, adrénalinée. Vous utiliserez le goutte-à-goutte avec le regard compte-gouttes Du Bouchet (chez Gentile), ou plus simplement la seringue de Luer dont vous ferez descendre lentement le piston par un mouvement de rotation. Attendez 5 à 10 minutes après l'injection de novocaïne, votre anesthésie sera meilleure.

Grâce à cette technique soigneuse et lente, qui peut bientôt se confier à une infirmière, vous obtenez une modification notable à la fois quantitative et qualitative des expectorations.

Encore mieux que dans l'injection intratrachéale par voie physiologique, vous supprimez l'infection secondaire des bronches et vous épurez le crachat.

Il en résulte une amélioration très appréciable de l'état général de votre malade et une limitation des lésions laryngées qui perdent tout aspect inflammatoire.

Si le mouvement fébrile s'est bien atténué, vous pouvez passer au troisième temps. Vous le ferez après cinq à quinze jours d'attente en moyenne.

3° Le troisième temps est la destruction au galvano-cautère de la lésion à l'aide de pointes de feu profondes et répétées. Ce point est très technique, très variable avec chaque variété de lésion du larynx. Contentons-nous de cette indication générale. Il peut être nécessaire de procéder en plusieurs séances.

Dans mon article du *Paris médical* (17 avril 1920), j'ai demandé l'emploi de la laryngoscopie directe. Sans entrer ici dans des détails de technique, j'ai voulu par ce fait insister sur l'importance de la destruction ignée de la lésion, qui est le but à atteindre.

3° Il faut maintenant, dès que toute réaction inflammatoire a disparu au niveau du larynx, dès qu'il est avéré que la lésion laryngée est détruite, procéder au retrait de la trachéofistulisation. A ce moment notre conduite sera guidée par l'indication de la continuation du traitement endotrachéal et par la suspension du danger de spasme de la glotte. Vous continuerez alors les injections, mais vous substituerez à la canule de 4 mm. 5 nos deux modèles ayant respectivement comme lumière 3 mm. 5 et 2 mm. 5, modèles sans double canule, mais montés sur plaque mobile, qui sont les modèles de choix dans le traitement des bronchopneumonies (1).

En dernier lieu, il faudra décider s'il y a lieu de recourir à une cure d'air.

Ainsi donc, le seul point vraiment nouveau que nous apportons ici est une diminution du diamètre de canule ! Cela paraîtra peu de chose à quelques-uns. Les autres verront que ce détail minime transforme une opération ultime terminale, tellement décourageante que le médecin ne veut la pratiquer, en une manœuvre simple inoffensive, précoce, qui permet les interventions nécessaires et décide de l'orientation de la maladie vers l'espoir et la guérison. Une nouvelle phase s'ouvre pour la cure de la tuberculose laryngée.

---

(1) Voir Manipulations de technique médicale, 1921 chez Vigot (en impression).

(1) Par suite de la même erreur, les diamètres internes ont été donnés dans nos précédentes recherches comme étant de 1 à 2 mm. Nous corrigeons cette inexactitude.

A TRAVERS LA PRESSE

Le signe du Douglas dans les ruptures de grossesse tubaire.

Il est des cas où le diagnostic de rupture d'une grossesse tubaire et d'inondation péritonéale est difficile. Cependant, il importe d'aller vite, le temps jouant ici un rôle primordial. Aussi, M. PROUST insiste-t-il sur la valeur d'un signe qu'il a dénommé le signe du Douglas, et qui serait, à son sens, presque pathognomonique.

Ce signe consiste en une douleur excessive provoquée par la palpation profonde du cul-de-sac, liée à la parfaite dépressibilité de celui-ci. La douleur est telle qu'elle arrache des plaintes, même aux femmes en état de demi-syncope (*Paris méd.*, 7 août 1920).

Deux étapes de la rupture de la trompe gravide doivent être envisagées. Dans une première, la rupture est précoce, parce qu'il s'agit d'une grossesse ithsmique. Dans la seconde, la grossesse étant ampullaire, les accidents sont plus tardifs, et évoluent vers l'hématocèle rétro-utérine. Au cas de rupture précoce, le retard menstruel est insignifiant, parfois nul. Aussi peut-on se trouver embarrassé pour conclure à une grossesse tubaire rompue dans le péritoine ou à un avortement utérin à tendances syncopales : la constatation du signe du Douglas lève les doutes.

La rupture plus tardive des grossesses ampullaires pourrait être confondue avec une salpingite avec poussée de périmétrite. La douleur de la palpation du Douglas, jointe à sa dépressibilité, conserve encore ici toute sa valeur diagnostique.

A la vérité, ce signe se retrouve dans les épanchements péritonéaux purulents. Mais alors, on note la contracture des grands droits de l'abdomen, qui ne se rencontre pas dans les grossesses tubaires.

« L'association d'un signe de Douglas positif « avec la constatation négative de la contracture « des muscles abdominaux m'a paru toujours « caractéristique d'un épanchement sanguin « intrapéritonéal lié à une rupture ou à l'avorte-« tement d'une grossesse tubaire. »

Les méfaits des inhalations iodées.

Certains auteurs ayant prôné les inhalations de vapeurs d'iode comme capables de réaliser la meilleure prophylaxie de la grippe, M. L. CHEINISE montre, tant à la faveur de son expérience personnelle que de travaux qui ont paru sur ce sujet, surtout en Amérique, que ce procédé n'est pas exempt d'inconvénients (*Presse méd.*, 14 août 1920).

Ce serait même une méthode éminemment dangereuse, l'iode agissant à la manière du chlore et du brome, employés comme gaz de combat, pour déterminer un abaissement de la pression artérielle suivi d'œdème aigu du poumon.

Un homme sain de 70 kil. serait tué en 24 heures par l'inhalation de 1 gr. 26 d'iode. A plus forte raison, une affection préexistante des bronches et des poumons est-elle une contre-indication formelle aux inhalations iodées.

« Elles constituent du reste une méthode « assez risquée pour qu'il convienne de s'en « abstenir d'une manière générale. »

L'aérogastrie ou aérophagie bloquée.

Il s'agit d'une forme d'aérophagie que décrit M. F. RAMOND (*Bull. méd.*, 14 août 1920), dans laquelle l'air ingurgité s'accumule dans la grosse tubérosité de l'estomac sans pouvoir en être expulsé.

Ce bloquage de l'air serait dû, soit à une malformation gastrique dans laquelle la valvule de Brami viendrait obturer le cardia à la façon d'un clapet qui s'opposerait à l'évacuation de l'estomac, soit à un amincissement du diaphragme gauche, tel qu'on l'observe dans les pleurésies diaphragmatiques, lequel laisserait la grosse tubérosité être refoulée dans la cavité thoracique et la valvule de Brami agrandie, se porter vers le cardia et agir comme précédemment.

Quoiqu'il en soit, les malades présentent des accidents plus ou moins marqués, qui vont de la simple sensation de distension, à la crise d'angine de poitrine, en passant par le gonflement douloureux, l'oppression, les palpitations, les angoisses précordiales.

Le diagnostic réclame l'aide de la radioscopie. Le traitement en est très efficace. Les poudres absorbantes étant sans action, on recourra à l'une des manœuvres suivantes : le malade ayant avalé 200 gr. d'eau de Vichy tiède, se couche à plat, puis, serre le bas-ventre avec les deux mains fortement appliquées et serrées, en même temps qu'il incline le buste en avant, aussi bas que possible, d'un mouvement lent et progressif, en faisant une inspiration profonde.

La seconde manœuvre consiste à faire à jeun, et 4 ou 5 heures après le déjeuner, un tubage avec la sonde d'Einhorn. L'auteur a fait construire un petit tube « qui, par son diamètre et sa fle-« xibilité, permet au malade, même le plus pu-« sillanime, de se tuber sans aucune difficulté. »

L'ipéca à petites doses chez les nourrissons allaités artificiellement.

M. ROUSSEAU-ST-PHILIPPE recommande, chez les nourrissons allaités au biberon, et qui présentent presque toujours un état de véritable dyspepsie, la teinture d'ipéca, administrée par gouttes dans un peu d'eau sucrée avant les repas, — de six à vingt gouttes par jour, entre la

naissance et le sevrage. C'est un excellent prophylactique en même temps qu'un curatif très actif, mais inoffensif. (*Pédiatrie prat.*, 15 août 1920).

Fièvre typhoïde à forme sudorale.

A l'occasion d'un cas de fièvre typhoïde à forme sudorale qu'il a observé, M. G. FERRY rappelle les caractères de ce type clinique assez rarement rencontré, et les recherches qu'il a entreprises sur l'action de la sueur sur le bouillon microbien, en vue du séro-dignostic (*Rev. méd. de l'Est.*, 1er août 1920).

Dans cette forme, la fièvre d'abord intermittente au début, devient paroxystique avec rémittences accusées à la période d'état. Les signes gastro-intestinaux sont peu marqués. La prostration pour ainsi dire inexistante. Les sueurs apparaissent par accès ou d'une façon continue, très abondantes, profuses, sans aucune influence ni sur la température, ni sur la diurèse, entraînant une abondante éruption de *sudamina*, A la période terminale, la fièvre redevient intermittente, tandis que les sueurs diminuent de quantité, pour disparaître dans la convalescence.

La durée en est généralement assez longue, la période d'état affectant trois semaines.

Il faut en faire le diagnostic avec la fièvre de Malte, ce qui est relativement facile, grâce à la séro-réaction dans l'un et l'autre cas.

L'auteur a eu l'idée de rechercher si la sueur était susceptible de donner le même résultat positif que le sérum sanguin, au point de vue agglutinatif. Tandis que le sérum sanguin et les urines elles-mêmes mises en présence de cultures pures de bacille d'Eberth donnaient un agglutinat rapide, la sueur est restée continuellement dépourvue de cette propriété agglutinante.

Les séquelles mentales de l'encéphalite léthargique.

Selon M. EUZIÈRE (*Languedoc méd.*, 10 août 1920), elles répondent aux deux types : excitation et dépression. Du premier, un seul cas figure dans la littérature médicale. Le second par contre a été assez fréquemmènt rencontré. Il s'agit alors d'une asthénie physique associée à une asthénie mentale profonde, avec hébêtement.

Mais on observe également des cas de mélancolie typique confirmée.

On peut se demander si l'encéphalite léthargique ne pourrait pas être suivie soit de paralysie générale, soit de démence précoce, d'autant plus qu'il existe des observations dans lesquelles on a noté soit le syndrome méningo-encéphalique, soit le syndrome démentiel.

Il a manqué à ces syndromes deux caractères essentiels pour qu'il fût permis de les considérer comme la manifestation clinique du substratum anatomo-pathologique de la P. G. et de la démence précoce : la permanence et la progressivité. Mais l'auteur se demande à bon droit si l'avenir des malades guéris en apparence d'encéphalite léthargique n'est pas menacé de voir se constituer un jour et évoluer des affections dont seuls, quelques signes cliniques auraient été passagèrement constatés.

L'adonalis vernalis dans les cardiopathies artérielles.

Pour permettre à l'organisme d'assurer sa dépuration quand le rein a perdu de sa perméabilité, et que, secondairement, le myocarde à fléchi, chez les artério-scléreux, il faut maintenir la circulation en bon état, assurer une diurèse et une énergie cardiaque suffisantes.

Or, les diurétiques habituellement recommandés, la théobromine, la scille, irritent le rein, s'éliminent mal, peuvent occasionner des céphalées intenses. La digitale de son côté n'a guère d'action tant que le cœur est bien compensé, et elle n'en acquiert pas davantage quand le muscle est en voie de dégénérescence.

Aussi, M. L. BIGNON se déclare-t-il très attaché, dans ces cas, à l'adonalis vernalis qu'il prescrit à raison de 4 gr. de poudre de feuilles infusés dans 500 gr. d'eau par jour, pendant une semaine. Après cinq jours de repos, il reprend l'usage de ce médicament de la même manière, et ainsi de suite. (*Journ. des Prat.*, 14 août 1920).

L'auteur insiste sur la nécessité d'employer la plante ou son suc total, et non son glucoside, qui s'altère sous l'action des sucs digestifs, et perd toute son activité.

« Je place ce médicament (l'adonis v.) sur le « même pied que la digitale, mais avec cette dif- « férence que l'adonis peut rendre des services « là où la digitale ne peut plus être employée et « qu'il peut être prescrit en quelque sorte les « yeux fermés .... Les services qu'il peut rendre « au médecin font de lui un des meilleurs toni- « cardiaques connus. »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Diastasis tibio-péronier traité par le vissage.

(M. LENORMANT. — *Société de chirurgie*).

M. Lenormant présente les radiographies d'une malade atteinte de fracture de Dupuytren, avec fracture du péroné dans son tiers moyen et diastasis tibio-péronier très accentué. L'astragale, luxé en dehors, ne répondait plus au tibia que par la moitié interne de sa face supérieure. M. Lenormant réduisit le diastasis et, maintint solidement le péroné au contact du tibia au moyen d'une vis de Lambotte

enfoncée à travers la malléole externe. Du même coup, l'astragale fut remis en situation normale et la fracture tibiale réduite.

Sur les injections intra-péritonéales de sérum.

(M. E. MARQUIS. — *Société de chirurgie.*)

La pratique de la ponction de la paroi abdominale pour réaliser les injections (intra-péritonéales) de sérum a trouvé, devant la *Société de chirurgie*, peu de partisans. Mais, ce qui a été surtout attaqué, c'est la ponction et non pas l'injection elle-même. M. Marquis défend l'injection de sérum chaud isotonique chez les opérés de l'abdomen. Entre autres avantages, elle a pour effet de relever la tension vasculaire d'une façon nette.

M. Pierre DELBET met dans le péritoine, après toutes les laparotomies basses, du sérum chaud, et cela depuis plus de quinze années. Les avantages de cette pratique sont les suivants : réchauffer les anses intestinales ; faciliter les mouvements des anses et leur permettre de reprendre leur place ; chasser l'air du péritoine et faire absorber rapidement du sérum.

Quand le sérum arrive au contact du diaphragme (il est versé en position inversée), les malades se mettent toujours à faire de grandes inspirations et M. Delbet se demande s'il n'y aurait pas là un moyen de traitement de la syncope respiratoire chloroformique.

Dilatation idiopathique de l'œsophage.

(MM. ŒTTINGER et CABALLERO. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Œttinger présente deux malades atteints l'un et l'autre des phénomènes morbides suivants : des troubles de déglutition, tout d'abord intermittents, caractérisés par des sensations rétro-sternales, plus ou moins pénibles, se produisant après l'ingestion des aliments ; à un moment donné des régurgitations, de véritables vomissements, provoqués ou spontanés, de mucosités simples ou mélangées d'aliments. Ces symptômes remontent à une date éloignée. La radioscopie montre un œsophage extrêmement élargi dans ses deux tiers inférieurs ou dans sa presque totalité, et se terminant en pointe. L'image radioscopique rappelle assez bien celle d'un radis.

Si l'on introduit une sonde dans l'œsophage, et qu'on y injecte du liquide avec un entonnoir, on voit que la capacité œsophagienne est exagérée et atteint aisément 500 centimètres cubes.

La première impression est qu'il s'agit d'une dilatation œsophagienne secondaire à un spasme grave du cardia. En réalité, il n'en est rien, car on peut pénétrer facilement avec une sonde dans l'estomac. De l'avis de M. Œttinger, la lésion causale serait une véritable malformation congénitale de l'œsophage, une sorte de méga-œsophage, analogue au mégacôlon et au mégarectum de Hirschprung. Latente pendant assez longtemps, cette malformation se manifesterait seulement au moment où, du fait d'altérations inflammatoires, l'atonie de l'organe s'accentuerait.

Comme traitement, les lavages de la poche et les dilatations de l'orifice amènent une amélioration : une intervention chirurgicale dont la mise au point n'est pas encore parfaite pourra donner des résultats plus complets.

Réinfection syphilitique après cinq ans.

(M. VALLÉRY-RADOT. — *Société méd. des hôpitaux.*)

M. Vallery-Radot relate l'observation d'un jeune homme de 26 ans soigné en 1918, un mois environ après un retour de permission passée à Paris, pour chancre syphilitique du prépuce, diagnostic confirmé par l'adénopathie, la recherche (positive) du tréponème, et le Wassermann également positif quelque temps après. Or, ce malade avait été traité, en 1913, pour chancre et accidents syphilitiques secondaires, confirmés également par la recherche du tréponème et le Wassermann. Il avait reçu, à ce moment, une série d'injections de 606. L'auteur éloigne l'idée d'accidents chancriformes et de chancre redux. Ce dernier se produit au siège même du premier chancre et il n'en était rien ici.

Contracture des muscles abdominaux au cours des pleurésies.

(MM. F. RAMOND et DEROCHE. — *Soc. méd. des hopitaux.*)

M. Ramond signale un phénomène qu'il a rencontré habituellement au cours des pleurésies : la contracture des muscles de la paroi abdominale. Pour l'auteur, la constatation de ce signe, en dehors de toute affection nette de l'abdomen l'expliquant, doit éveiller l'idée d'une pleurésie.

Un cas de scorbut grave contracté à Paris.

(MM. LABBÉ, HAGUENEAU et NEPVEUX. — *Société méd. des hôpitaux*).

Un malade, âgé de 51 ans, entre dans le service de M. Labbé, en avril 1920, pour douleurs musculaires et grande faiblesse générale. Cet homme, sans travail et dénué de ressources, se nourrissait depuis le mois de janvier presque exclusivement de pain (800 gr. par jour), auquel il ajoutait un peu de charcuterie tous les deux jours environ. Pendant cette période de 4 mois, il n'a jamais mangé ni viande, ni légumes (exceptionnellement quelques pommes de terre), ni fruits. En mars, il ressent des douleurs musculaires au niveau des mollets et des cuisses, et de l'affaiblissement général. Il maigrit, présente des taches purpuriques, une forte gingivite avec chute des dents. Guérison par un régime alimentaire convenable riche en légumes verts, avec adjonction de jus de citron.

L'intérêt de ce cas réside dans ce fait qu'il constitue une sorte de production expérimentale du scorbut. Il n'est peut-être pas malheureusement, très isolé car, même depuis la paix, nombre de personnes vivant de ressources trop modestes se trouvent réduites à une véritable carence alimentaire.

Cancer du foie à évolution lente.

(MM. Ribadeau-Dumas et de Laulerie. — *Société méd. des hôpitaux.*)

Le cancer du foie, a, classiquement, la réputation d'évoluer avec rapidité. Hanot et Gilbert ont noté sa marche brutale. L'évolution du cancer massif est pour eux toujours rapide. Dans certains cas foudroyants, il amène la mort en un mois à six semaines. Sa durée habituelle serait de 4 à 5 mois. Le cancer nodulaire se prolongerait plus longtemps, de un mois à un an. La durée du cancer serait plus courte chez les sujets plus jeunes.

MM. Ribadeau-Dumas et de Laulerie rapportent un cas de cancer secondaire du foie dont les premiers symptômes se montrèrent cinq années avant la terminaison fatale. L'évolution a donc été particulièrement lente.

Plaques pigmentaires buccales et syphilis.

(MM. André Léry et Cochez. — *Société méd. des hôpitaux.*)

Pendant longtemps, la pigmentation en plaques des muqueuses a été considérée comme dépendante de la maladie d'Addison. Puis, dans ces dernières années, on a signalé des cas (Dufour, Lortat-Jacob, Sabaréanu, Crouzon) où semblable pigmentation, chez des sujets non addisoniens, paraissait bien être physiologique, et appartenir à certaines races humaines.

Aujourd'hui, MM. André Léri et Cochez relatent deux observations de sujets porteurs de plaques pigmentaires buccales, indemnes d'addisonisme, mais tous deux anciens syphilitiques. Rappelant les relations établies par Pierre Marie et Crouzon entre la syphilis et le vitiligo, les auteurs se demandent s'il n'y aurait pas un véritable *vitiligo des muqueuses* d'origine au moins parfois spécifique comme le vitiligo cutané.

Syphilis gastrique.

(MM. Florand et Girault. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

M. Florand a soigné deux malades atteints de syphilis gastrique, l'un à forme de gastrite chronique l'autre à forme de dyspepsie banale. La nature spécifique de la gastropathie n'a été révélée par aucun signe particulier. Seuls, les antécédents, l'évolution ultérieure sous l'influence du traitement anti-syphilitique, ont permis d'établir le diagnostic.

Méningite suppurée à bacille paratyphique B.

(M. E. Lesné. — *Société méd. des hôpitaux.*)

M. Lesné rapporte une observation de méningite suppurée à bacille paratyphique B. Le malade, traité par des injections intra-rachidiennes de collargol, a guéri.

C'est là un cas tout à fait exceptionnel, jusqu'à ce jour du moins. Si, en effet, le nombre des méningites à bacilles d'Eberth se multiplie avec la diffusion des ponctions lombaires, les méningites à bacilles paratyphiques sont encore fort peu connues. On a bien signalé (Sacquépée, Boidin, Guy Laroche), au cours d'états paratyphiques à bacille B, des syndromes méningés avec liquide clair et culture négative, mais on n'avait pas publié encore d'exemple de méningite suppurée paratyphique.

P. L.

MATIÈRE MÉDICALE MODERNE

La médication phosphorée.

« Le protoplasma cellulaire, a dit Gaube (du Gers), est un composé organo-métallique ». Ce n'est pas en effet un de nos moindres étonnements que de constater quelles affinités profondes la matière vivante possède pour le règne minéral, et de mettre en opposition, d'une part, l'importance que prennent tant d'éléments de ce règne dans la constitution de nos tissus et de nos humeurs, et d'autre part, combien certains de ces éléments, pris en eux-mêmes, sont toxiques, et partant, dangereux pour notre organisme.

La biologie offre à notre esprit cette curieuse antithèse de corps qui sont tout à la fois, mais selon le point de vue où on les considère, indispensables à la vie, et menaçants pour elle.

Calcium, potassium, sodium, chlore, soufre, phosphore, arsenic, ... toute la chimie, toute ou à peu près, — se retrouve dans la substance organisée.

Mais, chacun d'eux a une prédilection marquée pour certains appareils, dans lesquels il est prédominant, Et comme il existe une sorte de hiérarchie entre ces appareils, on peut dire de même que ces minéraux sont parallèlement hiérarchisés.

Comme le sang, — la « chair qui coule », — se nourrit surtout de fer, le cerveau, la moelle et les nerfs, — centres producteurs et réseaux conducteurs de l'énergie, — réclament nécessairement le radical phosphore. D'autre part, le squelette, qui est au corps ce que la charpente est à l'édifice, associe le phosphore et la chaux dans la composition des os.

Ainsi semble-t-il bien que le phosphore, métal de prédilection du système nerveux et du

système osseux, tienne pour ainsi dire « le haut du pavé » dans la hiérarchie protoplasmique.

Si l'on applique ces considérations à la clinique, on observe que la déficience phosphorée, — sinon la carence, pour employer un terme à la mode, — soit par perturbations du métabolisme, soit par éliminations exagérées, est caractéristique de tous les états de dénutrition dont le prototype est la tuberculose. Ne prétend-on pas, à bon droit, que la phosphaturie est un signe précoce d'invasion tuberculeuse de l'organisme ? Cette même phosphaturie ne se retrouve-t-elle pas dans les syndromes fonctionnels de la pathologie nerveuse, la neurasthénie et toutes ses modalités, en tout premier lieu ?

A mesure que les progrès de la science nous permettent de pénétrer plus avant dans la connaissance des lois mystérieuses qui conditionnent la vie, nous saisissons mieux les causes des effets que nous constations jadis, sans en trop comprendre le mécanisme.

De là découlent de nouvelles précisions dans les indications et la prescription de la médication phosphorée, employée un peu empiriquement par nos anciens.

Ceux-ci n'avaient à leur disposition que le phosphore en nature, de maniement tellement délicat qu'il est préférable d'y renoncer, en raison des risques d'intoxication qu'il comporte ; l'acide phosphorique, plus maniable, mais d'activité moins grande, et les phosphates alcalins, d'assimilation problématique, dans la forme et dans les conditions où ils étaient naguère utilisés.

Ces inconvénients de la médication phosphorée ont en partie disparu quand furent découverts les moyens de donner à la matière l'état colloïdal.

C'est sous cette forme que le phosphore existe dans le Phosphotérébenthate de sodium, connu en droguerie sous le nom de Fosfoxyl, et qu'il peut être administré, sans aucun dommage, pour exercer sur l'organisme les propriétés stimulantes et toni-nutritives dont il est doué.

Son assimilation est en effet, pour ainsi dire, parfaite, et il s'élimine sans exercer aucune action nocive sur les reins, qui le tolèrent admirablement.

Les propriétés stimulantes et toni-nutritives dont nous venons de parler se manifestent à des titres divers. C'est ainsi qu'à l'état de Fosfoxyl, le phosphore agit 1° comme aliment de la cellule nerveuse et de la cellule osseuse, et 2°, comme agent de fixation des phosphates d'origine animale ou végétale que renferment la plupart des aliments.

Les indications du Fosfoxyl dérivent de ce double mode d'action. L'épuisement nerveux, avec toutes ses conséquences, la neurasthénie, la psychasthénie, les névroses ; certaines vésanies dépressives ; les affections lésionnelles de l'axe cérébro-spinal, en sont justiciables tout d'abord.

Les déchéances organiques des anémies et de la tuberculose, ainsi que les diathèses dues à des vices de la nutrition, l'arthritisme, la goutte, le diabète, l'emploient très avantageusement.

Les maladies du squelette, le rachitisme et l'ostéomalacie, ainsi que les réparations des traumatismes dont il est le siège, telles que les fractures, bénéficient largement de son pouvoir ostéogénétique.

Enfin, le Fosfoxyl doit être considéré comme un stimulant de la nutrition générale, et comme un aliment essentiel, chez tous ceux qui se livrent à un travail intellectuel soutenu et excessif.

Le Fosfoxyl se présente en solution ne contenant ni sucre, ni alcool. En le mélangeant avec de l'eau sucrée, on supprime le goût légèrement amer dont il est pourvu, et qui n'est cependant pas un obstacle à son utilisation, même chez les enfants.

Avec le Fosfoxyl, la médication phosphorée entre dans une nouvelle phase et la thérapeutique qui, jusqu'alors, hésitait souvent à y recourir, pourra désormais l'employer avec la plus grande sécurité, et les meilleures chances de succès.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses.

Thèse de Montpellier.

Dr Cyprien ALMÉRAS. — **Rapports de la grippe et de la tuberculose.** Montpellier, « L'Abeille », imprimerie coopérative ouvrière, 1920.

Si le pourcentage des grippés n'a pas été plus élevé parmi les bacillaires que parmi les gens bien portants, la grippe a été le point de départ d'un grande nombre de tuberculoses, qui ont débuté soit immédiatement après, soit au bout d'un temps plus ou moins long, mais en en étant toujours la conséquence directe, en particulier chez ceux qui n'ont pris qu'une convalescence insuffisante au point de vue durée et soins.

Ces tuberculoses eurent d'ordinaire un début insidieux par simple prolongation et exagération des symptômes d'anémie et d'asthénie, l'évolution dans la suite étant la même que pour la tuberculose en général.

Mais il ne faut cependant pas prendre pour bacillose les grippes pseudophymiques et les syndromes d'hypoşphyxie post-infectieuse avec reliquats pulmonaires.

PARTIE PROFESSIONNELLE

L'EXERCICE DE LA PHARMACIE

Proposition de loi émanant d'une initiative privée.

Commentaires et critiques.

Voici les observations que suscite en nous la 2e proposition de loi sur la Pharmacie parue ici la semaine dernière.

ARTICLE 3.

Sont réputées *poisons* les substances déclarées telles après avis de l'Académie de Médecine.

La vente des poisons est régie, en outre des prescriptions de la présente loi, par des mesures spéciales édictées dans un règlement d'administration publique.

Le 2e alinéa de cet article doit être modifié, la loi de juillet 1916 et le décret portant règlement d'administration publique de septembre 1916 sur la vente des substances vénéneuses fixant jusqu'à nouvel ordre la législation en cette matière.

Nous disons à dessein *jusqu'à nouvel ordre.* Loi et décret, élaborés très probablement dans les bureaux du Ministère, en l'absence d'avis essentiellement compétents et autorisés, loi et décret, dis-je, sont mal faits, compliquent dans d'excessives proportions l'exercice de la médecine, et sont préjudiciables finalement, ainsi que l'Académie de médecine elle-même l'a reconnu, à la santé publique.

Nous espérons qu'ils seront prochainement amendés.

ARTICLE 5.

Toutefois et sans contrevenir à la présente loi, les médecins, sages-femmes, dentistes et vétérinaires peuvent délivrer des médicaments aux malades qu'ils visitent, si ces derniers habitent à plus de 4 kilomètres d'une officine.

Ils peuvent encore délivrer les médicaments dans leur cabinet s'ils habitent eux-mêmes à plus de 4 kilomètres d'une officine.

Enfin pour leurs opérations de cabinet ou pour satisfaire au cas d'urgence, ils peuvent délivrer librement les médicaments dont une liste aura été dressée par la Commission du Codex.

Nous n'acceptons pas plus la distance de 4 kilomètres prévue dans cet article que nous n'avons accepté, à plus forte raison, celle de 8 kilomètres du projet Vincent (article 13).

Nous disions, dans nos commentaires de ce dernier projet, publiés dans notre numéro 41 (10 octobre 1920, page 2500) que la distance minima requise pour obliger les malades à s'approvisionner en médicaments à l'officine la plus voisine, devait être telle qu'elle pût être parcourue, aller et retour, tout au plus en une heure par un adolescent.

Nous maintenons notre opinion, et nous allons même jusqu'à l'élargir encore, en l'exprimant dans les termes suivants :

« Les médecins.... peuvent porter des médicaments aux malades qu'ils visitent, si ces derniers habitent *une commune où n'existe pas d'officine ouverte.* Ils peuvent encore délivrer des médicaments dans leur cabinet s'ils habitent eux-mêmes *une commune où n'existe pas d'officine ouverte.* »

Avec cette rédaction, la question de distance n'est plus à envisager, la commune ayant une définition et une précision qui ne prêtent à aucune équivoque.

Le 3e alinéa autorise tous les médecins à fournir eux-mêmes à leurs malades les médicaments nécessaires aux opérations faites dans leur cabinet, ou en cas d'urgence : c'est la légitime contre-partie de l'article 7, premier alinéa, qui donne une autorisation du même ordre au pharmacien de faire acte médical en cas d'urgence.

ARTICLE 7.

De même et sans contrevenir aux dispositions de l'article 4, les pharmaciens peuvent délivrer à l'acheteur, sur sa demande, sans ordonnance et aussi souvent qu'il se présentera, les médicaments dont la liste sera établie par la Commission du Codex.

En dehors de cette exception, le pharmacien ne pourra délivrer un médicament sans ordonnance et sous sa propre inspiration que dans le cas d'urgence pour un accident ou une maladie nettement commençante. La répétition constituerait le délit d'exercice illégal de la médecine prévu par l'article 16 de la loi du 1er décembre 1892.

Le premier alinéa consacre pour le pharmacien le droit de délivrer à ses clients certains médicaments, certaines drogues, sans être soumis à l'obligation d'une prescription médicale.

Dans le 2e alinéa, nous n'acceptons l'exception que pour le cas d'urgence nettement défini, et notamment en l'absence de médecins, pour l'accident qui vient de se produire.

ARTICLE 8.

Toute officine, tout établissement destiné à la préparation et à la vente en gros ou en détail des médicaments doivent être effectivement dirigés et gérés par un ou plusieurs pharmaciens.

Est soumise à la même obligation toute association ayant pour objet l'exploitation d'une officine ou d'un établissement visé au paragraphe précédent.

Sont interdits au pharmacien toute profession, tout commerce qui, nécessitant sa présence hors de l'officine ou de l'établissement, empêcherait cette gestion d'être effective.

Pour la même raison un pharmacien ne peut gérer plusieurs officines.

Cet article exige que toute officine soit réellement exploitée par un ou plusieurs pharmaciens diplômés. Il laisse de côté, à juste titre, les relations que le pharmacien exploitant pourrait avoir avec tel ou tel profane, au point de vue financier.

Article 16.

L'exécution d'une ordonnance doit toujours être conforme au libellé de cette ordonnance : toute substitution d'une substance à une autre, toute modification de dose, sans le consentement du signataire de l'ordonnance, sont interdites.

Si le pharmacien le juge nécessaire, il pourra ajourner ou même refuser l'exécution d'une ordonnance, mais il devra s'abstenir de toute critique.

L'exécution d'une ordonnance ne pourra jamais être renouvelée si mention de cette faculté n'est faite sur l'ordonnance elle-même par celui qui l'aurait signée.

L'article 16 défend au pharmacien d'effectuer, de son chef, dans les prescriptions médicales qu'il exécute, aucune substitution, sans le consentement du signataire de l'ordonnance. Cela est de toute justice.

Article 18.

L'officine sera obligatoirement approvisionnée d'une façon habituelle des remèdes qui sont d'emploi général, notamment de ceux dont il est fait couramment usage par les médecins de la région.

Le pharmacien qui, faute de posséder dans son officine les médicaments prescrits, n'aurait pu, à plusieurs reprises, exécuter une ordonnance, ne serait pas admis à se prévaloir du bénéfice de l'article 4 de la présente loi et à poursuivre pour exercice illégal de la pharmacie les médecins, sages-femmes, dentistes ou vétérinaires qui auraient délivré le médicament.

De même, cet article 18 impose au pharmacien l'obligation d'être pourvu de tous les remèdes d'usage général. Il ne faut pas en effet qu'il reste libre de ne s'approvisionner que des produits qui lui plairont, à l'exclusion de tels autres qu'il se refuserait à posséder, aucune bonne raison n'étant valable en l'espèce.

Article 22.

Les annonces, réclames et attestations relatives à l'emploi, aux indications ou aux propriétés des médicaments appartiennent exclusivement à la librairie médicale et pharmaceutique, à tous les ouvrages revues et journaux qui la constituent.

Ces annonces, réclames et attestations publiées ou effectuées en dehors de cette librairie constituent le délit d'exercice de la médecine.

L'article 22 vise la publicité scandaleuse faite dans la grande presse en faveur de telle spécialité tapageuse qui prétend s'adresser au public en passant par-dessus la tête du médecin. Nous y souscrivons pleinement.

Article 26.

La livraison des substances médicamenteuses, à quelque titre qu'elle soit faite, sera assimilée à la vente et sera soumise aux dispositions de l'article 423 du Code pénal et de la loi du 27 mars 1851.

En conséquence, seront punis des peines portées par l'article 423 du Code pénal et par la loi du 27 mars 1851 ceux qui auront trompé sur la nature des substances médicamenteuses livrées, ceux qui auront livré des substances médicamenteuses qu'ils sauront falsifiées ou corrompues et ceux qui auront trompé ou tenté de tromper sur la qualité des choses livrées.

Cet article introduit dans la loi sur la pharmacie un dispositif relatif aux fraudes et tromperies sur la nature et la qualité des produits vendus. C'est encore de toute justice.

En résumé, ce projet de loi, nonobstant les quelques remarques que certains de ces articles ont appelées de notre part, nous paraît conçu avec un esprit très large.

Il définit les droits des pharmaciens à se substituer éventuellement au médecin, de même qu'il précise les conditions dans lesquelles le médecin, dans l'intérêt général, peut remplacer le pharmacien.

Tout différent qu'il soit du projet Vincent, il nous donne plus satisfaction sans être cependant parfait. Nous n'y trouvons rien qui puisse porter ombrage à la corporation des pharmaciens, qui, si elle est sincère dans le désir que ses représentants ont souvent exprimé, en maintes circonstances, d'entretenir d'excellents rapports avec le corps médical, ne pourra apporter, à l'encontre des dispositions de ce projet, aucune objection réellement sérieuse.

Il y manque un article relatif aux conditions dans lesquelles l'inventeur, non pharmacien, d'un produit spécialisé pourra l'exploiter et en tirer un légitime profit. Nous examinerons prochainement cette question, en même temps que nous nous efforcerons de mettre sur pied un projet qui précise, aussi exactement que possible, les droits respectifs des médecins et des pharmaciens dans les rapports que l'exercice de la médecine a fatalement avec la préparation et la vente des médicaments préscrits.

G. Duchesne.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Le médecin et les grèves.

Comme suite aux différents articles de polémique courtoise parus dans les derniers n^os^ du *Concours*, au sujet de grèves médicales, il me paraît intéressant de vous communiquer la chronique ci-jointe.

Elle est découpée dans la *Petite Gironde* du 4 octobre dernier, journal qui tire à 400.000 pour le Sud-Ouest.

Le signataire est M. Philippe Berthelot, rédacteur en chef du journal, fin lettré, chroniqueur aimé du public et auteur de plusieurs romans et pièces de théâtre appréciés.

Bien confraternellement à vous,

Dr Boymier.

Pour vivre...

Il est entendu que le médecin est une manière d'apôtre de la Science, prêchant la bonne parole pour le corps et l'esprit, faisant la bonne action qui sauve ou qui guérit. Il est à la fois le sorcier éclairé de notre âge et le véritable ange gardien du foyer. Il exerce une manière de prêtrise. La nature de ses fonctions le rattache aux bienfaiteurs de l'humanité. Mais le malheur des temps fait que le prêtre vit de l'autel. Le médecin vit du malade, ou du moins il doit vivre, quoi qu'en pensent les mineurs des comtés de Nottingham et de Derby.

Les mineurs de Nottingham et de Derby sont les aristos de la mine. Le métier est dur. Mais gagnant de gros salaires, ils ne dédaignent pas d'en mettre une partie de côté pour la vieillesse. Ils ont des mutualités puissantes, fortement organisées, qui leur assurent une vie un peu moins chère dans tous les domaines. C'est ainsi qu'ils avaient passé avec les médecins du pays un contrat assurant à tout mineur les visites des hommes de l'art pour la somme de 16 shillings et 3 pence par an. C'était donné. A ce prix-là il faudrait vraiment n'être pas curieux pour se refuser une maladie à la mode : une appendicite dernier cri, une grippe espagnole ou une flatteuse encéphalite.

Oui, mais les médecins des comtés de Nottingham et de Derby ne vivent pas de la philanthropie, de l'estime de leurs clients ou de la conscience du devoir accompli. Il faut ajouter à ce menu au moins un roatsbeaf et du fromage de Chester arrosés de pale ale. Or, les détenteurs de ces denrées, qui ne sont pas philantropes pour un penny, ne les livrent que contre beaucoup de shillings. Les médecins se sont donc réunis en meeting, et après s'être déclarés conscients, organisés et solidaires, ils ont décidé qu'ils réclameraient désormais à leurs clients 26 shillings par an au lieu de 16.

Les mineurs ne sont pas encore revenus de leur étonnement. Ils ont fait aussitôt un meeting pour répondre à la réclamation des médecins, mais après un échange de vues qui a duré plusieurs heures, l'assemblée s'est séparée en déclarant qu'elle ne comprenait rien à l'attitude de ses docteurs ordinaires.

« Comment, il y a des bourgeois qui osent réclamer une augmentation, comme tout le monde ? Et ils parlent de cesser leur service s'ils ne reçoivent pas satisfaction ? Mais c'est la fin de tout, c'est ... oui, c'est bien la chose sinon le mot ... c'est une déclaration de grève !

» Alors il n'y a pas « fair play ». On ne joue plus. La grève, c'est une machine de guerre sociale exclusivement réservée au travailleur manuel. L'intellectuel n'a pas le droit de s'en servir. Où irions-nous, Seigneur, que deviendrait cette pauvre vieille société, qui a du bon quelquefois, si les intellectuels : ingénieurs, savants, fonctionnaires, professeurs, etc., se refusaient du jour au lendemain à accomplir leur besogne ? ... Non, c'est une farce. Les médecins veulent rire. ? »

Les médecins continuant à n'avoir pas même le sourire, les mineurs sont fort ennuyés. Aux dernières nouvelles, ils auraient télégraphié au camarade Lénine, qui aurait répondu simplement :

« Fusillez-les tous ! »

P. B.

Les médecins anglais ont cent fois raison. De même que le médecin français est dans son droit absolu, nonobstant les circonstances exceptionnelles de l'urgence, de refuser ses soins à tout malade qui refuse de l'honorer comme il mérite de l'être.

Ce n'est pas à proprement parler de grève qu'il s'agit alors. Mais tout simplement d'un défaut d'accord entre deux parties contractantes, dont l'une, le médecin, trouve que son travail est insuffisamment payé et le refuse à l'autre.

Cela n'a rien de commun avec le refus de soins systématiquement décidé à l'avance à des malades, ouvriers ou employés, qui se sont mis en grève contre leurs employeurs, et à leurs familles.

G. D.

II

Le Tarif Breton équivaut-il à une majoration de 300 %.

Messieurs les Assureurs vont parfois un peu fort.

Je reçois, d'un de nos bons confrères du Puy-de-Dôme, cette lettre que je crois utile de publier:

X ... le 3 octobre 1920,

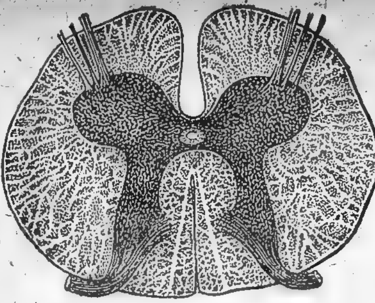
A M. le Dr Decourt, au *Concours médical.*

« J'ai reçu, comme industriel, les prospectus ci-joints qui, à mon avis constituent, de la part des compagnies d'assurances, un abus de confiance vis-à-vis des employeurs et un véritable chantage contre le corps médical.

« Il n'est pas admissible, qu'on puisse laisser dire et laisser croire que le nouveau tarif médical crée des charges nouvelles pour les assurances accidents, alors que, pour des frais médicaux à peine doublés, les primes payées par les patrons ont été 4 à 5 fois plus fortes (moyenne de ma région).

« De plus, cette demande d'augmentation de prime est-elle bien légale ?

« Je suis persuadé que vous saurez déjouer



cette manœuvre des assureurs et vous prie d'agréer, etc ...

Dr R. »

Jointes à la lettre, je trouvai deux circulaires de compagnies d'assurance, réclamant à leurs clients une majoration de prime, basée (entre autres choses) sur la majoration des frais médicaux dont « le nouveau tarif (dit le S...) motiverait *à lui seul* (souligné) notre demande d'augmentation. ».

Je ferai remarquer, toutefois, que cette compagnie se contente, prudemment, de dire que le tarif des frais médicaux « est majoré dans des proportions très importantes » et que « cette constatation est aisée à faire en comparant l'ancien arrêté du 30 septembre 1905, avec le nouveau (du 8 juillet 1920). »

Par contre, la compagnie la Z ... met des chiffres sur le tapis. Elle n'y va même pas avec le dos de la cuiller.

.... « En outre, un arrêté ministériel du 8 juillet 1920 (*Journal officiel du* 20 juillet 1920) entrant en vigueur le 1er septembre 1920, *majore au delà de* 300 % en moyenne, le tarif légal, dit « tarif Dubief » des frais médicaux. »

Et quelques lignes plus bas :

« Pour vous convaincre tant de la nécessité de ce relèvement de prime que de son extrême modération, il vous suffira de considérer que le tarif des frais médicaux du 8 juillet 1920 représente, à lui seul, une dépense supérieure au triple de celle du tarif d'avant-guerre. »

Et enfin, pour « convaincre » encore mieux ses clients, elle termine son appel de fonds par ces mots suggestifs — et auxquels il convient pour nous de prendre garde en cas de litige avec une compagnie, si nous traitions directement avec elle :

« Nous attirons votre attention sur l'utilité de nous retourner votre acceptation le plus tôt possible et, en tous cas, avant le 15 septembre, car si cette garantie supplémentaire n'était pas demandée par vous, nous n'aurions à régler les sinistres que sur la base des indemnités et frais médicaux résultant des textes légaux antérieurs, le surplus restant à votre charge. »

Et si, avec cela, le client n'est pas content, il sera difficile, n'est-il pas vrai ?... On le laisse libre de choisir à quelle sauce il préfère être mangé.

***

Les arrangements, pris ou à prendre, entre patrons et assureurs ne nous regardent nullement. Nous n'aurions pas à nous occuper de ces circulaires si elles n'étaient pas basées sur une donnée inexacte concernant la majoration des frais médicaux dans les accidents du travail.

Il est inexact, en effet, de dire que le tarif Breton MAJORE AU DELA DE 300 % EN MOYENNE *le tarif* Dubief.

Nous ne suivrons pas le confrère R . dans son appréciation si dure de la conduite des compagnies d'assurance, en l'espèce, mais, comme lui, nous trouvons inadmissible qu'on puisse laisser dire et laisser croire de telles erreurs.

Dans le tarif Dubief, au prix de la visite ou de la consultation s'ajoutaient les diverses petites interventions journalières (massages, pointes de feu, pansements, injections hypodermiques, etc.) qui venaient augmenter d'autant le chiffre total. Dans le tarif Breton, par suite de l'interdiction du *cumul*, ces interventions sont comprises dans le prix de la visite ou consultation. D'où nécessité d'augmenter d'autant la *moyenne*, des prix de visite ou de consultation. C'est précisément par ce *calcul des moyennes* (voir le *Médecin Syndicaliste* de juillet 1920, page 213) que, nous avons, personnellement, démontré aux membres de la Commission plénière, que les chiffres de 8 et 10 francs étaient légitimes, et c'est pourquoi ils furent adoptés.

En mettant tels quels — en face l'un de l'autre — le prix de visite ou de consultation dans les deux tarifs et en prétendant les comparer par un pourcentage, on commet une .... erreur de fait.

En réalité, sur les chiffres d'avant-guerre, c'est à peine si on peut compter sur une majoration de 100 % en moyenne. Nous sommes loin des 300 % publiés par les assureurs.

Aussi, au nom du Corps médical tout entier, nous qui avons été mêlé de si près à l'élaboration du nouveau tarif et qui prétendons avoir étudié à fond aussi bien le tarif Dubief que le tarif Breton, nous tenons à venir ici *protester hautement contre de telles allégations que nous considérons comme des contre-vérités.*

Dr Fernand DECOURT.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

Premier Congrès professionnel des médecins et chirurgiens des hôpitaux civils de France.

A l'occasion du Congrès français de chirurgie, se sont tenues à la Faculté de médecine de Paris, trois réunions, auxquelles avaient été conviés les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux civils du territoire.

Nombreux confrères avaient répondu à cet appel, lancé par le Dr Henry Reynès, chirurgien en chef des hospices civils de Marseille.

Reprenant les arguments du Dr Bousquet, Pr à l'École de Médecine de Clermont-Ferrand, le Dr Reynès a tenté, depluis plusieurs années,

de grouper les médecins d'hôpitaux, ayant les mêmes intérêts à défendre : il vient de réussir dans cette tâche.

Ce fut, d'abord, parmi les assistants du Congrès, le flot des récriminations bien connues. Les médecins ont, de tout temps, accepté de soigner les pauvres pour des indemnités dérisoires, indemnités qui sont actuellement presque inexistantes, eu égard au prix de la vie actuelle.

Mais, le corps médical des hôpitaux proteste contre l'intrusion de plus en plus grande des malades aisés et des blessés du travail dans les établissements hospitaliers. Pourquoi traiter gratuitement ces personnes, comme si elles étaient indigentes, alors qu'elles sont capables, elles ou les responsables, de donner au médecin de légitimes honoraires ?

Nous savons d'ailleurs parfaitement que les Docteurs ne sont pas les seuls à se plaindre d'un tel état de choses : les commissions administratives des hôpitaux déplorent l'obligation où elles se trouvent d'avoir à admettre, à côté des indigents, des malades aisés et des blessés du travail, alors que, pour ces derniers, le chef d'entreprise responsable et surtout l'assurance de celui-ci sont loin d'être des indigents.

Joignons à ceci l'exigeance des malades payants : ils payent, donc ils entendent être servis et en avoir pour leur argent. Ils ne craignent donc pas de déranger chirurgien, internes, infirmiers, parce qu'ils croient que ce personnel médical participe aux bénéfices de l'hôpital.

Certes, le corps médical des hôpitaux reconnaît parfaitement que les cliniques privées, les maisons de santé ne peuvent pas exister partout ailleurs que dans les grandes villes : l'initiative privée est entravée par des difficultés d'ordre financier, règlementaire, etc. Aussi, force est donc pour beaucoup d'hôpitaux de faire fonction de maison de santé vis-à-vis des malades payants.

Disons de plus qu'existe toute une catégorie de malades très intéressants : ce sont ceux qu'on désigne sous le nom de semi-indigents, de petites gens, de personnes de condition modeste : en un mot, ce sont ceux qui ne peuvent pas supporter à la fois tous les frais d'une maison de santé privée, à tarif journalier élevé, et les honoraires d'opération et de soins médicaux.

Ces malades sont dignes d'intérêt et les chirurgiens consentent parfaitement à les voir admis, dans leurs services d'hôpitaux; mais il serait équitable que ces opérés non-indigents puissent verser des honoraires médicaux proportionnés à leur condition de fortune. Ces honoraires peuvent être débattus de gré à gré, de médecin à malade, sans aucune responsabilité de la part de la commission administrative de l'hôpital ; ils seront déterminés par le tarif du syndicat médical local, tarif qui comporte trois catégories : une applicable à la clientèle pauvre, modeste, mais non indigente ; une seconde à la bourgeoisie, moyen commerce et industrie, et enfin une troisième s'appliquant à la clientèle riche, qui, en principe, ne doit pas avoir accès à l'hôpital.

C'est en effet, contre l'intrusion à l'hôpital de ces malades riches que protestent le plus les médecins d'hôpitaux. Aux termes des règlements hospitaliers, quiconque paye peut être admis dans l'établissement, y recevoir des soins médicaux gratuits, y être opéré pour rien, et, au besoin, sortir de cette maison de santé fort économique, deux ou trois jours après l'opération, pour recevoir chez soi les quelques soins consécutifs, au milieu d'un grand confort. Puis, avec l'argent économisé au détriment du médecin et de l'hôpital, l'opéré s'offrira une villégiature, ou un bijou de prix.

Nous ne nous attarderons pas à discuter une fois de plus le bien fondé de ces plaintes ; nous délaissons momentanément les moyens d'y remédier.

Disons seulement que le premier Congrès des médecins et chirurgiens des hôpitaux a abouti aux résolutions pratiques suivantes :

Tout d'abord est constituée une association professionnelle, à type syndical, qui marchera de concert avec l'Union des syndicats médicaux de France.

Le président est le Dr Reynès, chirurgien en chef des hôpitaux de Marseille ; les vice-présidents : Dr Savariaud, chirurgien des hôpitaux de Paris et Dr Le Nouène, chirurgien des hôpitaux du Havre ; secrétaire : Dr Rocher, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux ; trésorier : Dr Patel, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Lyon.

Mes confrères m'ont fait le grand honneur de me choisir comme conseiller médico-juridique et, à ce titre, je me mets à la disposition de tous les adhérents de la nouvelle association.

Les vœux suivants ont été adoptés à l'unanimité :

« Les médecins, chirurgiens et spécialistes des « hôpitaux civils de France demandent :

« 1° Ce qui leur paraît un droit, une indemnité « annuelle raisonnable, pour soins donnés aux « indigents ;

« 2° Qu'il leur soit alloué des honoraires, pour « soins donnés aux petits payants des hôpitaux, « admis en salles communes ou en salles séparées ;

« 3° Toutes les autres catégories de malades « doivent être exclues des hôpitaux, sauf les cas « d'extrême urgence. »

Au cours de la discussion, de nombreux confrères ont fait remarquer que, si certains hôpitaux rémunéraient leurs médecins et chirurgiens, comme en 1740 (à Avignon), si la majorité des hôpitaux allouaient de 200 à 600 fr. par an à leurs chefs de service médical (Toulouse : 600 fr.,

VALS SOURCE REINE

TRAITEMENT de

l'ARTHRITISME



Cure d'Automne

Mode d'administration de la REINE de Vals dans le traitement de l'arthritisme

L'eau de **Reine de Vals** est la véritable boisson des **arthritiques** ; qu'il s'agisse de manifestations **articulaires** ou de manifestations **viscérales**, son emploi est formellement indiqué, et les malades en retirent le plus grand bien.

Ils peuvent la prendre d'une manière habituelle comme **eau de table**, car son usage, prolongé même pendant des années, ne présente aucun inconvénient.

Ils peuvent aussi la prendre à la manière d'une **cure hydrominérale**, savoir :

UN VERRE LE MATIN A JEUN,
UN SECOND VERRE AU BOUT D'UNE HEURE SI POSSIBLE,
UN VERRE AVANT LE DÉJEUNER,
UN VERRE AVANT LE DINER,
LE RESTE DE LA BOUTEILLE ÉTANT CONSOMMÉ AU REPAS.

Ce mode de faire continué pendant **trois semaines** est particulièrement recommandable au **commencement du printemps** et à l'**automne**.

N.-B. — Pour éviter *les substitutions*

AVOIR SOIN DE BIEN SPÉCIFIER

Vals SOURCE LA REINE

L'Eau de la Reine se trouve dans toutes les pharmacies, chez tous les marchands d'Eaux et dans les dépôts de la Cie fermière de Vichy. On peut également s'adresser à M. CHAMPETIER *à* VALS-LES-BAINS *(Ardèche).*

VALS SOURCE REINE



Dijon, 500 fr., Bourg : 200 fr., depuis le XVIIIe siècle ; Limoges, 600 fr., Périgueux : 300 fr., etc.) d'autres commissions administratives, comme celle de Bordeaux, trouvent tout naturel de ne pas rétribuer du tout les chefs et adjoints des services de médecine et de chirurgie.

Or, le coût actuel de la vie oblige beaucoup de docteurs à réclamer, de l'exercice de leur profession, les moyens de vivre honorablement.

Moyens d'action immédiate.

1° Une délégation s'est rendue auprès du Ministre de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, pour lui porter les vœux ci-dessus. Espérons qu'en haut lieu, on voudra associer les médecins à l'action sociale des administrations des hôpitaux : pour sauvegarder les droits des pauvres pour lesquels seuls ont été créés les établissements hospitaliers ; pour faciliter le traitement des malades de condition moyenne, mais en faisant payer les médecins par qui peut payer et dans la mesure de ses moyens.

2° Les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux civils de France sont invités à adhérer à la nouvelle association professionnelle (10 francs par an). Ils seront tenus au courant par l'envoi d'un bulletin mensuel, intitulé *Les Hôpitaux de France* et dont le premier numéro a déjà paru.

Ce trait d'union indiquera à chacun ce qui existe, ou ce qui vient de se faire, dans toute localité qui comporte un hôpital public.

3° Les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux de France sont invités à m'adresser leurs règlements hospitaliers, pour que je puisse leur donner des consultations juridiques et tous conseils, pour obtenir, de leurs commissions administratives, des délibérations, sur le modèle de celles adoptées déjà par de nombreux hôpitaux.

De même, devrai-je être saisi immédiatement de tout conflit, pour que je puisse en faire une étude juridique et adresser le tout au bureau de l'association professionnelle, chargée de défendre les intérêts du corps des médecins et chirurgiens des hôpitaux civils de France.

Nous pourrons ainsi pallier localement aux imperfections légales, jusqu'au jour où le législateur modifiera une loi vieille de quelque soixante-dix ans et donnera aux médecins d'hôpitaux un statut et une situation adéquats aux conditions modernes de la vie.

Dr Paul Boudin.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Pensions de retraite.

Mon cher Confrère,

Dans ma dernière lettre, je vous ai montré les avantages de l'association des deux combinaisons MA et R (ancienne combinaison C), association qui nous paraît être la combinaison idéale pour le médecin — je dois répondre maintenant à votre seconde question : comment garantir la femme du médecin ?

Deux cas peuvent se poser :

Ou bien il s'agit de prévoir la mort du mari et d'assurer à la veuve ou, à défaut, aux enfants mineurs une pension viagère et c'est à la combinaison V qu'il faut s'adresser ;

Ou bien il s'agit d'assurer, en toute occurrence, une retraite à la femme du médecin et alors c'est à P ou à R qu'il faut recourir.

Je ne parlerai pas maintenant de V me réservant d'y revenir plus tard.

Prenons R d'abord.

Cette combinaison est ouverte à la femme comme au mari et lui assure les mêmes avantages : retraite à 65 ans après quinze années de participation avec faculté de contre-assurer les versements. Il suffit que le mari soit inscrit à l'une quelconque des combinaisons de la Mutualité familiale.

Et si mari et femme se font inscrire à R, c'est 1200 fr. de pension qu'ils recevront chacun à 65 ans.

Ils ont d'ailleurs la faculté de prendre un nombre de parts réduit, s'ils prennent cinq parts au lieu de dix, ils recevront 600 fr. de pension.

La seule différence est que la cotisation est pour la femme de 5 % plus élevée que celle du mari.

Voici d'ailleurs les barèmes des cotisations annuelles à verser.

Tableau des cotisations à R
pour obtenir à 65 ans une pension de 1200 fr.
cotisations non contre-assurées.

Ages	Pour le mari	Pour la femme	Ages	Pour le mari	Pour la femme
28 ans	97 »	101 85	40 ans	195 »	204 75
29 —	102 »	107 10	41 —	208 »	218 40
30 —	108 »	113 40	42 —	223 »	234 15
31 —	114 »	119 70	43 —	239 »	150 95
32 —	120 »	126 »	44 —	257 »	169 85
33 —	127 »	133 35	45 —	278 »	191 90
34 —	135 »	141 75	46 —	300 »	315 »
35 —	143 »	150 15	47 —	326 »	342 30
36 —	151 »	158 55	48 —	346 »	363 30
37 —	161 »	169 05	49 —	388 »	407 40
38 —	171 »	179 55	50 —	426 »	447 30
39 —	182 »	191 10			

Tableau des cotisations à R
pour obtenir à 65 ans une pension de 1200 fr.
cotisations contre-assurées.

Ages	Pour le mari	Pour la femme	Ages	Pour le mari	Pour la femme
28 ans	132 »	138 60	40 ans	263 »	276 15
29 —	139 »	145 95	41 —	280 »	294 »
30 —	147 »	154 35	42 —	299 »	313 95
31 —	156 »	163 80	43 —	319 »	334 95
32 —	164 »	172 20	44 —	342 »	359 10
33 —	173 »	181 65	45 —	368 »	386 40
34 —	184 »	193 20	46 —	396 »	415 80
35 —	194 »	203 75	47 —	428 »	349 40
36 —	205 »	215 25	48 —	463 »	486 15
37 —	218 »	228 90	49 —	503 »	528 15
38 —	231 »	242 55	50 —	548 »	575 40
39 —	246 »	258 30			

Je puis donc répondre au Dr M. qui a 35 ans et dont la femme a 28 ans qu'avec une cotisation annuelle de 309 francs 85 il s'assure à lui-même l'indemnité maladie jusqu'à 65 ans et à partir de cet âge une pension annuelle et viagère de 1200 fr. et à madame M. une pension annuelle et viagère de 1200 fr. au même âge de 65 ans.

Les cotisations sont aliénées, je le sais, mais cela ne fait pas un franc par jour. S'ils voulaient contre-assurer leurs versements, la cotisation annuelle serait de 397 fr. 60, et, si l'un deux venait à mourir avant d'avoir touché sa première annuité de pension, la totalité de ses versements à R serait remboursée à ses ayants droit.

Pour être tout à fait exact, je dois dire que les cotisations sont majorées de 10 % pour frais de gestion. Dans le 1er cas la cotisation réelle serait donc de 340 fr. 85 et dans le second 437 fr. 35.

Qu'au lieu de 1200 fr. chacun, ils se contentent de 600 fr., la cotisation devient 203 fr. 85 non contre-assurée et 254 fr. 45 contre-assurée, et le mari conserve toujours son droit à l'indemnité maladie jusqu'à 65 ans.

Mais ils trouvent que 65 ans c'est bien tard pour toucher la pension, ils peuvent alors s'adresser à la combinaison P qui donne la retraite à 60 ans exactement dans les mêmes conditions que R la donne à 65 ans.

Il n'y a que la cotisation qui soit modifiée, et cela se comprend.

Voici les barêmes des cotisations à P.

Tableau des cotisations
pour obtenir à 60 ans une pension de 1200 francs
cotisations non contre-assurées

Ages	Pour le mari	Pour la femme	Ages	Pour le mari	Pour la femme
28 ans	174 »	182 70	37 ans	300 »	315 »
29 —	184 »	193 20	38 —	321 »	337 05
30 —	195 »	204 75	39 —	345 »	362 25
31 —	206 »	216 30	40 —	371 »	389 55
32 —	219 »	229 95	41 —	400 »	420 »
33 —	232 »	243 60	42 —	433 »	454 65
34 —	247 »	259 35	43 -	470 »	493 50
35 —	263 »	276 15	44 —	512 »	537 60
36 —	281 »	295 05	45 —	559 »	586 95

Tableau des cotisations à P
pour obtenir à 60 ans une pension de 1200 fr.
cotisations contre-assurées.

Ages	Pour le mari	Pour la femme	Ages	Pour le mari	Pour la femme
28 ans	218 »	228 90	37 ans	368 »	386 40
29 —	230 »	241 50	38 —	393 »	412 65
30 —	243 »	255 15	39 —	421 »	442 05
31 —	257 »	269 85	40 —	451 »	473 25
32 —	272 »	285 60	41 —	485 »	519 45
33 —	288 »	312 40	42 —	522 »	548 10
34 —	306 »	321 30	43 —	564 »	592 20
35 —	325 »	341 25	44 —	611 »	641 55
36 —	346 »	363 30	45 —	665 »	699 25

Les âges respectifs de 35 ans pour le mari et 28 ans pour la femme donnent donc comme cotisation annuelle :

Pension de 1200 fr. à chacun (cotisations non contre-assurées) 403 fr. 70 et, si le mari est en outre inscrit à MA, 468 fr. 70.

Pension de 1200 fr. à chacun (cotisations contre-assurées) 621 fr. 95 et, si le mari est en outre inscrit à MA, 686 fr. 95.

La coexistence des deux combinaisons P et R permet de donner satisfaction à tous les desiderata.

Certains nous ont écrit : pourquoi ne portez-vous pas les pensions à 2.400 fr. ? Avec les conditions actuelles de la vie ce ne serait pas trop.

Mais dès maintenant la faculté de s'assurer 2.400 fr. de pension existe : il suffit de s'inscrire à la fois à P et à R : à 60 ans le sociétaire recevra 1200 fr. de P, à 65 ans il recevra 1.200 fr. de R, ce qui, à ce dernier âge, lui fera 2.400 fr. Et s'il craignait que de 60 à 65 ans la cotisation fût un peu lourde à payer, il serait rassuré par ce fait que la pension de P lui donne la certitude de pouvoir pendant ces cinq années payer la cotisation de R.

Cette dernière considération fait que quelques membres, au lieu de prendre 10 parts R, prennent 5 parts P et 5 parts R. La cotisation est moins élevée que pour 10 parts P et, à 60 ans, ils touchent 600 fr., ce qui leur permet d'attendre les 1200 fr. à 65 ans.

Dans d'autres cas, la femme s'inscrit à P et le mari à R : la différence d'âge fait qu'ils touchent leur pension de retraite presque en même temps.

On voit tous les arrangements qu'il est possible de faire suivant les préférences et les possibilités de chacun.

H. Mignon.

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année 1920 au trésorier Dr Gassot à Chevilly (Loiret).

MÉDECINE LÉGALE

Décret du 5 octobre 1920 portant règlement d'administration publique sur les frais de justice en matière criminelle, de police correctionnelle et de simple police. (*Journal Officiel* du 7 octobre 1920).

Extraits.

TITRE II

....

CHAPITRE II

Des experts et interprètes.

SECTION I. — DES EXPERTS

Honoraires et indemnités.

A. — Règles générales.

ART. 17. — Les tarifs fixés par le présent décret, en ce qui concerne les frais d'expertise, doivent être appliqués en prenant pour base la résidence des experts. Les frais de rédaction et de dépôt du rapport, ainsi que de la prestation de serment, sont compris dans les indemnités fixées par ces tarifs.

ART. 18. — Les prix des opérations non tarifées par le présent décret sont fixés, dans chaque affaire, par les magistrats qui ont commis les experts, sauf le recours prévu à l'article 144 ci-après.

ART. 19. — Lorsque les experts se déplacent au delà de 2 kilomètres de leur résidence, il leur est alloué une indemnité de voyage qui est déterminée ainsi qu'il suit :

1° Si le voyage est effectué ou pouvait s'effectuer par chemin de fer, il est alloué 20 centimes par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour ;

2° Si le voyage est effectué ou pouvait s'effectuer par un service de transport en commun, il est remboursé le prix d'un voyage, d'après le tarif de ce service, tant à l'aller qu'au retour ;

3° Si le voyage ne pouvait s'effectuer par l'un de ces deux moyens, l'indemnité est fixée à 60 centimes par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour ;

4° Si le voyage est effectué par mer, il est accordé, sur le vu du duplicata du billet de voyage délivré par la compagnie de navigation, le remboursement du prix du passage, et, s'il y a lieu, de la nourriture à bord, tant à l'aller qu'au retour.

Lorsque les experts bénéficient d'un transport gratuit ou réduit à raison de leur fonction ou de leur emploi, conformément au cahier des charges de la compagnie de transport, ou en vertu des lois en vigueur, leur indemnité de frais de voyage est diminuée du montant des avantages qui leur sont ainsi concédés.

ART. 20. — Si les experts se transportent à plus de 25 kilomètres de la commune de leur résidence, ils reçoivent une indemnité de 20 fr. pour chaque journée de séjour. Il en est de même s'ils sont retenus dans le cours de leur voyage par force majeure ou s'ils sont obligés de prolonger leur séjour au lieu où ils se sont rendus pour accomplir leur mission.

ART. 21. — Lorsque les experts sont entendus, soit devant les cours ou tribunaux, soit devant les magistrats instructeurs, à l'occasion de la mission qui leur est confiée, il leur est alloué une indemnité de 20 fr., outre leurs frais de transport et de séjour, s'il y a lieu.

ART. 22. — Lorsque les experts justifient qu'ils se sont trouvés, par suite de circonstances indépendantes de leur volonté, dans l'impossibilité de remplir leur mission, les magistrats commettants peuvent, par décision motivée, leur allouer une indemnité, en outre de leurs frais de transport, de séjour et autres déboursés, s'il y a lieu.

ART. 23. — Les experts ont droit, sur la production de pièces justificatives, au remboursement des frais de transport des pièces à conviction et de tous autres déboursés reconnus indispensables.

ART. 24. — Les magistrats commettants peuvent, sur l'avis conforme des procureurs généraux et à charge par ceux-ci d'en informer le ministre de la justice, autoriser les experts à toucher, ou cours de la procédure, des acomptes provisionnels sur leurs débours, soit lorsqu'ils ont effectué des travaux d'une importance exceptionnelle, soit lorsqu'ils ont été dans la nécessité de faire des transports coûteux ou des avances personnelles.

B. — Dispositions spéciales.

a) *Expertises en matière de fraudes commerciales.*

ART. 25. — Il est alloué à chaque expert désigné conformément aux lois et règlements sur la répression des fraudes en matière commerciale, pour l'analyse de chaque échantillon, y compris les frais de laboratoire :

1° A Paris	60 fr.
2° Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe........................	55
3° Dans les autres localités	50

b) *Médecine légale.*

ART. 26. — Chaque médecin régulièrement requis ou commis reçoit à titre d'honoraires :

1° Pour une visite judiciaire.

A Paris	25 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe........................	20 fr.
Dans les autres localités	15 fr.

2° Pour autopsie avant inhumation.

A Paris .... 80 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe .... 70 fr.
Dans les autres localités .... 60 fr.

3° Pour autopsie après exhumation ou autopsie de cadavre en état de décomposition avancée.

A Paris .... 130 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe........................ 110 fr.
Dans les autres localités .... 90 fr.

4° Pour autopsie de cadavre de nouveau-né avant inhumation.

A Paris .... 45 fr.
Dans les villes où siège un tribunal 1re classe .... 40 fr.
Dans les autres localités .... 35 fr.

5° Pour autopsie de cadavre de nouveau-né après exhumation ou autopsie de cadavre de nouveau-né en état de décomposition avancée.

A Paris .... 60 fr.
Dans les villes où siège un tribunal 1re classe .... 55 fr.
Dans les autres localités .... 50 fr.

6° Pour examen au point de vue mental dans les cas simples.

A Paris .... 60 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe .... 50 fr.
Dans les autres localités .... 40 fr.

Au cas d'expertise présentant des difficultés particulières, le magistrat commettant fixe, d'après les circonstances, la taxe qui doit être allouée.

c) *Toxicologie.*

Art. 27. — Il est alloué à chaque expert requis ou commis ainsi qu'il est dit ci-dessus :

1° Pour recherche et dosage d'oxyde de carbone dans l'air ou dans le sang.

A Paris .... 50 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe .... 45 fr.
Dans les autres localités .... 40 fr.

2° Pour déterminaison du coefficient d'intoxication oxycarbonique.

A Paris .... 100 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe........................ 90 fr.
Dans les autres localités .... 80 fr.

3° Pour analyse des gaz contenus dans le sang.

A Paris .... 100 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe .... 90 fr.
Dans les autres localités .... 80 fr.

4° Pour recherche et dosage d'un élément toxique minéral ou de l'acide cyanhydrique dans une substance ou dans un organe autre que les viscères.

A Paris .... 50 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe........................ 45 fr.
Dans les autres localités .... 40 fr.

5° Pour recherche et dosage d'un élément toxique minéral ou de l'acide cyanhydrique dans les viscères.

A Paris .... 100 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe........................ 90 fr.
Dans les autres localités .... 80 fr.

6° Pour recherche avec essais physiologiques, dans une substance ou dans un organe autre que les viscères, d'un des alcaloïdes courants.

A Paris .... 50 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe........................ 45 fr.
Dans les autres localités .... 40 fr.

7° Pour recherche dans les viscères, avec essais physiologiques, d'un des alcaloïdes courants.

A Paris .... 100 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe........................ 90 fr.
Dans les autres localités .... 80 fr.

d) *Biologie.*

Art. 28. — Il est alloué à chaque expert régulièrement requis ou commis pour la caractérisation de produits biologiques, dans les cas simples.

A Paris .... 50 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe .... 45 fr.
Dans les autres localités .... 40 fr.

Au cas de recherches plus complètes ou plus délicates, telles que la détermination de l'origine de ces produits, le magistrat commettant fixe, d'après les circonstances, la taxe qui doit être allouée.

e) *Radiographie.*

Art. 29. — Il est alloué à chaque expert régulièrement requis ou commis, pour radiographie.

Du pied ou du poignet........... 40 fr.
D'un segment de membre........ 60 fr.
D'un membre entier .... 90 fr.
Du tronc ou du bassin........... 100 fr.

Ce tarif est uniforme quelle que soit la résidence de l'expert ou de l'opérateur.

....

TITRE IV

DU PAYEMENT ET DU RECOUVREMENT DES FRAIS DE JUSTICE CRIMINELLE

CHAPITRE Ier

Du mode de payement.

SECTION Ire. — DÉLIVRANCE DE L'EXÉCUTOIRE

ART. 130. — Les frais de justice criminelle sont payés sur les états ou mémoires des parties prenantes.

ART. 131. — Sous peine de rejet, les états ou mémoires sont dressés conformément aux modèles arrêtés par le ministre de la justice, et de manière que les taxes et exécutoires puissent y être apposés.

ART. 132. — Tout état ou mémoire fait au nom de deux ou plusieurs parties prenantes doit être signé par chacune d'elles ; le payement ne peut être fait que sur leur acquit individuel ou sur celui de la personne qu'elles ont autorisée, spécialement et par écrit, à toucher le montant de l'état ou mémoire. Cette autorisation est mise au bas de l'état et ne donne lieu à la perception d'aucun droit.

ART. 133. — Sauf les mémoires dressés par les gendarmes et pour lesquels un troisième exemplaire est exigé par des règlements spéciaux, il n'est fait que deux expéditions de chaque état ou mémoire de frais de justice, l'une sur papier timbré, l'autre sur papier libre.

La première est destinée au receveur de l'enregistrement avec les pièces justificatives,. La deuxième est destinée au ministre de la justice. avec le bordereau mensuel dont il est parlé ci-après.

ART. 134. — Le prix du timbre, tant du mémoire que des pièces à l'appui, est à charge de la partie prenante.

Toutefois, en outre des cas où une disposition de loi spéciale accorde la dispense du timbre, ne sont pas sujets à cette formalité les états ou mémoires qui ne s'élèvent pas à plus de 10 fr.

ART. 135. — La partie prenante, sauf dans le cas prévu par l'article 139, dépose ou adresse au magistrat du ministère public près la juridiction compétente, les exemplaires de son mémoire.

Après avoir vérifié ce mémoire, article par article, ce magistrat l'adresse au procureur général qui fait procéder à une nouvelle vérification, et, s'il est régulier, le revêt de son visa.

Aucun état ou mémoire ne peut être payé s'il n'a été préalablement visé par le procureur général.

ART. 136. — Les formalités de la taxe et de l'exécutoire sont remplies sans frais par les présidents, les juges d'instruction et les juges de paix, chacun en ce qui le concerne.

Les présidents et les juges d'instruction ne peuvent refuser de taxer et de rendre exécutoires, s'il y a lieu, des états ou mémoires de frais de justice criminelle, par la seule raison que ces frais n'auraient pas été faits par leur ordre direct, pourvu toutefois qu'ils aient été faits en vertu des ordres d'une autorité compétente du ressort de la cour ou du tribunal.

ART. 137. — Les mémoires sont taxés article par article, la taxe de chaque article rappelle la disposition législative ou réglementaire sur laquelle elle est fondée.

Chaque expédition du mémoire est revêtue de la taxe du juge.

ART. 138. — Le magistrat taxateur délivre ensuite son exécutoire à la suite de l'état ou du mémoire.

Cet exécutoire est toujours décerné sur le réquisitoire écrit et signé de l'officier du ministère public.

ART. 139. — Lorsqu'un mémoire porte sur des frais faits devant le tribunal de commerce, il est taxé par le président ou un juge de ce tribunal, sans réquisition préalable, mais après avoir été soumis au visa du procureur général.

ART. 140. — Les dispositions qui précèdent ne sont pas applicables au payement :

1° Des indemnités des témoins, des jurés et des interprètes ;

2° Des dépenses modiques relatives à des fournitures ou opérations et dont le maximum est fixé par les instructions du ministre de la justice.

ART. 141. — Dans les cas prévus par l'article précédent, les frais sont acquittés sur simple taxe et mandat du magistrat compétent apposés sur les réquisitions, copies de convocations ou de citation, états ou mémoires des parties.

Le visa du procureur général n'est pas exigé.

Ces frais sont payés sans retenue par le greffier de la juridiction compétente, qui est chargé, à titre de régisseur, de ce payement au moyen d'avances mises à sa disposition par l'administration de l'enregistrement. Il remet ensuite à cette administration les taxes revêtues de l'acquit des parties prenantes.

ART. 142. — Les juges qui ont décerné les mandats ou exécutoires et les officiers du ministère public qui y ont apposé leur signature sont responsables de tout abus ou exagération dans les taxes, solidairement avec les parties prenantes et sauf leur recours contre elles.

ART. 143. — Les mémoires qui n'ont pas été présentés à la taxe du juge dans le délai d'une année à partir de l'époque à laquelle les frais ont été faits, ou dont le payement n'a pas été réclamé dans les six mois de la date de l'ordonnancement, ne pourront être acquittés qu'autant qu'il sera justifié que les retards ne sont point imputables à la partie dénommée dans l'exécutoire

Cette justification ne pourra être admise que par le ministre de la justice, après avis du procureur général, et sous réserve des dispositions du décret du 31 mai 1862 relatives à la déchéance quinquennale.

ART. 144. — La taxe et l'exécutoire, ainsi que la disposition du jugement relative à la liquidation des dépens, sont susceptibles de recours. Si ce recours est exercé par la partie prenante, il doit être formé dans le délai de dix jours à compter de celui où l'ordonnance de taxe a été notifiée administrativement et sans frais ; il est, dans tous les cas, porté devant la chambre des mises en accusation dans le ressort de laquelle les poursuites sont intentées. Si le recours est exercé par la partie condamnée, il est porté devant la juridiction d'appel, au cas où la décision qui contient liquidation peut être entreprise par cette voie, et, dans le cas contraire, à la chambre d'accusation comme il est dit ci-dessus.

L'appel, lorsqu'il est ouvert, est formé dans les délais ordinaires ; il est recevable même lorsqu'il n'a été appelé d'aucune disposition sur le fond.

Le pourvoi en cassation est ouvert dans tous les cas.

SECTION II. — PAYEMENT

ART. 145. — Les mandats et exécutoires délivrés pour les causes et dans les formes déterminées par le présent décret sont payables chez les receveurs de l'enregistrement établis près le tribunal duquel ils émanent, sauf dans le cas prévu par l'article 147 ci-après.

ART. 146. — Ces exécutoires ne peuvent être acquittés qu'après avoir été revêtus d'un certificat de non-opposition par le receveur de l'enregistrement établi près le tribunal duquel ils émanent.

Toutefois, ce certificat n'est pas exigé quand il s'agit soit des frais acquittés sur simple taxe, conformément aux articles 140 et 141 ci-dessus, soit des mémoires de la gendarmerie.

ART. 147. — Toutes les fois qu'il y a partie civile en cause et que celle-ci n'a pas obtenu le bénéfice de l'assistance judiciaire, les exécutoires pour les frais d'instruction, expédition et signification des jugements sont décernés contre la partie civile s'il y a consignation.

Dans tous les cas où la consignation n'a pas été faite, ou si elle est insuffisante, les frais sont avancés par l'administration de l'enregistrement.

ART. 148. — Dans les exécutoires décernés sur les caisses de l'administration de l'enregistrement pour des frais qui ne restent pas définitivement à la charge de l'État, il doit être mentionné qu'il n'y a pas de partie civile en cause ou que la partie civile a obtenu le bénéfice de l'assistance judiciaire ou qu'il n'y a pas eu de consignation suffisante.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations.

— Hôpital maritime de Berck. — Il a été créé à l'hôpital maritime de Berck un emploi de chef de laboratoire de bactériologie. Ce chef de laboratoire est nommé pour quatre ans, sur la présentation du chirurgien en chef, et choisi parmi les anciens internes des hôpitaux de Paris. Il peut être maintenu en fonctions sur la proposition du chirurgien en chef, par périodes de quatre ans.

Le chef du laboratoire de bactériologie de l'hôpital de Berck est chargé, sous la direction du chirurgien en chef, des travaux chimiques et bactériologiques et des soins médicaux proprement dits. Il a également la charge des examens de laboratoire dont peuvent avoir besoin les enfants assistés de la Seine en traitement dans les hôpitaux Bouville et Vincent.

Le traitement alloué au chef du laboratoire de bactériologie de l'hôpital de Berck est fixé à 6.000 francs par an. La dépense sera imputée en 1920 sur l'ensemble des crédits inscrits au chapitre 7 du budget de l'Administration générale de l'Assistance publique.

— Laboratoire d'hygiène de la ville de Paris. — Le Laboratoire d'hygiène de la ville de Paris, 1 *bis*, rue des Hospitalières-Saint-Gervais, met gratuitement à la disposition de MM. les médecins des nécessaires pour le diagnostic bactériologique des maladies contagieuses (diphtérie, tuberculose, typhoïde, etc.).

Ces nécessaires sont délivrés sur la demande écrite de MM. les médecins, et les résultats des analyses sont communiqués aussitôt qu'ils sont acquis, généralement 24 heures après le retour au laboratoire des nécessaires utilisés.

Le Laboratoire d'hygiène de la ville de Paris est ouvert tous les jours, de 8 heures à 20 heures, et les dimanches et fêtes, de 10 heures à 16 heures.

La réception des malades pour prélèvement de sang, réaction de Wassermann, examen à l'ultra-microscope, etc., a lieu tous les jours, de 14 heures à 17 heures, sauf les dimanches et jours fériés.

Les frais d'envoi des résultats, par lettres ou par télégramme, sont à la charge des intéressés.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement, nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit **24 fr.**, par versement à notre compte de chèques postaux PARIS 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

contention de fracture de la phalangette, pansement, etc., il y a lieu de se baser sur l'article 18 paragraphe 1er, où est indiqué : contention de fracture de doigt : 20 fr. soit en 2e catégorie : 20 fr. — 25 % = 15 fr.

3° Pour votre brûlure des deux avant-bras et mains : art. 28 (brûlure moyenne) 15 fr. + article 14 (blessures multiples avec interventions) soit au total, 15 × 2 = 30, soit en 2e catégorie 30 – 25 % = 22,50.

4° Pour votre fracture de l'humérus avec plaie de tête et de jambe :

1er jour : réduction de fracture de l'humérus 120 fr. — 25 % = 90 + certificat, 5 fr.

Autres jours, par visites, avec pansements multiples, 8 + 8 = 16 fr.

5° L'extraction d'un corps étranger superficiel n'est pas comptée dans le tarif. Quant aux plaies multiples et pansements nécessaires, idem, comme ci-dessus.

Si des abcès superficiels se forment et qu'on ait à les inciser, appliquer l'article 17 :

Ouverture d'abcès superficiel : 20 — 25 % = 15 fr.

V

Voudriez-vous me donner les renseignements suivants :

1° Ouvrier avec fracture du sommet du crâne, enfoncement, esquilles : j'ai fait piqûre toni-cardiaque, nettoyé la plaie, rasage, etc. pas de suture bien entendu, bref, pansement d'environ 3/4 d'heure, puis j'ai expédié le blessé à l'hôpital pour trépanation ; il y est décédé, que compter ? Nous sommes régions libérées.

2° Que compter aussi pour ponction répétée d'un hygroma du genou, survenu après chute sur le genou.

Dr L.

Réponse

1° Il ne faut pas considérer la gravité du cas, dans une tarification, mais quelle sorte d'intervention a été pratiquée. Je lis : nettoyage de la plaie, rasage, injection hypodermique et pansement, le tout ayant duré 3/4 d'heure. Il n'y a là aucune intervention tarifée à part dans le tarif Breton, donc 10 fr. Mais toutefois, l'article 6 me paraît vous donner le droit de compter deux demi-heures, soit 2 visites ou 20 fr. (plus 5 fr. de certificat ou même 10 fr., si vous avez fait un certificat descriptif détaillé).

2° La ponction d'un hygroma n'est pas tarifée à part : donc visite ou consultation simple.

Nota. Ces non-tarifications pour petites interventions s'expliquent depuis que le prix des

visites ou consultations a été élevé dans *ce but même*. Un médecin de campagne qui touchait 1 fr. pour une consultation dans le tarif Dubief touche 7 fr. dans le tarif Breton (2e catégorie) ; pour les visites, au lieu de 1.50 ... 8 fr. et même 10 fr. dans les régions libérées. Ceci explique cela.

VI

Le nouveau tarif Dubief ne me paraît pas aussi complet que l'ancien.

Que dois-je compter pour l'extraction d'un corps étranger (morceau de bois) implanté profondément sous l'ongle et ayant nécessité anesthésie locale par piqûres à la novocaïne. Ablation de 1/3 de l'ongle qu'il a été nécessaire de fendre sur toute sa hauteur. Pansement.

Je ne vois pas noté « ablation de corps étrangers » mais seulement » ablation de corps étranger profond ne nécessitant pas le contrôle radioscopique » 50 fr. Suis-je dans mon droit de me réclamer de cet article. C'est peut-être exagéré.

Dr R.

Réponse.

Le tarif Breton, dites-vous, n'est pas aussi « complet » que le tarif Dubief. Mais c'est précisément parce que toutes les petites interventions sont *comprises* dans le prix de visite ou de consultation, prix qui fut notablement augmenté *dans ce but même*. A D., vous deviez être dans la deuxième catégorie de l'ancien tarif Dubief (qui en comprenait trois). Vous aviez donc visite : 2 fr. ; consultation : 1,50.

Le tarif Breton vous alloue au contraire :

Visite : 8 fr., consultation : 7 fr. au lieu de 30 sous.

Un petit accident, comprenant, par exemple, cinq consultations, vous donne actuellement : 5 × 7 = 35 fr. (+ certificat de 5 fr.) = 40fr.

L'ancien tarif vous donnait : 5 × 1,50 = 7,50 (+ certificat de 2 fr.) = 9.50.

La différence vous permet de négliger l'extraction de l'écharde sous l'ongle dont vous parlez.

VII

Permettez-moi d'abord de vous remercier de vos utiles discussions pour l'élaboration du tarif Breton : je crois pour ma part que les résultats sont bons, et vous félicite du résultat obtenu.

Permettez-moi quelques questions. Vous serez bien aimable de me répondre par le *Concours* si vous jugez que les confrères puissent y puiser un intérêt.

Je lis : art. 17 : pansements multiples sur un même segment de membre ou sur une partie du corps très voisine (autres que doigts et orteils en cas de plaies très superficielles) 15 fr. Mais en cas de pansements

multiples, un sur une jambe, un autre sur un bras, que compter ? De même en cas de plaies profondes sur plusieurs doigts ou orteils ?

Que compter pour incision d'hématome ? Puis pour ablation d'ongle en cas de contusions de doigt ou orteil ?

Dr H.

Réponse.

1º En cas de pansements multiples qui n'ont pas lieu sur un même segment de membre ou parties du corps voisines, c'est l'article 14 qui entre en jeu. Auquel cas il semble, d'après la rédaction même de cet article, qu'on doive compter, pour chaque pansement, le prix d'une visite ou consultation.

2º Les pansements multiples sur doigts et orteils, en cas de plaies *très superficielles*, rentrent dans les pansements ordinaires compris dans le prix de la visite ou consultation.

Si on a affaire à des plaies profondes de ces doigts ou orteils, on aura à compter : Pansements multiples sur parties voisines du corps (art. 17) : 15 fr., pour chaque main ou chaque pied, cela va sans dire.

3º L'incision d'hématome rentre dans le cas d'incision d'abcès : si superficiels, 20 fr. ; si profonds non viscéraux, 100 fr.

4º L'ablation d'ongle n'est pas notée dans le tarif. Elle semble devoir être comprise dans le prix de la visite ou consultation.

Dr F. DECOURT.

Organisation du service médical d'un hôpital.

Mes confrères de L. et moi venons de faire l'accord suivant : je suis médecin de l'hôpital de la ville. Je garde mes fonctions de médecin de l'hôpital ; mais, mes deux confrères auront le droit de venir à l'hôpital y soigner *leurs malades payants* — et *leurs* blessés du travail. Je reste en somme le médecin de l'hôpital pour les indigents assistés de la ville et du canton. J'ai l'honneur de vous demander de nous établir un projet de règlement, dans lequel seraient spécifiés le droit pour tous les médecins de la localité de soigner à l'hôpital les malades et les blessés payants, et la suppression du *tout compris* pour les assurances. En échange de ce droit, les médecins devraient au médecin de l'hôpital aide et assistance dans tous les cas (opérations ...) où le médecin de l'hôpital jugerait nécessaire de les appeler.

Dr T.

Réponse.

Concernant le projet général de délibération, pour vous autoriser à recevoir des honoraires

des malades payants (au cas où le règlement de votre hôpital ne comporterait pas encore cette autorisation), je vous prie de vous reporter au *Concours médical* de cette année, page 1884. Vous y trouverez un projet de délibération.

Concernant le service médical, la commission administrative peut, ou contracter avec vous trois, ou prendre une délibération vous donnant l'autorisation de soigner des malades à l'hôpital. Dans le premier cas, vous pourriez vous inspirer du modèle de contrat collectif, publié dans le *Concours*, à la référence citée plus haut ; dans le 2e cas, la délibération pourrait être ainsi rédigée :

« La commission administrative conserve à M. le Dr T. ses fonctions de médecin de l'hôpital. Il devra donner ses soins aux malades gratuits, admis dans les salles gratuites de l'établissement. Pour rémunération de ses services, il lui sera alloué une somme annuelle de ...

« MM. les Dr A. et B., de L., sont autorisés, ainsi que le Dr T. à soigner eux-mêmes les malades payants, qu'ils feront admettre dans les salles payantes de l'établissement, étant bien entendu que les blessés du travail ne seront admis que dans ces salles payantes, faisant fonction de maison de santé à bon marché.

« Les médecins sont autorisés à toucher directement de leurs malades les honoraires qu'ils croiront devoir demander pour soins, opérations etc., sans que l'administration de l'hôpital puisse, en aucun cas, être rendue responsable du non-paiement de ces honoraires.

« En échange de ces avantages, les Dr A. et B. devront au médecin de l'hôpital, Dr T., aide et assistance dans tous les cas d'opérations, de consultations, ou autres, pour lesquels le Dr T. jugerait nécessaire de les appeler. »

Ce texte vous convient-il ?

Dr P. B.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

I

Traitement de la fissure anale.

On connaît plusieurs traitements de cette douloureuse affection. Les uns, qui ne sont que palliatifs, consistent dans l'application, *loco dolenti*, de collargol ou de pommades désinfectantes et calmantes.

Les autres, qui suppriment la fissure par une intervention chirurgicale ou par l'emploi d'un agent physique.

Les premiers sont illusoires.

Dans les seconds, la dilatation sous l'anesthésie chloroformique comporte le risque du chloroforme et tous les inconvénients des suites de

l'anesthésie générale, principalement chez les cardiaques et les obèses.

La haute fréquence est un traitement efficace, et qui n'offre pas les inconvénients et les dangers du précédent ; mais il doit être appliqué par un spécialiste, et demande un grand nombre de séances.

Enfin le dernier, à la portée de tous les praticiens, est l'application de l'air chaud, qui peut aisément être substitué aux précédents. Il paraît donc être le traitement de choix, dont la facilité d'application en rendrait l'emploi général, par sa simplicité et son peu de séances.

La technique est la suivante. Une séance de cinq minutes, répétée trois fois à deux jours d'intervalle, amène la guérison. La plaie est largement écartée, et le déplissement de la zone anale en fait une surface plane, qu'on expose vigoureusement au courant d'air chaud pendant cinq minutes. Donc, un quart d'heure environ en trois fois amène une cicatrisation de la fissure rapide et non douloureuse.

II

Modifications apportées au traitement de la coqueluche par l'éther.

Le traitement préventif et curatif de la coqueluche par des injections d'éther m'a donné des résultats concluants : c'est un traitement remarquable, simple, facile. Toutefois, à la tribune de diverses sociétés médicales, on a signalé quelques insuccès.

Les injections d'éther chez les jeunes enfants provoquent quelquefois de légers accidents : douleurs excessives, escharres minimes, phlyctènes, ulcérations.

Je suis persuadé que ces insuccès sont dus à l'évacuation spontanée de l'éther.

Cette évacuation ne peut être enrayée ni par le collodion, ni par le leucoplaste, ni par la plupart des occlusifs qui sont tous plus ou moins solubles dans l'éther.

Voici une technique qui m'a donné un excellent résultat permettant les succès thérapeutiques et éliminant les inconvénients signalés ci-dessus.

1° Injection d'huile éthérée camphrée.

Huile camphrée à 1/10 ..	0 gr. 01
Éther	0 gr. 02

pour 1 ampoule.

Par jour, nombre d'ampoules proportionnel à l'âge et au poids de l'enfant.

2° L'injection terminée, retirer l'aiguille, puis pendant vingt minutes, maintenir, à l'aide d'une compresse de gaze stérilisée, une pression digi-

tale énergique et prolongée sur l'orifice de sortie de l'aiguille.

Par ce procédé, je crois que disparaîtront les insuccès, conséquence d'une dose insuffisante et d'une technique déficiente.

Dr P. Dupuy.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Un concours sur titres pour l'emploi *d'inspecteur général départemental des services d'hygiène des Deux-Sèvres aura lieu* à Niort, à la préfecture, le jeudi 18 novembre 1920.

Les candidats devront être français, âgés de quarante ans au moins et de cinquante-cinq ans au plus, et pourvus du diplôme de docteur en médecine.

Les demandes tendant à prendre part au concours, établies sur papier timbré, devront être adressées au préfet des Deux-Sèvres et accompagnées :

1o De l'acte de naissance du candidat ;

2o D'un certificat médical d'aptitude physique ;

3o D'une copie certifiée conforme de son diplôme de docteur en médecine ;

4o D'un exposé des titres du candidat comprenant ses états de services et le résumé de ses travaux ;

5o D'un exemplaire de chacune de ses principales publications ;

6o De l'engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à ses fonctions, de ne prétendre en conséquence à aucune autre fonction ou mandat public.

Le registre portant inscription des candidats sera clos le 10 *novembre* au soir.

Le traitement annuel attaché à cette fonction est fixé à 20.000 fr. pour la première année et pourra atteindre 24.000 fr. par augmentations de 2.000 fr. tous les deux ans.

Ce traitement est net, les frais de déplacement étant remboursés d'après un tarif très large fixé par le conseil général.

Le programme du concours pourra être demandé à la préfecture des Deux-Sèvres.

Service Vaccinal du « Concours Médical »

fonctionnant sous le contrôle de l'Etat

Petit tube de pulpe pour 5 vaccinations ..... 1 fr. 50
Grand tube pour plus de 15 vaccinations...... 3 fr.
Lancette spéciale toute nickelée. 6 fr.
Vaccinostyles plats ou cannelés, la boîte (carton) de 100. 12 fr.
Vaccinostyles plats ou cannelés, les 20..... 3 fr.
Petit porte-vaccinostyle en acier trempé, les 10.. 2 fr.

PORT : 0 fr. 25

Adresser les commandes avec le montant en *un mandat*, **plus 0 fr. 25** pour l'envoi, à Monsieur C. BOULANGER, administrateur du *Concours Médical*, 132, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. - Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien, édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50..... 5 fr. »
Le 100..... 8 fr. »
Les 500..... 35 fr. »
Les 1000... 60 fr. »

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, 132, *faubourg St-Denis*, Paris.

Le VIN GIRARD



IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD**, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE

UN VERRE A MADÈRE AVANT LE REPAS



VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 44 — DIMANCHE 31 OCTOBRE 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS

Groupés dans la Société « **Le CONCOURS MÉDICAL** » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
BOULANGER, ADMINISTRATEUR
ABONNEMENTS :
France.......... 24 fr.
Étranger.......... 28 »
Étudiants (*France*).......... 12 »
Le numéro.......... 50 cent.
Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR,
RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. N° 44 31 Octobre 1920

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite, de quatre lignes au plus, aux* « demandes et offres ».

Pour toute insertion supplémentaire il y aura lieu d'adresser la somme de cinq francs qui sera versée dans la caisse de la Société civile du Concours Médical *qui en fera l'emploi d'après les décisions de l'Assemblée Générale.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 616. — A vendre au plus offrant, à partir de 4.000 fr., carrosserie coupé pour auto, deux places confortables, garniture intérieure cuir, bon état, glaces biseautées aux panneaux et portières, caisson arrière vaste. Dr Barret de Nazaris, 2, cours Voltaire, à Agen.

N° 617. — Clinique de province demande infirmière diplômée avec bonnes références, pour diriger service de chirurgie.

N° 618. — A vendre torpedo Alcyon mono, 2 places, coffre arrière, 6-8 HP., p.-brise, capote, rideaux mica, phares génie, lant. et accessoires, état de marche, au pl. offrant, à partir de 4.000 fr. Dr Gary, Baugy, Cher.

N° 619. — Torp. de Dion, 10 HP. typ. DH, 2 pl. et spid., cap. et ts access. tr. bon état. Ecrire Girardon, Dun-sur-Auron (Cher).

N° 620. — Etudiant marié, 13 inscriptions, demande occupation médicale ou para-médicale, pour lui permettre pécuniairement de terminer ses études.

N° 621. — A céder pour cause double emploi, clinique acc. travail, gde ville ouest.

N° 622. — A vendre : matériel radiologique, transportable (Gaiffe), bobine, interrupteur, pied porte-ampoule, cupule, diaphragme, grande bonnette avec écran, appareil pour recharger les accus : le tout en très bon état. S'adresser Dr Nandrot, Montargis.

N° 623. — A vendre auto Sizaire-Maudin 1913, 12 HP., 4 cylindres, 2 places et spider, très bon état, prix 10.000. S'adresser au Dr Berdot, à Foix, Ariège.

N° 624. — Moto et side-car Harlew Davidson, neuve à vendre, double emploi. Docteur à Estagel.

N° 625. — Docteur, grande ville industrielle sud-est, désire, pour raison de santé, s'adjoindre confrère pour clientèle à domicile ou accepterait dentiste avec ou sans collaboration.

N° 626. — Eure Auto Ponette, 7 ch., mono, bon état de marche, capote, pare-brise, générateur. 3.500 fr. Ecrire Dr Briquet, Pacy-s.-Eure, Eure.

N° 627. — A vendre : 1° trousse à sutures agrafes Michel, boîte métal, 25 fr. ; 2° raquette tennis Club royal sport, absol. neuve, 45 fr. ; 3° bottes caoutchouc, très bon état, 35 fr. ; 4° bottes caoutch. avec cuissarts, pour chasse au marais, 50 fr. ; 5° trompe auto grillagée, tissu souple, poire caoutch. à remplacer, 20 fr. ; 6° fourneau essence fonte émaillée, 2 trous, avec tuyaux et robinet, 25 fr. Dr Gabriault, Lusignan (Vienne).

N° 628. — Occasion exceptionnelle. A vendre, cause santé, « Lorraine-Diétrich », 12 HP., conduite intérieure, carrosserie Vicard.

N° 629. — Cause double emploi, Citroën torpedo, 4 places, neuve, ou bien 12 HP Delage 1913, torpedo 2 places, spider, ayant très peu roulé, mécanisme, carrosserie état neuf. Prix taxes comprises : 16.000, 18.000. Essais à volonté. Dr Le Marsat, La Villedieu-du-Clain (Vienne).

N° 630. — Banlieue Est, 20 minutes de Paris, à vendre plusieurs grandes propriétés avec parc, pouvant convenir pour maison de santé. Albert Noel, place de la Gare, La Varenne-St-Hilaire, Seine.

N° 631. — Importante clinique accidents du travail à céder dans grande ville, rapport 50.000 fr. environ. peu de frais généraux, indem. 25.000 fr. Tenue 4 ou 5 h. par jour seulement. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 632. — Conduite intérieure, 4 places, 12 HP., avant-guerre, révision complètre récente, parfait état marche, prix modéré. Dr Petit, Valenciennes.

N° 633. — Veuve de médecin non diplômée cherche place dans maison de santé comme lingère ou pour soigner malades, accepterait emploi de dame de compagnie auprès d'infirmes ou vieillards.

CORRESPONDANCE

Droit aux honoraires pour hospitalisés payants.

Quelle réponse pensez-vous que je doive faire à l'Administration de l'hôpital de C. pour obtenir le maintien du *statu quo* ?

Car cet hôpital, étant sans ressources, ne nous donnera jamais d'honoraires suffisants pour que nous puissions soigner les gens aisés et les accidentés du travail sans rémunération de leur part ou de la part des compagnies d'assurances.

Actuellement, l'hôpital de C. alloue 150 fr. par an à chacun des deux médecins de C. pour soigner les indigents, le personnel de l'hôpital et les vieux de l'hospice.

Chaque médecin se fait honorer, comme il l'entend, par les membres payants et par les accidentés du travail.

Ci-après la lettre que j'ai reçue de l'administration de l'hôpital.

Dr A.

Hôpital-Hospice de C.

J'ai l'honneur de vous informer que par suite d'une délibération de la commission administrative de l'hôpital-hospice du 20 juillet dernier soumise à l'approbation préfectorale à l'effet de relever le prix de journée des malades payants en traitement dans notre établissement, il a fallu indiquer que le prix demandé, comprenait : logement, nourriture, frais pharmaceutiques, mais non les frais médicaux, pour lesquels les médecins s'étaient réservé le droit de traiter directement avec les familles.

Voici la réponse de M. le sous-préfet à la date du 16 septembre : « Je vous serais très obligé de vouloir bien faire connaître à la commission administrative de l'hospice de C. qu'il résulte des instructions contenues dans la circulaire de M. le Ministre de l'intérieur du 15 décembre 1899, que le paiement du prix de journée des malades payants, incombe à cette catégorie d'hospitalisés *pour toute charge*, afin que les médecins et chirurgiens n'aient pas intérêt à envoyer leurs clients à l'hôpital. Cette circulaire précise d'autre part, que s'il convient aux commissions administratives de conclure des arrangements particuliers avec les médecins ou chirurgiens pour la rémunération des soins donnés aux occupants de ces lits, elles peuvent le faire et tenir compte de ces arrangements dans la fixation du prix de journée, mais le malade payant y reste étranger ; *une fois le prix fixé, il doit savoir que ce prix comprend tout, honoraires de médecins, de chirurgiens,*

de sages-femmes, aussi bien que médicaments, logement et nourriture. »

En conséquence la Commission adm. de l'hôpital hospice de C. voudra bien délibérer à nouveau sur la question de fixation du prix de journée des hospitalisés payants en se conformant aux instructions ci-dessus rappelées.

Afin de permettre à la commission de délibérer légalement et utilement en se conformant aux instructions précitées, j'ai l'honneur de vous inviter à formuler vos objections et exposer votre point de vue à ce sujet, d'ici le 1er octobre prochain.

Pour le Maire Président de la Commission,
L'Econome,
R.

Actuellement :

L'hôpital de C... alloue 150 fr. par an à chacun des deux médecins de C... pour soigner les indigents et le personnel de l'hôpital et les vieux hospitalisés.

Et chaque médecin se fait honorer comme il l'entend par les malades payants et les accidentés du travail.

Réponse.

L'article 8, dernier paragraphe de la loi du 7 août 1851, spécifie que : « la commission des « hospices et hôpitaux arrête, mais avec l'approbation du préfet, les règlements du service, tant « intérieur qu'extérieur et de santé, et les contrats à passer pour le service avec les congré- « gations hospitalières. »

C'est donc à bon droit que, se référant à la circulaire ministérielle du 15 décembre 1899, le sous-préfet refuse son approbation à la modification du règlement de santé sans en référer au ministre de l'Hygiène.

Mais la commission administrative de votre hôpital pourrait faire remarquer que, si le ministre de l'Intérieur de 1899 avait le légitime désir de protéger l'asile des pauvres contre l'envahissement des malades payants, il ne serait plus dans la vérité, aujourd'hui. En effet, depuis 1899, la chirurgie et les traitements hygiéniques et antimicrobiens ont fait de tels progrès, que, dans toute localité doit exister, à côté, ou dans l'hôpital, une maison de santé, destinée à admettre les malades payants de chirurgie, ou contagieux, ou devant recevoir des soins de médecine, minutieux et assidus.

Aussi, considérant que ce qu'un ministre fait, un autre peut le défaire (et c'est ainsi que, contrairement à celle du 15 décembre 1899 la circulaire du ministre de l'Intérieur du 22 novembre 1902 autorise les médecins à recevoir des honoraires des blessés du travail hospitalisés), de nombreuses commissions administratives ont modernisé leur installation, pour leur permettre de recevoir les malades payants, qui ne peuvent pas entrer dans une maison de santé, ab-

sente dans la localité. Les préfets, se préoccupant avant tout de la santé publique, ont donné leur autorisation.

C'est ainsi qu'ont été approuvés les règlements des hôpitaux de Grenoble, Le Mans, Lille, Rennes, Tarbes, Vichy, Besançon, Clermont, Vannes, Avignon, St-Brieuc, Bernay, Oyonnax, Château-Renault, Chalonnes-sur-Loire, Périgueux, etc.

La jurisprudence a toujours reconnu comme licite le droit aux honoraires, pour les médecins de l'hôpital, lorsque le règlement de l'établissement leur donne l'autorisation de se faire payer par tout malade non indigent. De plus, il est toujours licite, pour malade et médecin, de passer une convention entre eux, aux termes de laquelle le malade se reconnaît débiteur des honoraires du docteur, pour soins donnés à l'hôpital.

Je suis tout prêt à fournir à votre commission administrative les renseignements juridiques à ce sujet. Reportez-vous d'ailleurs à la collection du *Concours* 1919 et 1920, où très souvent j'ai discuté cette question.

Que pourrez-vous faire ?

Si vous êtes en bons termes avec votre confrère, vous pouvez discuter vos conditions de travail avec l'hôpital. N'oubliez pas que, si jusqu'à présent, nous nous sommes soumis, en doux moutons, aux exigences et aux injonctions des collectivités publiques et privées, c'est que nous ne connaissions pas les lois, les règlements et que, de bonne foi, nous croyions que nous n'avions pas le droit de discussion. Mais, nous pouvons librement discuter les conditions selon lesquelles nous louons nos services : nous commençons à connaître le Droit et nos droits, pour pouvoir traiter sur un pied d'égalité.

Pourquoi ne demanderiez-vous pas à votre syndicat d'intervenir auprès de votre confrère, pour établir et sanctionner un accord entre vous, pour vos fonctions respectives ? En tous cas, je reste à votre entière disposition.

Dr P. B.

Réquisition par un maire pour constatation d'un suicide.

Le 12 juillet dernier, le maire de ma commune vient en personne chez moi pour me dire d'aller faire les constatations légales, un chemineau s'étant pendu dans un enclos dépendant de l'abattoir où il y a une chambre où on hospitalise les nomades.

Je pars avec lui, en auto, pour aller audit endroit situé à 1 kilomètre de mon domicile. Je constate le décès, et je fais un rapport à la gendarmerie indiquant que la mort est due à un suicide par pendaison.

J'envoie, quelques jours après, ma note au maire et je l'établis ainsi, d'après le tarif du décret du 1er décembre 1893, tarif qu'à l'heure actuelle on ne peut pas taxer d'exagéré :

Visite	8 fr.
Rapport	5 fr.
Ind. kil. 2 kil. à 40 cm.	0 fr. 80
Total	13 fr. 80

Je ne reçois aucune réponse. Aujourd'hui, je rencontre le maire et je lui demande de m'établir un mandat de payement. Il refuse en disant que c'est embêtant pour la commune que des gens viennent se pendre sur son territoire. Je lui dis que c'est lui qui est venu me chercher lui-même, qu'il m'a mis en œuvre, et que je l'ai suivi, que j'aurais pu exiger une réquisition s'il n'était pas venu lui-même. Il me répond que puisque je n'ai pas de réquisition écrite, cela prouve qu'il n'a pas à payer et que je n'ai rien à réclamer. Je lui dis alors qu'ayant été mis en œuvre par lui-même je n'ai pas à mettre ma voiture en marche, à dépenser de l'essence, pour n'être pas payé, puisque l'on me fait bel et bien payer des impôts. Il me dit alors de l'attaquer devant le juge de paix pour savoir si je puis le forcer à me payer. Je viens donc vous demander de me conseiller et de me dire :

1° Si je puis me faire payer ;

2° Comment je dois m'y prendre pour cela, et si je puis l'assigner devant le juge de paix et si j'ai chance d'être payé.

Bien entendu, il y a un procès-verbal de la gendarmerie où ce que j'ai fait est mentionné.

Dr B.

Réponse de Me Gatineau.

Le juge de paix n'est pas compétent pour statuer sur la réclamation du Dr B. à raison des honoraires d'expertise à lui dus pour l'expertise médico-légale à laquelle il a procédé sur la réquisition du maire d'E.

Comme il s'agit d'une réquisition faite par le maire sans qu'il y ait soupçon de crime ou délit, mais à raison d'une mort violente (suicide), les frais incombent à la commune : ils rentrent dans les frais de police municipale.

Bien que le Dr n'ait pas entre les mains une réquisition écrite du maire, laquelle serait surtout nécessaire s'il s'agissait de réclamer des frais en matière d'instruction criminelle, il n'en est pas moins créancier de la commune.

La preuve de la réquisition, que le maire ne peut nier devant le Conseil municipal, doit résulter des documents mêmes constituant le dossier.

Des circulaires émanées de la Chancellerie et du ministère de l'Intérieur ont déterminé d'une façon précise les droits des experts de se faire payer en pareil cas par la municipalité.

Pour introduire l'instance en paiement contre la municipalité, il faut déposer à la mairie, en en retirant un récépissé, une demande de paiement expliquant les faits.

(*Voir la suite page XXXI-2713*)

PROPOS DU JOUR

L'état actuel de l'organisation de la lutte contre la tuberculose.

Depuis que le problème de lutte contre la tuberculose est posé en France, c'est-à-dire depuis 35 ans environ, bien peu de choses ont été pratiquement réalisées.

Le premier qui inaugura la campagne anti-tuberculeuse dans notre pays, fut le Dr Armaingaud (de Bordeaux), en 1882, l'année même de la découverte de Koch, et ce fut lui qui dix ans plus tard, en 1892, fonda la Ligue anti-tuberculeuse française dont tous les Comités, les Commissions, les Sociétés et les Associations anti-tuberculeuses sont en quelque sorte des filiales.

Presque toute la campagne consista en discussions, en publications, en Congrès et en projets. Les réalisations avant la guerre, c'est-à-dire pendant une trentaine d'années, se bornèrent à bien peu de choses.

Quelques grandes villes , Bordeaux, Lyon, Paris, Lille, fondèrent de rares sanatoriums qui ne purent guère rendre que des services individuels, car le nombre des lits était ridiculement insuffisant en présence de la foule des malades pour avoir la plus petite conséquence sociale.

En 1901, le Dr Calmette inaugura à Lille un dispensaire type, analogue à celui que le Pr Malvoz avait organisé l'année précédente à Liège. On ouvrit alors un peu partout des établissements de ce genre, qui déviés de leur but utile, eurent généralement une efficacité variable et discutable.

La lutte anti-tuberculeuse en France, engagée sans ordre, sans direction, sans méthode, exploitée souvent par les politiciens, les mutualistes, les pseudo-philanthropes et même de véritables mercantis, ne donna au point de vue social aucun résultat appréciable. Nous n'aurons pas la cruauté de citer les établissements coûteux, officiels, mutualistes ou privés, dont l'histoire du fonctionnement fournirait le sujet de véritables vaudevilles. Quelques œuvres de préservation de l'enfance, dont celle du Pr Grancher est le type, rendirent des services plus sérieux mais encore bien insuffisants.

Cependant siégeait au Ministère de l'intérieur une Commission permanente de la tuberculose. A la suite d'un rapport du Dr Armaingaud à cette Commission le ministre de l'intérieur, le 15 janvier 1904, dans une circulaire impérative, somma les hôpitaux d'isoler les tuberculeux. Il en résulta un effort insuffisant, des discussion nouvelles, et la France, pays de Laënnec, de Villemin, de Chauveau, resta au dernier rang des nations civilisées dans la lutte contre le fléau social tuberculeux.

Le 25 juillet 1913, M. Léon Bourgeois déposa un projet de loi sur le bureau du Sénat tendant à instituer des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation anti-tuberculeuse. Il fallut la guerre mondiale pour amener le vote de cette loi (loi Léon Bourgeois du 15 avril 1916, rapportée à la Chambre par M. Honnorat et au Sénat par M. Strauss).

***

Durant la guerre, la nécessité fit loi et il fallut bien s'occuper des milliers de tuberculeux qui encombraient dangereusement les dépôts quand ce n'était pas les régiments. On créa, fin 1915, des sanatoriums improvisés connus sous le nom de stations sanitaires. M. Justin Godart, alors sous-secrétaire d'Etat au service de santé, fonda des hôpitaux sanitaires, pour soigner et isoler les tuberculeux et l'on organisa des Comités départementaux d'assistance aux anciens militaires tuberculeux, soutenus par un Comité national d'assistance spéciale que présidait M. Léon Bourgeois.

Enfin la Fondation Rockefeller venait apporter en France l'aide généreuse de l'Amérique et nous enseigner les méthodes d'enquête, de propagande, d'enseignement populaire, qui ont déjà rendu de brillants services aux Etats-Unis.

***

Il était nécessaire de faire ce court résumé du passé avant d'esquisser le tableau de l'état actuel de l'organisation de la lutte anti-tuberculeuse en France. Cette esquisse a été tracée tout dernièrement, le 17 octobre 1920, à la séance solennelle de la Conférence internationale contre la tuberculose, par M. Armand Guillon, directeur de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine.

Nul ne pouvait mieux que M. A. Guillon

faire l'exposé de cette situation. Ce fut lui qui assuma la très lourde tâche de diriger à Paris la première tentative réellement sérieuse de lutte anti-tuberculeuse avec des moyens appréciables bien qu'absolument insuffisants ; membre du Conseil de direction du Comité national de défense contre la tuberculose, il était en mesure d'être bien renseigné. Son rapport néanmoins est sommaire et nous croyons volontiers que le rapporteur a reculé devant l'éloquence de chiffres plus nombreux et de statistiques plus complètes qu'il eût pu sans doute facilement fournir. Il parlait en effet officiellement devant un auditoire étranger et le bon renom de la France en matière d'hygiène sociale l'obligeait à quelque discrétion. Remarquons en outre, pour être justes, que l'organisation de la lutte anti-tuberculeuse est absolument en voie de formation et qu'il est impossible à l'heure actuelle à l'homme le plus sincère et le mieux informé de distinguer les projets et les réalisations.

Quoi qu'il en soit l'effort anti-tuberculeux en France s'annonce cette fois comme réel et sérieux, espérons qu'il sera efficace.

***

Le dispensaire d'hygiène sociale antituberculeux est l'organisme central de la lutte entreprise.

La loi Léon Bourgeois en définit le rôle. Sa mission doit être éducatrice et sa tâche prophylactique pour la nation toute entière, réservant aux seuls malades privés de ressources l'assistance médicale proprement dite. La direction médicale du dispensaire doit être éclairée et dotée de la collaboration d'infirmières visiteuses bien éduquées et sérieusement instruites.

La fondation de ces dispensaires est facultative pour toutes les communes ; mais elle devient obligatoire pour celles où le nombre des décès dépasse pendant cinq années la moyenne de la mortalité en France. Des dispositions de la loi favorisent le fonctionnement des dispensaires d'origine privée tout en rendant facultatives pour eux les subventions de l'Etat, des départements et des communes. Les dispensaires publics sont pourvus d'une administration autonome et jouissent de la personnalité civile.

213 dispensaires antituberculeux fonctionnent actuellement en France. 155 sont en voie d'organisation, dont 71 ouvriront avant la fin de l'année.

Paris, Lyon, Bordeaux, Marseille, Nantes Lille, Rennes et Tours ont donné le bon exemple, suivi par maints centres urbains de moindre importance.

Le seul département de la Seine est pourvu de 31 dispensaires complètement organisés, gérés directement par l'Office public d'hygiène sociale.

L'Alsace et la Lorraine, dotées d'une organisation déjà ancienne, ont 23 établissements analogues.

Le département de l'Eure-et-Loir, grâce au concours éclairé et généreux de la Commission américaine de préservation contre la tuberculose en France, a une organisation complète qui peut servir de type. Chaque arrondissement y possède un dispensaire central ; 20 dispensaires auxiliaires fonctionnent dans les chefs-lieux de canton ; rattachés aux dispensaires centraux, ils utilisent les laboratoires et les services de radiologie de ces derniers.

Le Finistère, le Rhône, la Seine-et-Oise, la Gironde, l'Ille-et-Vilaine, la Loire-Inférieure, les Côtes-du-Nord, les Bouches-du-Rhône, le Nord, la Loire, la Seine-Inférieure, la Marne, l'Aube, l'Aisne, l'Indre-et-Loire, peuvent être considérés comme ayant actuellement réalisé le réseau des dispensaires de première nécessité.

D'ici quelques mois, 60 départements auront atteint le même but.

Quelques dispensaires ont été créés comme annexes de services publics par les départements, les communes, les établissements de bienfaisance (Offices publics d'hygiène sociale de la Seine, de la Seine-Inférieure, de la Loire, dispensaires de la ville de Bordeaux, dispensaire Léon Bourgeois de l'Assistance Publique de Paris). Mais la plupart des fondations ont revêtu la forme d'œuvres privées, dépendant des Sociétés de la Croix-Rouge ou de Comités constitués en vertu de la loi de 1901.

***

Le sanatorium doit être le complément indispensable du dispensaire. La loi du 7 sept. 1919 exige une organisation sérieuse des sanatoriums publics, leur impose une direction médicale, pose le principe de l'obligation pour les départements d'y hospitaliser leurs tuberculeux privés de ressources et leur assure des subventions de l'Etat à la condition d'établir une liaison entre eux et les dispensaires. Ces dispositions légales sont trop récentes pour qu'on puisse en apprécier les résultats.

L'Office d'hygiène sociale de la Seine a

augmenté de 600 lits les facultés de cure pour les tuberculeux adultes. L'Eure-et-Loir, les départements du sud, font la tentative de création de sanatoriums interdépartementaux et prennent modèle sur l'organisation complète de l'Alsace et de la Lorraine.

D'après la liste dressée par la Commission Rockefeller, il y a en France 69 sanatoriums ou hôpitaux sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires, avec 7.075 lits. 26 établissements pour les tuberculoses osseuses et ganglionnaires disposent de 7.006 lits. Signalons le nouveau sanatorium de Kerpape (Morbihan) et le projet de création analogue par l'Office de la Seine à St-Trojan (Charente-Inférieure).

***

Aux sanatoriums doivent être annexés, pour maintenir les guérisons obtenues, des établissements de rééducation profesionnelle. Citons l'Ecole de rééducation agricole de Campagne-les-Bains (Aude), fondée par le Dr Roux, la Colonie franco-britannique de Sillery (Seine-et-Oise), la fondation de l'Office des mutilés de Boulou-les-Roses, le Centre de Passy (Yonne), celui de l'Union des femmes de France à Tonnay-Charente et le projet du Comité national à Taxil (Var).

***

Les tuberculeux gravement atteints doivent être soignés dans les hôpitaux spéciaux et ainsi isolés à proximité des grandes villes. L'assistance publique de Paris a organisé dans ce but les pavillons de Brévannes.

L'hôpital-sanatorium du Bon-Accueil à Montpellier, l'hôpital Villemin à Nancy, l'établissement nouvellement ouvert à la Roberteau par les hôpitaux de Strasbourg.

Des pavillons spéciaux pour isoler les tuberculeux ont été créés dans les hôpitaux ordinaires. Ainsi à Paris, 2.250 lits nouveaux sont réservés aux tuberculeux.

En dehors de la Seine, des efforts sérieux ont été accomplis en France, notamment en Eure-et-Loir, en Seine-et-Oise et dans les départements bretons. On peut affirmer que sans compter le département de la Seine, ni les hôpitaux sanatoriums, 2000 lits d'hôpital bien isolés sont mis en France à la disposition des phtisiques.

***

La préservation de l'enfance tient le rôle le plus important dans la lutte anti-tuberculeuse.

Le placement familial de l'Œuvre de Grancher compte 800 pupilles.

L'Office d'hygiène sociale a créé des centres de placements analogues à Orthez et St-Pierre-le-Moutier où il a pu envoyer 600 enfants.

Grâce à l'initiative privée soutenue par l'Office, des expériences de placement d'enfants en bas-âge nés de parents tuberculeux, sont tentées à Mainville-Champrosaye et à Salbris.

Des préventoriums pour les enfants atteints de tuberculose occulte qui ont besoin d'une surveillance médicale et un régime appropriés ont été fondés.

Des écoles de plein air, s'inspirant du préventorium-école lyonnais de Vernay ont été réalisés par l'Office de la Seine à Plessis-Robinson (Seine), à Fontaine-Bouillant (Eure-et-Loir). L'Office de la Seine-Inférieure a son préventorium. Il existe une maison des enfants à Charly (Rhône) qui remplit le même but et l'Association Léopold Bellan a ouvert une Ecole de plein air à Bry-sur-Marne.

***

Enfin un moyen de défense important, le plus important pour l'avenir à notre avis, est la propagande éducative. La Commission américaine de la Fondation Rockefeller nous a instruit à ce sujet et nous a montré par ses bulletins, ses tracts, ses films, ses affiches, par ses conférences bien adaptées au public qui les écoute, comment on peut par cet excellent procédé avoir sur la population une action efficace. Depuis 1916, la Commission américaine a porté la bonne parole dans tous les centres de quelque importance de 38 départements et a obtenu un succès inespéré.

***

Il est à souhaiter, comme en émet le vœu M. Guillon, que toutes œuvres privées, toutes les collectivités, toutes les bonnes volontés se groupent, dans une Entente féconde telle que celle que tente l'Office central de la Loire-Inférieure.

Le Comité national de défense contre la tuberculose, aidé par la Fondation Rockefeller, s'est donné pour tâche de conseiller, d'aider, de faire subventionner les organismes départementaux sous l'autorité des pouvoirs publics responsables et notamment du ministre de l'hygiène.

Dans le rapport de M. Guillon, un point qui nous intéresse tout particulièrement est resté

dans l'ombre, c'est la part que le Corps médical prend dans cette lutte anti-tuberculeuse. Nous ne voulons pas dire la part individuelle du médecin, elle est évidemment prépondérante, car il est, par la force des choses, la cheville ouvrière de tous les organismes anti-tuberculeux, mais nous faisons allusion au Corps médical en tant que collectivité. Nos syndicats médicaux ne peuvent pas, ne doivent pas, se désintéresser de cette action.

Si la lutte anti-tuberculeuse s'organise sans leur concours, elle perdra beaucoup en efficacité. Le médecin praticien est évidemment le meilleur pourvoyeur des dispensaires et des sanatoriums, le seul agent sérieux de dépistage de la tuberculose. Sans lui, la bataille sanitaire ne peut être menée jusqu'à la victoire, mais pour que son intervention soit réellement efficace, il faut qu'elle soit méthodique, coordonnée, collective.

Si, d'autre part, les syndicats médicaux se désintéressaient de l'hygiène sociale, si, sous divers prétextes, même légitimes en apparence, ils ne voulaient y prendre la part active et prépondérante qui leur revient, ils perdraient beaucoup de leur autorité et de leur influence. En abandonnant la mission de progrès social qu'ils ont toujours revendiquée jusqu'ici, ils se trouveraient réduits à un rôle mesquin et borné de défense professionnelle égoïste. Le petit nombre des médecins, comparé au reste de la nation, ferait que fatalement la profession médicale serait sacrifiée aux intérêts des groupements plus nombreux. Il faut donc, même en ne considérant que l'intérêt personnel et étroit du praticien, que par une situation morale supérieure, elle joue un rôle bienfaisant et prépondérant dans la société nouvelle et inspire le respect dû à des services qu'il est impossible de payer leur prix.

Nous serions donc heureux d'être renseignés par nos lecteurs sur la part que prend actuellement le Corps médical dans l'organisation régionale de l'hygiène sociale et notamment de la lutte anti-tuberculeuse.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le professeur Hartmann.

Cure radicale de la hernie crurale et de la hernie ombilicale.

Je vous ai exposé, dans une précédente leçon, les principes généraux de la cure opératoire des hernies et j'ai étudié devant vous les applications de ces principes au traitement de la hernie inguinale. Je me propose, aujourd'hui, de terminer cette question en vous parlant des deux autres grandes variétés de hernies : la hernie crurale et la hernie ombilicale.

Lorsque nous avons causé des indications générales du traitement opératoire des hernies, je vous ai montré que la hernie est constituée par un trou dans la paroi de l'abdomen, un sac en communication avec la cavité abdominale et des organes (intestin, épiploon) contenus dans ce sac. Pour faire une cure radicale, il faut d'abord rentrer ou réséquer le contenu du sac, réséquer ensuite le sac — très haut, pour ne pas laisser une amorce de hernie nouvelle — et, enfin, reconstituer la paroi en fermant le trou.

Considérons maintenant la façon d'appliquer ces principes à la hernie crurale. La hernie crurale est une hernie qui sort par ce que l'on nomme le canal crural, espace occupé à sa partie externe par le gros muscle psoas et à sa partie interne par l'artère et la veine fémorales.

On a proposé, pour la cure radicale de la hernie crurale, différents procédés. Les uns ont abordé la lésion par la voie crurale, d'autres par une incision plus haute (voie inguinale), d'autres, enfin, par l'abdomen.

La route la plus fréquemment suivie est la voie crurale. Le premier temps consiste à rechercher le sac. Certains opérateurs incisent parallèlement à l'arcade crurale et d'autres font une incision verticale ou convexe en bas. L'incision verticale, qui est la plus adoptée, doit être pratiquée à peu près à cheval sur l'arcade, immédiatement en dedans de la veine. Dans quelques cas exceptionnels, de grosse hernie étalée transversalement, on fera l'incision arciforme. Ceci, en somme, n'a pas une très grande importance.

J'ai dit que l'incision devait dépasser en haut l'arcade crurale. Il faut rechercher non pas le sac d'abord, mais l'arcade : c'est l'endroit le plus facilement abordable. Immédiatement au-dessous, vous trouverez le pédicule de la hernie.

D'une manière générale, dans la hernie crurale, le sac herniaire est doublé de graisse et c'est dans ce pâté graisseux qu'on doit aller à

la recherche du sac. Vous ouvrirez ce sac et vous traiterez son contenu comme au cas de hernie inguinale, en réduisant l'intestin et en réséquant l'épiploon.

Le contenu du sac supprimé, quelle conduite tiendrez-vous vis-à-vis de ce sac ? Il est important, dans la cure de la hernie, de ne pas laisser d'amorce au niveau du péritoine. La résection du sac devra donc se faire assez haut. Il est nécessaire que vous fendiez l'arcade crurale, simplement avec des ciseaux, pour pouvoir remonter ainsi à un niveau convenable. Il importe, à la partie interne, de se méfier un peu de la vessie, sous peine d'attirer celle-ci et de la comprendre dans la suture, ce qui entraînerait une fistule vésicale secondaire, longue à guérir. Il suffit d'être prévenu pour éviter cet inconvénient.

Comment reconstituer la paroi ? Je crois que si vous voulez avoir une cure réellement radicale, un malade guéri définitivement, il convient de reconstituer la paroi sans amorce de cul-de-sac. Si vous mettez-là une simple suture, vous aurez un point faible. Pour obtenir une paroi musculo-aponévrotique solide, régulière, vous pratiquerez une suture du petit oblique et du transverse au ligament de Cooper. On n'éprouve pas de difficultés, après avoir fendu l'arcade crurale, à accrocher avec des fils ces muscles, aperçus dans la profondeur, au tissu fibreux, solide et résistant, du ligament.

On a conseillé d'autres procédés, car, pour la hernie crurale, les récidives ont été beaucoup plus fréquentes que pour la hernie inguinale. On a décrit des méthodes myoplastiques, faisant intervenir, pour combler l'espace, des segments musculaires du pectiné ou du grand adducteur. A la vérité, tout cela est inutile. Quand, en chirurgie, on possède un moyen facile d'atteindre le but proposé, pourquoi rechercher des techniques compliquées, même si elles montrent l'habileté de l'opérateur ? Le véritable chirurgien doit arriver au meilleur résultat par le moyen le plus simple.

On a proposé également la voie inguinale. Le chirurgien qui a le plus contribué à la vulgariser est un opérateur italien, Ruggi. Il faisait une incision parallèle à l'arcade crurale, ouvrait le canal inguinal et arrivait ainsi sur la hernie crurale. Enfin, la voie abdominale a été préconisée pas Lawson Tait. Ce chirurgien, qui opérait toujours par une incision médiane, ne changea pas son incision quand il s'est adressé aux hernies crurales. Ce n'est pas toujours commode, mais il faut reconnaître que quand on parvient à pratiquer ainsi la cure de la hernie, la guérison est plus complète encore.

En définitive, la voie de choix est la voie crurale. La voie inguinale, plus compliquée, s'adresse aux cas où la hernie crurale s'associe à une hernie inguinale, la cure par voie inguinale, étant alors double. Quant à la voie abdominale, on n'y aura jamais recours pour la hernie crurale seule, mais on pourra en profiter, au cours d'une opération sur l'abdomen (l'hystérectomie par exemple).

J'arrive à la dernière des variétés fréquentes de hernies : la hernie ombilicale. Ici encore, il faut mettre en pratique les trois grandes notions qui règlent la cure des hernies : recherche du sac, traitement de son contenu et fermeture de l'orifice.

On a opéré de manières très différentes. La région ombilicale est constituée par un anneau fibreux normalement fermé, qui se continue en bas et en haut avec la ligne blanche. De chaque côté, se trouvent les aponévroses et les muscles grands droits. Quand il existe une hernie, pour en faire la cure, on peut se borner à suturer les aponévroses qui limitent l'orifice herniaire et à rapprocher ainsi les deux bords de l'anneau fibreux. Cette technique donne rarement des résultats définitifs. Aussi, a-t on cherché à augmenter la largeur de l'affrontement. On a incisé le tissu fibreux et écarté les deux feuillets pour avoir un affrontement plus grand. Ce moyen est d'application peu commode, la lame fibreuse étant mince. Une technique meilleure consiste à faire chevaucher les lames fibreuses l'une sur l'autre pour les doubler. Ce chevauchement peut être transversal ou vertical, ce dernier étant préférable dans la hernie ombilicale. Vous verrez surtout des hernies ombilicales chez les femmes grasses, avec ventre tombant en tablier sur les cuisses. Et bien, le chevauchement vertical, en raccourcissant verticalement l'aponévrose, relève le ventre et corrige en même temps le ventre tombant.

On a cherché à reconstituer anatomiquement la région, par des sutures du péritoine, des muscles, des gaines et de la peau.

Ce ne sont là, il est vrai, que des principes généraux, car la hernie ombilicale offre de grandes différences suivant l'âge. On l'observe dans les premiers mois de la vie, au moment même de la naissance parfois. La question se pose s'il faut opérer l'enfant immédiatement à la naissance, le deuxième jour par exemple. L'intervention n'est pas tentante. Cependant, il est des cas où on doit la faire, lorsqu'on se rend compte que la membrane va éclater dans le cordon. On interviendra aussitôt alors, sauf s'il s'agit d'un nouveau-né qui paraît appelé à ne pas survivre.

En réalité, dans la majorité des cas, il n'y a pas lieu d'opérer à la naissance. On attendra que le cordon tombe et la hernie guérira seule, en général, avec un petit bandage. Lorsque, néanmoins, à l'âge de 6 ou 7 ans, on la voit persister, on est autorisé à opérer.

Outre cela, vous aurez plus tard la cure de la hernie ombilicale de l'adulte. Je ne vous engage pas à faire l'incision sur la hernie elle-même. En règle générale, dans la hernie ombilicale, vous avez des adhérences et une hernie irréductible. Si vous incisez sur la hernie, vous allez tomber sur cet épiploon adhérent, qu'il faudra décoller. Il est préférable d'inciser latéralement du côté gauche. S'il n'y a que de l'épiploon, vous enleverez le tout en bloc, ce qui abrégera l'opération.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

UROLOGIE

Le massage de la Prostate (indications et technique)

Par le Dr René LE FUR.

Le massage de la prostate que l'on emploie souvent à tort et à travers, sans indications précises, et avec une technique déplorable, constitue cependant une excellente méthode thérapeutique que doivent bien connaître le médecin praticien et le spécialiste.

Les Variétés de massage prostatique. — Il en existe d'ailleurs plusieurs variétés depuis le simple *massage digital* pratiqué par le rectum, ou celui combiné à la *palpation abdominale*, jusqu'au massage associé à *l'électrisation* (électro-massage). (Nous avons fait construire un instrument spécial à cette intention, ou encore à *l'électrolyse*) grâce à la *dilatation électrolytique* de l'urèthre sur béniqués, ou à la *vibration* (*massage vibratoire*). Il n'est pas jusqu'à la *simple dilatation progressive de l'uréthre postérieur aux béniqués* qui ne constitue un véritable massage de l'urèthre postérieur et de la face uréthrale de la prostate, avec toutes ses conséquences (action non seulement mécanique mais dynamique) ainsi que nous y insistons depuis longtemps, en contribuant à vider toutes les glandes prostatiques superficielles (rétro-montanales et sus-cervicales) glandes dont l'inflammation caractérise le premier degré de la prostatite glandulaire superficielle.

Indications et contre-indications. — Le massage qui est une méthode de traitement excellente et très souvent indiquée dans les différentes affections de la prostate est une arme à double tranchant : il doit donc être employé avec la plus grande prudence si l'on ne veut pas avoir d'accidents à déplorer.

L'on peut d'abord établir les indications du massage *suivant la nature et le degré des différentes affections prostatiques* ; presque toujours à rejeter (sauf si l'on en a une très grande habitude) dans les prostatites aiguës où il sera remplacé avantageusement par les lavements chauds ou froids et les suppositoires, il donne ses plus beaux résultats *dans les prostatites subaiguës* où il agit en vidant les glandes et en provoquant une décongestion de la prostate ; la prudence est toujours ici de mise. *Dans les prostatites chroniques*, il agira encore efficacement lorsqu'il existe des noyaux indurés, en permettant l'évacuation glandulaire et la résorption des exsudats, mais il faudra montrer beaucoup de patience. Quand la sclérose est définitive, il n'y a plus grand espoir à fonder sur le massage, à moins de lui associer d'autres moyens thérapeutiques (électrisation et massage vibratoire).

Dans l'*abcès de la prostate* nous avons obtenu par le massage seul ou combiné à la dilatation, des succès absolument remarquables.

Enfin dans les *premières phases de l'hypertrophie prostatique* (forme congestive) et chez les *prostatiques jeunes* nous le recommandons vivement.

Les différentes variétés de massage de la prostate ont chacune leurs indications : le *massage rectal* agit surtout sur la partie postérieure de la glande ; le *massage uréthral* par les bougies ou béniqués modifie surtout la partie antérieure et péri-uréthrale de la glande et se trouve surtout indiqué dans les *uréthrites chroniques postérieures* avec participation de l'élément glandulaire immédiat, c'est-à-dire dans les *prostatites chroniques superficielles* ; enfin le *massage combiné* (massage rectal sur béniqué introduit dans l'urèthre) est particulièrement indiqué dans les *prostatites totales* où toute l'épaisseur de la glande est atteinte, mais ce massage demande à être pratiqué avec une grande prudence.

Le *massage digital* pratiqué avec l'index est le meilleur, car il permet de faire d'abord le diagnostic et se laisse graduer facilement. *Certains instruments* dont notre masseur mécanique et électrique (1), peuvent remplacer le massage digital en le complétant par l'électrisation de la prostate ; enfin le *massage électrique* (électro-massage) associé à la *dilatation électrolytique de l'urèthre*, et le *massage vibratoire* ont chacun leurs indications pour aider à l'évacuation glandulaire et favoriser l'*action dynamique* au niveau de la muqueuse uréthrale postérieure et des glandes de la prostate en contribuant à réveiller leur vitalité endormie. Ils sont aussi particulièrement indiqués chez les névropathes pour lutter contre les douleurs et poussées congestives qu'accusent si fréquemment ces malades au niveau de la prostate.

Les contre-indications du massage de la pros-

(1) R. LE FUR. — Masseur mécanique et électrique de la prostate. Association française d'Urologie, Paris 1902

tate sont nombreuses ; il ne devra jamais être pratiqué par le malade ; il sera toujours prudent (expression, puis massage circulaire superficiel) surtout lors des premières séances que l'on devra toujours faire précéder d'une série de lavements très chauds suivis de suppositoires résolutifs pour ramollir la prostate et entr'ouvrir les orifices glandulaires. J'ai d'ailleurs l'habitude depuis longtemps de faire précéder chaque séance de massage d'un lavement bien chaud pris une ou deux heures auparavant qui prépare et décongestionne la glande. Le massage de la prostate ne sera pas employé autant que possible dans les cas de prostatites aiguës et très infectées, sauf si l'on en a une grande expérience.

En prenant toutes ces précautions, l'on arrivera à éviter toutes les complications qui suivent parfois les séances de massage imprudentes ou maladroites, telles que les épididymites, les abcès de la prostate, les poussées d'uréthro-prostatite et d'irritation vésicale (fausse cystite).

Technique. = Rien ne semble plus facile qu'un massage de la prostate, rien n'est cependant plus difficile à bien exécuter et aucune intervention de petite urologie n'est aussi souvent mal pratiquée. C'est qu'il ne suffit pas d'introduire un doigt dans le rectum et de le promener un peu au hasard dans tous les sens, tant bien que mal et plus souvent mal que bien.

La technique et les règles du massage de la prostate doivent s'apprendre et se bien exécuter si l'on veut obtenir des résultats efficaces de cette méthode excellente, si l'on veut aussi éviter tous les accidents et complications qu'entraînent si souvent les massages mal exécutés.

Le massage de la prostate doit être toujours *doux et prudent* (c'est une règle générale en urologie à appliquer ici plus encore qu'ailleurs) et cependant *suffisamment actif* pour agir à la fois mécaniquement et dynamiquement sur l'élément glandulaire et même sur le tissu interstitiel de la prostate. En outre, ce n'est pas un véritable massage, mais plutôt une véritable *expression de la prostate* ainsi que l'ont montré Robiquet et Guépin, qui consiste à appuyer sur les glandes pour les vider de leur contenu. Bien fait, il doit être progressif, assez énergique pour évacuer les glandes prostatiques, et parfois assez prolongé ce qui le rend fatigant. Mais tout débutant doit d'abord toujours le pratiquer *très doucement*, plutôt *trop que pas assez doucement*, et le réserver seulement au cas de prostatite chronique, ne jamais l'employer dans les cas de prostatite aiguë, surtout avec menace d'abcès de la prostate. Ce n'est que lorsqu'on a acquis à ce point de vue une grande habitude et une grande expérience qu'on pourra se hasarder à tenter le massage dans les cas subaigus, lorsque la glande est grosse et douloureuse et encore devra-t-on toujours le pratiquer avec une excessive prudence.

1° *Le massage digital.* se pratique avec l'index droit introduit dans le rectum la face palmaire regardant en haut. Après avoir pris un doigtier de caoutchouc avec disque bien enduit de vaseline ou d'une pommade spéciale et l'avoir introduit doucement dans le rectum sans provoquer la contraction réflexe de l'anus, l'on explore soigneusement la prostate et les vésicules séminales l'on se rend compte des lésions prostatiques et vésiculaires, puis l'on procède alors au massage. Ce massage, nous l'avons déjà dit, doit être bien plus une *expression de la prostate* qu'un véritable massage. Le bout de l'index droit, recourbé, doit rechercher les points indurés ou sensibles, appuyer sur ces points progressivement et de plus en plus fort, sans aucune violence cependant, comme pour les vider de leur contenu.

On se rend compte souvent que le résultat cherché est obtenu en constatant au niveau du méat la présence d'une goutte claire ou purulente, parfois d'un véritable écoulement que le malade sent passer dans son canal et qui provient des glandes prostatiques évacuées. Cette goutte aura souvent intérêt à être examinée au microscope. Parfois après l'*expression de la prostate il sera indiqué de faire un peu de massage circulaire de la glande.*

Enfin il y aura intérêt à faire précéder le massage, surtout dans les cas infectés, de la prostate, d'un lavage uréthro-vésical bien chaud, que le malade devra évacuer après le massage.

Le massage digital peut se pratiquer soit en *décubitus dorsal* le malade étant couché sur le dos, la tête basse et les genoux fléchis, soit dans la *position accroupie*, le médecin se met alors derrière le malade et introduit directement le doigt dans le rectum, la face dorsale de l'index regardant en haut. Mais outre que cette position accroupie est beaucoup moins commode pour le malade, le médecin a beaucoup moins de force pour pratiquer l'expression, et surtout il ne peut se servir de sa main gauche pour l'appliquer sur l'abdomen.

Aussi sommes-nous restés fidèles au massage *rectal en position dorsale*, et la recommandons-nous de préférence au massage en position accroupie.

Il faut toujours en effet associer la palpation *abdominale au massage de la prostate*, déprimant fortement avec la main gauche mise à plat transversalement sur l'abdomen, la région sus-pubienne, ce qui permet de saisir pour ainsi dire la prostate entre le doigt rectal et la main sus-pubienne, d'en saisir tous les contours, le volume, la consistance, les indurations.

Après avoir pratiqué le *massage de la prostate*, il faut procéder alors au *massage des vésicules séminales* souvent atteintes en même temps que la prostate, et qui forment un V dont la pointe s'enfoncerait dans la prostate et dont les bran-

ches figurées par le corps et le fond des vésicules séminales reposent sur le plancher de la vessie.

Enfin, dans certains cas spéciaux, on pourra pratiquer le *massage de la prostate sur un béniqué introduit dans l'urèthre postérieur*, mais il faudra toujours alors agir avec la plus grande douceur et la plus grande prudence.

2° Le *massage de la prostate* peut aussi se pratiquer avec des *instruments spéciaux*.

Nous avons réalisé un *masseur mécanique et électrique de la prostate* grâce à un ingénieux mécanisme d'horlogerie qui permet de pratiquer l'*électro massage*.

Il peut être mû soit par la main, soit par un courant électrique. Dans certains cas spéciaux, il peut donner de bons résultats, mais nous n'hésitons pas à dire que le *massage digital* bien pratiqué suffit dans l'immense majorité des cas.

3° *Le massage de la prostate peut être aussi combiné avec l'électrolyse*, il suffit d'introduire dans l'uréthre postérieur un béniqué dans lequel on fait passer un courant continu (8 ou 10 milliampères).

On peut alors faire faire au béniqué plusieurs mouvements de va-et-vient qui contribuent à entr'ouvrir et déboucher les orifices glandulaires de la prostate après la séance.

4° *Le massage vibratoire de la prostate* peut être réalisé avec l'appareil de de Sard ou un instrument analogue. Il consiste à actionner, grâce à l'électricité, dans le rectum contre la prostate, une lame métallique animée de mouvements vibratoires rapides. Le massage vibratoire doit produire un ébranlement moléculaire favorable, une action décongestive sur la prostate particulièrement chez les gens nerveux.

En même temps que le massage de la prostate, il y a ordinairement intérêt à employer les *irrigations chaudes* de la prostate grâce à une canule à double courant, les *lavements* et *douches chaudes*, les *bains de siège bien chauds*, les *suppositoires décongestifs etc.*

A TRAVERS LA PRESSE

Que faire avant et après une opération abdominale ?

Contrairement avant l'opération, à la pratique longtemps classique, il ne faut ni purger le sujet, ni le mettre à la diète. Donc, dit M. Cadenat (*L'Hôpital*, août 1920, B), repas légers dans les jours précédant l'opération, et infusion copieusement sucrée quelques heures avant, sauf le cas d'intervention sur l'estomac qui doit être vide nécessairement. De même, en ce qui concerne le rectum, dans la même éventualité.

Avant l'opération, soigner rigoureusement la bouche et les dents, ventouser le thorax emphysémateux, soutenir de cinq cgr. de spartéine le cœur inquiétant, calmer de quelques milligrammes de morphine le système nerveux excité.

Le sérum, indiqué pour remonter un état général défaillant, peut être dangereux, en cas d'hémorragie.

Après l'opération, observer le calme et le silence autour de l'opéré. User du sérum glucosé et de l'huile camphrée selon les indications, de la morphine le soir pour déterminer quelques heures de repos. Prescrire la diète qui convient aux vomissements, quelques cuillerées d'eau fraîche, et le sérum contre la soif. Surveiller le pouls pour être prêt à réintervenir en cas d'hémorragie secondaire. Sonder le sujet au cas de rétention.

C'est le deuxième et le troisième jour qu'on observe la dilatation aiguë de l'estomac. On y remédiera avec le lavage de l'organe, le décubitus ventral, la sonde rectale qui facilite l'expulsion des gaz intestinaux.

Il est utile de provoquer une garde-robe le troisième jour. Donner un lavage huileux et, si le résultat est négatif, administrer une cuillerée à soupe d'huile de ricin.

L'ictère, dû souvent à l'anesthésique, apparaît vers le même temps. Le sérum glucosé, l'huile camphrée et la spartéine remédieront à l'intoxication qu'il traduit.

L'infection, quand elle vient compliquer la situation, se manifeste vers la quatrième jour. Vérifier l'état de la plaie, et se tenir prêt à intervenir. La parotidite post-opératoire n'est guère à craindre chez les sujets dont la bouche a été soignée avant l'intervention. Elle n'est grave que chez les sujets déprimés.

Les fils s'enlèvent habituellement le 7e jour. Quelquefois, on peut commencer leur ablation le 6e et même le 5e.

Enfin, la date du lever est question d'espèce, et dépend surtout, en dehors des indications tirées de l'état général, de la longueur de l'incision et du procédé employé.

Coup de lumière.

M. Thorel relate deux observations recueillies par lui de sujets qui, en avril, ont été atteints d'accidents cutanés, qu'il attribue à la lumière solaire. La peau des régions exposées était rouge, boursouflée, semée de petites vésicules en formation (*Arch. médico-chir. de Normandie*, 15 juin 1920).

L'auteur pense qu'il s'agit là de rayons solaires réfléchis par des nuages de pluie ou de grêle et devenus ainsi exceptionnellement actifs et nuisibles pour l'épiderme.

La méthode de Milne dans le traitement des fièvres éruptives.

M. Lemoine rappelle les détails de cette méthode dont les résultats sont surprenants, au point de vue de la prophylaxie, et qui mérite d'être prise en sérieuse considération, surtout dans les agglomérations d'enfants (*La Médecine*, août 1920).

Chez tout enfant suspect de rougeole ou de scarlatine, faire toutes les deux heures, pendant 24 heures, un badigeonnage du pharynx, du cavum, et des amygdales avec un tampon de coton imbibé d'huile phéniquée au 10e, le tampon étant renouvelé à chaque attouchement. Frictionner tout le corps matin et soir, pendant quatre jours, avec de l'essence d'eucalyptus, puis une seule fois, les six jours suivants.

On recouvrira le lit du petit malade d'un voile de gaze qu'on aspergera toutes les deux heures avec quelques gouttes de teinture d'eucalyptus.

Même aspersion de l'oreiller et des vêtements de dessous des enfants sains qui sont dans l'entourage des malades.

« Cette méthode thérapeutique, en réduisant « la période de contagiosité, supprime le danger « du retour rapide des convalescents dans les « milieux sains, et en empêchant la production « des complications secondaires, réduit la mor« talité à un chiffre presque négligeable. »

La tuberculose des reins et des surrénales.

M. Massias a recueilli l'observation de deux malades atteints l'un et l'autre de maladie bronzée d'Addison ; chez le premier, aucun signe de tuberculose rénale et surrénale ne put être dépisté pendant la vie. Seule, l'autopsie révéla la transformation fibro-caséeuse des deux surrénales et la destruction complète du rein droit, transformé en une masse de mastic. Le second malade, par contre, présente, en outre du syndrome addisonnien, les signes manifestes d'une tuberculose rénale. (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 22 août 1920).

A l'occasion de ces deux observations, l'auteur a recherché dans la littérature les cas qui peuvent s'en rapprocher. Tantôt la tuberculose rénale est suivie de tuberculose surrénale. Tantôt, au syndrome d'insuffisance surrénale chronique, s'associe une tuberculose rénale pyélitique.

Ce qu'on en doit retenir, au point de vue pratique, c'est que de telles associations sont particulièrement graves, la lésion surrénale étant incurable, soit par l'évolution destructive de l'organe, soit par sa transformation fibreuse, qui équivaut également à cette même suppression.

En dehors du traitement général de la tuberculose, on instituera longtemps l'opothérapie surrénale par l'extrait sec ou les extraits injectables totaux. L'abaissement considérable de la tension artérielle réclamera en outre l'adrénaline.

Traitement des fractures de l'avant-bras.

Ce traitement est envisagé par M. Masmonteil selon qu'il s'agit d'une fracture isolée du radius ou du cubitus avec ou sans luxation de la tête radiale, ou d'une fracture des deux os de l'avant-bras (*Journ. de méd., el de chir. prat.*, 10 août 1920).

Pour réduire la fracture isolée du radius, la gaine plâtrée étant appliquée, embrassant le poignet et le coude, on procède à la manœuvre suivante : placer la main en supination complète, en inclinaison cubitale forcée, et modérément fléchie sur l'avant-bras. Le coude est lui-même placé en flexion à angle au moins droit, d'autant plus fléchi que le trait de fracture est plus haut placé, de façon à relâcher la traction bicipitale et celle du carré pronateur. On refoule les fragments en arrière et en dehors. Immobilisation de 30 à 35 jours avec mobilisation quotidienne des doigts. Surveillance attentive de l'appareil qui ne doit pas être trop serré.

La fracture du cubitus réclame au contraire la manœuvre suivante : placer la main en pronation, à un degré tel que, en suivant du doigt l'arête cubitale, on voie le fragment inférieur se mettre dans la direction du supérieur. Le coude est laissé en légère extension. L'appareil plâtré engaine le coude et le poignet. Immobilisation de 28 à 30 jours.

Si la tête radiale est luxée, c'est elle qu'il faut commencer par réduire.

La fracture des deux os se traite par l'immobilisation plâtrée sous extension continue. L'auteur utilise un dispositif ingénieux de deux chaises se faisant face et dont les dossiers serviront à l'extension et à la contre-extension, qui est assurée à l'aide de deux étriers appliqués l'un au-dessus, l'autre au-dessous du trait de fracture. Un poids de 5 kil. placé de chaque côté assure la réduction en quelques minutes (10 à 15).

L'appareil se compose d'une première couche circulaire de bandes plâtrées ; d'attelles de renforcement antérieure et postérieure, et d'une nouvelle bande plâtrée circulaire.

Dès que le plâtre est sec, on enlève les poids, ainsi que les attelles antérieure et postérieure, agissant sur les fragments du radius.

L'immobilisation doit durer de 40 à 45 jours.

L'ictère syphilitique primaire.

C'est l'ictère contemporain du chancre te. que M. Milian l'a observé chez trois maladesl (*Paris médical*, 21 août 1920).

Il ne s'accompagne d'aucun trouble général, ni digestif ; la langue est humide, quelquefois un peu blanche. Les urines hautes en couleur,

acajou, donnent les réactions de Gmelin et de Hay. Le foie plus ou moins augmenté de volume est sensible à la pression ; les selles sont décolorées au prorata de l'intensité de l'ictère. Il est pour ainsi dire apyrétique.

Il évolue rapidement. Il guérit par le simple régime lacté, en même temps que le chancre. Il n'est pas prurigineux.

La réaction de Wassermann ne devient positive qu'à la date normale où elle l'est dans le chancre.

Ces faits démontrent l'affinité du tréponème pour le foie, et aussi, la précocité de l'invasion de l'économie par l'agent pathogène.

« Nous ne sommes plus au temps où l'on cro-
« yait que le chancre, accident intial, était à son
« apparition et durant toute son évolution jus-
« qu'à la roséole, la seule manifestation du tré-
« ponème dans l'organisme. Il est aujourd'hui
« prouvé que déjà, au moment du chancre, il y
« a des tréponèmes en circulation dans l'écono-
« mie et capables de se fixer pour y déterminer
« des manifestations viscérales. »

Traitement des uréthrites gonococciques chez l'homme.

Le *Journ. de méd. et de chir. prat.* (25 août 1920) donne, sous la signature de M. Plicque, un long compte rendu d'une thèse du Dr Richard, que nous trouvons à propos de résumer à notre tour à l'intention de nos lecteurs.

Le traitement abortif n'a de chances de réussir que s'il est mis en œuvre avant la douzième heure du début des accidents (urètre à peine enflammé, écoulement muqueux peu abondant, sensation de chatouillement plutôt que de véritable brûlure). Les succès sont infiniment moins nombreux dans les 36 et même 48 premières heures. Ce traitement utilise l'argyrol en lavages et en instillations. Lavage de l'urètre antérieur avec un demi-litre de solution d'argyrol à 2 p. 1000, suivi d'une instillation de 5 à 7 cmc de la solution à 20 % qui doit séjourner dans l'urètre cinq minutes, tous les matins : opération faite par le médecin lui-même. Dans la journée, le malade se fait lui-même une instillation de 5 cmc de solution d'argyrol au 10e, immédiatement après chaque miction, qu'il s'efforce de rendre aussi peu fréquentes que possible. L'instillation sera conservée 5 minutes.

Quatre jours de ce traitement doivent suffire dans les cas favorables, ce dont on s'assurera en recherchant le gonocoque qui doit avoir disparu dès le 3e jour.

Le traitement curatif comprend les lavages au permanganate de potasse, en commençant par la solution à 0,10 p. 1000, employée chaude (40° à 45°).

On ne lavera l'urètre antérieur, tant que l'urine du deuxième verre au cours de la même miction, restera claire. Les lavages de l'urètre postérieur et de la vessie conviennent aux cas dans lesquels le deuxième verre est trouble.

L'auteur donne d'excellents conseils sur la manière dont ces lavages doivent être effectués.

Dans les premiers jours (5 à 8), on pratiquera un lavage matin et soir. Ensuite, on se contentera d'un lavage par jour.

On procède à la recherche systématique des gonocoques et on continue les lavages tant qu'on en découvre. La solution de permanganate peut atteindre 0,30, 0,35 et même 0,40 par litre.

Pendant la durée de ce traitement, on ne prescrira ni balsamiques, ni même bicarbonate de soude.

Le traitement des complications, qui doivent être rares, est ensuite envisagé par l'auteur.

Prostatites : bains de siège très chauds 2 ou 3 fois par jour. Petits lavements très chauds de 60 cmc, contenant une cuillerée d'ichtyol, ou suppositoires s. l. f. :

Ichtyol....................	0 gr. 25
Ext. de belladone	3 cgr.
Ext. de jusquiame..........	2 cgr.
Ext. d'opium...............	1 cgr.
Beurre de cacao ......q. s. pour un suppositoire.	

Repos. Applications chaudes au périné. Lait, boissons abondantes. Lavages très doux avec la solution de permanganate à 0,05 p. 1000.

Vésiculites : Lavages postérieurs à la période de déclin.

Épididymites : Repos. Suspension des bourses sur une planchette ouatée. Applications chaudes. Pommade au collargol, pommade mercurielle belladonée. Dans les formes traînantes, électrargol, stypage, massage, vaccins.

Folliculites : elles s'évacuent d'elles-mêmes, ou sous l'action d'un léger massage. La cautérisation ou l'incision sont rarement indiquées. Continuer prudemment les lavages.

Infections secondaires : La découverte des microbes banals de ces infections dans le culot de centrifugation implique l'addition d'oxycyanure de mercure (0,10 à 0,15) à chaque litre de la solution de permanganate.

G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Tentative de suicide au moyen de clous enfoncés dans le crâne.

(M. Reynès, de Marseille. — *Académie de Médecine.*)

M. Reynès fait la relation d'une curieuse tentative de suicide. Elle concerne un dégénéré, qui, dans le but de mettre fin à ses jours, s'enfonça deux clous dans le crâne, avec une pierre de jardin.

Le malade arracha au mur de sa chambre deux clous, dont il rabota les têtes. Il les plaça sur le sommet du crâne et les fit pénétrer profondément Rien de fâcheux ne s'ensuivit. Ayant avoué le fait à son entourage, le patient fut conduit à l'hôpital, dans le service de M. Reynès. Après incision du cuir chevelu, les clous furent aisément retrouvés (ils étaient au ras du crâne) et extraits avec une sorte de forte tenaille. Les clous en question, dits pointes de Paris, avaient une longueur de trois centimètres et demi.

Ce cas, qui constitue une tentative singulière de suicide, est un exemple de la tolérance quelquefois observée du cerveau pour les corps étrangers.

L'adénite primitive du zona.

(MM. L. Ramond et R. Lebel. — *Soc. méd. d. hôp.*)

L'adénopathie primitive du zona, individualisée par Barthélemy, a été signalée avec plus ou moins de netteté dans la plupart des traités de médecine. On ne lui a pas cependant attaché tout l'intérêt qu'elle mérite.

MM. Ramond et Lebel, depuis dix ans qu'ils la recherchent, ne l'ont jamais vue manquer. Elle présente certains caractères particuliers intéressants à connaître. Son siège est réglé par la topographie de l'éruption. On sentira les ganglions en explorant : l'aisselle, pour les zonas du membre supérieur et ceux de la partie sus-ombilicale du tronc (en particulier le zona intercostal) ; les aines, pour les zonas sous-ombilicaux et ceux du membre inférieur ; la région pré-auriculaire au cas de zona ophtalmique, etc...

L'adénopathie zostérienne primitive est précoce. Elle intéresse un ou plusieurs ganglions, qui sont tuméfiés et douloureux, la douleur n'étant perçue généralement qu'à la pression. Elle est habituellement facile à reconnaître et constitue, avec l'éruption et les douleurs, un trépied symptomatique de la maladie.

Il importe de distinguer cette adénopathie primitive du zona des adénopathies secondaires, qui sont non un symptôme de l'affection mais une complication due à l'infection des vésicules herpétiques. Ces adénopathies secondaires, relativement rares, surviennent toujours consécutivement à l'ulcération des éléments éruptifs, c'est-à-dire tardivement. Elles sont nettement inflammatoires et à tendance suppurative.

L'albuminurie du liquide céphalo-rachidien dans les affections mentales.

(MM. Ravaut et Laignel-Lavastine. — *Société méd. des Hôpitaux.*)

MM. Ravaut et Laignel-Lavastine ont fait une étude systématique de l'albumine du liquide céphalo-rachidien chez 47 malades de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris. Ils ont vu que, dans un certain nombre de psychoses, le liquide céphalo-rachidien est plus riche en albumine qu'on ne l'avait cru jusqu'alors, ce qui permet de penser à l'existence d'une perturbation du système nerveux central, ou de ses enveloppes, et tend à réduire le domaine des névropathies *sine materia*.

Crises lombaires douloureuses et sacralisation.

(MM. Pr. Merklen et Ferrier. — *S. m. d. hôpitaux.*)

Autrefois, la malformation de la cinquième vertèbre lombaire connue sous le nom de sacralisation bilatérale de cette vertèbre (extension des apophyses vers le sacrum), n'intéressait que l'anatomiste et éventuellement l'accoucheur et l'orthopédiste. Aujourd'hui, grâce à la radiographie, on peut étudier cliniquement cet état anatomo-pathologique et les troubles qu'il est susceptible de provoquer.

Cette anomalie reste assez souvent silencieuse. D'autres fois, elle entraîne un syndrome, d'ailleurs variable, qui comprend surtout des phénomènes nerveux et douloureux, à siège lombaire, que l'on rattache nombre de fois, par erreur, à une arthrite sacro-iliaque, à un mal de Pott, une sciatique, une lithiase rénale, etc. Ainsi, Richards, sur 60 lombalgiques, a pu trouver plus de 50 cas de sacralisation lombaire. La lombalgie peut, chez certains sujets, éclater brusquement, et rappeler le lombago. Le diagnostic repose principalement sur l'examen radioscopique. Quant au traitement, il n'est représenté que par quelques tentatives chirurgicales (résection de l'apophyse transverse sacralisée) dont les résultats sont encore peu probants.

Un cas de toux d'origine gastrique.

(M. Georges Hayem. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

A part la toux dite émétisante des phtisiques, que l'on rattache volontiers à un réflexe stomacal, la toux d'origine gastrique paraît être, dit M. Hayem, un phénomène exceptionnel. C'est à ce titre que l'auteur en rapporte un cas qu'il vient d'observer.

Il s'agit d'un homme de 53 ans, vieux dyspeptique, atteint de gastrite muqueuse et d'accès de toux, principalement nocturne, toux accompagnée de rejet de mucosités abondantes venant de l'estomac. Il semble que c'est au passage de ces régurgitations dans l'œsophage et au niveau du larynx qu'il faille attribuer la toux.

L'origine de la gastrite muqueuse relevait ici d'un régime alimentaire défectueux et de l'abus de médi-

caments (gastrite médicamenteuse). Le patient, en effet, avait, suivant son expression, ingéré des « kilos » de médicaments divers (craie, magnésie, sels de bismuth, bicarbonate de soude). M. Hayem conseilla à ce malade un régime anti-dyspeptique simple, avec képhir comme boisson, réduction des repas au nombre de deux, espacés de neuf heures, et lavages de l'estomac. Il obtint une amélioration assez rapide, qui se maintient en continuant le régime des repas espacés et des séries de 10 lavages stomacaux par mois.

Trophœdème chronique et spina bifida occulta.

(MM. A. Léri et Engelhard. — *Soc. méd. d. hôp.*)

Depuis les études de Henry Meige, on connaît bien cliniquement le trophœdème chronique, œdème blanc, dur, indolent, qui infiltre de façon permanente un ou plusieurs segments d'un ou plusieurs membres, sans porter atteinte d'ailleurs à la santé générale. Mais, nous n'avons aucune notion précise sur la cause du trophœdème. Nous savons seulement qu'il est quelquefois congénital, parfois familial ou héréditaire et dans d'autres circonstances acquis. Meige a soutenu, comme théorie pathogénique, une origine médullaire.

M. André Léri vient d'observer un cas de trophœdème du membre inférieur droit chez une jeune fille de vingt ans : infiltration œdémateuse dure, blanche, lisse, indolore, s'arrêtant à la racine du membre, ayant débuté à l'âge de treize ans et ayant suivi une marche ascendante, sans occasionner de trouble fonctionnel important ou d'altération générale. Les radiographies, faites par M. Ménard, ont montré que l'infiltration laisse indemne les os et les masses musculaires et n'intéresse, comme l'a indiqué Meige, que la peau et le pannicule cellulo-adipeux sous-cutané. Mais, en outre, l'examen a révélé, à la région sacrée moyenne, l'existence d'une saillie à contour arrondi se rattachant à un *spina bifida occulta* vrai ou du moins à une malformation analogue. L'auteur tendrait à penser que le trophœdème pourrait dépendre de ce *spina bifida* ou de tout autre malformation vertébro-médullaire.

Emploi du tube d'Einhorn pour l'étude en série de la sécrétion gastrique.

(MM. P. Le Noir et H. Delort. — *Soc. m. d. hôp.*)

On connaît le tube et l'olive d'Einhorn destinés surtout, dans l'esprit de leur auteur, à prélever le suc duodénal. C'est un tube de caoutchouc de quatre millimètres de diamètre, de 110 centimètres de longueur, marqué de points de repère qui s'échelonnent, le premier à 44 centimètres de l'olive (indiquant la distance normale des dents au cardia), le deuxième à 60 centimètres (correspondant à la présence du tube dans l'estomac), le troisième à 74 centimètres (indiquant la distance qui sépare les incisives de la cavité duodénale).

M. Le Noir s'est adressé à ce tube pour l'étude en série de la sécrétion gastrique. Les examens en série sont refusés souvent par les malades que fatiguent beaucoup les sondages répétés de l'estomac. M. Le Noir laisse en place le tube d'Einhorn tout le temps de l'épreuve et obtient ainsi une simplification de cette méthode, dont M. Hayem a montré l'importance pour l'étude du chimisme gastrique.

Traitement de la fièvre typhoïde par l'émulsion microbienne de Mauté.

(MM. Florand et Nicaud. — *Soc. méd. d. hôp.*)

M. Mauté a préconisé en 1917 un traitement abortif de la fièvre typhoïde qui est réalisé par l'injection intraveineuse d'une émulsion microbienne. Cette émulsion est préparée en partant d'un microbe isolé de l'eau, microbe de toxicité nulle et pathogène pour aucun animal de laboratoire.

M. Florand a traité dans son service un certain nombre de cas de fièvre typhoïde et paratyphoïdes par la méthode de Mauté. Il a employé un taux d'émulsion variant de vingt à cinquante millions par centimètre cube.

L'injection est suivie habituellement, dans l'heure qui succède, d'une réaction plus ou moins vive. Consécutivement, se montrent une chute de température (ou brusque, ou en échelons, ou en lysis) et une amélioration du pouls et de l'état général. Ces résultats heureux ne sont pas encore très nettement expliqués. Pour Mauté, il s'agirait d'une action directe de la protéine microbienne sur l'équilibre ferment-antiferment. M. Florand se demande si un choc hémoclasique n'intervient pas.

DIÉTÉTIQUE PRATIQUE

Le régime au cours de la récalcification dans les pays du Nord.

La récalcification date de 1900 ; elle est devenue rapidement une méthode classique et qui n'est plus discutée ni dans la prétuberculose, ni dans les convalescences, ni dans les affections chirurgicales osseuses. Ferrier eut le mérite de la mettre en valeur ; d'importants travaux lui ont été consacrés depuis par de nombreux auteurs : Robin, Sergent, etc. Pourvu qu'elle soit suffisamment intensive et prolongée, elle donne des résultats souvent remarquables et toujours intéressants. Dans quelques cas, elle doit être secondée par l'opothérapie et en particulier par les médications surrénales ou pancréatiques. On peut affirmer qu'elle ne se montre en défaut qu'avec un régime défectueux.

Nous savons que les aliments indigestes, acides ou trop gras favorisent la décalcification. Aujourd'hui les corps gras, en particulier, et en

dehors de toute récalcification, sont diminués dans l'alimentation des tuberculeux et aussi dans la ration normale des sujets normaux. On admet certes que des quantités modérées de beurre frais, de graisse fine, resteront permises mais on ne peut que condamner l'emploi systématique des nouveaux corps gras du commerce : margarine, suif raffiné, etc. Un régime simple et sain reste toujours recommandable pour tout le monde. La suppression des corps gras, du pain, du lait, paraît *a priori* un inconvénient grave dans les pays du Nord de la France et en Belgique où la nourriture, de par le climat, doit être en général plus substantielle. Aussi dans ces régions, le régime de la récalcification est-il suspendu beaucoup trop tôt, surtout dès que la balance accuse la moindre diminution de poids des malades soumis au traitement. Cette diminution est pourtant plus apparente que réelle, car elle ne porte que sur le tissu adipeux, les appareils osseux et musculaires ne la subissent pas au contraire. Le retour au poids normal s'opère d'ailleurs très vite dès que la récalcification est interrompue ou même continuée avec reprise du régime ordinaire. Il suffit, en pratique, pour prévenir une perte de poids excessive, de tenir compte de la température. Il est évident que, même dans le Nord, les aliments interdits dans le régime de Ferrier ne sont pas aussi indispensables, par un jour d'été sec et beau, que s'il fait un temps très froid ou brumeux. En ce dernier cas on peut toujours donner du lait le matin ou à 4 heures, du beurre frais, un peu de pain, sans provoquer les acidités de fermentations qui nuisent à une bonne récalcification. Il suffit donc d'apporter quelque mesure dans le régime. Plus sévère par périodes de 15 jours par exemple, il peut être rendu moins rigoureux pendant les 15 ou 20 jours suivants. Sous ces réserves, la récalcification rend les mêmes services partout et n'entraîne aucun des inconvénients redoutés.

Il ne faut pas oublier que, dans les affections chirurgicales de la guerre, la radiographie a permis de suivre et de contrôler les progrès de calcification. Dans les convalescences graves, les sujets bien récalcifiés n'offrent pas un terrain favorable au développement de la tuberculose. Enfin dans les premiers degrés de la tuberculose même, la guérison imparfaite se produit par une sorte de tissu fibreux qui peut encore se laisser traverser par les bacilles et les poisons tuberculeux. Mais la barrière d'isolement devient plus solide *si ce tissu fibreux s'infiltre de chaux* chez les récalcifiés. *La guérison est dite parfaite avec un noyau de calcification très nette.* Il serait regrettable de voir une question de climat ou de régime priver les malades d'une thérapeutique aussi active (1). Avec une alimentation bien comprise qui prévient les fermentations gastriques en choisissant des sels de chaux purs et convenablement dosés (de la Tricalcine), la question de poids devient secondaire puisqu'elle n'est que momentanée et que l'amaigrissement ne survient pas en réduisant les périodes de régime intensif. C'est le résultat final qu'il faut rechercher. L'amélioration et la guérison entraînent toujours le retour au poids normal sinon un certain degré d'engraissement. Il suffit pour cela de tenir compte des recommandations ci-dessus relatives au régime diététique.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses.

Thèse de Montpellier.

Dr Alfred TROTOBAS. — **Traitement de la sclérose en plaques par la radiothérapie.** Montpellier, imprimerie Firmin et Montane, 1920.

Dans la sclérose en plaques où toutes les thérapeutiques échouent, la radiothérapie est seule à donner des résultats. On observe chez les malades traités, une amélioration très notable du tremblement, des troubles de la parole et des phénomènes parétiques, laquelle n'est jamais allée jusqu'à la guérison complète. Les phénomènes spastiques, en particulier, sont très persistants.

On doit administrer des doses élevées (aussi élevées que possible, en respectant l'intégrité de la peau) de rayons très durs et très pénétrants. En employant tous les procédés destinés à protéger les couches superficielles, il faut donner aux régions profondes, d'emblée, la dose maxima de rayons ; on diminue, ensuite, un peu la dose à chaque application.

La radiothérapie agit plus sur les tissus de néoformation que sur l'agent infectieux ou ses toxines, — la nature infectieuse de la sclérose en plaques n'étant pas encore démontrée, au moins pour tous les cas.

Dr Edouard RAYAN. — **De l'influence de la compression oculaire sur la tension artérielle.** Montpellier, imprimerie de la Manufacture de la Charité, 1920.

Envisagée par rapport à la tension artérielle normale, on peut dire que la compression oculaire a tendance à faire diminuer la pression des hypertendus, à augmenter celle des hypotendus. Chez les sujets à pression normale, elle varierait dans un sens ou dans l'autre.

(1) Consulter : La récalcification du Dr Sergent, 1 br. (Poinat, éditeur.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

L'EXERCICE DE LA PHARMACIE

L'article 13 du projet Vincent et les propharmaciens.

Entre autres lettres que nous avons reçues de nos correspondants sur la proposition de loi Vincent relative à l'exercice de la pharmacie, en voici deux qu'il nous paraît intéressant de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

I

Il y a à mon avis dans le projet Vincent des choses que je trouve excellentes, d'autres bonnes. L'interdiction des remèdes secrets, par exemple, l'obligation de ne délivrer de nombreux produits que sur ordonnance portant le nom et l'adresse du médecin, sont des choses avantageuses pour le public et pour nous. J'aime moins la complication des feuilles spéciales délivrées par la préfecture. Je me range à l'interdiction de la ristourne et je crois que si l'on pouvait, à l'article 9, assimiler la presse, en dehors de la presse professionnelle, à des préposés ou courtiers à la solde du pharmacien dont il lui est interdit de se servir auprès du public, on aurait fait œuvre utile vraiment : mais là-dessus, vu la puissance de la presse et vu ce que lui rapporte la réclame pharmaceutique, je ne m'illusionne guère.

Je laisse à nos confrères propharmaciens le soin d'apprécier les articles les concernant.

Reste la question des deux diplômes et la question des spécialités pharmaceutiques réservée exclusivement aux pharmaciens. Sur la première question, de l'exercice des deux professions simultanément, les avis peuvent être partagés, mais je crois qu'il est vraiment peu raisonnable d'interdire à un pharmacien médecin d'exercer la médecine sous prétexte qu'il s'absentera souvent, si l'on n'oblige pas le pharmacien à être effectivement présent tant que son officine est ouverte. *Dura lex sed lex.*

Pour les spécialités pharmaceutiques, j'avoue que je ne comprends pas pourquoi nous, médecins, sous certaines conditions, nous ne pouvons pas posséder une marque et tirer des revenus légitimes d'une formule heureuse que nous aurions découverte, ou mise au point. Que sont en effet les spécialités en général? A part certains produits simples, vendus sous cachet d'origine et qui sont évidemment du ressort du pharmacien surtout, il s'agit dans la plupart des cas de formules magistrales. Or, à qui appartient l'étude thérapeutique de telles formules ? au médecin sans conteste et le pharmacien aura pu faire un produit, stable, bien défini, agréable au goût, mais s'il en pose et en vante les qualités et effets thérapeutiques, c'est du plagiat ou de l'incompétence ; il utilise des travaux médicaux ou il se livre à des improvisations auxquelles ses études ne lui donnent aucun droit. Aussi, ne vois-je pas pourquoi, si le pharmacien réclame le droit de continuer, dans les prospectus et étiquettes de ses spécialités de grande ou petite envergure, l'exercice illégal de la médecine qu'il fait journellement, comme ses aides non diplômés, dans son officine sous forme de consultations, que nous sommes tous d'accord pour reconanître qu'il lui est difficile de refuser, je ne vois pas pourquoi, dis-je, le médecin n'aurait pas le droit lui, sans sortir des limites que lui permet l'exercice de sa profession, de poser les indications thérapeutiques d'un produit lui appartenant, à condition qu'il le fasse préparer sous le contrôle d'un pharmacien diplômé. Et les abus seront-ils moins grands, s'il est interdit au docteur X de vanter à la 3e page des journaux ses elixirs, ses pommades et ses toniques, si à la place laissée libre, le pharmacien Z nous explique comment les vices du sang sont guéris par sa méthode infaillible ? Si la spécialité donne lieu à des abus de réclame charlatanesque, il faut les réprimer. Mais la question de diplôme du possédant n'a rien à voir à l'affaire.

En résumé, dans la spécialité pharmaceutique, il y a là collaboration du médecin et du pharmacien. A ce dernier sans conteste revient la préparation, au premier l'étude thérapeutique. Que l'on permette donc à la fois au médecin et au pharmacien de profiter des découvertes dans cet ordre d'idées, l'un des formes heureuses qu'il aura pu trouver, l'autre des formes stables ingénieuses ou agréables qu'il aura su donner à une médication ancienne ou nouvelle. Mais que nous, médecins, ne soyons pas frappés d'un ostracisme que rien ne justifie ou alors, que les pharmaciens, uniques fabricants et possédants des drogues simples et composées, soient cantonnés exclusivement dans l'exercice de leur art, et puisqu'il ne nous est pas possible de les empêcher de donner les conseils d'usage et le flacon correspondant aux clients qui viennent leur raconter leurs misères, que les prospectus de leurs spécialités, eux au moins, soient muets et ne portent, en dehors de la formule, que les doses usuelles. Aux médecins, et à eux seuls, appartiendrait alors d'en poser les indications.

Dr F.

II

Si elle était votée, la proposition Vincent serait un arrêt de mort pour tous les médecins de campagne.

Si MM. les Députés croient que les campagnes peu-

vent se passer de médecins, qu'ils la votent. S'ils estiment, au contraire, que le médecin est plus nécessaire que le pharmacien, qu'ils accordent à ce médecin toute liberté pour exercer la pharmacie à la campagne sans *restriction aucune.*

Pendant que le pharmacien s'enrichit, les médecins qui font les commis-voyageurs pour ces M. M. palpent de maigres émoluments, une misère.

Il est du devoir de l'*Union des Syndicats* d'intervenir auprès du gouvernement et des députés pour les éclairer et leur recommander, outre le rejet pur et simple de la proposition Vincent, le vote d'une loi permettant à tout médecin de campagne de faire la pharmacie, sans la moindre restriction.

Dr L.

***

Dans la proposition de loi Vincent, il y a surtout un article qui émeut un certain nombre de nos confrères, et sur lequel il est indispensable que tout soit dit. C'est l'article 13, dans l'alinéa qui a trait à la propharmacie.

Édicter une distance de plus de 8 kilomètres, et même de 4 kilomètres, entre le médecin et le malade d'une part, et l'officine la plus voisine d'autre part, pour que le médecin soit autorisé à délivrer les médicaments dans sa clientèle, cela revient pratiquement à supprimer les médecins qui font la pharmacie.

Or, ces médecins propharmaciens sont trois mille environ. C'est déjà quelque chose que de supprimer d'un trait de plume le droit à la vie de 3000 individus. Car c'est bien à cela que la question se ramène. Qu'on ne prétende pas que nous exagérons. Que deviendra en effet le vieux praticien rural, exerçant depuis 15, 20 ans et plus, le jour où l'on tarira les recettes qu'il tire de la fourniture des médicaments à ses malades, où l'on détruira l'équilibre de son budget ?

Dira-t-on qu'il lui restera l'exercice de la médecine ? C'est bien mal connaître la mentalité du paysan qui, lorsqu'il ne pourra plus demander à son médecin tout à la fois la consultation dont il a besoin et le médicament qui en est généralement la conséquence logique et nécessaire, attendra que ses affaires l'appellent au centre où se trouvera l'officine, le jour du marché notamment, pour consulter le médecin de ce centre, et se procurer immédiatement les remèdes prescrits chez le pharmacien voisin.

Non seulement le médecin rural n'aura plus le maigre bénéfice résultant de la propharmacie, mais encore, il perdra une grande partie de sa clientèle médicale proprement dite.

Mais ce n'est ni à cinquante ans, ni à *fortiori* à 60, que le vieux propharmacien dépossédé de sa situation pourra s'en refaire une ailleurs. La conclusion s'impose. Elle n'a pas besoin d'être développée.

Mais, admettons cependant qu'on nous rétorque que, si intéressants que soient les propharmaciens, ils n'en représentent pas moins que des intérêts particuliers qui doivent céder le pas devant l'intérêt général.

Or, il n'est pas difficile de démontrer qu'ici, l'intérêt général est étroitement lié à l'intérêt particulier.

Ce n'est pas, répétons-le, pour faire plaisir aux médecins que la loi de Germinal les avait autorisés à faire œuvre limitée de pharmaciens dans certaines conditions d'habitabilité. C'est pour assurer aux populations rurales éloignées de toute officine le secours pharmaceutique, aussi promptement que le secours médical.

Les conditions sont-elles changées depuis l'an XI ? *Pas pour le paysan qui ne dispose d'autres moyens de transports le plus souvent que ses deux jambes, et qui doit faire à pied le trajet qui sépare son domicile de la résidence du médecin et du pharmacien.*

Une lieue, pour un piéton, cela représente une petite heure de marche. Les quatre lieues requises par M. Vincent (8 kilomètres aller et retour) en représentent donc quatre, sans préjudice de l'attente chez l'apothicaire.

Les 24 kilomètres édictés dans le second projet de loi que nous avons publié, et dont l'ensemble a cependant notre agrément, sont encore une distance trop longue, à notre avis.

Voilà donc une première considération qui se fonde sur l'intérêt du malade, pour réclamer à son intention la facilité de s'approvisionner en médicaments chez le médecin qu'il va consulter ou qu'il appelle à son chevet, s'il n'existe pas réellement d'officine à proximité.

Maintenant, supposons le propharmacien dépossédé du droit légal dont il jouissait jusqu'alors. Il abandonne la partie. Est-ce encore l'intérêt du malade que les choses se passent ainsi ? Ne suffit-il pas de poser la question pour qu'elle soit résolue ? Cela reviendrait à demander s'il est plus intéressant pour le malade d'avoir le médecin à un quart d'heure de sa porte ou à deux heures, et plus.

Mais, dira-t-on peut-être, le médecin défaillant sera sans doute remplacé par un pharmacien ? Et où sera l'avantage du public, je vous prie ?

D'abord, rien n'est moins sûr. Il existe actuellement une crise formidable sur la pharmacie. Je dis à dessein *formidable.* La Faculté de pharmacie de Paris, c'est ainsi qu'il faut dire désormais, est organisée pour donner l'enseignement à 500 étudiants. En l'an de grâce 1919, savez-vous combien il y eut de pharmaciens reçus ? Exactement 16 !!

Si les médecins se plaignent à bon droit de l'encombrement, il est loin d'en être de même des pharmaciens *qui ne se recrutent plus que difficilement.*

Ce n'est pas ici le lieu de rechercher les causes de cette situation. Elle existe : voilà le fait incontestable.

Supposons pourtant que, par extraordinaire, le propharmacien soit remplacé par un pharmacien. L'intérêt du malade y trouvera-t-il son compte ?

Cela revient à demander s'il est préférable pour un malade d'avoir affaire à un médecin qui fait accessoirement la pharmacie, ou à un pharmacien qui fera la médecine.

Est-il plus facile de préparer une solution de bromure de potassium, ou une potion de Todd, ou des cachets de sels de quinine, que de reconnaître une broncho-pneumonie, une appendicite, une rupture de grossesse tubaire ?

Quand on examine le problème à la lueur de faits concrets comme ceux que nous envisageons, on se demande comment il se peut faire qu'on se trouve dans l'obligation de prendre la peine de discuter ainsi.

Conclusion : la santé publique a intérêt à la persistance du propharmacien. En conséquence, l'article 13 du projet Vincent doit être remanié de fond en comble.

Plus particulièrement, la distance de 8 kilomètres limitant la zone de protection des pharmaciens doit être très notablement réduite.

Il me paraît en principe, à moi, personnellement, que la limite communale est la zone de protection qui prête le moins à contestation mérite d'être retenue.

G. Duchesne.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Fédération départementale de Syndicats médicaux.

Dispositions législatives et condition juridique.

La loi du 12 mars 1920, modifiant celle du 21 mars 1884, accorde par son article 6, aux syndicats le droit de se concerter librement, pour l'étude et la défense des intérêts collectifs de la profession qu'ils représentent.

Ces réunions et fédérations de syndicats jouissent des mêmes droits que les syndicats eux-mêmes.

Buts de la fédération départementale.

1° *Intérêts collectifs médicaux et départementaux.*

Laissant aux syndicats locaux le soin de solutionner, en toute liberté et autonomie, les questions locales, la Fédération départementale n'aura pour but que l'étude et la défense des intérêts médicaux départementaux.

En conséquence, la Fédération départementale aura toute qualité pour discuter, soit avec le Préfet, soit avec les commissions du Conseil général, les questions d'ordre départemental telles que :

Assistance médicale gratuite : modifications à apporter au règlement, discussion des honoraires, nomination des délégués médicaux à la commission de contrôle. etc.

Service des enfants assistés : même rôle que ci-dessus.

Service des vaccinations : organisation des circonscriptions, le partage de ces dernières entre les médecins, le tarif des opérations et des séances de révision, etc.

Service de la protection de l'hygiène publique : entente avec l'inspecteur départemental, ou avec l'administration.

Loi des pensions (31 mars 1919) : ententes avec le préfet pour les tarifs à appliquer.

Nomination et révocation des médecins aux différents postes administratifs (médecins assermentés, médecins de l'état civil, de la protection du premier âge, des dispensaires d'hygiène publique, etc.) : ententes avec le préfet et l'administration compétente,

Etc. etc.

2° *Intérêt particulier à chaque syndicat adhérent.*

La Fédération départementale est avant tout respectueuse de la pleine liberté et de l'autonomie entière, dont jouissent les syndicats médicaux locaux, pour la solution de leurs questions locales. La Fédération ne peut, légalement, se considérer comme un sur-syndicat.

La Fédération coordonnera les efforts et les études de chaque groupe adhérent, non seulement pour les questions d'ordre départemental, ou intéressant la profession toute entière, mais encore pour des questions inter-syndicales, telles que : conduite que doivent tenir les médecins exerçant dans des régions limites à deux ou plusieurs syndicats : est-il utile d'uniformiser les tarifs médicaux locaux pour tout le département ? Par le canal de la Fédération, chaque syndicat local fait connaître aux autres groupes du département les études faites et les résultats obtenus dans sa sphère.

La Fédération départementale peut encore, vis-à-vis des tiers, représenter le corps médical du département, puis répartir le travail et les études à faire entre les différents groupes adhérents.

3° *Intérêts nationaux communs à toute la profession.*

P ar rapport à l'*Union des syndicats médicaux*, dont le siège est forcément à Paris, près des pou-

voirs publics, la Fédération départementale peut servir d'intermédiaire, pour les réponses à faire aux consultations et référenda, organisés par l'*Union*.

Mais il serait à craindre que ces fédérations ne jouent que le rôle de sous-préfets, par rapport au préfet, c'est-à-dire n'être qu'un simple organe de transmission.

Quels statuts adopter ?

La Fédération départementale peut s'organiser de deux manières principales :

1° *Fédération temporaire, virtuelle.*

Si l'on part des trois principes suivants : autonomie pleine et entière de chaque syndicat ; — la Fédération n'est pas un sur-syndicat ; — pour déterminer une action collective départementale il faut obtenir l'unanimité des groupes adhérents et non pas imposer la loi du nombre ; il s'en suit que la Fédération n'est que la somme des forces actives de chaque syndicat qui la compose.

Par suite, la Fédération ne se réunira que lorsque les circonstances le nécessiteront, c'est-à-dire lorsque les syndicats du département auront besoin de se concerter pour une action commune.

Cette fédération momentanée se composera des bureaux des syndicats du département, sous la présidence d'un président de séance. Discussion sur un pied d'égalité, entre les représentants de chaque groupe. Puis les conclusions, décidées en commun, sont discutées dans chaque syndicat et votées ou amendées s'il y a lieu.

Par suite, point n'est besoin de statuts.

En cas de délégation, les bureaux des syndicats locaux s'entendent entre eux pour désigner ceux d'entre eux les mieux qualifiés ou les mieux placés pour faire la démarche, dont s'agit. Cette délégation parlera au nom des syndicats du département, selon le mandat voté par ces groupes.

Les frais de trésorerie, les dépenses occasionnées par les réunions, les études, etc., sont supportées par les syndicats, au prorata du nombre de leurs membres.

Comme exemple, nous citerons le département de l'Ain : les bureaux des trois syndicats se réunissent, selon les circonstances, puis communiquent à leurs groupes respectifs le résultat des études en commun. L'autonomie est donc parfaitement respectée et l'action est la résultante des décisions de chacun des trois syndicats et non la détermination d'une fédération, qui se superposerait aux groupes.

Disons que, pour mieux maintenir la cohésion, chaque syndicat délègue un de ses membres, pour assister aux assemblées générales des autres groupes départementaux.

2° *Fédération permanente, réelle.*

Instituée avec un bureau distinct de celui de chacun des syndicats, ayant des statuts, la Fédération devient un rouage permanent indépendant, juxtaposé aux groupes départementaux.

Il lui faut alors des statuts : nous en donnons ci-après un projet.

Mais signalons que le 4e paragraphe de l'article 6 de la loi du 12 mars 1920 spécifie que « leurs statuts doivent déterminer les règles, « selon lesquelles les syndicats adhérents à l'u- « nion sont représentés dans le conseil d'ad- « ministration et dans les assemblées générales ».

Ces unions ou fédérations, qui jouissent des mêmes droits que les syndicats, doivent également accomplir les mêmes dépôts de statuts, à la mairie du siège social et faire connaître le nom de leurs administrateurs, qui, tous, doivent être français, ainsi que le nom et le siège social des syndicats adhérents.

Une telle fédération aura donc une existence légale et parlera tant en son nom propre qu'en celui des syndicats adhérents.

Conclusions

Les syndicats d'un même département doivent se concerter, pour l'étude et la défense de leurs intérêts professionnels départementaux communs.

Ils ont le choix entre une fédération intermittente, sans statuts, ni bureau, ou une fédération superposée aux groupes, ayant une existence réelle.

A nos confrères de choisir le mode, qui leur conviendra le mieux, selon les besoins locaux.

Mais, personnellement, notre sympathie va au premier mode, à la Fédération intermittente, parce que plus simple, plus souple et permettant de toujours respecter l'autonomie de chaque syndicat.

Cette fédération existe depuis 1904, dans le département de l'Ain, et a toujours donné toutes satisfactions à nos confrères, qui, grâce à elle, ont obtenu des avantages sérieux que beaucoup de départements pourraient imiter avec fruit.

Dr Paul Boudin.

Projet de statuts de Fédération départementale de Syndicats médicaux.

Art. 1. — Sous le bénéfice des lois du 21 mars 1884 et du 12 mars 1920, il est institué une fédération, composée des syndicats médicaux du département de ... qui auront donné leur adhésion aux présents statuts.

Elle prend le titre de Fédération des syndicats médicaux du département de ....

ART. 2. — Son siège social est à ... Sa durée est illimitée.

ART. 3. — Son but est de donner aux syndicats adhérents tous les bénéfices de l'action commune pour la réalisation de leur programme professionnel.

ART. 4. — Tout syndicat, qui veut adhérer à la Fédération départementale doit :

1° Adresser au secrétaire un exemplaire de ses statuts, la liste de ses membres, copie d'une délibération régulière de l'assemblée générale au cours de laquelle a été votée l'affiliation à la Fédération et déclarer, par écrit, accepter ses statuts et règlements;

2° Etre agréé par le bureau de la Fédération, sauf recours devant l'assemblée générale de la Fédération, au cas où le bureau aurait ajourné l'adhésion ;

3° Verser entre les mains du trésorier la cotisation annuelle, prévue par les présents statuts.

ART. 5. — Tout syndicat qui veut se retirer de la Fédération départementale doit adresser au secrétaire une délibération régulière de l'assemblée générale de ses membres, déclarant qu'il cesse d'en faire partie.

ART. 6. — Tout syndicat qui ne verserait pas à la caisse de la Fédération les diverses contributions, prévues aux présents statuts, peut être rayé de la liste des syndicats adhérents par l'assemblée générale de la Fédération, après demande d'explication.

ART. 7. — Au moins deux fois par an, un mois avant la réunion semestrielle du Conseil général du département, une assemblée générale réunira les bureaux et les délégués des syndicats adhérents.

ART. 9. — La Fédération est administrée par une permanence (bureau) composée de .... membres, élus pour un an, en assemblée générale et rééligibles.

Cette permanence nomme dans son sein un secrétaire et un trésorier.

ART. 9. — Le rôle de cette permanence, ou bureau, est de servir d'intermédiaire entre tous les secrétaires des syndicats affiliés, de leur soumettre les questions départementales à étudier et de coordonner les réponses.

Elle sera chargée de l'exécution des missions qui lui auront été confiées, résultant des décisions votées en assemblée générale, et ayant réuni l'assentiment des deux tiers des syndicats affiliés et des deux tiers des syndiqués représentés.

ART. 10. — L'assemblée générale de la Fédération départementale comprend le président, le secrétaire et le trésorier de chaque syndicat affilié, plus, par chaque groupe :

2 délégués, pour un syndicat de moins de dix membres.

3 délégués pour un syndicat de vingt membres.

4 délégués pour un syndicat de moins de cinquante membres.

5 délégués, pour un syndicat de cent membres et au-dessus.

Chaque syndicat devra être représenté au bureau.

ART. 11. — Pour subvenir aux frais de la Fédération départementale, réunions de la permanence, ou bureau, études de questions départementales, démarches qu'elles nécessitent, indemnités au secrétaire, comme aux délégués spéciaux, chargés de travaux ou de missions, subventions aux syndicats affiliés, pour la défense des intérêts collectifs de la profession, etc., il est institué une caisse alimentée par un versement annuel de chacun des syndicats adhérents, à raison de ... francs par membre.

ART. 12. — La dissolution de la Fédération départementale ne pourra être prononcée que par une assemblée générale, convoquée à cet effet, sur la demande écrite des deux tiers des syndicats affiliés.

Cette assemblée décidera de l'emploi des fonds restants pour être affectés à une œuvre médicale.

ART. 13. — Aucune modification aux présents statuts ne pourra être mise en discussion, si elle n'a été soumise à la permanence, ou bureau, deux mois au moins avant l'assemblée générale, pour permettre à la permanence d'en saisir tous les syndicats adhérents.

ART. 14. — La Fédération départementale doit respecter l'autonomie entière de chaque syndicat affilié, pour la solution de ses besoins et de ses conflits locaux.

Pour ces questions locales, la Fédération n'interviendra, soit par sa permanence, ou bureau, soit par son assemblée générale, soit par ses secours en argent, que sur la demande expresse du syndicat intéressé.

Néanmoins, pour maintenir la cohésion entre les divers syndicats médicaux du département, la permanence devra être représentée à chaque assemblée générale des groupes affiliés. Ce délégué, s'il n'est pas membre du syndicat réuni en assemblée générale, aura voix consultative, et pourra prendre part aux discussions.

ART. 15. — En cas de conflit entre deux syndicats du même département, ou entre confrères appartenant à deux syndicats différents du département, la permanence, ou bureau, de la Fédération se constituera en conseil de famille intersyndical pour connaître du différend.

En cas de non conciliation, le litige sera soumis à l'assemblée générale de la Fédération, spécialement convoquée, qui, s'il y a lieu, pourra prononcer un blâme, ou l'exclusion à la majorité prévue par l'article 9.

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

ART. 1er. — Le bureau, ou permanence, est chargé de confier à ses membres, ou à un médecin syndiqué du département, rapports, travaux, études, concernant les questions départementales professionnelles.

Il organisera les démarches, délégations, etc., qu'il aura reçu mandat de faire par les votes des assemblées générales de la Fédération.

ART. 2. — La permanence ou bureau se réunira tous les mois (ou 2, ou 3 mois).

Avant chacune de ces réunions, le secrétaire de la Fédération devra adresser, quinze jours à l'avance, au secrétaire de chaque syndicat adhérent et à cha-

cun des membres du bureau, l'ordre du jour, accompagné de tous questionnaires, documents, rapports, qui feront l'objet de la discussion.

Les secrétaires de syndicats affiliés, ne faisant pas partie de la permanence ou bureau, auront le droit d'assister à toutes les séances, avec voix consultative.

ART. 3. — Le secrétaire de la Fédération départementale est chargé de l'expédition du courrier, des réponses aux questions posées par les syndicats affiliés, d'adresser à ces derniers les questionnaires, référenda ou autres, soit sur l'initiative du bureau, soit à la demande d'un groupe adhérent.

Il centralisera les réponses, soumettra aux syndicats les oppositions et divergences, pour tendre à un résultat qui soit autant que possible unanime.

ART. 4. — L'ordre du jour des assemblées générales sera adressé aux secrétaires des syndicats affiliés au moins un mois à l'avance, pour que les groupes aient le temps d'en délibérer.

Les secrétaires des syndicats devront prévenir les délégués de leur groupe de la date de l'assemblée générale et de l'ordre du jour, ainsi que du mandat qui leur est confié.

Aucun vote par correspondance n'est admis pour ces assemblées générales, sauf le cas de référendum.

ART. 6. — Le secrétaire de chaque syndicat adhérent devra adresser au secrétaire de la Fédération les comptes rendus des assemblées générales de leur groupe local, ainsi que les études, travaux, résultats acquis, pouvant servir aux autres syndicats du département.

HYGIÈNE PUBLIQUE

I

Pourquoi la collaboration des pouvoirs publics et du corps médical pour l'organisation de l'hygiène publique est-elle difficile ?

Châteaubriant, 23 juillet 1920.

Le Docteur Laurans,
à Monsieur Lebrun, secrétaire de la Sous-Préfecture, Châteaubriant.

Monsieur,

Avant d'accepter le titre et les fonctions de médecin délégué de la 3e circonscription sanitaire, que vous m'avez fait l'honneur de me proposer, je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner les quelques renseignements supplémentaires suivants :

En premier lieu, ce médecin délégué ne fait-il pas double emploi avec le médecin des épidémies ? Leurs attributions me paraissent, en effet, sensiblement les mêmes.

Ceci pourrait donner lieu à des conflits d'autorité regrettables, au lieu d'être l'occasion d'une collaboration intéressante.

Il y aurait lieu de spécifier exactement, en conséquence, les rôles respectifs de chacun d'eux; les cas où leur action doit devenir commune dans l'intérêt de l'hygiène générale, sans toutefois qu'il y ait subordination quelconque de l'un à l'égard de l'autre.

En second lieu, n'envisageant pas le titre de délégué sanitaire comme seulement honorifique, ce qui ne servirait qu'à entretenir une inutile et déjà quelque peu ridicule façade, je souhaiterais également, avant toute acceptation, être en possession de l'arrêté de Monsieur le Ministre de l'Intérieur, qui doit avoir fixé les indemnités et frais pour déplacements, examens de malades, rapports et, en général, tous actes médicaux ou autres accomplis à l'occasion du service et en cas d'épidémie.

Veuillez agréer, etc...

Nantes, le 4 août 1920.

Le Préfet de la Loire-Inférieure,
à M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

L'application du décret du 6 novembre 1919, qui a prorogé les dispositions du décret du 14 août 1914 (mesures exceptionnelles de prophylaxie) a donné lieu aux observations suivantes formulées par un certain nombre de médecins :

« Le médecin délégué ne fait-il pas double emploi avec le médecin des épidémies ?

« Les attributions de ces deux médecins paraissant être sensiblement les mêmes, des conflits sont à craindre.

« Il y aurait lieu, en conséquence, de préciser le rôle de chacun d'eux.

« D'autre part, il y aurait intérêt à ce que les indemnités et frais de déplacement fussent déterminés. »

Je vous serais obligé de vouloir bien me fournir toutes indications utiles pour me permettre de répondre à ces observations.

Signé : Ch. CAUSEL.

Paris, le 19 août 1920.

Le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales,
à Monsieur le Préfet de la Loire-Inférieure.

Répondant aux questions posées par votre lettre du 4 courant, j'ai l'honneur de vous faire connaître que les dispositions du décret du 6 novembre 1919 ne s'opposent aucunement à ce que les médecins des épidémies soient désignés comme délégués sanitaires de *circonscrip-*

tion. Cette pratique répond entièrement aux vues qui ont motivé le décret susvisé.

C'est ainsi, du reste, qu'en ce qui concerne le délégué départemental, la fonction se confond avec celle d'inspecteur départemental dans les départements où l'inspection a été réellement organisée.

La question ne se pose pas, en effet, de déposséder de leurs attributions les autorités sanitaires existantes, mais seulement de créer de nouveaux agents sanitaires, partout où le besoin s'en fait sentir et ce en dehors de tout contrôle autre que celui de l'Etat.

Il est également à noter que la désignation commune « délégué sanitaire du médecin des épidémies » confère à celui-ci un pouvoir plus étendu, notamment pour l'isolement des contagieux ; en sa qualité de délégué sanitaire, il ne relève que de votre seule autorité, pour donner ou proposer toute mesure sanitaire que commanderaient les circonstances.

Quant aux indemnités et frais de déplacements à allouer aux délégués, il n'a pas paru opportun de les déterminer par un tarif type. Ces allocations sont, en effet, susceptibles de varier, d'un département à un autre, suivant l'étendue et la population des circonscriptions, les facilités ou incommodités des communications. Il appartient aux Préfets de saisir le Ministre des propositions qu'ils croient convenables, en conformité de l'article 12 du décret.

Pour le Ministre.

Le Conseiller d'Etat Directeur,

Pour le Directeur, et par autorisation :

le Sous-Chef du 5e bureau,

Signé : illisible.

N. B. (*personnelle*). — Monument de littérature administrative admirable, où l'auteur passe superbement à côté du sujet !

En effet, 1° si mon acceptation du titre de médecin de circonscription a été sollicitée, c'est parce que, sans doute, le médecin des épidémies a refusé ces nouvelles fonctions... ou qu'il n'a pas été jugé utile de les lui proposer.

— Le possesseur des deux fonctions, dépendant d'autorités différentes, risquerait peut-être dans certains cas de ne savoir plus à qui obéir ou référer !..

2° Je ne demandais la fixation du tarif que pour les travaux ou déplacements réellement effectués — en d'autres termes « le prix du travail aux pièces » ; — ce tarif doit donc demeurer, par définition, indépendant de l'étendue et de la population des circonscriptions.

Enfin, à Nantes comme à Belfort, les distances se comptent par kilomètres et l'essence est au même prix.

— Je serais curieux de savoir si le tarif des travaux et déplacements de l'équipe sanitaire ambulante récemment créée demeurera aussi flou et impondérable que le sus-nommé ?... Je me permets d'en douter.

Dr Laurans.

Documents communiqués à M. le Docteur Laurans, en le priant de me les retourner et de me faire connaître, après en avoir pris connaissance, s'il accepte les fonctions de médecin délégué de la circonscription de Châteaubriant.

Châteaubriant, le 23 août 1920.

Le Sous-Préfet,

Signé : C. de Susini.

Châteaubriant, le 12 octobre 1920.

Le Docteur Laurans,
à M. le Sous-Préfet de Châteaubriant.

La lettre de M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, que vous avez bien voulu m'envoyer en communication et que je vous retourne ci-joint confirme les possibilités de conflits d'autorité que je vous signalais le 23 juillet.

D'autre part, à la demande de détermination des indemnités et frais de déplacements, M. le Ministre répond par une fin de non-recevoir regrettable, mais facile à prévoir.

Je ne peux pas désirer jouer le rôle d'agent subalterne et gratuit de police sanitaire de l'Etat.

Agent dépourvu, au surplus, de toute autorité réelle, de tout moyen technique appréciable, mais, par contre, sujet tout désigné à la suspicion de ses libres confrères et à l'animosité de populations non éduquées.

Dans ces conditions, malgré tout mon désir — égal à celui de tous les autres médecins — de collaborer efficacement à la création et au fonctionnement réel d'une hygiène publique en France, il m'est impossible d'accepter les fonctions de médecin délégué sanitaire de la circonscription de Chateaubriant, que vous m'avez fait l'honneur de m'offrir.

Avant de terminer, permettez-moi de vous faire part de ma sincère conviction (je la crois partagée par la grande majorité de mes confrères), qu'à la base d'une bonne organisation des services d'hygiène il serait indispensable d'établir l'harmonie préalable de l'Etat avec le Corps médical, évidemment qualifié et représenté par ses institutions professionnelles, les Syndicats médicaux.

Veuillez agréer, etc...

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, *Avocat, Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

SERVICE VACCINAL DU « CONCOURS MEDICAL »

fonctionnant sous le contrôle de l'Etat

PRIX		
	Petit Tube de pulpe pour 5 vaccinations	1 fr. 50
	Grand tube pour plus de 15 vaccinations	3 fr. »»
	Lancette spéciale toute nickelée	6 fr. »»
	Vaccinostyles plats ou cannelés, la boîte (carton) de 100	12 fr. »»
	Vaccinostyles plats ou cannelés, la boîte de 20	3 fr. »»
	Petit porte-vaccinostyles en acier trempé les 10	2 fr. »»

(ajouter 0 fr. 25 pour le port à chaque envoi)

Adresser les Commandes avec le montant en *un mandat*, à Monsieur C. BOULANGER, administrateur du *Concours Médical*, 132, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris.

II

A L'OFFICIEL

Décret du 5 octobre 1920 créant une équipe mobile des épidémies.

Art. 1er. — Il est créé, à titre provisoire, à Paris, au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques), une équipe mobile des épidémies.

Art. 2. — Cette équipe est chargée d'apporter, sur les divers points du territoire où la santé publique serait menacée par une maladie transmissible, le secours de sa technicité et de son matériel sanitaire. En ces occasions, elle vient renforcer les organisations sanitaires locales reconnues insuffisantes pour faire face aux circonstances épidémiques exceptionnelles.

Elle s'applique, au besoin, à coordonner et à développer leurs efforts. Elle est outillée pour, en même temps et en tous lieux, effectuer les recherches bactériologiques nécessaires et pratiquer les opérations de désinfection et de dératisation.

Art. 3. — L'équipe mobile des épidémies est placée sous l'autorité et aux ordres du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, elle est dirigée par le conseiller instructeur technique.

Art. 4. — Ce service est contrôlé et dirigé par un délégué du ministre pris parmi les médecins fonctionnaires des services de l'hygiène.

Art. 5. — Le personnel composant l'équipe mobile des épidémies comprend :

1 conseiller instructeur technique, recevant une indemnité mensuelle de	1.000 fr.
1 médecin chef de groupe	1.000
1 médecin chef de laboratoire	1.500
1 chef d'équipe sanitaire	750
1 préparateur de laboratoire	750
1 infirmière-major sanitaire	750
2 chefs de poste de désinfection	666
1 garçon de laboratoire	583
2 agents désinfecteurs	583
1 infirmière sanitaire	583
2 auxiliaires manœuvres	500

Art. 6. — Les indemnités du personnel, fixées ci-dessus, ne sont pas soumises au régime des traitements civils institué par la loi du 9 juin 1853.

Elles sont accrues des indemnités de cherté de vie allouées, ou qui pourraient être allouées, par les lois de finances au personnel titulaire des administrations de l'Etat, dans la limite des maxima fixés par lesdites lois.

Art. 7. — En dehors de ses indemnités, et sans préjudice du remboursement des frais de transport occasionnés par ses déplacements en service, le personnel reçoit, par journée de déplacement, une indemnité fixée à :

Pour le conseiller instructeur technique, le médecin chef de groupe, le médecin chef de laboratoire	30 fr.
Pour les autres employés	20 fr.
Le délégué du ministre reçoit une indemnité journalière de	50 fr.

pendant toute la durée de sa mission.

Art. 8. — Le recrutement du personnel a lieu dans des conditions et modalités qui seront déterminées par arrêté ministériel. Le personnel est nommé et congédié par arrêté ministériel.

Art. 9. — Toutes dépenses nécessitées par l'application du présent décret sont imputables sur la dotation annuelle du chapitre « Hygiène et salubrité générales ; épidémies », du budget du ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Art. 10. — Le conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel* et inséré au *Bulletin des lois*.

Fait à Paris, le 5 octobre 1920.

CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

Le Service de santé.

(*L'Œuvre*, 27 septembre 1920.

Les médecins militaires sont en émoi. Pas les grands, les petits seulement.

Pourquoi donc ?

Parce que, d'après ce que m'écrivent beaucoup d'entre eux, le ministre met « en attente » les nombreuses offres de démission qu'il reçoit de leur part.

J'ai en effet entre autres sous les yeux une dépêche datée du 2 juillet 1920 rejetant une demande de ce genre formulée par un médecin-major.

De cette dépêche, j'extrais ce qui suit :

« J'ai l'honneur de vous informer qu'en raison « des nécessités impérieuses du service et de la « pénurie du personnel médical, il n'est pas « possible de donner suite actuellement à cette « demande. »

Remarquons d'abord, en ce qui concerne les nécessités du service, que, si nous n'entretenions pas 75.000 hommes en Cilicie, en Syrie, exposés aux balles des kémalistes ou à la fièvre paludéenne, qui les décime, cette pénurie serait moins grande. Nous ferions l'économie de ceux — et ils sont nombreux — qui soignent les malades là-bas, et les convalescents ici, quand ils rentrent.

Même observation au sujet des médecins égrénés dans nos nombreuses missions, en Pologne, à Constantinople, etc., ou dans des corps d'occupation, comme en Haute-Silésie.

Ajoutons que, si la situation du médecin militaire était meilleure, il ne chercherait pas à rentrer dans le civil. Mais il faut convenir qu'en l état actuel de nos lois organiques il n'y a pas de remède.

La hiérarchie de la fonction s'oppose à la rétribution équitable et immédiate du talent. Par conséquent, on n'empêchera jamais un homme de valeur de chercher à s'échapper d'un métier où la souplesse de l'échine compense souvent l'inhabileté professionnelle et où il est ordinairement plus utile de bien diagnostiquer l'humeur de ses chefs que les affections de ses malades.

***

Par contre, la carrière peut avoir ses attraits pour certains, qui acceptent d'examiner une kyrielle de « tire-au-flanc » tous les jours, de fainéanter au tir à la cible ou aux marches militaires, de parader sur un cheval blanc aux solennités, de rédiger plus de rapports administratifs que d'ordonnances, à condition d'avoir sans autre effort la becquée — si minime qu'elle soit — assurée.

Ces humbles ont certes leur mérite. Je ne veux pas y toucher.. Ce serait dommage de les briser.

C'est uniquement à ceux qu'on retient de force et qui m'ont fait l'honneur de m'écrire que je veux répondre ici.

« Cette mesure est illégale », me disent quelques-uns.

Sans doute elle est illégale pour ceux qui ont satisfait à l'engagement de huit années souscrit en entrant à l'Ecole du Service de Santé militaire.

Elle paraît donc attaquable devant le Conseil d'Etat.

Mais on sait qu'avec ce tribunal le Gouvernement possède des moyens, sinon d'accommodedement, du moins d'atermoiement.

« Alors, disent les autres, il ne nous reste que le sabotage ! »

Je sais bien que cette exclamation n'est de leur part que l'expression outrée de leur dépit.

Leur haute conscience s'opposerait à un tel acte. Tout au plus consentiraient-ils à un certain relâchement dans l'exercice de la partie de leurs fonctions qui n'est pas strictement professionnelnelle.

Cependant, supposons qu'il s'en trouve quelques-uns qui aillent jusqu'à négliger leurs malades.

Le ministre a-t-il réfléchi aux conséquences graves auxquelles il expose la santé de l'armée en faisant moralement violence à des gens qui, ayant rempli toutes les obligations que leur imposent la loi et leur contrat — et cela dans les circonstances tragiques de la guerre — demandent à jouir de la liberté à laquelle ont droit tous les autres citoyens ?

L'Eglise délie ses prêtres de leurs vœux ; M. André Lefèvre a-t-il donc résolu d'être pire que le pape à l'égard des médecins militaires ?

Ah ! sans doute, ceux-ci se sont pris dans leurs propres filets. Au cours de ma carrière, j'ai assisté à leurs accaparements successifs. Jadis il y avait peu d'hôpitaux militaires ; les malades étaient soignés dans les hôpitaux civils par des médecins civils. Ils se sont substitués à ceux-ci jusque dans les plus petits hospices des plus petites villes de garnison.

Jadis ils n'avaient à s'occuper que de médecine. Les intendants étaient chargés de toute la partie administrative du service de santé, et le train des équipages en assurait les transports. On a constaté, au commencement de la guerre, que ce n'est point parce que les médecins militaires les ont dirigés qu'ils ont mieux fonctionné.

Ils ont voulu s'occuper de tout cela ; mais, en multipliant leurs soucis, ils ont rendu nécessaire un personnel plus nombreux. Aujourd'hui les occupations restent les mêmes et le personnel fait défaut. Si on les retient, c'est donc bien leur faute ou du moins celle de leurs aînés.

Vice originel de constitution, dira-t-on, oui, vice d'organisation.

Est-il donc vraiment indispensable, en effet, de porter un pantalon et une tunique bleu horizon pour soigner un soldat blessé ou malade ?

Est-ce que le service sanitaire de l'armée ne pourrait pas être assuré en temps de paix, comme il a bien fallu qu'il le fût en temps de guerre par des médecins civils ? Si chers qu'il les paierait, l'Etat y trouverait assurément son compte.

Le service médical dans les garnisons est-il donc si compliqué que la tâche ne puisse être partagée entre les médecins de la ville, les uns aux hôpitaux, les autres à la caserne ?

Craindrait-on leur indépendance ? Les mauvais chefs seuls peuvent la redouter : tant mieux alors pour les malades.

— Mais ils ne savent pas monter à cheval. Il ne pourront pas défiler aux revues.

Quel dommage !

— Ils ne pourront suivre les troupes en marche.

L'objection serait plus grave si les automobiles n'existaient pas.

Non, à la vérité, ce n'est point une raison parce qu'il y a deux justices : l'une militaire, l'autre civile, pour qu'il y ait aussi deux médecines.

Général VERRAUX.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMES DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien*, édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco

Les 50 ..... 5 fr. »»
Le 100 ..... 8 fr. »»
Les 500 ..... 35 fr. »»
Les 1000 ..... 60 fr. »»

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, 132, *faubourg St-Denis, Paris.*

LA MÉDECINE INTERNATIONALE

Projet présenté au président de la Commission internationale de la Nomenclature nosologique.

Par les Drs JAWORSKI et ARBULU,
Délégués du Pérou.

La nomenclature, comme le déclare le projet Bertillon, doit prendre pour cadre le siège anatomique des maladies, doit être aussi stable que possible et adaptée aux moyens d'information les plus usuels. Il n'en est pas moins vrai que cette nomenclature doit s'internationaliser le plus possible et prendre en considération les faits nouveaux acquis. Comme le déclare le projet Bertillon, c'est la bactériologie qui s'impose avant tout au pathologiste. Or, dans la nomenclature actuelle, il n'est tenu aucun compte de la capitale découverte pasteurienne.

En outre, dans la nomenclature, il règne un chaos que seule l'absence d'une règlementation peut expliquer. Quelles raisons autres que la routine et le hasard peuvent justifier, pour des maladies du même ordre, les dénominations capricieuses suivantes : tuberculose, syphilis, gonococcie et rage par exemple, de la nomenclature ? Respecter le désordre actuel, c'est déclarer notre commission inexistante.

Il est bien entendu que les corrections nécessaires doivent être apportées avec la plus grande prudence possible et avec le minimum de changement. Aussi nous nous bornons à proposer, vu l'importance de la découverte pasteurienne, que la terminaison *osis* soit adoptée pour désigner toutes les infections et les maladies infectieuses dont l'agent bactérien est parfaitement connu et constant et dont il est universellement admis qu'il est une cause directe, primitive, *sine qua non* de la maladie. Ainsi pour l'exemple ci-dessus, la nomination logique, internationale en même temps, sera : tuberculosis, syphilosis, gonococcosis, rabiosis.

Comme corollaire, cette réforme entraîne celle de la terminaison *iasis*, pour les maladies parasitaires employées aussi déjà, exemple : trichiniasis, phtiriasis et acariasis pour la gale. Les autres noms des maladies restent les mêmes.

Cette réforme simple, claire et logique, outre le commencement de systématisation et d'internationalisation de la nomenclature nosologique, déjà réalisée pour la nomenclature chimique aura l'avantage de pousser le médecin à préciser mieux ses diagnostics et la statistique présentera d'emblée plus d'utilité immédiate. Par exemple les inflammations du rein causées par l'alcoolisme continueront à s'appeler néphrites, mais celles dues certainement au gonocoque, s'appelleront des néphrosis. On verra de suite dans la statistique des décès le rôle des infections et celui des poisons.

Bien entendu que dans le cas de doute, c'est la détermination ancienne qui reste.

Nous croyons très grands les avantages de cette réforme, qui nous semble nécessaire, et nous espérons que tel sera l'avis de la commission.

VARIÉTÉS

L'Espionne.

Il fait nuit noire.

Dressant au-dessus de l'ombre la silhouette bizarre de son camouflage, le vieux clocher, qu'ont ébréché les obus, égrène lentement les douze coups de minuit, lorsque nous descendons de la tapissière qui est venue nous prendre aux avant-postes.

Le village paraît désert ; un silence, rendu plus profond encore par le bruit cristallin de sa fontaine, l'enveloppe à tel point qu'on a peine à s'imaginer la joie bruyante dont, tout à l'heure, nos hommes, mis au repos, le feront retentir.

Les ordonnances, venus en avant-garde, sont là ; autour de nous ils s'empressent.

Le mien, un breton à l'âme candide, tout en m'aidant à me débarrasser de mon équipement, m'annonce plein de promesses : « Monsieur le médecin-chef, vous êtes logé chez la grosse blonde. » — « La grosse blonde ?.... connais pas .... A-t-elle au moins un bon lit ? » — « Pour sûr, Monsieur le médecin-chef, un bon lit avec tout ce qu'il faut dedans ». — « Qu'est-ce que tu me racontes-là ? » — « Oh ! c'est tout simplement pour vous avertir qu'il y a moyen.....» — « Qui t'a donné le tuyau ? » — « Le tampon du médecin-chef du régiment qui vient de partir ».

Encore que je ne sois pas un saint, j'avais, je l'avoue, plus envie de dormir que du reste ; c'est pourquoi, avisant, dans l'obscurité, le camarade qui avait fait le cantonnement, je l'interpelle d'un ton bourru : « Dites donc !.... à quoi dois-je attribuer l'avantage d'être logé chez la grosse blonde ? » — « Mon cher toubib, me répond-il, d'un air moitié figue moitié raisin, elle tient absolument à loger un médecin ». — « Eh bien ! pour une fois elle s'en passera ».

Et, sans désemparer, de connivence avec mon ordonnance et celui de l'officier adjoint au colonel, un brillant chef d'escadron chez qui la galanterie n'avait d'égale que la bravoure, je m'adjuge sa chambre et lui passe la mienne.

Oh ! je n'eus point de scrupules, tellement j'étais convaincu qu'il trouverait dans le commerce de son hôtesse beaucoup plus de charmes que je ne pourrais le faire moi-même. Après tout, c'était,

au fond, un service que je lui rendais ; aussi ce fut la conscience en paix que j'allai, sans plus tarder, goûter les délices d'un lit pour de vrai.

A midi, à la table du colonel, le chef d'escadron vint en retard. Tout à fait en forme, malgré le bistre qui cerclait ses yeux, bien pomponné, bien astiqué, fleurant une mixture qui devait laisser loin derrière elle l'eau de Cologne de la Coopé..., il se présenta avec son aisance coutumière et sut si bien s'excuser que, certainement, il n'y eut que moi à ne pas le croire.

Après le repas, comme nous nous promenions, par groupes, dans le parc du château qui abritait notre popote, je me trouvai, un instant isolé avec lui ; j'en profitai pour hasarder avec une feinte indifférence cette banale question : « Eh bien, mon commandant, avez-vous bien dormi ? »

Mais lui, se cabrant : « Comment ? vous savez donc ? »

— « Que voulez-vous dire ? »

Alors, me prenant par le bras, il m'entraîna dans un bosquet ; un banc s'y trouvait, propice ; il m'invita à m'y asseoir et, ayant allumé un cigare, me raconta son aventure :

« Nuit charmante autant qu'inespérée !.... nuit d'ivresse !........ Au surplus, concluait-il, elle m'a dit qu'elle adorait bridger ;.... je vous invite ce soir avec le lieutenant Henry ;....... voulez-vous ? » — « Volontiers ». — « Apportez chacun une bouteille de champagne.... On ne s'ennuiera pas ».

L'extinction des feux sonnée, nous voilà partis, Henry et moi, chacun une bouteille de Moët sous le bras, pour la demeure du commandant.

C'était dans une maison un peu isolée, construite au milieu d'un enclos, entre le village et les vignes, sur un monticule qui masquait celui-là et d'où l'on devinait dans la nuit, aux lueurs saccadées d'une batterie de barrage, notre front de bataille.

Je m'arrêtai et, sans prévention aucune, ne pus m'empêcher de faire cette réflexion : « Mais diable ! c'est un observatoire ! »

Cependant Henry avait franchi la grille ; déjà il frappait à la porte. Lorsque je le rejoignis, celle-ci s'ouvrait devant nous et une femme jeune encore, trop grasse et trop blonde pour être Champenoise, nous accueillait en camarade.

La cigarette aux lèvres, dans un deshabillé qui aurait fait la joie de quelque pensionnaire d'une maison Tellier quelconque, elle trouva de bon ton, pour nous souhaiter la bienvenue, de nous embrasser sans façon.

Dans la pièce où nous fûmes introduits, le commandant attendait ; la vareuse déboutonnée, une fleur à la bouche, il battait déjà les cartes tout en pestant contre notre lenteur.

Aussitôt le bridge commença.

Quelle partie, grands dieux ! et quelle conversation surtout ! Le champagne aidant, nous étions devenus de suite d'une familiarité extrême. Dans le feu d'une enchère, Henry qui bluffait et contrait à tout propos, me faisant encaisser d'énormes pénalités, lâcha tout à coup un juron boche ; à quoi notre hôtesse répliqua par un proverbe boche.

« Tiens ! vous connaissez l'allemand, lui dis-je.

— Oh ! oui, me répondit-elle, ... je suis Luxembourgeoise ».

Cette révélation jeta un froid sur notre petit cercle ; la partie se mit à languir et nous étions si mal à notre aise qu'un moment après, alors qu'un ronflement de moteur passant au-dessus de nous déclenchait le tir d'un poste de D. C. A., le commandant ne pût s'empêcher de faire cette remarque d'une tristesse inattendue : « Pourvu qu'il ne lâche pas sa bombe à notre adresse ! » Mais la Luxembourgeoise de lui répondre : « As-tu peur, chéri, ici, ça ne risque rien ! »

Décidément, elle nous glaçait ; on fit encore un tour et la séance fut levée.

Cette nuit-là, je dormis mal ; la pensée de cette femme me hantait ; il me semblait que j'avais commis une mauvaise action en acceptant son contact.

Pourquoi parle-t-elle allemand ?

Pourquoi a-t-elle l'air de s'en excuser en se disant Luxembourgeoise ?

Pourquoi le passage des avions de bombardement la laisse-t-il indifférente ?

Je ne cessais de me poser ces questions qui, pour moi, appelaient toute une conclusion que je n'osais formuler tant était grande la liberté dont cette fille jouissait dans un village d'où l'on voyait, à l'horizon, les saucisses boches se balancer mollement au bout de leur câble.

Le lendemain matin, mon service terminé, je fis à son sujet une discrète enquête. Comme je m'y attendais, les résultats furent déplorables :

Fixée là pas très longtemps avant la guerre, vivant largement sans moyens d'existence, on la tenait pour suspecte. Dès le début des hostilités, on l'avait même internée, comme telle, dans un camp de concentration d'où, d'ailleurs, elle n'avait pas tardé à revenir.

Et comme je m'indignais auprès du curé de l'endroit de l'incurie de ceux qui renvoyaient ainsi dans nos lignes des gens dont la police avait certainement des raisons de se méfier, le digne homme levait lamentablement les bras au ciel, gémissant : « Que voulez-vous ! elle sait si bien faire avec tous ces Messieurs ! »

Persuadé dès lors que mon instinct ne m'avait pas trompé, je résolus de mettre le chef d'escadrons en garde contre sa trop facile conquête ; j'allais à sa recherche avec l'intention de lui crier bien fort du plus loin que je le verrais : « Faites attention ! ..... méfiez-vous !.... C'est une espionne ! » Mais, quand je l'aperçus, je n'osai lâcher le mot qui me paraissait gros de

conséquences pour les inconséquences de tous les galonnés de l'arrière sur la diligence desquels nous avions peut-être tort de toujours compter. Ce n'est que timidement que j'abordai la question par un vague : « Alors, ça va les amours ? » qui resta sans écho; car le commandant, qui venait de surprendre la drôlesse en train de fouiller ses cantines, sous prétexte de revoir des photographies, sortait de chez le major de cantonnement avec lequel il s'était entendu pour changer de chambre.

Bientôt nous remontions en ligne et j'aurais fini par oublier cette histoire si, quelques mois après, les hasards de la guerre ne m'avaient ramené dans ce village qui, dans l'intervalle, avait été pris et occupé par l'ennemi, lors de son avance de 1918.

Des civils ayant subi l'occupation s'y trouvaient encore ; j'eus la curiosité d'interroger l'un d'eux et de lui demander ce qu'était devenue la grosse blonde qui habitait là-haut, tout au bout du village.

« Ah ! Monsieur, la gueuse ! me répondit le pauvre homme dont la maison était brûlée. Quand les Boches sont arrivés, on aurait dit qu'elle les attendait. C'est chez elle que s'installa la Kommandatur ; elle y fut employée ! A quelle besogne, vous le comprendrez quand vous saurez qu'à leur départ elle s'est empressée de filer avec eux».

Et puis, poussé sans doute par le mobile qui faisait autrefois défiler les foules devant le gibet des bandits de grand chemin, j'allais machinalement contempler l'amas de décombres qu'avait fait notre artillerie du repaire de la Luxembourgeoise.

Or, et ce n'est pas le moins piquant de l'affaire, j'y rencontrais un camarade, d'ailleurs inconnu, qui, ayant appris ce que je venais moi-même d'apprendre, était là dans le même désir d'assouvir une vengeance.

« Autrefois, me dit-il j'ai logé là ». — « Vraiment.... et vous avez donné dans le panneau ? » — « Hélas ! » — « Ah ! bien alors, puisque vous êtes entré dans son intimité, me direz-vous, mon cher, pourquoi elle préférait tellement opérer parmi les nôtres ?.... Serions-nous plus bavards ? » — « Ma foi non, me dit-il, la raison en est tout autre ».

Et, cependant que, côte à côte, nous regagnions le village, après être resté un instant rêveur comme s'il hésitait à poursuivre sa confidence : « Imaginez-vous, ajouta-t-il, que si elle préférait opérer avec des médecins c'est parce qu'elle s'imaginait se mettre de la sorte à l'abri, tout en remplissant sa mission, de la maternité et de l'avarie..... C'est inimaginable ce qu'ils sont pratiques ces Boches ! »

Et voilà, chers confrères, pourquoi je tenais à vous conter mon histoire, qui donne à notre corporation un authentique brevet de prévoyance et d'honnêteté.

Dr C.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations.

— Les imitations de l'absinthe sont prohibées. — M. Pouzin, député, ayant, à la date du 22 juillet dernier, signalé à M. le ministre de l'Hygiène que des boissons diverses analogues à l'absinthe sont mises en vente dans un grand nombre de débits, que leur usage se répand, que ces produits offrent l'inconvénient de favoriser sous une forme extrêmement séduisante la consommation de l'alcool, que la liberté commerciale, si respectable qu'elle soit en principe, ne peut pas être, en l'espèce, un obstacle à l'intervention législative, et demandé quelles mesures il compte prendre pour préserver la race française d'un fléau qui se présente à nouveau devant elle, a reçu la réponse suivante :

« La loi du 16 mars 1915, publiée au *Journal officiel* du 17 du même mois, interdit la fabrication, la vente en gros et au détail non seulement de l'absinthe, mais des liqueurs similaires visées par les lois des 30 janvier 1907 et 26 décembre 1908. Les boissons signalées par l'honorable député de la Drôme tombent, par conséquent, sous le coup de la loi ». (*Journal officiel*, 22 août 1920).

Il s'ensuit donc que les débitants n'ont pas le droit de servir de ces produits dans leurs établissements et que les industriels sans scrupules qui osent faire placarder sur les murs de Paris, et d'ailleurs des affiches invitant les amateurs d'alcools à réclamer dans les cafés des « absinthes bien tassées » devraient d'office être poursuivis par la police.

Aux procureurs de la République, par conséquent, il appartient de faire leur devoir en donnant à leurs agents les ordres convenables. (*Presse méd.*)

— Hôpital Beaujon. — *Cours de chirurgie d'urgence*, **du 4 au 26 novembre 1920, par MM. Savariaud et Souligoux (chirurgie générale) et par M. Michon (voies urinaires).**

Ce cours aura lieu tous les jours, de 6 heures à 7 heures du soir. Il comprendra 20 leçons théoriques et des leçons pratiques.

Programme des leçons théoriques.

Jeudi 4 novembre, Dr Savariaud. — Hernie étranglée, traitement de la gangrène herniaire, résection intestinale.

Vendredi 5 novembre, Dr Michon. — Rétention aiguë des blennorragiques et des rétrécis.

Samedi, 6 novembre, Dr Souligoux. — Abcès du sein, anthrax, plaies de poitrine, pleurésie purulente.

Lundi 8 novembre, Dr Savariaud. — Appendicite aiguë, indications de l'opération d'urgence.

Mardi 9 novembre, Dr Michon. — Rétention aiguë des prostatiques, sondage, cystostomie.

Mercredi 10 novembre, Dr Souligoux. — Traitement d'urgence des métrorragies et des suppurations pelviennes, colpotomie.

Jeudi 11 novembre, Dr Savariaud. — Indications de l'anus artificiel d'urgence.

Vendredi 12 novembre, Dr Michon. — Abcès urineux, infiltration d'urine, paraphimosis.

Samedi 13 novembre, Dr Souligoux. — La main et les accidents du travail (plaies, écrasements, phlegmons),

Lundi 15 novembre, Dr Savariaud. — La laparotomie d'urgence.

Mardi 16 novembre, Dr Michon. — Traumatismes de la verge, rupture de l'urèthre.

Mercredi 17 novembre, Dr Souligoux. — Fractures du radius, des deux os de l'avant-bras, de l'olécrâne.

Jeudi 18 novembre, Dr Savariaud. — Luxation du pouce, de l'os semi-lunaire, du coude, de l'épaule, de la clavicule.

Vendredi 19 novembre, Dr Michon. — Contusion de la vessie, plaies de la vessie.

Samedi 20 novembre, Dr Souligoux. — Indications de l'amputation d'urgence du membre inférieur, trépanation du crâne et des os longs.

Lundi 22 novembre, Dr Savariaud. — Fractures du coude chez l'enfant, fractures de l'humérus, fractures de la clavicule.

Mardi 23 novembre, Dr Michon. — Anurie : traitement par le cathétérisme urétéral, néphrotomie.

Mercredi 25 novembre, Dr Souligoux. — Fractures des malléoles, des os de la jambe, du fémur.

Jeudi 25 novembre, Dr Savariaud. — Chirurgie d'urgence du genou (entorse, hémarthrose, fracture de la rotule, plaies pénétrantes, arthrites).

Vendredi 26 novembre, Dr Michon. — Phlegmon périnéphrétique, néphrites graves, pyélonéphrite de la grossesse.

Les droits d'inscription sont de 200 francs.

— Hôpital Saint-Joseph — Sous la direction de M. Georges Laurens, chef du Service oto-rhino-laryngologique, et avec le concours de ses assistants, MM. Hubert et Girard : consultations mardi, jeudi, samedi, à 10 heures ; opérations, vendredi, à 10 heures ; petites interventions, lundi, mercredi, à 10 heures ; pansements, tous les matins à 9 h. 1/2. Enseignement : deux cours cliniques seront faits à partir du 1er novembre : 1° un cours élémentaire en 9 leçons, à l'usage des médecins et étudiants désirant acquérir les notions indispensables en oto-rhino-laryngologie ; 2° un cours de technique en 26 leçons pour les médecins désirant se spécialiser.

Le cours élémentaire commencera le mardi 2 novembre, le matin à 8 h. 3/4. Ce cours, ou plutôt ces causeries porteront sur les notions indispensables au médecin, sur ce qu'il peut, doit et éviter de faire. Le but sera essentiellement pratique et aura surtout en vue le diagnostic et le traitement. Il comprendra : 1° les méthodes d'examen et la technique de l'éclairage de l'oreille, du nez et du larynx ; 2° des démonstrations cliniques sur les cas les plus fréquents dans la pratique quotidienne ; 3° des notions de thérapeutique spéciale.

Chaque séance consistera en une courte leçon théorique avec schéma, dessins, présentation de pièces osseuses et sera suivie d'exercices d'examen sur les appareils fantômes et de l'assistance à la consultation.

Le cours de technique en 26 leçons commencera le lundi 15 novembre à 8 h. 3/4, le matin. Le programme des leçons est affiché dans le service. Le nombre des places à chacun de ces cours est limité. Se faire inscrire, le matin, auprès des assistants du service.

— Hôpital des Enfants-Malades. — Il sera fait en novembre et en décembre deux cours spéciaux de médecine scolaire ;

1° Préparation à l'inspection médicale des écoles : Sous la direction de MM. Broca et Méry, 15 leçons, avec démonstrations pratiques, présentation de radiographies et de malades (attitudes vicieuses ; déviations de l'enfance et de l'adolescence ; examen anthropométrique ; gymnastique orthopédique ; examen de la vision et de l'audition ; tuberculose et syphilis médicales et chirurgicales ; troubles nerveux mentaux et moteurs ; fièvres éruptives).

Ce cours aura lieu les mardis et vendredis, à 17 h. 30, à partir du mardi 9 novembre. Droit d'inscription : 80 francs ;

2° Préparation aux fonctions d'infirmière scolaire : Sous la direction de M. Broca, 20 leçons sur l'anatomie et la physiologie de l'enfance dans ses rapports avec la culture physique (droit d'inscription : 25 francs) ; avec travaux pratiques de gymnastique et de massage (droit d'inscription : 75 francs).

Ce cours aura lieu les mercredis et samedis, à 17 h. 30, à partir du mercredi 3 novembre.

Les cours auront lieu à la salle de cours du Service des chroniques. S'inscrire au pavillon Lannelongue.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs,
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Faire ce mémoire introductif d'instance sur une feuille à deux francs dont le coût sera ajouté aux honoraires d'expertise. Si le récépissé est refusé, envoyer ce mémoire, par lettre recommandée. Garder copie du mémoire.

La municipalité doit prendre une décision dans le délai de quatre mois. En cas de refus d'admettre la réclamation, ou faute de réponse dans le délai de quatre mois à dater du dépôt à la Mairie, on peut se pourvoir en Conseil d'État. Dans ce cas, le « Sou médical » se chargera de déposer au Secrétariat du Conseil d'État le recours du Dr, s'il n'obtient pas satisfaction.

On peut aussi soumettre le litige au ministre de l'Intérieur. Mais pour obtenir une décision de principe, le recours au Conseil d'État est préférable.

G. Gatineau,
Avocat à la cour d'appel.

Délai d'ouverture de l'officine d'un pharmacien décédé.

Membre du « Sou » et abonné du *Concours*, je vous serai très obligé de bien vouloir me faire savoir quel est le délai accordé par la loi à la femme d'un pharmacien décédé des suites de la guerre, pour vendre l'officine que lui a laissée son mari.

Dr X.

Réponse

La loi du 9 février 1916, modifiant l'article 25 de la loi du 21 germinal an XI, accorde à la veuve et aux héritiers d'un pharmacien décédé, un délai d'un an pour tenir l'officine ouverte, à la condition de présenter à l'agrément de l'école ou faculté dont dépend l'inspection de l'officine, un étudiant majeur et pourvu d'au moins huit inscriptions de scolarité, en même temps qu'un pharmacien diplômé, établi ou non, sous la responsabilité duquel seront dirigées et surveillées toutes les opérations de l'officine.

L'article 2 de la loi du 9 février 1916 dispose que le délai d'un an accordé par l'article 1er est suspendu à dater du 1er juillet 1914 et qu'un délai de deux ans est accordé aux personnes visées audit article. Il aura comme point de départ le 1er novembre qui suivra la cessation des hostilités.

La cessation des hostilités ayant été fixée au 24 octobre 1919, c'est donc du 1er novembre 1919 qu'a commencé à courir ce délai de deux ans.

Mais les veuves et héritiers des pharmaciens qui sont décédés postérieurement à la cessation des hostilités ne bénéficient que du délai d'un an prévu par l'article 25 de la loi du 21 germinal an XI, modifié par la loi du 9 février 1916.



Application de la majoration du Tarif Dubief.

Veuillez me donner votre avis sur le cas suivant :

Il s'agit naturellement de difficultés avec une compagnie d'assurance.

La lettre suivante que je lui adressais le 8-5-20, explique les faits :

« M. X, votre agent, me transmet votre observation « portée à la suite de ma note d'honoraires du 1er « semestre 1919 disant : *Le nécessaire a été fait au-« près de ce praticien directement par nos soins le* 21 « *août* 1919. »

« Je rappelle à votre souvenir que votre lettre du « 21 août m'est parvenue le 31 août. Elle contenait « un mandat de poste de x francs montant, en « effet, de ma note adressée à vous au commence-« ment de juillet, mais le 2 septembre, je vous ai « fait retour, sous pli recommandé, de ce mandat, « vous faisant observer que la majoration de 100 % « du tarif Dubief à dater du 1er avril 1919, apportait « à cette note une augmentation de x francs.

« Depuis lors, je n'ai eu aucune nouvelle de vous. « La note du 1er semestre de 1919 est donc restée « en *suspens.* »

A cette lettre du 8-5-20, je n'ai à ce jour, reçu aucune réponse.

J'ai écrit aux patrons qui me répondent que la Cie s'en occupe, que l'Inspecteur passera prochainement, etc., etc.

J'en suis là, et je pourrai bientôt me voir opposer la prescription.

Il est entendu qu'il vaut mieux toujours s'adresser aux patrons, mais c'est toujours en face des compagnies qu'on se trouve, puisque à l'assignation adressée à un patron, c'est l'agent de la Cie qui se présente.

Mais je voudrais savoir si je suis en droit de réclamer le 100 % d'augmentation du tarif Dubief, quand même ma note, remise le 1er juillet 1919, était portée au tarif simple, mais puisque la Cie ne m'a pas réglé avant le 26 juillet 1919 et ne m'a adressé le montant (que j'ai refusé d'ailleurs) que le 30 août.

Dr A.

Réponse.

La sentence de M. Bienvenu-Martin portant majoration du tarif Dubief est applicable à compter du 1er avril 1919, sauf en ce qui concerne les frais *réglés* à la date de ladite sentence (29 juillet 1919).

Par frais réglés, a expliqué l'arbitre lui-même dans une lettre que le *Concours médical* du 12 octobre 1919 a publiée, page 1617, il faut entendre ceux dont le chiffre avait été arrêté, d'accord entre les parties, avant le 29 juillet, alors même que le paiement n'en aurait pas encore été effectué à cette date.

Or, il résulte des explications données dans votre lettre, que la note litigieuse n'était pas réglée à la date du 29 juillet, et que c'est le 21 août

seulement que la Cie vous a envoyé un mandat en paiement.

Vous avec donc droit à la majoration de 100 p. cent pour cette note.

C'est, bien entendu, la Compagnie qui vous payera, mais si, comme il est à craindre, vous êtes contraint d'aller en justice, ce seront les patrons seuls que vous pourrez citer devant le juge de paix du lieu de chaque accident.

La prescription annale, qui, suivant la décision de la Cour de Cassation , est applicable en matière d'honoraires accidents, approche, en effet, puisqu'elle a recommencé à courir le 24 octobre 1919. Aussi y a-t-il lieu de ne pas tarder à citer en justice de paix.

La citation seule, et non l'appel en conciliation ni le permis de citer, interrompt la prescription.

Dans le cas où il y a urgence, on peut obtenir du juge de paix une cédule pour abréger les délais et citer sans préliminaire de conciliation.

Le paiement des honoraires des médecins d'hôpitaux pour soins aux blessés du travail.

Je vous transmets une note émanant de l'administrateur de l'hôpital-hospice de T., note qui marque les bons rapports qui lient le corps médical et l'administration dudit hôpital.

Nous voulons en faire la « Maison du médecin ». Vous m'avez fourni bien des tuyaux au sujet de l'établissement d'un règlement hospitalier. Nous avons converti l'administration, et, par le détail, je fournirai au *Concours* tous les résultats.

Lisez ce mot cependant et vous verrez que l'administrateur, ancien juge de paix, semble trouver que, pour les accidents du travail, il paraît difficile, bien que cela soit juste, de réclamer aux Cies ou aux patrons la rétribution pour le médecin, et le remboursement des frais pour l'hôpital.

Donnez-nous une réponse très claire pour enlever l'affaire. Excusez-moi d'être toujours à vous importuner, mais votre amabilité est si connue qu'on ne peut qu'en abuser.

Dr B.

Mon cher Docteur,

Je vous rends vos papiers avec mes remerciements les plus vibrants.

Je n'y ai pas trouvé le moyen d'imposer aux accidentés du travail des prix autres que ceux dont ils bénéficient par la loi du 6 juillet 1920.

Un règlement dans le sens de celui que je comptais soumettre à la commission ne me semble pas obliger les compagnies qui peuvent toujours invoquer la loi dont elles bénéficient, à tort, j'en conviens. Là gît la difficulté. X, tout à l'heure me disait que

j'errais, je voudrais savoir en quoi. Vos documents ne m'ont apporté aucune clarté nouvelle.

Qu'est-ce que c'est que cette jurisprudence, dont il est question à la page 1589 du *Concours* ? Probablement des règlements d'hôpitaux approuvés par le Préfet.

Mais ils ne corrigent pas la loi, qui est la Loâ !

X.

Réponse.

Le manifeste des maires publié dans le *Concours*, page 1589, a dénommé à tort jurisprudence, des textes citant des règlements d'hôpitaux, approuvés par les préfets respectifs.

Si les blessés du travail sont admis à l'hôpital, pour être mis au rang, côte à côte avec des malades indigents, bénéficiaires des lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893, ils sont hospitalisés au sens du mot indiqué par l'article 4 paragraphe 3 de la loi du 31 mars 1905, modifiant celle du 9 avril 1898.

Par conséquent, les chefs d'entreprise, ou leurs assureurs, ne sont tenus qu'au prix de journée fixé par la loi du 6 juillet 1920 : ils ne doivent rien de plus.

Mais si, invoquant la spécialisation des hôpitaux, qui ne sont destinés uniquement qu'à secourir les miséreux et à accueillir les indigents (loi du 15 juillet 1893), l'hôpital décide de n'admettre, en salle commune, que les seuls pauvres, les blessés du travail devront bien aller se faire soigner ailleurs qu'à l'hôpital.

Cependant, motifs pris de l'absence de maison de santé dans votre ville, la commission administrative de l'établissement, dans un but humanitaire, désire ouvrir une maison de santé modeste, à bon marché, où seront admis les malades, n'ayant pas droit à la gratuité. Sont alors créées, ou réservées dans l'établissement, des salles ou chambres payantes, uniquement réservées aux malades non indigents blessés du travail compris. Ces derniers ne seront pas alors « hospitalisés » au sens littéral du mot, mais soignés dans une maison de santé à bon marché. Ainsi en a décidé la jurisprudence que je vous ai communiquée et que je tiens à votre disposition.

Au point de vue pratique et pour mettre toutes les précautions juridiques de votre côté, l'administration peut prendre une délibération dans le sens de celle qui est annexée à mon rapport, publié dans le *Concours* 1920, page 1872 et que j'ai présenté à la dernière session du Conseil supérieur de l'Assistance publique, fin juin.

Cette délibération, dûment approuvée par le préfet, sera publiée. Avant l'admission de son ouvrier blessé à l'hôpital, tout chef d'entreprise devra signer un papier, déclarant qu'il a pris connaissance du règlement et qu'il s'engage à s'y conformer et que notamment, il s'engage à payer

les frais de journée et de médecins, pour le blessé, dont il demande l'admission, non dans les salles d'hôpital réservées aux indigents, mais dans la maison de santé à bon marché. Le patron contracte ainsi sous l'empire de l'article 1134 du Code civil et ne viole pas les dispositions de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, qui ne prévoit que les cas d'hospitalisation et non ceux d'admission dans une clinique ou maison de santé à bon marché.

Je reste à votre entière disposition et, si un administrateur désirait me demander des renseignements juridiques, nous nous mettrions tous à sa disposition.

Dr P. B.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Médecine infantile.

A

Prophylaxie familiale de la rougeole et de la scarlatine.

Dès que la rougeole est signalée dans une maison, *ne pas attendre les prodromes* de ces affections pour faire vaporiser dans la chambre à coucher des enfants :

Teinture de Niaouli	10 gr.
Eucalyptol	3 gr.
Alcool camphré	90 gr.

1. cuiller à café dans un verre d'eau bouillante, maintenue ainsi sur une lampe à alcool.

2. Badigeonner la gorge des enfants, avant et après leur classe, en les couchant, avec :

Huile phéniquée au 10e	90 gr.
Goménol	1 gr.

Verser quelques gouttes de cette mixture dans les fosses nasales en obtenant des enfants qu'ils aspirent fortement.

3. Dès que les signes prémonitoires de l'affection sont caractérisés, frictionner entièrement le corps de l'enfant avec :

Essence d'eucalyptus
Essence de Niaouli } ââ q.s.

B

Un traitement de l'asthme des nourrissons.

a) Contre l'accès :

1) Sirop de codéine
Sirop d'éther } ââ

3 à 4 cuillers à café par 24 heures ; modifier la dose de codéine suivant l'âge des enfants. Utiliser poudre anti-asthmatique.

2) Injections sous-cutanées de sérum adrénaliné

Solution d'adrénaline à 1/1000	une goutte
Sérum artificiel	5 cmc.

1 à 2 fois le jour, suivant l'âge.

3) Si l'accès s'accompagne de fièvre, donner de petits bains à 37° ou pratiquer des enveloppements humides du tronc.

b) *Traitement chronique* :

1° Iodure de potassium.......	5 gr.
Anisette....................	10 gr.
Eau distillée	180 gr.

4 cuillers à café par jour, 10 jours de suite; interrompre 5 jours, et recommencer ainsi plusieurs mois.

2° Faire opérer végétations adénoïdes, si nécessaire.

3° Combiner les cures thermales arsenicales avec les cures sulfurées : La Bourboule, le Mont-Dore, les Eaux-Bonnes, Cauterêts, Uriage, Luchon (service de M. le Pr Marfan).

Dr R. MOLINÉRY.

DOCUMENTS OFFICIELS

Questions et réponses parlementaires.

Le libre choix du médecin par les pensionnés de guerre.

4434. — M. Georges LE BAIL, député, expose à M. LE MINISTRE DES PENSIONS que l'article 64 de la loi des pensions stipule que l'État doit les soins gratuits aux malades de la guerre avec faculté de choisir librement médecin et pharmacien, et demande au ministre s'il ne pourrait pas assurer des soins spéciaux, notamment aux malades de la guerre atteints par les gaz et qui voudraient se faire soigner dans une clinique comme, par exemple, l'inhalatorium du docteur Arnold. (*Question du 23 juillet* 1920).

Réponse. — Le libre choix du médecin et du pharmacien ne peut évidemment s'entendre que pour les soins à domicile, puisque les hôpitaux ont un personnel déterminé de médecins et de pharmaciens souvent, d'ailleurs, nommés après concours. Le malade hospitalisé ne peut donc que recevoir les soins des praticiens attachés à l'établissement et le libre choix ne saurait être invoqué à cet égard. D'ailleurs, la loi du 31 mars 1919 dispose expressément que c'est à l'hôpital de leur ressort que les malades seront admis au titre de l'article 64 (voir article 64, paragraphe 6). En tous cas, si pour des questions de convenance personnelle, le bénéficiaire de l'article 64 se faisait admettre dans un hôpital autre que celui prescrit par la loi, notamment dans un hôpital privé ou dans une clinique particulière, le remboursement des frais ne pourrait s'effectuer que suivant le tarif imposé par le législateur, c'est-à-dire suivant le tarif adopté dans l'hôpital mixte du chef-lieu d'arrondissement le plus voisin de la résidence de l'intéressé.

(*J. O.*, 12 octobre 1920).

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 45 — DIMANCHE 7 NOVEMBRE 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
BOULANGER, ADMINISTRATEUR
ABONNEMENTS :
France .... 24 fr.
Étranger .... 28 »
Étudiants (France) .... 12 »
Le numéro .... 50 cent.
Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs R. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. N° 45 7 Novembre 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr DARTIGUES de Kerrata, Constantine, la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne (avec minimum de 10 fr. par insertion, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 634. — Occasion : robinet batterie mélangeuse eau chaude eau froide, conviendrait clinique.

No 635. — A vendre : tonomètre du professeur Schitz's pour mesurer la tension oculaire au niveau de la cornée, complet avec poids. Docteur Ribot, Saint-Nazaire (Loire-Inférieure).

No 636. — Le docteur Payre-Ficot, à Séderon (Drôme), offre à ses confrères son essence de lavande absolument pure et d'odeur exquise.

No 637. — A vendre torpedo 4 places, Delachapelle, mod. 1914, état absolu neuf, garantie, pas roulé pendant la guerre, carr. gr. luxe, cap. syst. Janko faisant cond. intér. Cause double emploi. Prix 15.000 fr. Dr Molimard, Villefranche (Rhône).

No 638. — A vendre 400 frcs, port charge acheteur, autoclave Chamberland de 34 cm. de diamètre. Dr Rochette, Jarnac, Charente.

No 639. — A confrère seulement, vendrai 3.500, cheval neuf ans, 1 m. 51, seulement de selle, doux, sérieux en route, pat. att., consomme peu, kil. 2'20". Docteur Bent, Monclar, Tarn-et-Garonne.

No 640. — On demande d'occasion vitrine pour instruments, hauteur 90 cm., largeur 50 cm., 3 tablettes. Dr Périer, Yerville, S.-I.

No 641. — Achèterais d'occ. table d'examen à mult. empl., un poupinel, un lavabo, un guéridon méd. gén. Gaiffe ou Combinostat Lezy et acc. salle de pans. Réponse avec dét. et fig. Dr Kopp, 21, rue Cujas, Paris (5e).

No 642. — A vendre voiturette Zèbre, 2 places, 1913, roue Stepney, marchant très bien, cause achat conduite intérieure. Dr Méline, Neuves-Maisons (M.-et-M.) 8.000 frs.

No 643. — Beau salon Louis XV, cinq pièces, noyer sculpté, velours vert frappé, entièrement refait à neuf tout récemment, à enlever de suite pour 1.000 francs.

No 644. — Banlieue Est, 20 minutes de Paris, à vendre plusieurs grandes propriétés avec parc, pouvant convenir pour maison de santé. Albert Noel, place de la Gare, La Varenne-St-Hilaire, Seine.

No 645. — Docteur, grande ville industrielle sud-est, désire, pour raison de santé, s'adjoindre confrère pour clientèle à domicile ou accepterait dentiste avec ou sans collaboration.



CORRESPONDANCE

Application du Tarif Breton.

Les commentaires de notre confrère Decourt, parus dans le *Concours* ont déjà éclairé certains points du tarif Breton, mais que d'obscurité encore ! Aussi vous serais-je reconnaissant de vouloir bien me fixer sur les points suivants.

Art. 2. — D'après le tarif Dubief, l'indemnité kilométrique était majorée de moitié lorsque la visite devait être faite d'urgence entre 9 heures du soir et 6 heures du matin. Or, je ne vois rien de semblable dans le tarif Breton, où l'indemnité kilométrique est de 1 fr. par kilomètre parcouru dans les pays de plaine, chiffre peu élevé et légèrement inférieur à celui de notre tarif d'Assistance Médicale (1 fr. 125).

Art. 3 *b*). — Le prix de la consultation nécessitée par un cas urgent, les dimanches et jours fériés, est-il aussi augmenté de 50 % ? Autant que la visite, la consultation « empêche le médecin de jouir du repos hebdomadaire auquel il a droit comme tout « travailleur ». D'ailleurs, ne serait-ce pas logique, puisque le prix de la consultation comme celui de la visite, est triplé entre 21 heures et 6 heures ?

Art. 6. — Je lis dans le *Concours* du 19 septembre dernier : « un blessé en danger de mort ne s'en va « pas généralement consulter un médecin ; mais « réclame (lui ou les siens) la visite du médecin ». Permettez-moi d'objecter le fait suivant : un charretier reçoit un coup de pied de cheval dans l'hypocondre droit ; transporté immédiatement chez un médecin, il y meurt 3 ou 4 heures après, son état n'ayant pas permis de le transporter à son domicile, assez éloigné d'ailleurs. Ce fait n'est peut-être pas exceptionnel. En tout cas, il n'est pas exceptionnel de voir un blessé atteint, dans notre cabinet, de syncope plus ou moins prolongée.

Et puis quelle est la durée normale de la visite et à partir de quel moment commence la surveillance ? Je sais bien que l'art. 6 du tarif Breton n'est que la copie exacte de l'art. 6 du tarif Dubief, mais la révision de ce dernier n'impliquait-elle pas, par le fait même, la disparition de ses lacunes ?

Art. 7. — Au cours du traitement, lorsque le médecin traitant estime nécessaire, soit la consultation, la visite ou toute intervention d'un spécialiste, il doit en donner avis préalable, par lettre recommandée, au patron ou à son assureur substitué. Dans quels cas doit-on prévenir le patron et dans quels cas doit-on prévenir l'assureur ? Ou bien peut-on prévenir indifféremment ou le patron, ou l'assureur ?

D'autre part, *avant* tout traitement que doit-on faire ? Le cas suivant vient de se produire : un ouvrier se présente atteint de lésions oculaires graves. J'ai simplement remis à cet ouvrier un certificat constatant que ces lésions nécessitaient les soins d'un

spécialiste : ai-je eu tort et devais-je adresser une lettre recommandée ?

Art. 8. — Le prix des actes opératoires faits la nuit, en cas d'urgence, sera majoré de 25 %, tant pour le chirurgien.... En est-il de même pour le médecin de campagne ? Les « actes opératoires » comprennent-ils toutes les opérations médicales ou autres du tarif ?

Avec cette augmentation — réellement insuffisante — de 25 %, étant donné que la nuit le prix de la visite ou de la consultation est triplé, on obtient les résultats extraordinaires suivants :

Pansement d'une petite brûlure : 10 — 25 % + 25 % = 10 fr.

Pansement d'une moyenne brûlure : 15 — 25 % + 25 % = 15 fr.

Suture simple (1 ou 2 points) : 15 — 25 % + 25 % = 15 fr.

Injection de sérum : 20 — 25 % + 25 % = 20 fr.

Cathétérisme répété, le premier : 15 — 25 % + 25 % = 15 fr.

Cathétérisme répété, les suivants : 10 — 25 % + 25 % = 10 fr.

et par contre :

Visite : 8 × 3 = 24 fr.

Consultation : 7 × 3 = 21 fr.

Mais voici encore plus fort :

Pansements multiples sur un même segment de membre : 15 — 25 % + 25 % = 15 fr.

Pansement simple (consultation) 7 × 3 = 21 fr.

Art. 9. — Le libre choix est inscrit en tête du tarif Breton et on reconnaît encore officiellement des médecins attitrés du chef d'entreprise et de l'assurance !

Une amputation totale et même partielle d'un doigt est une opération mutilante que l'on pratiquait jusqu'ici immédiatement après l'accident. Dorénavant le médecin traitant devra envoyer une lettre recommandée au médecin du chef d'entreprise ou de son assureur, et, en cas de divergence, recourir à l'avis d'un troisième médecin ! Et le patient (c'est bien le nom qui lui convient) ? Je sais bien que, dans les cas urgents, le médecin traitant décide, puis avise aussitôt le patron ou son assureur substitué, de l'opération effectuée et des causes de l'urgence. Et si le patron, ou l'assureur, ou leurs médecins, contestent l'urgence et la nécessité de l'intervention pratiquée ?

Art. 14. — Dans le cas de blessures multiples, les soins donnés sont tarifés, pour chacun des pansements Est-ce à dire, par exemple, qu'il sera compté autant de consultations si plusieurs pansements ont été faits à plusieurs doigts de la même main ou des deux mains ? C'est peu vraisemblable, puisqu'il n'a pas été prévu de prix pour un pansement simple. Mais alors que compter dans ce cas qui se présente si fréquemment ? Dans l'art. 17 on a bien prévu des pansements multiples sur un même segment de membre ou sur une partie du corps très voisine, mais autre que doigts et orteils.

Art. 27. — Il est spécifié que l'art. 15 n'est pas applicable en ce qui concerne le prix de la consultation donnée par un oculiste. En est-il de même des opérations d'oculistique, en particulier de l'extraction d'un corps étranger ?

Art. 28. — Dans quel cas la réduction et contention, avec ou sans appareillage, des fractures du bassin et de la colonne vertébrale donnent-elles droit à une rétribution de 100 fr., de telle sorte que le prix fixé ne soit pas contesté par les compagnies d'assurances ?

Je ne vois figurer nulle part l'extraction de corps étrangers des tissus superficiels, qui nécessitent parfois des débridements et des recherches assez longues et délicates ? Est-ce une erreur de ma part.

Veuillez excuser la multiplicité des questions posées, mais le texte du tarif Breton est si obscur et si imprécis ! A tel point qu'un certain nombre de confrères — dont je ne partage pas le pessimisme d'ailleurs — se sont demandé si cette confusion n'était pas voulue afin d'attirer des adhérents au « Sou médical » !

Dr C.

Réponse

Art. 2. La majoration pour déplacement de nuit fut refusée à la Commission, le prix de la visite de nuit, triplée (8 ou 10 × 3 = 24 ou 30) ayant été jugé suffisant comme majoration.

Art. 3 b) La visite est majorée le dimanche, mais pas la consultation.

Art. 6. 1° Même remarque que ci-dessus.

2° La surveillance commence quand le médecin a donné au blessé tous les soins nécessaires et qu'il se borne désormais à le surveiller, par précaution, par crainte d'incidents possibles.

Art. 7. 1° C'est le patron qu'on doit prévenir légalement. L'assureur n'est que son représentant, que le médecin peut prévenir s'il le reconnaît comme tel.

2° Si vous avez mis sur votre certificat initial que les lésions du blessé nécessitaient les soins d'un spécialiste, vous vous êtes « démis » des fonctions de médecin traitant, au profit de l'oculiste qui l'est devenu à votre place, ce dont vous avez prévenu le patron. Il ne semble pas, dès lors, que la lettre recommandée fût nécessaire. Il n'en serait plus de même si vous aviez adressé, une ou plusieurs fois, un blessé à un spécialiste, pour un point particulier, tout en conservant la direction générale et la responsabilité du traitement.

Art. 8. 1° Aucune distinction entre les catégories. La majoration de 25 % existe donc également pour le médecin de campagne.

2° Vous n'avez qu'à choisir la tarification qui est vous la plus rémunératrice. Prenons

l'exemple qui vous semble « le plus fort ». Vous choisissez la tarification de 21 fr. qui ne me semble pas à dédaigner pour « pansements multiples sur un même segment de membre » faits dans votre cabinet.

Art. 9. 1º Les « médecins attitrés » du patron ou du l'assureur n'ont aucun rapport avec le libre choix. Celui-ci existe pour le médecin *traitant* : les autres sont des médecins que le tiers payant a le *droit* (Art. 4 de la loi du 31 mars 1905 modifiant celle du 9 avril 1898) d'envoyer *pour être renseigné.*

2º Ou bien il y a urgence et le médecin traitant « décide » et fait ce qui lui semble nécessaire. Ou bien il n'y a pas urgence et l'article 9 joue dans l'intérêt même du blessé puisque, suivant le vieil adage : « Deux avis valent mieux qu'un ».

Art. 14. 1º D'après la rédaction de cet article, il semble qu'on doive compter, pour chaque pansement, le prix d'une visite ou consultation, en cas de pansements multiples, hors le cas prévu etc.

2º Pour les pansements multiples sur doigts et orteils, en cas de plaies très superficielles, ils rentrent dans le cas des pansements ordinaires compris dans le prix de la visite ou consultation (s'ils sont sur la même main ou sur le même pied, naturellement.)

Art. 28. Il semble qu'il y ait là une interprétation à faire, suivant la gravité du cas et l'importance de l'intervention du médecin. Mais, comme vous, je regrette cette imprécision.

Corps étrangers. — Ne vous paraît-il pas que des corps étrangers « qui nécessitent des débridements et des recherches assez longues et délicates » ne peuvent que difficilement être considérés comme *superficiels.*

Nota. — La commission spéciale de l'*Union des Syndicats Médicaux de France*, qui a élaboré le projet de tarif (et dont j'eus l'honneur d'être le porte-parole à la commission ministérielle de révision du tarif Dubief) n'a aucun rapport ni de près ni de loin avec le « Sou médical ».

Ceci pour répondre à une phrase, plutôt malheureuse, de votre lettre, eu égard aux confrères qui se sont dévoués, en l'occurrence, pour le corps médical et cela sans aucune rémunération, si « poire » que cela vous puisse paraître.

Quant au « Sou médical », croyez le bien au-dessus de semblables insinuations, auxquelles, à mon avis, il n'a pas à répondre.

F. DECOURT.

(Voir la suite page XXXI-2777)

NOS ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiendront le **DIMANCHE 21 NOVEMBRE 1920**, dans l'ordre suivant :

I. — *A dix heures et demie du matin* : au SIÈGE SOCIAL, 132, rue du faubourg Saint-Denis.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ORDRE DU JOUR :

1° Rapports du Secrétaire Général, du Trésorier et du Comité des Censeurs ;
2° Approbation des Comptes de l'exercice 1919 ;
3° Nomination d'un trésorier et de trois censeurs ;
4° Renouvellement de la série sortante du Comité Directeur ;

II. — Dans les SALONS MARGUERY, boulevard Bonne-Nouvelle.

A deux heures et demie.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ORDRE DU JOUR :

1° Rapport du Secrétaire Général ;
2° Rapport du Trésorier sur l'exercice 1919 ;
3° Rapport des Commissaires aux Comptes ;
4° Approbation des Comptes de l'exercice 1919 ;
5° Nomination de trois commissaires aux comptes en remplacement de MM. PAVIE, CARLOTTI et KOUINDJY, sortants et non rééligibles.
6° Approbation de la création provisoire d'une combinaison MAD donnant l'indemnité journalière de 20 francs et l'indemnité mensuelle de 200 francs.

A quatre heures.

SOU MÉDICAL

ORDRE DU JOUR :

1° Rapport du Secrétaire Général ;
2° Rapport du Trésorier sur l'exercice 1919 ;
3° Rapport des Commissaires contrôleurs ;
4° Approbation des Comptes de l'exercice 1919 ;
5° Nomination de deux Commissaires contrôleurs en remplacement de MM. LERAITRE et ARADA, sortants ;
6° Modification des frais de recouvrements postaux ;
7° Communications des Avocats-Conseils ;
8° Communications diverses.

SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

A cinq heures et demie.

ORDRE DU JOUR :

1° Rapport verbal du Conseil de Direction ;
2° Rapport du Trésorier sur l'exercice 1919 ;
3° Approbation des Comptes ;
4° Questions mises à l'étude :

I. Le service médical des hôpitaux. L'admission des malades aisés. La rémunération du médecin d'hôpital.
II. L'organisation de l'Hygiène publique.
III. L'exercice de la Pharmacie.

A sept heures et demie.

BANQUET (souscription : 30 fr. Le complément sera payé par la Caisse de la Société Civile).

PROPOS DU JOUR

Le nouveau tarif ministériel des frais médicaux pour les accidents du travail.

Notre excellent collaborateur et ami, le Dr F. Decourt, nous a adressé un article en réponse à une longue critique du nouveau tarif des honoraires des accidents du travail, parue dans le *Bulletin du Syndicat des médecins du Rhône*, sous la signature d'un des plus zélés vétérans de la lutte professionnelle, le Dr Bolliet.

Nous croyons de notre devoir de publier la réponse du Dr Decourt; d'abord, parce que nous avons le souci de voir rétablir les faits dans leur exactitude, le Dr Bolliet, en les interprétant, paraît, en effet, s'être plus d'une fois trompé et avoir mal compris les différences profondes qui existent entre l'ancien « Tarif Dubief » et le nouveau « Tarif Breton ».

En second lieu, nous sommes heureux de saisir cette occasion pour remercier publiquement Decourt, comme il le mérite, de l'énergie, de la loyauté, de la patience, du dévouement qu'il a mis à défendre les intérêts des praticiens à la Commission de révision du tarif des honoraires médicaux.

Decourt n'était certes pas le seul médecin à la Commission, mais nous sommes certains de ne recevoir le démenti de personne, et surtout de ses collègues médecins à la dite Commission, en affirmant que le poids de la défense de nos intérêts a pesé à peu près exclusivement sur ses seules épaules.

D'ailleurs, il convient de le répéter, Decourt ne défendait pas son propre projet, mais, représentant officiel de l'Union des Syndicats médicaux de France, dont il était le porte-parole, il a soutenu purement et simplement un tarif longuement et très minutieusement élaboré par une nombreuse Commission de l'Union des Syndicats médicaux, où le conseil de l'Union s'était efforcé de faire entrer le plus grand nombre possible de compétences.

Cette commission, du reste, n'a rien fait sans en aviser tous les syndicats médicaux, et c'est avec l'assentiment de la presque unanimité de ces syndicats, que le projet de l'Union a été défendu par Decourt contre les représentants des assureurs à la Commission ministérielle.

Nous avons souvent entendu reprocher avec acrimonie au secrétaire général de l'Union, le Dr Lafontaine, la lenteur de cette procédure; la critique parue dans le Bulletin du Syndicat des médecins du Rhône prouve qu'il a agi sagement en soumettant à chaque syndicat, au fur et à mesure des séances, les travaux de la Commission de l'Union.

La franchise, la droiture et la vigueur de Decourt, la netteté et la loyauté du projet qu'il a défendu, ont certainement influencé les membres de la Commission qui n'étaient ni assureurs, ni médecins, et ont certes considérablement contribué au rejet de certaines contre-propositions qui, si elles avaient été admises, auraient porté le plus grand tort aux intérêts du Corps médical.

Le « Tarif Breton » n'est certes pas parfait (il n'y a rien de parfait ici-bas), mais on ne peut lui enlever le mérite d'être clair, d'éviter ces interprétations bizarres qui pouvaient favoriser certains spécialistes à l'esprit retors, habiles à jouer de l'ancien tarif Dubief. Mais ces interprétations déplaisaient à la plupart de nos confrères qui n'aiment pas les moyens obliques, surtout lorsqu'il s'agit de fixer le taux de leurs honoraires. Ces derniers, par le fait des scrupules de leur conscience, se trouvaient être les victimes dans l'application de l'ancien tarif.

En outre, le Tarif Breton a réparé une grave injustice qui pesait lourdement sur les confrères de la campagne et des petites localités.

Pour eux, les honoraires de la consultation et de la visite passent de 1 franc et 1 fr. 50, à 7 francs et à 8 francs. La différence est appréciable.

La révision du tarif étant prévue à brève échéance, elle pourra être réclamée, si son application montre qu'il a plus de défauts que de qualités. Mais nous croyons qu'il est de notre devoir de signaler à la reconnaissance de tous nos lecteurs le Dr Decourt qui, sacrifiant ses intérêts et sa tranquillité personnels aux intérêts de ses confrères, a été, à la Commission ministérielle de révision du tarif, le porte-parole des syndicats médicaux et le vaillant défenseur de leur projet.

Mais, cédons la plume à notre ami Decourt.

J. Noir.

« Fair play »

Je viens de lire, dans le « *Bulletin du Syndicat des médecins du Rhône* », une critique longue et acerbe du Tarif Breton due à mon excellent confrère et ami, le Dr Bolliet, secrétaire du dit syndicat. Certes, je suis loin de penser que le nouveau tarif des accidents du travail réalise tous les espoirs du corps médical. J'y constate trop l'absence de certains de mes desiderata, et je suis le premier à déplorer certaines lacunes... Mais, ayant « potassé », pendant de longs mois tant le Tarif Dubief que le Tarif Breton, je regrette d'avoir à constater que certaines idées préconçues aient amené Bolliet (en toute bonne foi, je le connais trop pour en douter) à considérer les résultats acquis sous une optique spéciale, et je ne puis admettre la *déformation de ces résultats* tels qu'il les a présentés, dans les comparaisons qu'il a faites entre les deux tarifs.

Les Anglais, dans leurs sports, dans leurs matchs, dans leurs controverses, estiment, avant tout, le « fair play », ce que nous pouvons traduire en français par le « franc jeu ». Cette qualité primordiale et nécessaire fait défaut dans l'exposé de Bolliet et c'est pour le démontrer que j'ai demandé au *Concours* l'hospitalité de ses colonnes.

Mais, avant tout, je tiens à déclarer que je ne suis pas un défenseur « quand même » du Tarif Breton, comme ont pu le penser quelques-uns de mes correspondants, parmi le monceau de lettres que j'ai reçues à propos de ce tarif. Dans l'élaboration de celui-ci, je n'ai ni à en accepter « la paternité », ni à la repousser, comme me l'ont demandé certains confrères. Mon rôle fut bien net : j'ai soutenu, devant la Commission ministérielle, dont je suis membre depuis dix ans, le projet de tarif élaboré par la *Commission spéciale de l'Union*, composée d'une vingtaine de confrères des plus distingués et compétents, à divers titres : les uns, chirurgiens des hôpitaux ou de cliniques privées ; d'autres, praticiens avisés ; d'autres, spécialistes en les diverses branches notées au tarif ; d'autres enfin, syndicalistes et sociologues médicaux connus et appréciés de tous.

Je puis d'autant mieux faire leur éloge et signaler la compétence de cette Commission que je n'ai pu, malheureusement, assister à une grande partie de leurs réunions préparatoires au projet (j'entends : malheureusement... pour moi, en ayant été écarté, à cette époque, par la maladie).

Donc, j'ai reçu le *projet* tel qu'il fut publié dans le *Médecin syndicaliste* de février 1920, avec mission de le défendre devant les assureurs. Et j'ai conscience de l'avoir fait avec ardeur, avec ténacité, et d'avoir rempli, de mon mieux, la redoutable mission qui m'avait été confiée. Dans la protestation que je vais élever contre le réquisitoire de Bolliet, il n'entre donc pas le moindre amour-propre d'auteur, ni le moindre souci de défense personnelle, mais le désir de mettre les choses au point, pour que la discussion puisse se dérouler en « franc jeu », suivant le fair play.

***

Ne pouvant répondre point par point, on le comprend, aux vingt et quelques pages, de texte serré, alignées par Bolliet, je me contenterai des deux points principaux du tarif : les prix de visite et consultation et les prix de déplacements. Ceci sera suffisant (on le verra) pour ma démonstration. *Ab uno, disce omnes...*

1° Prix de consultation et visite. — Pour établir ses comparaisons, notre confrère Bolliet suppose un sinistre ayant nécesssité 20 visites ou consultations. Il compte alors 20 fois une visite ou consultation qu'il multiplie *chaque fois* par 3 (pour cumul de visite + pansement), puis il multiplie le total général par 2 (pour le 100 % Dubief) et arrive ainsi triomphalement, pour la 1re et 2e catégorie Dubief, à un total supérieur au Tarif Breton. (Il n'y parvient pas toutefois pour la 3e catégorie Dubief).

Voyons, mon cher Bolliet, est-ce du « fair play » que cette comparaison où vous pratiquez le cumul *chaque fois, quel que soit le cas* qui se présente et où vous comptez le Tarif Dubief *multiplié chaque fois par* 6, pour le comparer au Tarif Breton... tout nu ? Tenez, rien que pour votre dernière visite, vous comptez un pansement antiseptique... Comment pouvez-vous décemment compter un pansement le jour même où vous délivrez le certificat de guérison ?

Ce jour-là, forcément, vous compterez *consultation simple*, soit 2 frs, 1 fr. 50 ou 1 fr. suivant les 3 catégories Dubief, ou 4 frs, 3 frs, et 2 frs, avec le 100 %, à comparer avec les 8 fr. ou 7 frs, des deux catégories Breton. Je vous mets au défi de compter sur une note, de « conter », devrais-je dire plutôt, que vous avez porté à domicile un certificat de guérison, ou

que vous avez fait, ce dernier jour, un pansement antiseptique.

Il y a plus grave. Vous comptez le cumul chaque fois, d'un bout à l'autre. Ne savez-vous pas que — depuis la guerre, surtout — la jurisprudence en était arrivée, de plus en plus, à n'admettre le cumul que *une fois sur trois* et que, bon gré, mal gré, les médecins allaient être, peu à peu, traités « au cumul réduit » ?... Eh oui ! vous le savez, si bien même, que c'est sur cette base que vous avez dressé vos premiers tableaux comparatifs qui faisaient suite au rapport de Proby, il y a trois mois. Et vous disiez vous-même, cette fois-là, que vous aviez pris cette base du cumul compté *une fois sur trois* « pour faire cette comparaison d'une façon tout à fait *impartiale* et non arbitraire » (voir page 10). Alors, pourquoi cette volte-face de votre « impartialité » ?...

Et d'ailleurs, quel confrère compte *toujours* le cumul de la première à la dernière visite ? Voulez-vous un exemple irréfutable ? Page 151 de votre dernière « thèse comparative » que je combats aujourd'hui, à propos des procès entre médecins et compagnies, vous dites :

« Pour ma part, j'ai eu deux procès, dans lesquels j'ai obtenu gain de cause, avec deux compagnies d'assurance qui me refusaient le paiement du cumul, *alors que je ne l'avais porté en compte que dans la* MOITIÉ *des pansements* ».

Je n'en attendais pas moins de votre honnêteté professionnelle... mais alors pourquoi, dans vos tableaux comparatifs, comptez-vous le cumul dans TOUS les cas ?

Fair play, fair play, mon cher !

Concluons : dans vos tableaux comparatifs d'un sinistre comportant 20 visites ou consultations, il est avéré par votre propre exemple que 10 visites ou consultations *au moins* ont été majorées du triple, et avec le 100 %, du SEXTUPLE !!! Il est facile de comprendre que vous soyez ainsi arrivé lestement à mettre le Tarif Breton en mauvaise posture.

2° PRIX DES DÉPLACEMENTS. — Là, il n'y avait plus à barguigner, plus de cumul à... cumuler. C'est net, clair, mathématique.

Le Tarif Breton est supérieur au Tarif Dubief, même majoré de 100 %. Eh bien, le bon Bolliet a arrangé les affaires de telle façon que, au coup d'œil superficiel que jette le praticien affairé, les chiffres Dubief soient supérieurs aux chiffres Breton. Je vais citer le texte même de Bolliet. Il en vaut la peine. C'est sublime !

Page 139 : « Indemnité kilométrique. — Cette indemnité s'entendra du domicile du médecin au domicile du malade. Elle sera de 1 franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour pour les régions de plaine, de 1 fr. 50 pour les régions de montagne et les régions libérées. Les fractions inférieures ou égales à 500 mètres ne comporteront pas d'indemnité kilométrique. Cette indemnité ne pourra, toutefois, excéder l'indemnité attribuable au médecin le plus rapproché, etc.

Dans l'ancien Tarif Dubief, l'indemnité kilométrique était de 0 fr. 40 par kilomètre parcouru, en allant et en revenant, c'est-à-dire de 0 fr. 80, et, avec la majoration de 100 %, de 1 fr. 60 ».

Et le confrère qui parcourt ces lignes lit : « Tarif Breton = 1 fr. et 1 fr. 50. — Tarif Dubief = 1 fr. 60. ».... Ne vous récriez pas : j'ai dû relire deux fois le passage pour saisir la « combinazione ».

Oh, c'est très malin ! Dans le 1er cas, Bolliet ne compte que l'*aller* et, dans le second, l'*aller et retour*. En sorte que les 1 fr. 60 du Dubief correspondent, en réalité, à 2 frs et 3 frs du Breton..., seulement, n'est-ce pas ? il faut lire avec attention... et les confrères, toujours pressés, ont devant l'œil des chiffres, encore une fois, défavorables au Tarif Breton.

Tout est ainsi, et c'est ce qui m'enrage.

Lisez dans le même passage cité ci-dessus : « Les fractions inférieures ou égales à 500 mètres ne comportent pas d'indemnité kilométrique ». — « Allons bon ! va se récrier le praticien, voilà qu'on nous fait « tomber » encore ces hectomètres-là... et il ronchonne, naturellement. Or, Bolliet n'a pas ajouté la suite de la phrase : « les fractions supérieures à 500 mètres seront tarifées comme un kilomètre ». En réalité, 4 kilomètres 600, par exemple, étaient tarifés dans le Dubief : 4 kilomètres, et dans le Breton, sont tarifés : 5 kilomètres.

Et les déplacements dans les hameaux donc ! Comme il sait passer ce progrès sous silence ! Ceci me fâche d'autant plus que c'est moi qui l'ai fait admettre à la sous-commission. Dans le Tarif Dubief, un médecin de campagne, ayant été faire une visite dans un hameau à 4 kilomètres de chez lui, avait droit à *1 fr. 50*, sans plus !! (soit *3* frs avec le 100 %). Désormais, d'après le Tarif Breton, il a droit à : 8 frs de visite + 8 frs de déplacement, soit = *16 francs*. Mais Bolliet, comme par hasard, se garde bien d'en parler.

AVIS

—

TARIF BRETON

(ancien TARIF DUBIEF)

Le TARIF BRETON (ancien tarif Dubief), est édité avec son RÉPERTOIRE ALPHABÉTIQUE et mis en vente dans les bureaux du journal au prix de **1** fr., et *franco par poste* au prix de **1 fr. 50.**

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. BOULANGER, administrateur du *Concours Médical*, 132, faubourg St-Denis. Paris 10e, (contre chèques - Postaux Paris 167-95).

Fair play, fair play, mon cher !...

***

« *Ab uno disce omnes* ! » ai-je dit plus haut. *Omnes* ? Non, sans doute, mais, à côté des quelques exemples cités, il y a des cas analogues trop nombreux et trop importants dans le travail de Bolliet, pour que je puisse laisser passer sous silence ces inexatitudes. Je suis disposé à discuter — point par point — chaque ligne du Tarif, mais à condition qu'on joue « franc jeu ».

Alors, mon cher Bolliet, je serai prêt à approuver certaines de vos réclamations qui me paraissent justifiées ; à déplorer, avec vous, que nous n'ayons pu combler certaines lacunes telles que, par exemple, la tarification des extractions de corps étrangers superficiels, des ablations d'esquilles, d'ongles semi-détachés, des interventions pour hématomes et certaines autres, de pratique courante, qui m'ont été signalées par quelques confrères, etc.

Mais, ce que je n'admettrai jamais, c'est le *dénigrement systématique* du gros effort que viennent de faire certains confrères pour apporter uu peu de mieux-être au corps médical, et aussi, pour éclaircir l'atmosphère trouble où, à propos des accidents du travail, risquait de sombrer l'honneur de la profession, sous des accusations injustifiées, mais rendues possibles par une poignée de médecins aux allures... regrettables.

Le confrère Bolliet n'est pas de ceux-là. Voilà pourquoi c'est sans aigreur ni indignation que j'ai élevé cette protestation contre cette erreur d'optique de sa part. Et c'est pourquoi aussi j'ai tenu à le faire amicalement, familièrement... avec le sourire.

Dr Fernand DECOURT.

PARTIE SCIENTIFIQUE

SEMÉIOLOGIE CLINIQUE

Un grand nombre de nos correspondants nous ont, à différentes reprises, exprimé le désir de voir exposer, dans le Concours Médical, *la séméiologie clinique des grands symptômes ou des grands syndromes qui s'offrent tout d'abord à l'observation du praticien lorsqu'il examine le malade auprès duquel il vient d'être appelé.*

Soucieux de leur donner satisfaction, nous ouvrons aujourd'hui cette rubrique par le travail très complet de notre distingué collaborateur, le Dr J. P. TOURNEUX, *chirurgien des hôpitaux de Toulouse.*

Le diagnostic et le traitement des hémorragies génitales,

Par le Dr J.-P. TOURNEUX,

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Si le diagnostic causal des hémorragies génitales est le plus souvent assez facile à poser, il existe cependant toute une série de cas où l'interprétation pathogénique de ces émissions sanguines est beaucoup plus malaisé, et où le praticien hésite, non sur la réalité de l'hémorragie, facile à constater, mais sur sa signification précise, et par suite, sur le traitement qu'il convient de lui opposer. C'est que les hémorragies génitales constituent en effet un symptôme extrêmement fréquent, pouvant se rattacher à des affections très diverses, tant chirurgicales que médicales ; aussi, est-il de la plus haute importance, dans l'examen des malades, de ne négliger aucun détail, de bien se rendre compte de la valeur fonctionnelle, de l'importance de l'émission sanguine, de ses relations avec d'autres signes morbides, afin de pouvoir se rendre compte si l'on se trouve en présence d'une affection générale ou locale, d'une affection médicale ou purement gynécologique. C'est là un point souvent délicat pour le médecin, obligé de se prononcer en quelques minutes après un examen parfois un peu sommaire et qui, ne pouvant recourir à sa bibliothèque, est obligé d'établir un diagnostic différentiel, après avoir recherché dans sa mémoire les multiples affections pouvant donner lieu à des hémorragies génitales. D'ailleurs, dans la plupart des ouvrages classiques, l'exposé du diagnostic de ces hémorragies comprend l'exposé successif d'un certain nombre de chapitres distincts, traitant séparément du diagnostic positif, du diagnostic différentiel et du diagnostic étiologique : et, dans ce dernier chapitre, les émissions sanguines sont alors divisées en trois classes : hémorragies médicales, hémorragies puerpérales, hémorragies gynécologiques, où l'on passe en revue l'une après l'autres le diverses affections causales. C'est là certes une manière élégante, très didactique

◆◆

d'envisager la question, et qui permet en outre de grouper et d'étudier les unes après les autres les diverses maladies causes d'hémorragies ; mais, il faut bien reconnaître qu'il s'agit là plutôt d'une énumération nécessaire de divers états morbides hémorragiques, d'une simple classification, que d'une véritable étude de diagnostic pratique ; elle est trop livresque et elle a le défaut de ne pas s'adapter aux circonstances, le médecin ignorant *à priori* s'il s'agit d'une hémorragie médicale, puerpérale ou gynécologique.

Aussi, estimons-nous rendre service aux praticiens en essayant d'exposer de la façon la plus simple et, croyons-nous, la plus méthodique, comment on est amené à établir un diagnostic précis : certes, nous ne nous dissimulons pas les difficultés que présente cette étude d'ensemble, mais nous espérons pouvoir les résoudre et faire œuvre utile, capable d'intéresser un grand nombre de nos confrères. Etant donné le plan que nous suivrons dans notre étude, plan qui s'éloigne tout à fait de celui adopté dans les traités classiques, et que nous exposerons dans un instant, nous serons évidemment forcé à un certain nombre de redites et de répétitions ; nous nous en excusons, mais nous le croyons nécessaire pour la bonne coordination des faits.

Nous supposons, bien entendu, dans notre exposé, qu'il existe une hémorragie véritable, et que c'est bien par la vulve et non par l'urèthre ou l'anus que se fait l'émission sanguine : c'est là un fait essentiel, dont le médecin devra naturellement bien s'assurer tout d'abord.

Voyons maintenant comment se présentent les choses dans la pratique courante.

Dans la presque unanimité des cas, un médecin est consulté par une malade qui, depuis un temps plus ou moins long, présente des hémorragies génitales survenant en dehors des périodes menstruelles, hémorragies s'accompagnant habituellement d'un certain nombre d'autres symptômes physiques, fonctionnels et généraux. A quelle maladie faudra-t-il rattacher ces émissions sanguines, à quelles affections le médecin devra-t-il songer tout d'abord, comment devra-t-il diriger ses recherches, en un mot, comment devra-t-il établir son diagnostic ?

Il est une considération qui nous paraît en premier lieu extrêmement importante, et qui semble avoir été complètement négligée par les différents auteurs qui se sont occupés de cette question : nous voulons parler de l'âge de la malade, qui doit déjà permettre une certaine sélection, car les causes de l'hémorragie génitale varient en effet d'importance suivant que l'on a affaire à une enfant, à une jeune fille, à une jeune femme, à une malade approchant de la ménopause ou bien l'ayant déjà dépassée. Aussi, envisagerons-nous successivement le diagnostic dans ces cinq cas distincts.

Ier CAS. — Il est extrêmement rare qu'un médecin soit appelé à examiner une fillette présentant des hémorragies génitales ; la raison en est facile à comprendre, et nous croyons inutile d'insister sur ce point. En dehors de quelques cas exceptionnels d'hémorragies relevant de *fièvre typhoïde*, de *varicelle*, de *purpura hémorragique*, faciles à reconnaître et où l'émission sanguine, en général très peu abondante, reste au troisième ou quatrième plan, et n'est qu'un symptôme très accessoire, on ne peut songer en pareil cas qu'à l'existence d'une *tumeur conjonctive maligne*, d'un sarcome développé soit au niveau du vagin, soit aux dépens de l'utérus. Dans les deux cas, l'émission sanguine peut varier d'importance et de durée, grandes hémorragies profuses, ou simple filet de sang continu, ce qui ne donne aucun renseignement différentiel ; mais il existe d'autres symptômes qui ne peuvent laisser aucun doute dans l'esprit, c'est l'apparition à la vulve d'une tumeur polypeuse en grappe, dont la surface est le siège d'un suintement fétide, dans le cas de *sarcome du vagin*, et la constatation d'une tumeur dans la région utérine, tumeur à évolution très rapide, s'accompagnant de douleurs, d'ascite et d'œdème des membres inférieurs dans le cas de *sarcome utérin*. Ce sont là, croyons-nous, les seules affections causales des hémorragies génitales chez les jeunes enfants ; cas toujours extrêmement graves et pour lesquels aucune thérapeutique autre que l'intervention chirurgicale ne saurait être conseillée.

IIe CAS. — Le médecin peut être consulté pour une jeune fille pubère n'ayant eu encore aucun rapport sexuel (il sera bon de pouvoir bien faire préciser ce point, afin d'éviter de regrettables erreurs). Les métrorragies de la puberté sont assez fréquentes ; souvent, elles ne consistent qu'en une exagération du flux cataménial, augmenté dans sa quantité, sa durée ou sa fréquence, mais parfois la prolongation des époques est telle que les menstruations successives arrivent à se confondre.

A) On doit chez la jeune fille envisager l'existence d'un certain nombre d'affections médicales et gynécologiques, les premières étant assurément beaucoup plus fréquentes que les secondes ; aussi, est-ce à une affection médicale que l'on devra songer tout d'abord et c'est dans ce sens que l'on devra orienter son interrogatoire et ses investigations.

Il faudra songer tout d'abord à l'affection la plus fréquente, à la *chlorose ménorragique vraie* des jeunes filles de souche neuro-arthitique, souvent à tare névropathique personnelle, et dont les altérations sanguines, les congestions du petit bassin, et les troubles de la sécrétion ovarienne conditionnent les hémorragies géni-

tales. Mais il ne faudra pas oublier que parfois, ce diagnostic peut se baser sur de fausses apparences. Les muqueuses décolorées, le teint jaune mat, les palpitations et aussi les souffles de la base du cœur peuvent se rencontrer également dans une autre affection relativement très fréquente chez la jeune fille, la *dyspepsie hypersthénique*, mais qui s'accompagne alors de constipation avec ou sans entérite muco-membraneuse, d'ictère acholurique et parfois de douleurs épigastriques avec irradiations interscapulaires : l'analyse du suc gastrique montrerait d'ailleurs la constance de l'hyperchlorhydrie.

Si ces deux hypothèses ne peuvent convenir, on devra songer à une autre affection également fréquente, c'est le *rétrécissement mitral pur*, qui, par la stase veineuse qu'il détermine sur l'appareil génital, entraîne des hémorragies. L'examen du cœur, par ses importantes constatations (roulement diastolique, souffle présystolique, dédoublement du deuxième bruit, etc...) entraînera le diagnostic.

Enfin, il ne faut pas oublier que certains états moins bien définis, dépendent d'altérations des glandes vasculaires sanguines ou d'un développement incomplet de la thyroïde et de l'hypophyse ; le *myxœdème fruste* et l'*hypothyroïdie chronique* (syndrome polyglandulaire) peuvent également déterminer des hémorragies génitales : ce n'est que par l'examen attentif de tous les organes que l'on pourra reconnaître ces états morbides dont le rôle pathogénique, encore inexpliqué, n'en est pas moins réel. Dans certains cas, il s'agira peut-être d'*insuffisance ovarienne*.

Nous rappellerons, pour mémoire, que chez la jeune fille, comme chez l'enfant, il peut y avoir des hémorragies relevant de la fièvre typhoïde, de la variole et du purpura hémorragique.

B) Ayant une fois éliminé toutes les affections médicales pouvant occasionner des émissions sanguines, il faudra songer alors à une lésion locale de l'arbre génital, et l'on devra, par ordre de fréquence, penser à la possibilité d'une métrite banale, d'une endométrite adénomateuse, d'un polype utérin, d'un sarcome du vagin, d'une tumeur maligne de l'utérus.

Les *métrites banales*, analogues à celles que l'on rencontre chez les femmes mariées, s'observent également avec une certaine fréquence chez les vierges les plus authentiques, et dans ces cas, il ne s'agit pas seulement d'infections en quelque sorte autochtones, d'origine saprophytique, mais bien réellement de blennorragies, le plus souvent accidentelles, qui peuvent engendrer les mêmes lésions de la muqueuse, et les mêmes complications que chez la femme mariée. Il sera donc nécessaire d'interroger la malade avec le plus grand soin, et de rechercher les différents symptômes (douleurs, pertes blanches, cystalgie, etc...) qui traduisent la nature infectieuse de la lésion utérine.

Si les signes métritiques font défaut, il faudra songer avant d'envisager l'hypothèse d'une manifestation néoplasique, à l'existence d'une endométrite adénomateuse (métrorragies virginales de Siredey) ou d'un polype utérin.

L'*endométrite adénomateuse*, qui n'est autre chose que le résultat de la prolifération active et intense de la muqueuse utérine, et dont la pathogénie nous échappe entièrement, se traduit d'abord par l'augmentation de durée et d'abondance du flux menstruel, puis, au bout de très peu de temps, par de véritables métrorragies persistantes, rebelles à tous les traitements médicaux et qui, par l'importance qu'elles acquièrent, ne tardent pas à entraîner une anémie des plus prononcées. En dehors de l'altération de l'état général qu'elle entraîne, cette affection ne se traduit que par un petit nombre de symptômes : l'utérus est normal de forme, de dimensions et de position, mais son col est toujours légèrement entrebaillé, et admet facilement un hystéromètre de dimensions ordinaires. Ce dernier, en pénétrant dans la cavité utérine, donne la sensation de frottement sur une surface dépolie, irrégulière, présentant des bosselures, des rugosités. Anémie profonde, métrorragies intermittentes persistantes et rebelles, béance du col utérin et sensation particulière à l'exploration par l'hystéromètre, constituent les signes propres de cette affection, dont le diagnostic est facile pour peu qu'on y songe.

A côté de cet état œdémateux de la muqueuse utérine, on peut également, mais d'une façon beaucoup plus rare, rencontrer des *polypes*, soit intra-utérins, soit pendant dans la cavité vaginale : les hémorragies que déterminent ces petites tumeurs bénignes sont généralement moins abondantes, mais beaucoup plus continues que celles dont nous venons d'envisager les caractères ; elles s'accompagnent souvent de leucorrhée plus ou moins marquée, mais pas douloureuse.

Ce n'est qu'en dernière analyse qu'il faudra songer à un *sarcome du vagin*, qui présentera chez la jeune fille les mêmes caractères que chez la fillette, ou à une tumeur maligne du col utérin (sarcome racémeux ou épithélioma), dont le diagnostic sera toujours relativement facile, le toucher rectal permettant de sentir la prolifération du col de l'utérus que l'on pourra d'ailleurs mettre en évidence par l'examen direct avec le spéculum de vierges.

Le diagnostic causal de l'émission sanguine une fois posé, le traitement suit d'une façon presque automatique.

Pour toutes les hémorragies médicales, il comportera d'abord une médication hémostatique variant avec le degré de ce symptôme : dans les formes légères, à type plutôt ménorragique, on

administrera de préférence l'*hydrastis canadensis* ou l'*hamamelis virginica*; si les pertes sont un peu plus intenses, on pourra avoir recours au chlorure de calcium; et enfin en cas d'hémorragie très graves, il faudra, avec quelques précautions, prescrire de l'ergotine. On ne devra l'administrer que dans les cas très urgents, sous forme d'injection hypodermique ; on fera mieux d'utiliser une potion ou des pilules, où l'on pourra associer l'ergotine à la digitale et à la quinine.

Mais, à côté de ce traitement purement symptomatique, il ne faudra pas oublier d'instituer un traitement pathogénique. C'est ainsi que chez les chlorotiques vraies, il faudra prescrire du fer, recommander l'hydrothérapie, conseiller un séjour aux eaux de Forges ou de Bussang. Chez les dyspeptiques, c'est le régime (supprimer les graisses, charcuteries, sauces, crudités, acidités, etc.,.) qui devra jouer le rôle principal ; il faudra également combattre l'hyperacidité stomacale, ainsi que la constipation. Quant au rétrécissement mitral, au myxœdème fruste, à l'hypothyroïdie chronique et à l'insuffisance ovarienne, elles nécessitent des thérapeutiques toutes spéciales qu'il nous est impossible d'exposer ici, car elles nous entraîneraient hors du cadre de cette étude.

Les *hémorragies gynécologiques*, en opposition presque des hémorragies médicales, réclament avant tout un traitement causal : elles sont en effet déterminées par une lésion purement locale dont la guérison entraîne leur disparition, et la thérapeutique hémostatique, purement accessoire, ne devra pour ainsi dire être utilisée que dans quelques cas particuliers, comme dans les cas de tumeurs inopérables saignant très abondamment.

Les métrites des jeunes filles nécessitent le même traitement que les lésions infectieuses utérines des femmes mariées, traitement surtout gynécologique, exceptionnelleent chirurgical, et que nous exposerons dans un instant, afin d'éviter des redites trop fréquentes. Pour l'endométrite adénomateuse, étant donnée la nature propre de l'affection, une seule thérapeutique peut et doit être efficace : la muqueuse de l'utérus est lésée, et ce n'est que par sa destruction que l'on peut obtenir une guérison : toutes les cautérisations, tous les topiques sont impuissants et l'on n'aura de résultat que par le curetage de la cavité utérine. Il en est de même des polypes, dont l'ablation peut seule amener la disparition des hémorragies. Les sarcomes du vagin et de l'utérus nécessitent des interventions chirurgicales, qui devront être pratiquées de très bonne heure si l'on veut avoir quelques chances de succès ; quant au cancer du col, il semble actuellement plutôt indiqué de recourir à la radiumthérapie qu'à l'exérèse chrurgicale pour peu que la lésion soit avancée.

IIIe CAS. — S'il s'agit d'une jeune femme, les hémorragies génitales pourront être sous la dépendance de multiples causes : d'accidents de la grossesse, d'affections gynécologiques ou d'affections médicales. A quoi devra-t-on songer en premier lieu ?

A) Lorsqu'on se trouve en présence d'une jeune femme, il faut tout d'abord, après avoir éliminé, par l'interrogatoire, la possibilité d'une *hémorragie vulvo-vaginale traumatique*, qui s'observe quelquefois à la suite du premier coït, songer à des *accidents de grossesse*. Il faudra donc interroger minutieusement la malade, lui faire préciser la date de ses dernières règles, insister pour savoir si elles n'ont pas été suspendues pendant un certain temps, lui faire dire depuis combien de jours les hémorragies ont fait leur apparition, lui demander quelques détails sur leur abondance, leur fréquence, leur consistance., etc... puis, examiner la malade et rechercher s'il n'existe pas quelques signes de grossesse.

S'il y a eu une *absence de règles, suivie d'une hémorragie abondante*, avec des caillots (et il faudra parfois se défier des dires des malades qui cachent trop souvent leur état) et que l'on trouve un col légèrement ramolli, laissant filtrer quelques gouttes de sang, avec un utérus un peu augmenté de volume, il est infiniment probable que l'on se trouve en présence d'un *avortement* et qu'il reste encore dans la cavité utérine quelques débris placentaires. Il est bien évident que si la malade présente un plus de la fièvre, si ses sécrétions utérines ont de l'odeur et qu'au toucher on sente une masse pâteuse sortie de l'orifice cervical, le diagnostic s'imposera. Parfois, l'examen de la matrice ne révèlera rien de particulier, mais en recherchant les annexes, on trouvera une trompe augmentée de volume, molle et pâteuse : ce signe joint à la nature particulière de l'hémorragie génitale, indiquera l'existence d'un hémato-salpinx, reste d'une grossesse extra-utérine interrompue (avortement tubo-utérin).

S'il s'agit d'une jeune femme enceinte de quelques mois, présentant des émissions sanguines plus ou moins abondantes (*hémorragies puerpérales*), il faudra songer tout d'abord à une hémorragie par *insertion vicieuse du placenta* : l'hémorragie est alors indolore, sans cause occasionnelle, sans caillots, à répétition, augmentant d'importance et de fréquence. Il s'agira presque toujours d'une multipare à antécédents endométritiques, dont le fœtus est souvent en position vicieuse : le pôle fœtal est séparé de la paroi utérine par une sorte d'éponge qui n'est autre chose que le placenta.

Dans le cas où les pertes sanguines seraient peu considérables, mais continues, avec redoublement paroxystique au moment de la période menstruelle, parfois avec expulsion de parcelles de caduque, et où l'on trouverait à côté d'un

VALS SOURCE REINE

TRAITEMENT de

l'ARTHRITISME

Cure d'Automne



Mode d'administration de la REINE de Vals dans le traitement de l'arthritisme

L'eau de **Reine de Vals** est la véritable boisson des **arthritiques**; qu'il s'agisse de manifestations **articulaires** ou de manifestations **viscérales**, son emploi est formellement indiqué, et les malades en retirent le plus grand bien.

Ils peuvent la prendre d'une manière habituelle comme **eau de table**, car son usage, prolongé même pendant des années, ne présente aucun inconvénient.

Ils peuvent aussi la prendre à la manière d'une **cure hydrominérale**, savoir :

UN VERRE LE MATIN A JEUN,
UN SECOND VERRE AU BOUT D'UNE HEURE SI POSSIBLE,
UN VERRE AVANT LE DÉJEUNER,
UN VERRE AVANT LE DINER,
LE RESTE DE LA BOUTEILLE ÉTANT CONSOMMÉ AU REPAS.

Ce mode de faire continué pendant **trois semaines** est particulièrement recommandable au **commencement du printemps** et à l'**automne**.

N.-B. — Pour éviter *les substitutions*
AVOIR SOIN DE BIEN SPÉCIFIER
Vals SOURCE LA REINE

L'Eau de la Reine se trouve dans toutes les pharmacies, chez tous les marchands d'Eaux et dans les dépôts de la Cie fermière de Vichy. On peut également s'adresser à M. CHAMPETIER *à* VALS-LES-BAINS (*Ardèche*).

VALS SOURCE REINE

utérus de dimensions normales, la présence d'une tumeur annexielle, dont l'évolution s'accompagne de douleurs, de réaction péritonéale, il faudrait songer à l'existence d'une *grossesse extra-utérine*. Nous nous bornerons à signaler simplement l'*hématocèle retro-utérine*, dont la pathogénie relève dans la presque totalité des cas d'une rupture de grossesse tubaire. L'hémorragie génitale, qui dure pendant plusieurs jours sous forme de sang noir, poisseux et qui ne se renouvelle pas, n'est dans ce cas qu'un symptôme tout à fait accessoire, et c'est sur d'autres signes (douleur subite, déchirante, sensation de rupture interne, pâleur de la face, etc...) que se fera le diagnostic.

L'hémorragie pourra, mais plus rarement, être due à un *décollement du placenta* normalement inséré ; mais ici, avant de se révéler à l'extérieur, le sang aura commencé par s'accumuler à l'intérieur de l'utérus, d'où apparition de symptômes généraux (pâleur, rapidité du pouls, etc.) accompagnant une augmentation de volume de la matrice, qui s'allonge, se déforme, et présente une dureté exceptionnelle. Enfin, l'émission sanguine sera quelquefois sous la dépendance de la *rupture d'une varice génitale*, ce qui se reconnaît à la simple inspection, de la *déchirure du sinus circulaire*, accident rare et sans importance si l'hémorragie est minime, ou d'un *thrombos vulvo-vaginal*, cas tout à fait exceptionnel.

Au cours du travail, en dehors des pertes de sang habituelles, il peut également exister des métrorragies : dans la plupart des cas, elles ne sont dues qu'à la *déchirure du col* et n'acquièrent alors que très rarement une importance notable ; dans les autres, elles sont sous la dépendance d'un *décollement du placenta prævia* ou d'une *rupture utérine*. Le décollement placentaire s'accompagne de pertes sanguines de plus en plus abondantes, suivant l'intensité et la répétition des contractions utérines ; la rupture de l'utérus, due à une présentation vicieuse, à un bassin rétréci, etc... ne se manifeste que par une hémorragie externe noirâtre peu abondante, mais il y a des signes d'hémorragie interne particulièrement grave, et par la palpation, on sent le fœtus dans la cavité abdominale.

Immédiatement après l'accouchement, pendant la délivrance, l'hémorragie tient soit au *retard de l'involution utérine*, soit à l'*inversion de l'utérus* ; nous ne reviendrons pas sur les hémorragies extra-utérines que nous avons déjà signalées. Dans le premier cas, la perte de sang se fait au moment où le placenta se décolle, et le diagnostic causal repose tout entier sur la constatation de l'état du globe utérin : il y a absence du globe de sûreté de Pinard, l'utérus est de consistence mollasse, ses limites sont peu nettes, remontant presque jusque sous les fausses côtes. Quant à l'inversion utérine, accident fort rare et dû le plus souvent à des tractions hâtives sur le cordon, elle s'accompagne d'une hémorragie extrêmement abondante, parfois foudroyante. L'utérus présente une disposition particulière, en cul de fiole, et l'état général est extrêmement grave.

Une femme récemment accouchée peut également présenter des émissions sanguines ; si l'accouchement a été normal, si le col est bien fermé et l'utérus à peu près normal, les hémorragies seront dues à la présence de débris du placenta, qu'il s'agisse de *rétention placentaire vraie* ou d'un *polype placentaire*. Si au contraire l'utérus est gros, si son col est largement ouvert, et si par le toucher utérin on reconnaît l'existence de masses molles, friables, saignant facilement, c'est d'un *chorio-épithéliome* (ancien déciduome malin) que l'on se trouvera en présence ; en interrogeant la malade, on apprendra dans la plupart des cas qu'il ne s'est pas agi de grossesse normale, mais bien de grossesse molaire.

Quel traitement devra-t-on instituer dans ces différents états ?

Si l'on a à traiter des hémorragies puerpérales, il faudra d'abord instituer un traitement local, qui variera nécessairement suivant les cas. La rupture d'une varice génitale demandera un tamponnement ou la mise à demeure d'une pince à forcipressure. Pour un décollement placentaire, il faudra vider l'utérus dans le plus bref délai au moyen de l'accouchement méthodiquement rapide ; pour une déchirure du sinus circulaire, on fera du tamponnement, et dans le cas d'hémorragies très abondantes, si le fœtus est viable, il sera indiqué de provoquer l'accouchement. Quant à l'insertion vicieuse du placenta, on devra dans le cas d'insertion centropartielle, débarrasser l'utérus de l'œuf qui n'est plus alors qu'une véritable tumeur maligne ; dans le cas d'insertion latéro-marginale, on usera d'abord du repos et des injections chaudes, et on ne se décidera à évacuer le contenu utérin que si les hémorragies se répètent et deviennent inquiétantes par leurs caractères. Pour l'inversion utérine, il faudra, l'utérus une fois vidé, tenter la réduction manuelle suivie d'un tamponnement intra-utérin : si l'on échoue, la laparotomie sera nécessaire (réduction manuelle, réduction après hystérotomie, hystérectomie). L'inertie utérine (après la délivrance) sera justiciable d'injections chaudes, de piqûres d'ergotine et de tamponnement intra-utérin. Les déchirures du col et les plaies vulvo-vaginales réclameront, suivant leur importance, un tamponnement, la mise en place d'une pince, ou une suture au catgut.

Dans les cas d'hémorragies abondantes, il sera nécessaire d'instituer de plus un traitement général, il consistera à immobiliser la malade, à la réchauffer, à combattre l'ischémie des centres (position de Tredelenburg, compression des ex-

◆◆◆

trémités), à relever le tonus vasculaire (sérum, caféine, éther, adrénaline, transfusion du sang), et à activer l'influx nerveux (huile camphrée, frictions, alcool, boissons chaudes).

En présence d'un avortement, d'une rétention placentaire, ou d'un polype placentaire, il faudra le plus tôt possible débarrasser l'utérus de son contenu, et c'est à un curetage que l'on devra avoir recours. Dans le cas de grossesse extra-utérine, l'intervention s'impose si la gestation n'a pas encore atteint 6 mois ; passé ce temps, la laparotomie ne sera pratiquée, si tout se passe bien, que vers la fin du 8e mois ou au début du 9e. L'hématocèle rétro-utérine nécessitera dans les cas graves une laparotomie immédiate (salpingectomie) ; dans les autres, il conviendra de laisser la malade se remonter un peu avant d'intervenir ; il en est de même pour l'hémato-salpinx où la crainte de comblications ultérieures indique l'ablation de la trompe. Le chorio-épithéliome est une tumeur des plus malignes, nécessitant une hystérectomie totale dans le plus bref délai.

B) Si, après l'interrogatoire de la malade, le médecin a reconnu que les hémorragies génitales ne relevaient pas d'une cause puerpérale, il devra songer soit à une affection gynécologique, soit à une affection médicale. Les premières sont beaucoup plus fréquentes que les secondes chez les jeunes femmes, et par les réponses de la malade, le praticien reconnaîtra assez facilement qu'il s'agit d'un accident de la vie génitale. Il est alors un bon élément de diagnostic qui lui permettra de guider ses investigations et de faire une première sélection, c'est l'*abondance de l'émission sanguine.*

L'hémorragie étant peu abondante, la lésion la plus fréquente à laquelle on devra songer tout d'abord, c'est la *métrite aiguë,* presque toujours d'origine gonococcique. Dans ce cas, les pertes rouges auront été précédées et sont encore accompagnées d'écoulement jaunâtre purulent ; il y a de la douleur spontanée, de la sensibilité utérine, de la cystalgie, la matrice est ramollie et montre un gros col turgescent. Si les pertes blanches ont plutôt un caractère muqueux et si l'utérus ne présente pas de caractères d'inflammation aiguë, l'hémorragie relève soit de *métrite chronique,* soit de *polype muqueux* : il est bien évident que si ce dernier ne proémine pas dans le vagin ou ne se montre pas à l'orifice cervical, le véritable diagnostic ne pourra être posé qu'à l'occasion d'un curetage, également nécessaire dans les deux cas.

L'hémorragie due à une *déviation utérine* est peu abondante, elle est douloureuse, s'associe à une sensation de pesanteur soit du côté de la vessie, soit du côté du rectum, suivant le sens de la chute utérine : le toucher vaginal ou rectal en montrant le siège du corps de la matrice révèlera la cause de l'émission sanguine. Il en est de même des hémorragies dues à une *annexite* où la perception d'une masse pâteuse, flanquant latéralement l'utérus, entraînera le diagnostic. La *tuberculose du col,* forme ulcérée ou végétante, n'a pas de symptômes caractéristiques : on ne devra y songer que par exclusion ou après une biopsie.

Si, au contraire, *l'hémorragie est abondante,* on devra penser en premier lieu à la possibilité d'une tumeur fibreuse, hypothèse que l'on vérifiera par le toucher vaginal et l'examen au spéculum. Un *polype fibreux* procident sera facilement reconnu, il en sera de même si le col est entrouvert et laisse apercevoir une tumeur blanchâtre ; si l'utérus est déformé ou augmenté de volume, il s'agira d'*un fibrome.*

Les *tumeurs malignes du vagin* se reconnaîtront facilement ; il en sera de même du *cancer du col* qui, chez les jeunes femmes, se présente presque toujours sous la forme végétante et remplit tout le fond de la cavité vaginale. Si l'examen clinique ne donne pas de résultats, on devra s'arrêter à l'idée d'un polype encore retenu dans le fond de la cavité utérine, plutôt qu'à celle d'un *cancer du corps,* lésion très rare chez les jeunes femmes ; un curetage après dilatation utérine confirmera l'hypothèse émise.

Le traitement de ces hémorragies gynécologiques ne pourra être qu'un traitement causal, et ce n'est qu'en traitant les diverses lésions dont elles dépendent que l'on arrivera à les faire disparaître : ce traitement sera presque toujours chirurgical. Un utérus dévié devra donc être fixé en bonne position, comme une annexe enflammée devra être enlevée ; il en sera de même des polypes, tant muqueux que fibreux, dont l'ablation devra être suivie d'un curetage de la cavité utérine, qui est également chez les jeunes femmes le seul traitement de la métrite chronique.

La tuberculose du col nécessitera une amputation supravaginale, et le fibrome utérin ne devra être traité par l'hystérectomie subtotale qu'après échec de la radiothérapie. Les tumeurs limitées du vagin pourront être enlevées au bistouri, comme le cancer du col encore peu développé (hystérectomie totale), mais si le néoplasme est quelque peu étendu, il vaudra mieux recourir à la radiumthérapie. La métrite aiguë devra, au début, être soignée médicalement (injections, cautérisations, crayons, tampon) ; ce n'est qu'en cas d'échec, de persistance d'un col gros, ulcéré, douloureux, que l'on sera conduit à une exérèse locale, et dans les cas tout à fait graves, à une hystérectomie plutôt vaginale qu'abdominale, si les annexes ne sont pas atteintes.

L'hémorragie génitale ne pouvant être rattachée ni à un accident de la puerpéralité, ni à une lésion gynécologique, le médecin devra son-

Cancers, Tuberculoses



et Maladies déminéralisantes : **Arthritisme, Entérites chroniques, Dyspepsies, Affaiblissement du Système nerveux**

TRAITEMENT par :

La DOLOMA et L'ŒNOPHOS

(*Hydro-carbonophosphate manganoso-magnésien*) (*Acide phosphorique organique*)

Selon la MÉTHODE de REMINÉRALISATION PHOSPHO-MAGNÉSIENNE des Professeurs DUBARD & VOISENET

2 Cures (10 jours de cure; puis s'arrêter pendant 10 jours et reprendre).

Cure Reminéralisante
Prendre dans la même journée
- 1° au principal repas **ŒNOPHOS** (*Elixir ou Granulé*) 1 cuiller à café.
- 2° loin des repas **DOLOMA** (*Poudre ou Granulé*) 1 paquet ou 1 cuill à café.
- 3° dans la journée **DOLOMA** (*Ampoules*) 1 injection par jour.

Cure Antidyspeptique
- au principal repas en cas d'Hypoacidité **ŒNOPHOS** (*acide*) (*Elixir ou Granulé*) 2 à 3 cuillers à café.
- loin des repas en cas d'Hyperacidité **DOLOMA** (*alcalin*) (*Poudre ou Granulé*) 2 à 3 paq. ou cuill. à café.

(Communication à l'Académie de Médecine en Avril 1918)

LABORATOIRE d'ÉTUDES BIOLOGIQUES
DIRECTION COMMERCIALE : *Commandes, Littérature et Echantillons :* PARIS, 18, Boulevard Magenta. — TÉL. NORD 49-75.
DIRECTION SCIENTIFIQUE : *Préparation, Analyses chimiques, biologiques et bactériologiques.* — DIJON, 29, Place Emile Zola.

LEB



CURE DES MALADIES INTESTINALES
CHATELGUYON-GUBLER

Constipation - Entérites
Dyspepsies gastro-intestinales
Insuffisance du Foie
Maladies coloniales
Déminéralisations



MODE D'EMPLOI

150 gr. à 200 gr., trois fois par jour, une heure avant les repas. Par périodes de 20 jours, interrompues par 15 jours de repos.

Renseignements et Commandes :

SOCIÉTÉ DES EAUX MINÉRALES DE CHATEL-GUYON, 6, SQUARE DE L'OPÉRA, PARIS.

ger alors à une affection médicale, qui, par son action sur la circulation, aura déterminé des métrorragies.

Les *cardiopathies* sont à mettre au premier rang : c'est le *rétrécissement mitral* déjà signalé, et c'est surtout la *maladie mitrale* d'origine rhumatismale. Les émissions sanguines sont surtout fréquentes au début de l'affection, au stade de cardiopathie bien compensée ; plus tard, à la période préasystolique, ou asystolique vraie, elles deviennent plus rares, mais il ne faut pas oublier qu'il existe des cas où à la congestion utérine passive succèdent des altérations anatomiques (utérus cardiaque), cas qu'il faut savoir reconnaître.

Les *affections du foie* exercent une influence considérable sur la coagulabilité sanguine ; c'est là une notion importante à savoir par suite de ses conséquences sur les hémorragies. La *cirrhose* ne les détermine que rarement, mais il n'en est pas de même de la *lithiase biliaire* qui, par ses crises fréquentes et rapprochées, provoque une congestion utéro-ovarienne se traduisant par des règles abondantes, prolongées, puis par des métrorragies intercalaires, — ainsi que de la *congestion hépatique* et des *différents ictères* (catarrhal, infectieux, grave) agissant plutôt par phénomènes vaso-moteurs.

Il ne faudra pas oublier la *leucémie* qui, dans de nombreux cas, entraîne des pertes fort graves.

Il existe, dans tous ces états morbides, un ensemble de signes qui entraînent le diagnostic de l'affection générale : le point important, c'est de leur rattacher l'hémorragie génitale, ce à quoi on arrivera aisément lorsqu'on se sera bien rendu compte de la situation de la malade.

Dans tous ces cas, il faudra d'abord instituer un traitement hémostatique local, par des injections vaginales chaudes (48° à 50°), des cautérisations de la muqueuse au chlorure de zinc, à l'antipyrine ; on ne négligera pas d'agir en même temps sur la maladie causale : digitale, régime hypochloruré, médication hypotensive, théobromine chez les cardiopathes, cholagognes (combretum ou boldo), chlorure de calcium et gélatine chez les hépatiques.

IVe cas. — Chez une femme approchant de la ménopause, c'est surtout à l'idée d'une lésion gynécologique que le médecin devra s'arrêter. Il éliminera d'abord par l'interrogatoire un accident de la puerpéralité, rare évidemment à cet âge, mais toujours possible, puis il recherchera successivement par ordre de fréquence la possibilité d'un fibrome, d'un polype fibreux, d'un cancer du col, d'un cancer du vagin ou d'un cancer du corps utérin.

Il est des cas faciles, utérus volumineux et déformé, hémorragies très abondantes, où le diagnostic de *fibrome* saute aux yeux à la simple inspection de l'abdomen. De même celui de *polype* si l'on sent dans le vagin une tumeur en battant de cloche dont le pédicule s'enfonce dans l'utérus, ainsi que celui de *cancer du vagin*, où il suffit de toucher la tumeur pour se rendre compte de sa signification. Le *cancer du col* est facile à reconnaître à un stade déjà avancé, il l'est moins au début, bien que des érosions et des ulcérations soient toujours suspectes chez une femme de 40 à 50 ans ; dans ce cas, mieux vaut pratiquer une biopsie en vue d'examen que d'attendre l'évolution normale et que les lésions soient trop avancées. Un utérus légèrement augmenté de volume avec des pertes peu abondantes, mais continues, s'accompagnant d'écoulement blanchâtre et séreux au début, puis roussâtre avec des lambeaux de muqueuse sous forme de raclures de boyaux, doit faire supposer un *néoplasme du corps utérin.*

Si l'examen ne révèle aucune altération appréciable, avant de conclure à une *irrégularité ménopausique*, le praticien ne devra pas manquer de rechercher l'ét t de l'appareil circulatoire. Il trouvera alors bien souvent un état d'éréthisme cardiaque avec accélération du 2e bruit au foyer aortique, parfois avec ébauche de bruit de galop. Le pouls sera plein, ample et dépressible, et l'appareil de Potain montrera de l'hypertension : c'est à l'*artériosclérose* qu'il faudra rattacher les métrorragies.

Le traitement des lésions gynécologiques des femmes âgées sera exclusivement chirurgical. On fera l'ablation d'un polype, et il vaudra mieux, dans le cas de fibrome où des complications de dégénérescence sont fréquents et bien souvent malaisés à reconnaître, en arriver d'emblée à une hystérectomie plutôt que d'avoir recours à la radiothérapie. Il en sera de même pour le cancer du corps utérin où l'hystérectomie totale est l'intervention de choix ; les cancers du vagin et du col seront suivant leur degré ou opérés ou traités par le radium. Quant aux hémorragies dues à l'artérioscléorse, il faudra se garder des injections chaudes ainsi que des agents hémostatiques ordinaires vaso-constricteurs : les seuls indiqués seront ceux qui favorisent la coagulation sanguine, chlorure de calcium et gélatine. Dans les cas graves, en fera du tamponnement vaginal, rarement un tamponnement utérin, et on ne négligera pas d'instituer une médication hypotensive (trinitrine, nitrites alcalins, théobromine, etc...).

V^e^ cas. — Lorsque la malade aura atteint la ménopause, et qu'au bout de quelques années, elle verra apparaître de nouveau des émissions sanguines, on devra songer à trois lésions possibles, cancer du col, cancer du corps et métrite sénile. Le *cancer du col* se reconnaît aisément à ses caractères propres ; il est plus délicat de dif-

férencier le *cancer du corps* de la *métrite sénile*, car ces deux affections présentent à peu près les mêmes symptômes : utérus augmenté de volume, écoulement fétide, hémorragies discrètes mais continues. Le cancer du corps doit être considéré comme plus fréquent que la métrite, mais seuls, l'endoscopie utérine ou le curetage explorateur pourront résoudre le problème. On peut également, comme dans le cas précédent, se trouver en présence de métrorragies relevant de l'artério-sclérose.

Le traitement sera ici encore exclusivement chirurgical : l'ablation de l'utérus s'imposera dans le cas de cancer du corps ; le cancer du col sera justiciable soit de l'exérèse, soit du radium ; la métrite sénile devra être d'abord curettée, puis traitée par l'hystérectomie totale en cas de récidive des accidents.

Nous avons, dans cette étude un peu rapide, essayé d'établir un diagnostic différentiel des différentes causes d'hémorragies génitales et nous les avons passées successivement en revue aux diverses périodes de la vie, en insistant sur les lésions qui se recontrent le plus souvent, celles à qui l'on doit songer tout d'abord. Dans la recherche de ce problème pathogénique, il est un fait qu'il ne faut jamais perdre de vue, c'est de se garder, en voyant une malade, d'avoir une idée préconçue ; il faut songer successivement aux diverses affections le plus en rapport avec l'âge, et n'arriver que par exclusion, aux lésions rares, que l'on ne doit envisager qu'en dernier lieu.

A TRAVERS LA PRESSE

L'incontinence nocturne d'urine chez l'adulte.

Elles sont de deux sortes, au dire de M. Papastratigakis (*Paris méd.*, 28 août 1920), qui s'élève contre l'hypothèse qu'elles seraient le plus souvent simulées, quand elles n'ont pas de substratum organique : l'incontinence congénitale et l'incontinence acquise.

Chez l'incontinent congénital, on retrouve presque toujours l'une des causes suivantes : tempérament nerveux des parents ; alcoolisme des parents ; syphilis. Quand on l'examine, on doit porter son attention sur le système nerveux, sur l'état mental et sur le fonction urinaire.

Au point de vue nerveux, on constate de la paratonie avec exagération des réflexes tendineux, du retard dans la marche et dans la parole. Au point de vue mental, ce qui domine, c'est l'aboulie, et aussi, sur un fond de dégénérescence, l'apparition d'une démence précoce. Si l'on note une diminution de la sensibilité périphérique, on ne trouve, par contre, jamais de manifestations hystériques.

Les stigmates de dégénérescence sont anatomiques et physiologiques. Anatomiques : ceux de la syphilis héréditaire, anomalie de coloration de la peau, nœvi, vitiligo, hypertricose, rides précoces, polymastie, phimosis, cryptorchidie, etc. Physiologiques : tics, troubles de la parole, frigidité génitale.

La fonction rénale est troublée : on note de la polyurie de moyenne intensité (3000 gr. environ), polyurie essentielle, influencée par l'émotion. Quand elle fait défaut, l'administration du bleu de méthylène fait apparaître une augmentation de la quantité des urines avec abaissement de leur densité et rétention de tous les éléments normaux de l'urine, à l'exclusion des chlorures et d'une petite quantité d'urée. La fonction vésicale est également altérée : on note de la pollakiurie et des troubles de la contractilité du muscle vésical (mictions impérieuses, parésie et hypotonie du muscle vésical).

Enfin, les urines elles-mêmes ne sont pas normales : elles sont de faible densité, généralement alcalines, avec diminution de l'urée et augmentation des sels (chlorures).

Les incontinences acquises relèvent soit de troubles nerveux ou mentaux acquis, soit de la néphrite chronique.

Enfin, l'auteur hasarde une interprétation de la nature de l'incontinence : elle serait liée à une insuffisance du système nerveux moteur. Il va même jusqu'à envisager l'hypothèse d'une atteinte du faisceau pyramidal, dont il voit la manifestation clinique dans certains symptômes observés.

Quant à la néphrite chronique, elle agirait par une intoxication ou des troubles de la statique rénale dont elle troublerait l'équilibre.

Ces faits demandent à être étudiés attentivement. Ils sont cependant des plus intéresasnts, et établissent qu'il faut se garder de considérer *à priori* comme des simulateurs les incontinents adultes chez lesquels on ne trouve pas d'affection organique susceptible d'expliquer leur infirmité.

Traitement de la grenouillette sublinguale.

Deux méthodes sont généralement préconisées : l'exérèse totale de la tumeur par dissection, et sa destruction par action d'agents chimiques.

M. Bonnet-Roy, qui fait la critique de l'un et de l'autre de ces procédés, dont les résultats sont souvent douteux, préconise une méthode mixte consistant à marsupialiser la poche kystique et à en détruire ensuite la paroi par des topiques énergiques (*Paris médical*, 4 septembre 1920).

On ouvre le kyste dont on évacue le contenu.

On dissèque les parois de la poche aussi loin que possible et on les résèque. Les limites de la dissection et de la résection étant atteintes, on obtient une cavité hémisphérique qu'on maintient béante en suturant par cinq ou six fils de soie la tranche pariétale aux lèvres de l'incision de la muqueuse sublinguale.

On cautérise ensuite la poche avec des tampons imbibés de solution de nitrate d'argent à 5 % ou à 10 %, quatre ou cinq fois par semaine pendant quinze jours environ. La difficulté consiste à éviter la fermeture spontanée de la poche qu'on maintiendra béante, même à l'aide d'une mèche.

La poche se transforme peu à peu en un petit trajet fistuleux borgne qui se ferme très rapidement.

L'embarras gastrique aigu.

Épisode au cours des dyspepsies, l'embarras gastrique aigu se caractérise par une langue saburrale, de l'anorexie avec état nauséeux, de la température, plus ou moins élevée, de l'asthénie, de l'insomnie, de la céphalée, des vomissements avec diarrhée ou constipation, etc.

M. Pron, à qui les affections gastro-intestinales sont si familières, examine comment on doit traiter cet embarras gastrique, ce qu'il ne faut pas faire, ce qu'on doit ordonner.

Il ne faut ni purger, ni ordonner des antiseptiques internes et des anti-thermiques.

Par contre, on prescrira le repos au lit ou à la chambre, une alimentation légère (bouillon de légumes, petits potages), des compresses chaudes sur l'abdomen, ou, s'il existe de la diarrhée, un léger laxatif (sulfates de soude et de magnésie).

Si la température dépasse 39°, on conseillera les grands bains tièdes, ou à défaut, le pyramidon en potion (0,30 à 0,40 par jour).

Enfin, si les fermentations intestinales sont intenses, on emploiera le collargol en potion ou en pilules (0,10 à 0,15 par jour) ou le phosphate de trinaphtyle, en comprimés de 0,05 deux ou trois fois par jour (*Journ. des Prat.*, 28 août 1920).

Les pneumococcies des nourrissons.

MM. Nobecourt et Paraf exposent les remarques qu'ils ont eu l'occasion de faire sur différentes manifestations pathologiques imputables au pneumocoque, observées chez de tous jeunes enfants, de 4 à 5 mois en moyenne(*Presse méd.*, 28 août 1920).

La première de ces manifestaitons est la rhinopharyngite dans laquelle on note de la fièvre, un fléchissement de l'état général, des signes d'obstruction nasale, de la toux, du coryza muqueux ou muco-purulent, de l'herpès. Cette affection évolue sous trois formes : légère, moyenne et grave, avec une marche aiguë ou subaiguë, celle-ci se prolongeant et pouvant faire penser à l'hérédo-syphilis ou à la tuberculose au début. Le pronostic en est généralement favorable. Le diagnostic clinique, assez aisé, demande à être confirmé et précisé par le *diagnostic bactériologique.*

L'otite moyenne pneumococcique est également assez commune. Chez les petits enfants, elle ne donne pas lieu à la bruyante symptomatologie offerte par les enfants plus âgés, parce que le tympan dès premiers mois se perfore facilement. Une goutte de pus trouvée sur l'oreiller est la *signature* de l'affection qui se guérit en quelques jours.

La trachéo-bronchite, la bronchite aiguë et la broncho-pneumonie pseudo-lobaire répondent à l'envahissement par le pneumocoque des différents étages de l'arbre respiratoire. La broncho-pneumonie est notamment une affection grave, qui peut se terminer par la guérison, mais dans laquelle la mort est assez fréquente.

La pleurésie purulente, la péricardite, la méningite, le purpura sont d'autres localisations du pneumocoque chez les nourrissons.

La prophylaxie de ces affections est réalisée par l'isolement : on séparera les bébés indemnes de tout malade, quel qu'il soit. On pourrait essayer les vaccinations au moyen d'émulsions de pneumocoques chauffés.

Le traitement de la rhino-pharyngite comporte des instillations de sérum boraté s. l. f. :

Borate de soude	3 gr.
Chlorure de sodium	0 gr. 75
Eau bouillie	100 gr.

ainsi que les instillations d'huile camphrée ou de collargol. Les auteurs n'acceptent pas l'huile goménolée ou eucalyptolée chez les petits enfants. Les inhalations d'oxygène barbotant dans de l'huile goménolée à 20 % donnent de bons résultats.

Contre la broncho-pneumonie, on prescrit les bains chauds à 38° toutes les quatre heures, et dans l'intervalle, des enveloppements thoraciques humides et frais ; les injections d'huile camphrée, les injections de sérum anti-pneumococcique, seulement dans les cas graves, et pratiquées localement (intra-pulmonaires ou intra-pleurales).

« Dans les broncho-pneumonies et les pleu-« résies purulentes à pneumocoques des nourris-« sons, la sérothérapie anti-penumococcique a « été très bien tolérée et a paru avoir une action « efficace, d'autant plus nette que, le plus sou-« vent, il s'agissait de bébés très jeunes. »

Epilepsie et hystérie.

L'hystérie et l'épilepsie peuvent-elles s'associer et donner lieu à des crises combinées hystéro-épileptiques ? Peut-il y avoir transformation des crises hystériques en crises épileptiques et vice versa ? Telles sont les principales questions qu'examine M. Marchand (*Presse médic.*, 8 septembre 1920), qui résume ainsi son étude :

« On ne peut s'appuyer sur quelques rares « cas dans lesquels le diagnostic a été difficile « à préciser pour admettre qu'il existe des crises « convulsives, résultat d'une combinaison de « crises hystériques ou épileptiques.

« Gowers décrit des attaques hystériques « post-épileptiques ; il les a rencontrées chez de « jeunes sujets qui présentaient souvent d'au« tres manifestations d'hystérie. Nous avons « observé de tels cas, mais il s'agissait alors « d'hystéro-épilepsie à crises combinées, c'est« à-dire d'hystérie. C'est la même interpréta« tion que nous donnons aux observations, tel« les celles de Crookshank dans lesquelles les « sujets font, après un accès soi-disant épilepti« que, des mouvements acrobatiques avec atti« tudes en arc de cercle.

« De même nous sommes d'avis que les cri« ses considérées comme épileptiques, après « lesquelles surviennent des troubles qui dis« paraissent et reparaissent, sous l'influence « d'une forte suggestion (cas de Clark) sont de « nature hystérique. »

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

Dangereux accidents causés par l'absorption de gâteaux à la crème (Saint-Honoré, choux et cornets à la crème, flans, sauce mayonnaise).

A la séance du 23 juillet 1920 du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, M. Dubief a donné lecture du rapport suivant relatif aux accidents causés par l'absorption de gâteaux à la crème. Ces accidents se reproduisent assez fréquemment tant en province qu'à Paris : ils sont dus au bacille paratyphique et sont souvent d'une extrême gravité. Nous pensons que cette question d'hygiène alimentaire intéressera nos lecteurs.

M. Dubief. — Je voudrais donner quelques renseignements au sujet d'accidents causés par l'absorption de gâteaux à la crème qui viennent de se produire il y a quelques jours. Sans doute ces faits ne sont pas nouveaux, et je n'aurais pas cru devoir en entretenir le Conseil d'Hygiène, s'ils ne fournissaient pas l'occasion de mettre en lumière certaines notions d'intérêt très général, intéressant au plus haut point l'hygiène et la protection de la santé publique.

Voyons d'abord les faits : dans la nuit du dimanche 20 juin au lundi 21, un certain nombre de personnes habitant un quartier excentrique de Paris furent prises brusquement d'accidents toxiques assez sérieux, paraissant d'origine alimentaire. Une enquête rapidement menée par M. le Commissaire de police du quartier révéla immédiatement que toutes ces personnes avaient absorbé des gâteaux à la crème provenant de chez un boulanger-pâtissier du quartier. M. le Commissaire de police saisit quelques gâteaux restant chez le commerçant, ainsi que les œufs provenant d'un lot qui avait servi à les confectionner, œufs de poule et œufs de cane, et il envoya le tout pour analyse bactériologique à l'Inspection générale des Services d'hygiène à la Préfecture de police.

Le nombre des personnes atteintes est assez élevé : il se monte à 28, dont près des deux tiers sont des enfants. Les accidents observés ont été très aigus, assez graves, mais jusqu'ici, bien qu'un certain nombre de malades soient encore dans un état sérieux, il ne s'est pas produit de décès, et il est assez vraisemblable qu'il ne s'en produira pas. Pour expliquer cette bénignité relative et un peu anormale, on pourrait invoquer la vie chère, qui incite les commerçants à faire les gâteaux très petits ; mais c'est là une suggestion d'ordre purement anecdotique, car le nombre colossal de microbes trouvés dans les examens bactériologiques serait plus que suffisant pour amener les plus graves accidents ; il faut donc penser plus simplement que ces microorganismes étaient peu virulents.

A quel genre de gâteaux avait-on affaire ? Il ne s'agissait pas ici du genre de gâteaux dits « Saint-Honoré » : ceux-ci, qui présentent d'ailleurs un danger analogue, sont faits exclusivement avec du blanc d'œuf, ce qui leur donne leur aspect neigeux recherché des gourmets. Les gâteaux incriminés sont des pâtisseries à la crème, confectionnés avec l'œuf complet (jaunes et blancs réunis), incorporé à du lait et un peu de farine, auxquels malheureusement les pâtissiers ont la mauvaise habitude d'ajouter une petite quantité de gélatine pour donner du corps à la crème : c'etaient des choux à la crème, des cornets à la crème, un flan. La crème qui sert à la confection de ces pâtisseries est préparée à froid, elle n'est pas cuite : là est le danger comme, je vais le montrer. Ces gâteaux sont préparés de la façon suivante : tout d'abord, la croûte est faite comme à l'ordinaire et bien cuite au four, à l'instar du pain ; cette croûte est donc pratiquement stérile. La crème est préparée à part, dans un vase quelconque et, en général, sans aucune précaution, même de propreté. Une fois la pâte cuite, chaque gâteau reçoit, au moyen d'une cuiller, la quantité voulue de crème. Ceci fait, le gâteau est légèrement repassé au four ; mais ce chauffage, très court d'ailleurs, n'est destiné uniquement qu'à dorer la surface de la crème pour lui donner de

la tenue et un plus bel aspect. En aucun cas la température n'est assez élevée pour arriver à la stérilisation de la crème, car si celle-ci était obtenue, il en résulterait forcément une coagulation des albumines de l'œuf, qui ferait précisément perdre à la crème ses caractères organoleptiques qui sont sa caractéristique essentielle. Bien loin de stériliser le gâteau, ce chauffage supplémentaire ne fait que favoriser l'altération ultérieure, par le fait que la croûte du gâteau, étant mauvaise conductrice de la chaleur, contribue à maintenir pendant plusieurs heures la température intérieure aux environs de 40°, température favorable à une abondante pullulation microbienne. Cette condition, d'ailleurs, favorise la vente de la pâtisserie, le public établissant une relation de cause à effet entre le gâteau tout chaud et le gâteau tout frais, ce qui est d'ailleurs vrai en général.

Ceci étant dit, voyons comment peuvent se produire les accidents, et quelle est la cause première de ceux-ci. Si le gâteau est mangé tout de suite et, au plus tard, le jour même de sa confection, si les matières employées sont saines et de bonne qualité, aucun accident n'est à craindre en général, même au cas d'une infection accidentelle, celle-ci ne pouvant arriver à produire tous ses effets, en raison du court espace de temps écoulé entre la confection et la consommation, qui n'a pas permis encore une pullulation abondante du germe pathogène. Mais si l'on attend un peu et que le gâteau soit mangé le lendemain ou le surlendemain, les choses peuvent alors changer du tout au tout. Si le gâteau n'a reçu que les germes banaux de l'air ou de l'eau, ils peuvent pulluler sans grands inconvénients physiologiques ; on ne risque guère que quelques troubles digestifs sans gravité ; mais si, par malchance, un germe pathogène a été introduit, il trouve dans la crème un milieu singulièrement propice à sa pullulation (œuf, lait, sucre, gélatine, chaleur) : il se développe avec une extraordinaire abondance, et crée les accidents dont il est ici question. On a remarqué, à titre documentaire, que ces accidents se produisent très souvent le dimanche soir ou le lundi, parce que, en raison du repos dominical combiné avec la plus grande consommation ce jour-là, le commerçant est enclin à préparer des gâteaux d'avance pour suffire à la demande plus importante en ce jour de fête. C'est ce qui s'est produit encore dans le cas présent.

Les considérations qui précèdent, peut-être un peu longues, étaient nécessaires pour établir un fait capital qui intéresse directement l'hygiène et la prophylaxie. Elles permettent, en effet, d'établir contrairement à l'opinion fort répandue et souvent affirmée, que ces accidents peuvent se produire avec des gâteaux confectionnés avec des matières premières de bonne qualité et parfaitement saines : tout dépend d'une infection pathogène accidentelle de la crème, survenue pendant ou après la confection de la crème, et du temps qui s'est écoulé entre la fabrication et la consommation. Ces accidents d'ailleurs ne sont pas spéciaux aux gâteaux à la crème, et j'ai personnellement observé plusieurs cas d'intoxication grave, causée par la sauce mayonnaise absorbée le lendemain, ou le surlendemain de sa confection ; les mêmes circonstances se retrouvent d'ailleurs ici : œufs battus à froid, avec possibilité d'infection accidentelle, etc.

L'analyse bactériologique des gâteaux incriminés a été faite par M. le docteur Violle, chef du laboratoire du service des Epidémies à la Préfecture de police ; elle a révélé en quantité colossale des microbes du groupe paratyphique B : c'est en effet le microorganisme le plus souvent constaté dans les accidents de ce genre. D'où vient ce microbe et quel a pu être le mécanisme de son introduction dans les gâteaux ? On a vu plus haut que vraisemblablement, des œufs de cane avaient été utilisés pour la confection des gâteaux incriminés ; or, on a soutenu que les œufs de cane étaient parfois toxiques et pouvaient contenir des bacilles paratyphiques. Ces bacilles seraient introduits dans le cloaque de la cane pendant l'accouplement sexuel qui se fait à l'ordinaire dans l'eau et souvent dans des eaux de mare fortement contaminées. Cette assertion souvent émise aurait besoin d'être contrôlée. Toujours est-il que, dans le cas présent, les œufs examinés, soit de poule, soit de cane, ont été largement ensemencés sur divers milieux de culture. Tous les milieux restèrent stériles.

On peut penser à un porteur de germes parmi le personnel de la pâtisserie ; les personnes qu'on a pu examiner à ce point de vue n'ont rien révélé. Mais il faut bien savoir que l'homme n'est pas le seul porteur possible du bacille paratyphique. C'est un microbe ubiquitaire, et on le trouve chez les animaux domestiques, chez le rat où il est très fréquent ; il existe dans les matières fécales de ces animaux, d'où il peut être transporté par les mouches ou par tout autre véhicule banal et accidentel.

La conclusion à tirer des faits qui précèdent est que, quelle que soit la qualité des gâteaux à la crème, ceux-ci deviennent dangereux s'ils ne sont pas consommés *le jour même de leur fabrication.* Si les commerçants sont bien avertis de ces faits, leur intérêt évident suffira pour les inciter à se soumettre à cette élémentaire précaution hygiénique.

M. Netter. — J'ai reçu, dans mon service de l'hôpital Trousseau, six enfants dont les accidents gastro-intestinaux peuvent être imputés à l'ingestion de ces gâteaux. J'en ai vu trois dans le service de mon collègue.

Mon interne, M. Clément, a noté dans les selles et dans le sang d'un de ces enfants le bacille paratyphique B.

Je suis tout à fait d'accord avec notre collègue Dubief sur l'interprétation des accidents et le rôle de la chaleur. La démonstration de l'intervention de porteur de germes serait très intéressante.

Il est permis cependant d'imaginer que des agents aussi répandus que les bacilles paratyphiques pour-

ront être introduits avec les éléments qui servent à la confection des gâteaux (crème, œufs, etc.).

Il convient enfin de mettre en évidence l'emploi de la gélatine dans la confection de ces crèmes. La gélatine, très favorable au développement des microbes, donne facilement naissance à la production de substances toxiques. Il serait très désirable que l'on renonçât à son emploi, au moins pendant la saison chaude.

M. Marquez. — Il y a une quinzaine d'années, un de mes bons amis, qui habitait le faubourg Saint-Denis, a vu sa femme et sa belle-sœur mourir intoxiquées après avoir mangé un saint-honoré ; une troisième personne qui en avait seulement goûté fut malade, et mon ami qui s'était abstenu ne fut comme de juste nullement insidposé.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

La tuberculose des nourrissons et sa prophylaxie

(MM. Léon Bernard et Debré. — *Académie de méd.*

MM. Léon Bernard et Debré ont étudié les modes de l'infection tuberculeuse chez les enfants du premier âge, à la crèche de l'hôpital Laënnec, crèche où sont reçues les mères atteintes de tuberculose pulmonaire accompagnées de leurs nourrissons.

Le diagnostic de la tuberculose du nourrisson est et ne peut être établi, dit M. Léon Bernard, que par la cuti-réaction. Aucun symptôme général, pas plus la fièvre que l'amaigrissement ; aucun signe physique, stéthacoustique ou radiologique, ne doivent être escomptés pour avertir de la présence de l'infection bacillaire chez le petit enfant. La cuti-réaction elle-même est fallacieuse si elle n'est pratiquée qu'une fois. Il faut la renouveler en série, tous les huit à dix jours.

A la crèche spéciale de l'hôpital Laënnec, toute femme entrante, reconnue atteinte de tuberculose, est immédiatement séparée de son enfant. Pendant la période d'observation seulement, l'allaitement maternel est continué, un masque étant appliqué sur le visage de la mère. On part de ce principe généralement admis que la tuberculose du nourrisson est due à l'entourage et en particulier à la mère, malade. Comme preuve nouvelle de cette notion, les auteurs ont vu, sur 58 enfants de femmes tuberculeuses et ayant vécu avec elles, 40 d'entre eux présenter une cuti-réaction positive, alors que, dans les mêmes conditions 65 mères non bacillifères avaient 57 enfants sains.

Il y a plus. La tuberculose, chez le nourrisson, est d'autant plus fréquente et d'autant plus grave que l'enfant a vécu plus longtemps avec sa mère tuberculeuse. A ce sujet, M. Léon Bernard s'élève contre l'opinion souvent soutenue de l'incurabilité de la bacillose du petit enfant. Certes l'infection bacillaire du nourrisson est très grave, mais si l'on peut séparer l'enfant de sa mère, si l'on arrive assez tôt, le petit malade, même contaminé, est susceptible de guérir. Ainsi, sur 30 nourrissons tuberculeux, l'auteur a pu obtenir 18 guérisons. Il faut un contact d'un certain temps entre la mère atteinte de bacillose et l'enfant pour que celui-ci contracte la maladie. La maladie s'aggrave progressivement au fur et à mesure que se prolonge le contact. Lorsqu'on sépare le nourrisson de sa mère, ou on arrive à temps et l'enfant guérit, où l'imprégnation a été trop grande et la mort est alors rapide, en peu de semaines. Le nourrisson qui survit deux mois après la séparation a bien des chances d'être sauvé.

C'est donc, ajoute M. Léon Bernard, une nécessité impérieuse que de séparer aussitôt que possible les petits enfants de leurs mères tuberculeuses. On y parvient par la persuasion. Il importe d'ailleurs de donner un lendemain à cette première étape prophylactique. Ce sera le placement de l'enfant, soit collectif dans une pouponnière, soit familial. Ainsi soustraits à la contagion bacillaire, les petits enfants, élevés à la campagne, y demeureront sans doute. La plupart, probablement, resteront à la terre. Tous, en tout cas, seront rendus à la santé !

La ponction lombaire dans l'intoxication oxycarbonée.

(MM. Legry et J. Lermoyez. — *Académie de médecine.*)

M. Legry rappelle qu'il a publié, en 1908, deux observation d'intoxication par l'oxyde de carbone dans lesquelles il avait pu suivre la marche d'un état méningé à tendance hémorrhagique. L'année suivante, MM. Chauffard et Troisier présentaient un cas analogue.

M. Legry vient d'observer un nouvel exemple de réaction céphalo-rachidienne hémorrhagique dans l'intoxication oxy-carbonée. Chez un malade transporté dans ces conditions à l'hôpital de la Charité, la première ponction lombaire donna issue à du sang presque pur. Ce processus méningé congestif joue sans doute un rôle dans la symptomatologie, bien qu'il en soit pas constant. La ponction lombaire, d'autre part, semble avoir une certaine utilité, en pareil cas.

Angine de poitrine guérie par résection du sympathique.

(M. Thomas Jonnesco, de Bucarest. — *Académie de médecine.*)

En 1896, M. Jonnesco a proposé et pratiqué pour la première fois la résection totale de sympathique cervical, y compris le premier ganglion thoracique, contre l'épilepsie et le goitre exophtalmique. Il a eu recours, ultérieurement, à la même opération dans le traitement du glaucome et de la migraine.

Il relate aujourd'hui l'observation d'un cas d'an-

Les Laboratoires du **NÉOL**, *9, rue Dupuytren, Paris, tiennent à la disposition de MM. les Docteurs du*

CODOFORME
BOTTU

Produit solide, défini et stable, rigoureusement dosé en **COMPRIMÉS.** *Les expériences cliniques des Hôpitaux de Paris ont démontré que c'était un* **SÉDATIF NOUVEAU,** *non toxique, quoique très actif, des formes rebelles de la*

TOUX



TOUX
catarrhales
et emphysèmateuses



TOUX
émétisante
des Tuberculeux

TOUX
nerveuses, spasmodiques
et coqueluchoïdes.

NÉOL
en gargarismes
prévient la GRIPPE et guérit l'ANGINE

gine de poitrine guérie par la résection du sympathique cervico-thoracique. L'opération remonte à quatre années et les accès d'*angor pectoris* ne sont pas réapparus depuis.

M. Jonnesco donne l'explication suivante aux bons effets de son opération :

Les symptômes de l'angine de poitrine reconnaissent pour cause une irritation du plexus cardio-aortique, due à une lésion, constante (Gilbert, Vaquez), de l'aorte. De cette origine, part un réflexe qui donne naissance aux troubles douloureux, vasculaires et moteurs, constituant le syndrome de l'*angor pectoris*. Les troubles en question ne sont susceptibles de se produire que si le réflexe émané du plexus aortique peut aboutir aux centres nerveux. La section du sympathique cervico-thoracique agit en supprimant la voie centripète de ce réflexe.

Colite membraneuse.

(MM. Florand et Girault. — *Société médicale des hôpitaux.*)

MM. Florand et Girault relatent une observation intéressante de colite membraneuse.

Une malade, atteinte de constipation opiniâtre, avait traité celle-ci au moyen de lavages intestinaux journaliers. Au bout de peu de temps, des membranes étaient apparues dans les selles, membranes longues, véritables tubes de plusieurs dizaines de centimètres, donnant à la patiente l'impression de rendre par lambeaux son intestin.

Examinées au point de vue histologique, ces membranes se montrèrent composées de stratifications de mucus concrété contenant des cellules épithéliales et par places des fibres musculaires de la *muscularis mucosæ*.

S'appuyant sur l'étiologie (constipation et lavages à pression répétés), M. Florand conseilla la suppression des lavages et administra un antipasmodique sous forme de teinture de belladone à la dose de 60 gouttes par jour. Tenant compte, d'autre part, des études de Roger, de Riva et Nepper, qui ont montré le manque, chez ces malades, du liquide anti-coagulant qu'est la bile, un extrait biliaire fut adjoint à la médication. Moins de quinze jours après le début de ce traitement, la constipation diminua et les membranes disparurent totalement.

Pleurésie interlobaire traitée par pneumothorax et néo-salvarsan.

(M. Dumitrescu-Mante, de Bucarest. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Dumitrescu-Mante est parti de cette base que la pleurésie interlobaire, vidée partiellement par une vomique, constitue une cavité suppurative pouvant former une sorte de foyer gangréneux pulmonaire.

Considérant, en outre, les travaux de P. Émile Weil, de Achard, Flandin et Ravault, qui ont fait connaître l'utilité du néo-salvarsan dans les gangrènes, et du pneumothorax artificiel dans la gangrène pulmonaire, l'auteur a appliqué dans un cas de pleurésie interlobaire, une association thérapeutique comprenant des injections intra-pleurales d'azote et des injections intra-veineuses de néo-salvarsan. Le résultat a été très satisfaisant.

Hépatite amibienne aiguë et émétine.

(Mme Panayotaton, d'Alexandrie. — *Société médicale des hôpitaux.*)

L'auteur présente un travail relatif à six cas d'hépatite amibienne aiguë guéris sans opération et à vingt-huit cas opérés. Il insiste sur la valeur diagnostique et pronostique de l'examen leucocytaire du sang et sur l'action abortive et curative de l'émétine.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses.

Thèse de Montpellier.

Dr Joseph Lavagna, professeur agrégé d'Ophtalmologie à la Faculté de Médecine de Pavie (Italie). — **Les troubles oculaires paludiques en Macédoine.** Nice, imprimerie Gasparini, 1920.

Dr Louis Brunet. — **Traitement des pleurésies purulentes par le goménol et l'électrargol, après insufflation d'air dans la plèvre.** Montpellier, imprimerie Firmin et Montane, 1920.

La méthode de traitement des pleurésies purulentes par insufflation de goménol ou d'électrargol ne doit pas absorber tous les cas de pleurésies purulentes. Même lorsque ses indications sont formelles, il convient d'agir avee la plus extrême prudence.

Pleurésies non tuberculeuses .— A part les cas de pleurésies suraiguës à streptocoques ou de pleurésies putrides, on pourra presque toujours tenter le traitement par insufflations.

On lui adjoindra toujours une énergique médication antimicrobienne et reconstituante (électrargol, huile camphrée, etc.), et le plus souvent possible la sérothérapie, et mieux encore l'autosérothérapie, qui semble appelée à un avenir thérapeutique brillant.

PARTIE PROFESSIONNELLE

L'EXERCICE DE LA PHARMACIE

Projet de loi mis au point.

Après avoir publié et commenté le projet de loi Vincent et le projet émanant d'une initiative privée, nous offrons aujourd'hui à nos lecteurs un troisième projet qui est une combinaison de ce que nous avons trouvé de bon dans l'un et l'autre des deux premiers, complétée par certaines dispositions qui nous paraissent indispensables pour assurer les droits respectifs du médecin et du pharmacien dans la préparation et la vente des médicaments.

Nous ne referons pas ici un long exposé des motifs.

Nous nous bornons à signaler tout particulièrement à nos confrères : 1° l'article 12, qui autorise l'association du médecin et du pharmacien pour la fabrication et l'exploitation d'une spécialité pharmaceutique inventée par le premier ; 2° l'article 13, qui autorise *tous* les médecins sans exception à délivrer, *en cas d'urgence*, les médicaments et objets de pansement nécessaires à leurs malades, selon une liste insérée au Codex, et qui règle en même temps les droits des propharmaciens ; 3° l'article 15 qui, en guise de réciprocité, autorise les pharmaciens à délivrer, d'une façon générale, sans ordonnance, un certain nombre de médicaments énumérés dans une liste également inscrite au Codex, et, *en cas d'urgence*, à remplacer auprès des blessés et des malades le médecin absent.

Ce sont là les dispositions essentielles, au regard des empiètements inévitables que chacune des deux parties en présence est appelée à faire sur le terrain professionnel de l'autre. Elles codifient ces empiètements et les limitent aux seules exigences de l'intérêt des malades qui est prédominant.

Nous osons croire que les termes que nous proposons pour leur rédaction auront l'agrément des intéressés :

DÉFINITIONS PRÉLIMINAIRES

ARTICLE 1er.

Est réputée *médicament* toute substance simple ou composée, quelle que soit sa forme, servant au traitement de l'homme ou des animaux malades.

La fabrication et la vente des médicaments sont régies par la présente loi.

ARTICLE 2.

Ne sont pas considérés comme médicaments :

1° Les eaux minérales naturelles ;

2° Les produits chimiques utilisés dans l'industrie et les arts et vendus à des poids non médicinaux;

3° Les substances dont la vente aura été déclarée libre après avis de l'Académie de Médecine.

ARTICLE 3

Sont réputées *poisons* les substances déclarées telles après avis de l'Académie de médecine.

La vente des poisons est régie, en outre des prescriptions de la présente loi, par la loi du 16 juillet 1916 et le décret du 14 septembre 1916 concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, notamment l'opium, la morphine et la cocaïne.

PHARMACIEN VENDANT AU DÉTAIL

ARTICLE 4

Nul ne peut exercer la profession de pharmacien s'il n'est muni d'un diplôme de pharmacien délivré par le Gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur de l'État.

Les pharmaciens diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne peuvent exercer leur profession en France qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de pharmacien français et en se conformant aux dispositions de la présente loi.

Tout étranger, quoique muni du diplôme de pharmacien français, ne pourra exercer la pharmacie en France que si, par réciprocité, un Français pourvu du diplôme de pharmacien délivré par le pays auquel appartient cet étranger peut exercer la pharmacie dans ce pays.

Les étudiants étrangers qui postulent le diplôme de pharmacien en France sont soumis aux mêmes règles de stage, de scolarité et d'examens que les étudiants français.

Un diplôme spécial pourra être délivré aux étudiants étrangers sans leur conférer le droit d'exercer la pharmacie sur aucune partie du territoire français.

Les étudiants aspirant à ce diplôme seront soumis aux mêmes règlements et examens que les étudiants français.

Toutefois il pourra leur être accordé, en vue de l'inscription réglementaire, soit la dispense des grades français requis pour l'inscription, soit l'équivalence des grades obtenus par eux à l'étranger ainsi que des dispenses partielles de scolarité correspondant à la durée des études faites par eux à l'étranger.

Un règlement d'administration publique établira les équivalences de diplômes pour les pharmaciens alsaciens-lorrains, déterminera les équivalences de grade pour les étudiants en cours d'études et fixera la date à partir de laquelle il n'y aura plus qu'un seul régime d'études.

ARTICLE 5.

Tout pharmacien, avant d'ouvrir une officine ou d'entrer en possession d'une officine déjà établie, est tenu d'en faire la déclaration à la mairie du lieu et de faire enregistrer sans frais son diplôme à la préfecture du département ou à la sous-préfecture de l'arrondissement où il doit exercer, ainsi qu'au greffe du tribunal civil dans le ressort duquel est située l'officine. Mention de cet enregistrement doit être faite au dos du diplôme par l'autorité administrative. Le fait de transférer son officine d'une localité dans

une autre oblige à un nouvel enregistrement du titre, préalablement à la nouvelle installation.

Est soumis à la même obligation tout pharmacien qui prend la gestion d'une officine dans les cas prévus par la présente loi.

Il est établi chaque année dans les départements, par les soins du préfet et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et la provenance du diplôme des pharmaciens. Ces listes sont affichées chaque année, dans le mois de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux ministres de l'hygiène, de l'instruction publique, de la justice et de l'agriculture. La statistique du personnel pharmaceutique existant en France et aux colonies est dressée tous les ans par les soins du ministre de l'hygiène.

Article 6.

Les internes en pharmacie nommés au concours et pourvus de huit inscriptions au moins, ainsi que les étudiants en pharmacie pourvus de douze inscriptions au moins peuvent être autorisés à exercer la pharmacie à titre de remplaçant d'un pharmacien, dans les conditions prévues à l'article 8. Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois. Elle est renouvelable, sans que sa durée puisse excéder le délai fixé à l'article 8.

Article 7.

Toute officine, tout établissement destiné à la préparation et à la vente en gros ou en détail des médicaments doivent être effectivement dirigés et gérés par un ou plusieurs pharmaciens.

Est soumise à la même obligation toute association ayant pour objet l'exploitation d'une officine ou d'un établissement visé au paragraphe précédent.

Sont interdits au pharmacien toute profession, tout commerce qui, nécessitant sa présence hors de l'officine ou de l'établissement, empêcherait cette gestion d'être effective.

Article 8.

Après le décès d'une personne pourvue du diplôme de pharmacien et exerçant la pharmacie, son conjoint survivant ou ses héritiers peuvent, pendant un temps qui ne peut pas excéder une année à partir du décès, maintenir son officine ouverte en la faisant gérer soit par un pharmacien, soit par un étudiant en pharmacie autorisé dans les conditions déterminées par l'article 6 de la présente loi. Ce délai est porté à trois années lorsque le défunt laisse un enfant étudiant en pharmacie pourvu de huit inscriptions de scolarité.

Dans le cas dûment constaté de maladie, mettant le propriétaire d'une officine dans l'impossibilité absolue de la gérer, il est pourvu à la gérance, pendant la durée de la maladie, dans les conditions indiquées dans le précédent paragraphe.

Article 9.

Tout pharmacien propriétaire d'une officine ouverte au public a la faculté de se faire assister par des aides, munis ou non du diplôme de pharmacien, mais il reste personnellement responsable des erreurs qu'ils pourraient commettre.

Si le nombre des aides non diplômés concourant à l'exécution des ordonnances est supérieur à quatre, ceux en surnombre doivent être surveillés par des pharmaciens diplômés qui ne peuvent jamais avoir sous leurs ordres plus de quatre aides non diplômés.

Les pharmaciens diplômés sont soumis aux conditions fixées par l'article 2, relativement à la déclaration et à l'enregistrement de leur diplôme.

Article 10.

Il est interdit au pharmacien de solliciter habituellement, auprès du public, des commandes par l'intermédiaire de préposés ou de courtiers à sa solde.

Toutefois, cette interdiction ne vise pas la collecte à domicile des ordonnances médicales.

Article 11.

Tout débit, étalage ou distribution de substances simples ou préparations possédant ou auxquelles sont attribuées des propriétés médicales ou curatives est interdit sur la voie publique, dans les foires et marchés, à toute personne, même munie du diplôme de pharmacien.

Les annonces, réclames et attestations relatives à l'emploi, aux indications ou aux propriétés des médicaments appartiennent exclusivement à la librairie médicale et pharmaceutique, à tous les ouvrages, revues et journaux qui la constituent.

Ces annonces, réclames et attestations publiées ou effectuées en dehors de cette librairie constituent le délit d'exercice de la médecine.

Article 12.

Toute convention d'après laquelle un pharmacien ou un herboriste assurerait à un médecin, un chirurgien-dentiste, une sage-femme ou un vétérinaire un profit quelconque, dans l'exercice de leur profession, sur la vente d'un produit médicamenteux, est prohibée et nulle. Tout pharmacien ou herboriste qui aura offert à un médecin, à un chirurgien-dentiste, à une sage-femme ou à un vétérinaire, ou tout médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme ou vétérinaire qui aura sollicité d'un pharmacien ou herboriste un profit quelconque sur la vente d'un produit médicamenteux est passible des peines portées à l'article 37.

Toutefois l'inventeur d'une spécialité médicamenteuse garantie par une marque de fabrique déposée, qu'il soit ou non médecin, est autorisé, selon le droit commun, à s'associer avec un pharmacien diplômé, ayant ou non officine ouverte, pour l'exploitation de cette spécialité aux conditions fixées aux articles 30, 31, et 32 ci-après.

Article 13.

Toutefois et sans contrevenir à la présente loi, les médecins, sages-femmes, dentistes et vétérinaires peuvent délivrer des médicaments aux malades qu'ils visitent, si ces derniers habitent à plus de 2 kilomètres d'une officine.

Ils peuvent encore délivrer les médicaments dans leur cabinets' ils habitent eux-mêmes une commune dépourvue d'officine.

Enfin pour leurs opérations de cabinet ou pour satisfaire aux cas d'urgence, tous les médecins, sages-femmes, dentistes et vétérinaires peuvent délivrer librement les médicaments dont une liste aura été dressée par la Commission du Codex.

Article 14.

Les médecins, sages-femmes, dentistes et vétérinaires, visés à l'article précédent, ne peuvent tenir officine ouverte.

Ils sont, pour leurs dépôts de médicaments, soumis à toutes les obligations résultant pour les pharmaciens des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente.

Article 15.

De même et sans contrevenir aux dispositions de la loi sur l'exercice de la médecine, les pharmaciens peuvent délivrer à l'acheteur. sur sa demande, sans

ordonnance et aussi souvent qu'il se présentera, les médicaments dont la liste sera établie par la Commission du Codex.

En dehors de cette exception, le pharmacien ne pourra délivrer un médicament sans ordonnance et sous sa propre inspiration que dans le cas d'urgence pour un accident ou une maladie nettement commençante. La répétition constituerait le délit d'exercice illégal de la médecine prévu par l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892.

ARTICLE 16.

L'ordonnance d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste, d'une sage-femme ou d'un vétérinaire doit être rédigée de manière à pouvoir être exécutée dans toutes les pharmacies. Elle doit porter le nom et l'adresse de l'ordonnateur, soit écrits très lisiblement, soit imprimés, soit apposés à l'aide d'un timbre humide ou sec.

ARTICLE 17.

La préparation et la vente des remèdes secrets sont interdites.

Est assimilé au remède secret tout médicament dont l'ordonnance serait rédigée de manière à ne pouvoir être exécutée que dans telle ou telle officine à la faveur de signes ou d'expressions conventionnels.

ARTICLE 18.

A partir de la cinquième année qui suivra la promulgation de la présente loi, il ne sera plus délivré de certificat d'herboriste.

A partir de cette même époque, les herboristeries seront fermées au décès de chaque titulaire ou bien à l'heure où celui-ci cessera l'exploitation personnelle de son commerce.

En attendant, toute personne pourvue du certificat d'herboriste ne peut détenir ou vendre, parmi les substances médicamenteuses, que les plantes ou parties de plantes médicales indigènes, fraîches ou sèches, à l'exception des mélanges de plantes et des plantes vénéneuses dont la liste figure au Codex. Les herboristes sont soumis à la formalité de la déclaration et de l'enregistrement du diplôme prescrit par l'article 2 de la présente loi.

ARTICLE 19.

Les pharmacies des hôpitaux, hospices, bureaux d'assistance ou autres établissements d'utilité publique, des sociétés de secours mutuels ou unions de sociétés de secours mutuels doivent être gérées par un pharmacien.

Elles ne sont pas ouvertes au public et ne peuvent, sauf dans les cas d'urgence, délivrer des médicaments qu'aux malades de ces établissements ou membres participants de ces sociétés.

ARTICLE 20.

Toute officine, tout établissement destiné à la préparation ou à la vente en gros ou en détail des médicaments doit porter le nom du pharmacien qui en a la gestion.

Le nom de ce pharmacien et son adresse seront également portés sur les timbres, factures et étiquettes.

ARTICLE 21.

Tout médicament sortant d'une officine ou d'un des établissements visés à l'article précédent doit être revêtu d'une étiquette.

Cette étiquette portera :

Pour les médicaments simples, soit le nom scientifique, soit l'une des dénominations mentionnées au Codex ;

Pour les médicaments composés, soit l'une des désignations mentionnées au Codex, soit le nom et la dose de la ou des substances médicamenteuses qui entrent dans sa composition ;

Pour les médicaments préparés extemporanément sur ordonnance, soit le nom et la dose de la ou des substances médicamenteuses qui entrent dans sa composition, soit telle mention spéciale qui sera stipulée sur l'ordonnance.

Elle portera en outre la date de la préparation de ces médicaments et, s'il s'agit d'un médicament spécialisé qui ne peut être contrôlé par le pharmacien vendeur, la signature du pharmacien préparateur.

De plus, tout médicament destiné à l'usage externe sera revêtu d'une étiquette spéciale dont le modèle sera déterminé par le règlement d'administration publique prévu par la présente loi.

ARTICLE 22.

L'exécution d'une ordonnance doit toujours être conforme au libellé de cette ordonnance : toute substitution d'une substance à une autre, toute modification de dose, sans le consentement du signataire de l'ordonnance, sont interdites.

Si le pharmacien le juge nécessaire, il pourra ajourner ou même refuser l'exécution d'une ordonnance, mais il devra s'abstenir de toute critique.

L'exécution d'une ordonnance ne pourra jamais être renouvelée si mention de cette faculté n'est faite sur l'ordonnance elle-même par celui qui l'aurait signée.

ARTICLE 23.

Toute ordonnance exécutée dans une pharmacie sera rendue à l'acheteur après apposition du timbre de la pharmacie.

Si le pharmacien croit devoir conserver l'ordonnance, il devra en délivrer une copie certifiée conforme.

ARTICLE 24.

L'officine sera obligatoirement approvisionnée d'une façon habituelle des remèdes qui sont d'emploi général, notamment de ceux dont il est fait couramment usage par les médecins de la région.

Le pharmacien qui, faute de posséder dans son officine les médicaments prescrits, n'aurait pu, à plusieurs reprises, exécuter une ordonnance, ne serait pas admis à se prévaloir du bénéfice de l'article 4 de la présente loi et à poursuivre pour exercice illégal de la pharmacie les médecins, sages-femmes, dentistes ou vétérinaires qui auraient délivré le médicament.

ARTICLE 25.

Les pharmacies sont inspectées, chaque année, par une commission de trois membres, comprenant obligatoirement au moins un médecin et un pharmacien, et désignés, dans chaque département, par le préfet sur la proposition du conseil départemental d'hygiène.

Les conditions de cette inspection seront déterminées par le règlement d'administration publique prévu par la présente loi.

En aucun cas les frais de cette inspection ne pourront être supportés par les établissements sur lesquels elle s'exercera.

ARTICLE 26.

Une commission permanente, instituée près des ministres compétents, est chargée de publier, tous les dix ans au moins, une édition de la pharmacopée légale ou Codex et, tous les deux ans au moins, un fascicule complémentaire.

Le Codex est rédigé en langue française.

Tout pharmacien devra être pourvu de la plus récente édition du Codex et de ses compléments.

ARTICLE 27.

La commission du Codex établira :

1° La liste des médicaments à inscrire au Codex ainsi que leur formule et leurs modes de préparation et d'essai, suivant les cas, afin d'assurer l'uniformité des produits dans toutes les officines ;

2° La liste des médicaments que les médecins, sages-femmes, dentistes et vétérinaires pourront délivrer en cas d'urgence ou utiliser pour leurs opérations de cabinet ;

3° La liste des médicaments que les pharmaciens pourront librement délivrer en exécution de l'art. 7.

ARTICLE 28.

A partir de la promulgation de la présente loi les professions connexes de pharmacien, médecin, sage-femme, dentiste et vétérinaire jouiront du droit de constituer des associations syndicales mixtes dans les termes de la loi du 21 mars 1884 pour la défense de leurs intérêts professionnels communs et notamment pour la poursuite, au nom de la sécurité de la santé publique, de l'exercice illégal de ces professions.

Les syndicats ainsi constitués pourront saisir les tribunaux par voie de citation directe donnée dans les termes de l'article 182 du code d'instruction criminelle, sans préjudice de la faculté de se porter, s'il y a lieu, partie civile dans toute poursuite de ces délits intentée par le ministère public.

TITRE II

PRÉPARATION ET VENTE EN GROS DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES.

ARTICLE 29.

La fabrication et la vente des drogues simples et des produits chimiques destinés à la pharmacie, sans qu'ils soient jamais délivrés directement au consommateur pour l'usage thérapeutique, sont libres, sous réserve des règlements spéciaux concernant certains de ces produits.

ARTICLE 30.

Les drogueries pharmaceutiques fabriquant ou vendant des drogues simples, des produits chimiques destinés à la pharmacie et des préparations pharmaceutiques, doivent être exploitées, soit par un pharmacien, soit par une société en nom collectif, dont un des membres est pharmacien, soit par une société en commandite simple, dont l'un des commandités est pharmacien, soit par une société en commandite par actions, dont l'un des gérants est diplômé, soit par une société anonyme, dont le conseil d'administration devra comprendre un pharmacien.

Dans tous les cas, l'associé ou gérant diplômé est désigné comme gérant responsable.

Tout pharmacien qui prendra la gestion d'une droguerie pharmaceutique sera tenu de déposer son diplôme dans les conditions fixées par l'article 2.

ARTICLE 31.

Les droguistes pharmaceutiques peuvent détenir et vendre toutes drogues, produits chimiques ou préparations pharmaceutiques, même s'ils ne répondent pas aux formules du Codex français, à la condition que ces produits soient étiquetés et vendus conformément à leur composition.

ARTICLE 32.

Les médicaments visés dans l'article précédent devront porter une étiquette indiquant le nom, le domicile, et la qualité de pharmacien français du fabricant, ainsi que le nom et la dose par unité de prise des principes médicamenteux actifs entrant dans sa composition.

L'étiquette devra en outre porter un numéro d'ordre indiquant le classement sous lequel aura été inscrit à l'académie de médecine la communication contenant le nom et la dose de toutes les substances entrant dans la composition du produit. Ce pli cacheté ne pourra être communiqué qu'aux experts chimistes régulièrement munis de pouvoirs judiciaires.

La législation et les règlements sur la vente des substances vénéneuses sont applicables à ces préparations, lorsqu'elles renferment ces substances.

Un règlement d'administration publique déterminera les conditions d'application des deux derniers paragraphes de cet article.

ARTICLE 33.

La vente, la livraison et l'annonce de tout remède secret sont interdites.

Sont considérés comme remèdes secrets les médicaments simples ou composés qui ne sont pas munis d'une étiquette portant les indications prévues par l'article 21 de la présente loi.

Sont également considérés comme remèdes secrets les médicaments non inscrits au Codex ou dans une pharmacopée étrangère ou dans une de leurs précédentes éditions, livrés aux pharmaciens pour être revendus par ceux-ci, soit en nature, soit après avoir subi une manipulation, et qui ne sont pas munis, au moment de leur livraison aux pharmaciens, d'une notice indiquant leurs caractères d'identité et, s'il y a lieu, leur degré de toxicité.

TITRE III

PÉNALITÉS. — DISPOSITIONS DIVERSES.

ARTICLE 34.

Quiconque aura contrevenu aux prescriptions de l'article 4, en dehors des exceptions prévues à l'arcle 15 de la présente loi, sera puni d'une amende de 100 à 500 fr. et, en cas de récidive, d'une amende de 100 à 1000 fr., et d'un emprisonnement de six jours à six mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

ARTICLE 35.

Tout pharmacien qui n'aurait pas fait la déclaration prévue par l'article 10 de la présente loi sera puni d'une amende de 10 à 200 fr.

ARTICLE 36.

La livraison des substances médicamenteuses, à quelque titre qu'elle soit faite, sera assimilée à la vente et sera soumise aux dispositions de l'article 423 du Code pénal et de la loi du 27 mars 1851.

En conséquence, seront punis des peines portées par l'article 423 du Code pénal et par la loi du 27 mars 1851 ceux qui auront trompé sur la nature des substances médicamenteuses livrées, ceux qui auront livré des substances médicamenteuses qu'ils sauront falsifiées ou corrompues et ceux qui auront trompé ou tenté de tromper sur la qualité des choses livrées.

ARTICLE 37.

Toutes autres infractions aux dispositions de la présente loi seront punies d'une amende de 16 à 1000 fr.

En cas de récidive, la peine est doublée.

ARTICLE 38.

En cas de poursuites judiciaires suivies d'une condamnation, les tribunaux pourront ordonner la fermeture de l'officine ouverte ou exploitée dans des conditions contraires aux dispositions de la présente loi.

Ils pourront ordonner l'exécution par provision de cette disposition, nonobstant opposition, appel ou recours en cassation.

ARTICLE 39.

La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la pharmacie peuvent être prononcées par les cours et les tribunaux, accessoirement à la peine principale, contre tout pharmacien condamné :

1° A une peine afflictive ou infamante ;

2° A une peine correctionnelle prononcée pour faux, vol ou escroquerie, ainsi que pour les crimes et délits prévus par les articles 317, 331, 332, 334 et 335 du Code pénal ;

3° A une peine correctionnelle prononcée par une Cour d'assises pour les faits qualifiés crimes par la loi.

4° A une peine correctionnelle prononcée pour une infraction à l'article 36 de la présente loi.

En cas de condamnation prononcée à l'étranger pour un des crimes ou délits ci-dessus spécifiés, le coupable peut également, à la requête du ministère public, être frappé par les tribunaux français de la suspension temporaire ou de l'incapacité absolue de l'exercice de la profession.

Les aspirants ou aspirantes au titre de pharmacien, condamnés à l'une des peines énumérées aux paragraphes 1, 2 et 3 du présent article, antérieurement à leur inscription, peuvent être exclus des établissements d'enseignement supérieur.

La peine de l'exclusion sera prononcée dans les conditions prévues par la loi du 27 février 1880.

En aucun cas, les dispositions du présent article ne sont applicables aux pharmaciens frappés d'une peine quelconque pour crime ou délit politique.

Tout pharmacien qui continue à exercer sa profession malgré la peine de la suspension temporaire ou de l'incapacité absolue prononcée contre lui tombe sous le coup de l'article 34 de la présente loi.

ARTICLE 40.

Les tribunaux pourront, dans tous les cas, ordonner l'affichage du jugement prononçant une condamnation dans les lieux qu'ils désigneront et son insertion, intégrale ou par extrait, dans les journaux qu'ils indiqueront, le tout aux frais du condamné.

ARTICLE 41.

L'article 463 du Code pénal est applicable aux infractions prévues par la présente loi.

ARTICLE 42.

Dans l'année qui suivra la promulgation de la présente loi, il sera rendu un règlement d'administration publique pour déterminer les conditions de son exécution.

ARTICLE 43.

La présente loi est applicable à l'Algérie.

ARTICLE 44.

Sont et demeurent abrogés :

1° L'arrêt de règlement du Parlement de Paris du 22 juillet 1748 et tous arrêts, édits, déclarations et règlements qui y sont rappelés ;

2° La déclaration du Roi du 25 avril 1777 ;

3° La loi du 14 avril 1791 ;

4° La loi du 29 pluviôse an XIII ;

5° Le décret du 25 prairial an XIII ;

6° La loi du 21 germinal an XI ;

7° Le décret du 18 août 1810 ;

8° L'ordonnance du 8 août 1816 ;

9° Le décret du 3 mai 1850 ;

10° Le décret du 23 mars 1859 qui cessera d'être en vigueur à la date du décret d'administration publique prévu par l'article 42.

11° Généralement, les dispositions des lois, ordonnances et décrets antérieurs, dans ce qu'elles auraient de restrictif ou d'incompatible avec les prescriptions de la présente loi.

Nous soumettons notre projet à l'examen des praticiens qui nous lisent et des syndicats qu'ils forment.

S'il obtient leurs suffrages, nonobstant tels amendements de détail qui pourraient être suggérés, nous espérons qu'une unanimité se fera dans le corps médical pour mener une action vigoureuse et efficace auprès du Parlement afin qu'il soit pris en considération et adopté, tout au moins, dans les clauses qui visent l'exercice de la pharmacie par les médecins, l'exercice de la médecine par les pharmaciens, et qui sont pour nous tout particulièrement importantes.

G. DUCHESNE.

SOU MÉDICAL

Rapport du secrétaire général

pour l'Assemblée générale du 21 novembre 1920.

Oui, le « Sou médical » est vraiment le conseiller juridique des médecins. Je n'en prends pour témoin que la diversité des questions, qui, au cours de l'année, nous sont posées et que nous avons à résoudre.

Lorsque, pour faire mon rapport annuel, je dois parcourir les procès-verbaux de toutes les séances d'une année et lorsque je dois me remémorer les nombreuses lettres, qui nous demandent conseils sur toutes les difficultés de la vie journalière du praticien, je comprends aisément que les confrères donnent en grand nombre leur adhésion à notre Ligue. Il est si commode et si économique de n'avoir qu'à écrire au « Sou » en cas d'ennui, de conflit, ou même uniquement pour demander l'interprétation d'un texte !

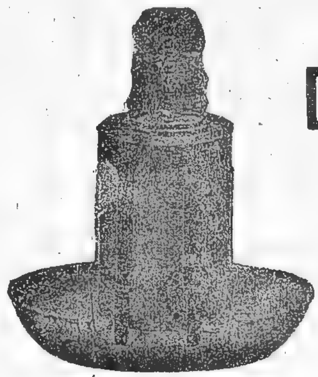
C'est en confrères que nous répondons ; c'est en confrères que nous nous mettons à votre place, pour pouvoir vous donner un conseil pratique et vécu ; c'est en confrères encore que nous envisageons la suite probable d'un procès, sa répercussion, non seulement sur les intérêts privés en jeu, mais aussi sur l'ensemble du corps médical.

Aussi, puis-je, en toute conscience, vous de-

Prescrire

LE FUMIGATOR GONIN

Cartouche auto-productrice d'aldéhyde formique,
c'est s'assurer par avance d'une



DÉSINFECTION EFFICACE

éprouvée, simple, discrète et peu coûteuse

EN VENTE DANS TOUTES PHARMACIES

ainsi que tous PRODUITS, PROCÉDÉS
et APPAREILS de DÉSINFECTION
en surface, en profondeur et par lavages ou trempages

DES ÉTABLISSEMENTS GONIN

FLUOFORMOL GONIN — SALUBRINE PHENIX

ÉTUVES de tous chauffages, fixes et transportables, à basse température, sans pression, utilisant le **Fumigator**.

Adresser toute la Correspondance à M. GONIN

Ad. Télég. : FUMIGATOR-PARIS | **60, rue Saussure, PARIS, 17e** | *Téléphone* : Wagram 17-2

CHOLÉÏNE

CAPSULES GLUTINISÉES
A L'EXTRAIT INALTÉRABLE DE FIEL DE BŒUF
4 A 6 CAPSULES PAR JOUR

CAMUS

MALADIES DU FOIE

ENTÉRO-COLITE

CONSTIPATION

CHOLÉINE CAMUS
13, rue Pavée, PARIS-IVe

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
SUR DEMANDE A MM. DOCTEURS

mander de remercier nos avocats conseils : M[es] Gatineau, Auger, Dumesny, sans oublier les médecins dévoués, qui, pour assister aux séances du Conseil, abandonnent leur clientèle, tant à Paris qu'en province, comme Maurat, Gassot et Decourt.

Passons maintenant rapidement en revue les évènements les plus saillants de l'année.

Comme toujours, les *accidents du travail* tiennent la corde : les compagnies d'assurances-accidents ne perdront pas de sitôt leur caractère procédurier. Aussi, les suivons-nous en justice, pour défendre vos intérêts.

Tout d'abord la majoration du 100 % fut l'objet d'une résistance éperdue de la part de nombreuses compagnies. Néanmoins, beaucoup de conflits ont pu être solutionnés à l'amiable.

L'hospitalisation des blessés du travail est une question à l'ordre du jour. Non seulement les médecins sont spoliés de leurs légitimes honoraires, en raison du « tout compris », mais encore les commissions administratives des hôpitaux nous demandent conseil pour mettre un terme à l'exploitation éhontée du bien des pauvres par le richissimes compagnies financières, dites assurances. Nous avons pu faire obtenir satisfaction à quelques confrères, pour ces questions.

Inutile de vous dire également que nous avons soutenu moralement et pécuniairement plusieurs des nôtres, qui ayant eu satisfaction en justice de paix pour des notes contestées, en accidents du travail, étaient traînés en appel par un adversaire procédurier.

C'est encore un procès que nous soutenons, pour faire juger si un médecin traitant peut faire faire une radiographie, qu'il juge nécessaire et urgente pour poser son diagnostic. L'assurance, peu soucieuse des souffrances du blessé, entend imposer son acceptation ou son refus, quel que soit le temps mis pour répondre.

Nous ne vous étonnerons pas en vous disant que les contentieux d'assurances essayent d'intimider les médecins, en poursuivant des procès jusqu'en cassation. Le « Sou médical » soutient actuellement quelques pourvois, dont les arrêts ne sont pas encore rendus, car la justice est loin d'être rapide et gratuite, en France.

Les *accidents de droit commun*, accidents agricoles, accidents survenus à des domestiques, donnent lieu également à de nombreux procès, parce que toujours une compagnie d'assurances empêche le patron de s'arranger à l'amiable avec le médecin traitant.

Tout d'abord, constatons que les assurances veulent imposer au docteur le tarif Dubief, alors que ce dernier n'est applicable qu'aux accidents du travail, ressortissant de la loi du 9 avril 1898. Un juge de paix a même rendu un jugement contre nous, en appliquant indûment le tarif Dubief. Inutile de dire que notre appui moral et pécuniaire a été accordé à notre adhérent pour faire appel.

Les *recouvrements d'honoraires* constituent une majeure partie des demandes qui nous sont adressées. En principe, le « Sou médical » n'étant pas une agence de recouvrement, ne peut pas se charger de poursuivre l'encaissement des sommes dues. Notre rôle consiste à donner la marche à suivre, ainsi que tous conseils et consultations juridiques.

Mais, parfois nous accordons notre appui pécuniaire, lorsque des questions de principes sont soulevées. Ainsi, un tribunal ne veut pas admettre, pour le médecin, la preuve testimoniale pour une somme supérieure à 150 francs. Nous soutenons l'appel, pour démontrer une fois de plus que l'exception de l'article 1348 du Code civil est applicable au médecin qui se trouve dans l'incapacité morale d'exiger de son client une preuve écrite de la dette contractée.

De même avons-nous accordé notre appui pécuniaire à plusieurs confrères, qui devaient soutenir leurs prétentions devant le tribunal civil et constituer avoué et avocat, dans des localités éloignées de leur résidence.

Egalement nous avons soutenu un confrère, chirurgien, qui se voyait discuter et diminuer considérablement sa note d'honoraires, sous le prétexte qu'il n'était pas chirurgien, nommé au concours.

Inutile de dire que nous intervenons lorsque le débiteur essaye d'intimider le médecin, par une demande reconventionnelle en dommages-intérêts, pour prétendue faute. Notre assistance a le plus souvent pour effet le désistement de l'adversaire, qui préfère payer son dû.

Une contestation d'honoraires, pour laquelle nous ouvrons une enquête, serait due à des propos malveillants, ou maladroits, qu'un chirurgien, pratiquant une intervention ultérieure, sur le même malade, aurait tenus sur le premier chirurgien. Le client s'est emparé de ces réflexions mal placées pour se refuser à tout payement.

Les *rapports déontologiques* peuvent donc donner lieu à des procès. C'est ainsi que nous avons dû donner notre appui à un confrère qui avait été indignement trompé dans l'achat d'une clientèle. En revanche, nous avons donné notre appui à un confrère, qui a gagné en première instance et est actuellement en appel, contre son successeur, qui, pour ne pas tenir ses engagements, prétend que la vente d'une clientèle est nulle de plein droit. Oui, mais si le vendeur s'est engagé à certaines obligations, qu'il a tenues, le contrat devient valable.

Nous avons servi d'arbitre dans un différend entre remplaçant et remplacé pour fixer le quantum du prix de journée de remplacement et dé-

cider si le remplaçant avait le droit de s'absenter le dimanche.

Arbitres encore dans un conflit entre un syndicat médical et un confrère qui avait profité de sa mobilisation pour prendre dans une ville et racine et certains postes, momentanément abandonnés par les médecins mobilisés.

Enfin, nous soutenons un adhérent contre son remplaçant, qui a trouvé bon de s'installer à côté du remplacé.

L'*exercice illégal* de la médecine fait l'objet d'un procès pour lequel nous avons accordé notre appui pécuniaire à un confrère, désireux de se porter partie civile, contre un curé poursuivi par le parquet.

Les *contrats d'achat d'automobile* nous ont beaucoup occupé et ont nécessité de nombreuses consultations de nos avocats conseils et en particulier de Me Gatineau. Devant le grand nombre de procès à soutenir (plus de 200), le conseil a décidé d'avancer les frais de procès, pour nos confrères, étant bien entendu que ceux-ci rembourseront le «Sou», si des dommages-intérêts leur sont alloués, pour les dédommager, car ces procès sont un à-côté de la défense professionnelle.

Nous avons dû également intervenir dans une action d'un adhérent, docteur dentiste, contre un fabricant, qui voulait lui livrer un fauteuil pour art dentaire, différent du modèle choisi et bien entendu, pour un prix plus élevé. Notre appui a suffi pour rappeler le vendeur aux règles de l'honnêteté la plus élémentaire.

L'*action syndicale* n'est pas de notre ressort : chaque syndicat et l'Union ont seuls qualité pour défendre les intérêts collectifs des médecins, alors que le « Sou » a pour raison d'être le respect des intérêts individuels de chacun. Néanmoins, dans un conflit entre un syndicat médical et un préfet pour une question d'assistance gratuite, n'avons-nous pas hésité à promettre notre appui pécuniaire, à chacun des membres du syndicat, qui serait adhérent au « Sou », dans le cas où le préfet demanderait au procureur de la République des poursuites contre nos confrères. Mais tout s'est arrangé, au mieux des intérêts des médecins.

Les commissions arbitrales pour les loyers nous ont conduits à soutenir des adhérents, soit pour des cas particuliers, nécessitant l'intervention d'un avocat, soit pour demander à la Cour de Cassation d'annuler des décisions, pour absence de motifs ou vices de forme.

Devant le Conseil d'Etat, nous avons soutenu un *médecin de colonisation* pour une question d'indemnité de logement. Nous avons perdu notre recours. En revanche, devant la même juridiction, nous avons été assez heureux de faire allouer une indemnité importante à la fille d'un de nos confrères, mort des suites d'un accident causé par une voiture militaire.

La *responsabilité professionnelle* a, comme toujours, été le bien petit côté de notre action. Bien peu nombreux sont les procès de ce genre, eu égard au total de toutes nos interventions en justice.

Un de nos confrères a gagné en première instance et en appel un procès en responsabilité, pour prétendue faute lourde, dont le malade ne se serait aperçu qu'au bout de douze ans.

Un autre a également gagné son procès en première instance et en appel, mais nous devons payer pour lui, tous les frais des deux procès, car le client était insolvable. O beauté de notre justice : le médecin gagne, mais il doit néanmoins tout payer.

Un procès en responsabilité est l'objet de notre sollicitude. Un médecin expert, ne pratiquant pas la médecine, a rendu responsable notre confrère de doses médicamenteuses de strychnine, qui cependant sont employées plus largement encore. Soulevant un point de procédure, basé sur l'interprétation de la loi d'amnistie, nous avons soutenu notre confrère en première instance, en appel et devant la Cour de cassation pour revenir maintenant devant la première juridiction.

Un médecin, directeur d'une maison de santé, a été condamné à douze cents francs de dommages-intérêts pour une radiodermite, occasionnée par la négligence d'un aide. Le procès est en appel.

Ceci nous conduit à préciser une fois de plus quelle doit être notre attitude lorsqu'un de nos adhérents, estimant que la garantie de 10.000 francs couverte par le « Sou » est insuffisante, contracte une assurance à une compagnie quelconque. Qui aura à payer les frais de procès ? Les frais de condamnation s'il y a lieu ? Qui conduira la défense du confrère ?

Nous reportant à nos statuts, nous déclarons toujours que, si l'adhésion au «Sou» est antérieure à l'assurance, c'est nous qui conduirons la marche du procès, nous en assumerons les frais et de procédure et des dix premiers mille francs de dommages-intérêts. Mais, si l'assurance est antérieure à l'adhésion « au Sou », elle doit payer d'abord. Quant à la marche du procès, nous demanderons à notre adhérent de nous tenir au courant, pour que nous puissions intervenir, au cas où l'assurance ferait passer son propre intérêt avant celui du médecin et même avant celui du corps médical tout entier.

La lecture de ce long rapport vous donnera, je l'espère, la preuve que nous n'avons pas perdu notre temps. En tout cas, ce qui nous encourage à mieux faire encore, c'est de voir les adhésions venir de plus en plus nombreuses, pour combler les vides occasionnés par la guerre.

Nous sommes également heureux et fiers de la

confiance que nous accordent nos adhérents, qui nous laissent entendre qu'ils se sentent en parfaite sécurité, lorsqu'ils ont donné leur adhésion au « Sou ».

Aussi, soyez assurés que votre conseil, vos avocats, nous tous enfin, ne négligerons rien pour que notre profession, trop souvent la victime des collectivités publiques et privées, puisse enfin se faire rendre justice et occuper, dans la société moderne, une place honorable et respectée.

Dr Paul BOUDIN,
Docteur en droit.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Divorce ou contrat

La Fédération des médecins de la Seine groupant 42 sociétés a voté le principe suivant : Le médecin doit considérer la Mutualité comme un client ordinaire lui versant des honoraires en rapport avec sa situation sociale. Si ce n'est le texte exact, c'est du moins son esprit.

Ce vote est des plus importants en tant que principe, mais il est d'une réalisation pratique des plus difficiles. Quels peuvent être les voies et moyens pour arriver à ce résultat.

Le moyen le plus simple, c'est que les sociétés mutuelles versent, en cas de maladie, à leurs sociétaires une indemnité globale comprenant les honoraires médicaux, les frais pharmaceutiques et les allocations de chômage. En ce cas les sociétaires se font soigner comme ils l'entendent, choisissent leurs médecins et leurs pharmaciens et les règlent eux-mêmes comme des clients ordinaires. C'est le système rêvé, l'idéal auquel doivent tendre les médecins, c'est ce que nous défendons depuis longtemps. La société établit un contrat avec ses sociétaires, ceux-ci prennent avec leurs médecins les arrangements qu'ils désirent, il n'y a aucun intermédiaire entre le médecin et le malade.

Les sociétés mutuelles font une objection à cette manière de faire, l'abus des sociétaires, reconnaissant ainsi que les sociétaires sont susceptibles d'abuser. C'est à elles de se garantir contre ce danger, par un contrôle rigoureux et judicieusement établi.

Un autre procédé, c'est la limitation des frais médicaux par les sociétés ; la partie excédant le tarif établi restant à la charge du sociétaire. C'est un autre mode de contrat, d'une part entre le sociétaire et la société, pour la partie à la charge de cette dernière et un contrat entre le médecin et le sociétaire pour la partie supplémentaire. Dans ce mode de règlement, le médecin fait confiance à la société pour les honoraires fixés, qui lui sont payés par elle. Il y a déjà sinon un contrat, du moins un arrangement avec la société. Ici pas de crainte d'abus de soins médicaux. Car le sociétaire, participant de ses ressources aux frais médicaux, a tout intérêt à les maintenir dans une juste limite. Ceci est vrai pour les combinaisons qui vont suivre.

Un autre procédé, c'est la participation du sociétaire aux frais médicaux de la société par les différents systèmes si bien exposés par le Dr Bolliet dans son rapport au Congrès de Lille, des tickets ou celui du système Lyonnais de chèque mutualiste préconisé par le Dr Noir et moi-même.

Le sociétaire achète à sa société des tickets de visite ou de consultation à un prix déterminé et qui peut varier selon les circonstances. Le prix payé par le sociétaire ajouté au prix fixé par la société constitue le montant des honoraires remis par le malade au médecin à chaque visite ou consultation, tickets payés par la caisse de la société chaque trimestre. Au lieu de ticket il peut y avoir des chèques mutualistes signés par le sociétaire le jour où il est visité par son médecin, remis à celui-ci et présentés avec son acquit à la caisse sociale à des époques déterminées.

En réalité, les deux procédés se confondent. Tous deux ont pour principe la participation du malade dans ses frais de maladie, variables selon les circonstances, du cinquième, du quart, de la demie, selon l'écart entre le prix payé par la société et celui réclamé par le médecin.

Ces différents procédés décrits s'accommodent avec les principes défendus par le Corps médical, libre choix du médecin et paiement à la visite et sur lesquels les médecins se montrent intransigeants.

Mais ici il y a forcément contrat entre médecins et mutualité. Dans ces cas le contrat est passé avec chaque médecin à titre individuel.

La société établit des tarifs qu'elle propose aux médecins et agrée comme médecins tout ceux qui acceptent les conditions établies : c'est donc le libre choix puisque tout médecin peut donner son adhésion.

Le défaut de cette combinaison, c'est le marchandage toujours possible. En plus l'initiative des propositions appartient aux sociétés. Sans discussion elles fixent un prix, l'imposent : libre aux médecins d'accepter ou de refuser.

Ceux qui acceptent ont donc un vrai contrat, contrat de louages de services si l'on veut, mais contrat individuel.

On a reproché aussi au régime de la limitation des tarifs avec paiement du surplus par le malade, la possibilité de sous enchères faites par le médecin. Ce dernier, dans certains cas, pour attirer la clientèle, se contentera de la somme allouée par la société et négligera de demander

le complément au malade. C'est ce qui se passe habituellement dans la pratique des accidents du travail.

Mais empêcherez-vous jamais des médecins d'être mauvais confrères, de faire de la médecine au rabais, de faire des ristournes aux blessés du travail ou aux concierges. Ce sont des confrères marrons, peu dignes de notre sympathie, mais dont le nombre est heureusement très réduit.

Le système qui présente le moins d'inconvénients est le contrat collectif et j'ajouterai le contrat collectif local.

Dans ce cas plus de compromission. C'est le syndicat ou le groupement, qui traite d'égal à égal avec la mutualité, syndicat offrant la garantie de l'honorabilité de ses membres qui acceptent la juridiction d'un conseil de famille, établissant des tarifs permettant aux médecins d'exercer honorablement et utilement leur profession.

Ce contrat doit comprendre également l'organisation d'une commission d'arbitrage médico-mutualiste, chargée de régler les différends entre médecins et mutualité, entre médecins et sociétaires.

En résumé, le médecin ne peut rester indépendant de la mutualité et considérer son mutualiste comme un client ordinaire ; il doit, par l'intermédiaire de son syndicat établir, avec la mutualité un contrat collectif de travail ayant pour but d'établir des honoraires se rapprochant sensiblement des tarifs en usage dans la classe moyenne.

Dr M. VIMONT.

VARIÉTÉS

Vieux papiers.

— Contrat de mariage de Claude Viart, maître chirurgien à Nantes, actuellement demeurant à Paris et Jeanne Paré, nièce d'Ambroise Paré, chirurgien du Roi. Dans ce contrat, Ambroise Paré ratifie la donation faite par lui, le 9 janvier 1574 à Jeanne Paré, sa nièce, d'une maison « en l'avoltoir » du Pont St-Michel et d'une rente de 100 livres tournois et fait donation aux futurs époux d'une robe longue de drap noir doublée par les parements de velours à l'usaige du dit Paré avec tous et chascunes ses instruments et planches servant à la chirurgie, figurez en son dernier livre imprimé, ensemble tous ses livres, non comprins la portion de ceux qu'il en a prins et payez à Wechel et aussi de ceuls qu'il entend faire de brief imprimer tant en latin que françois, retenu par le dit Paré l'usufruict d'iceul instrumens, planches et livres, sa vie durant.

27 Mars et 9 Mai 1577.

Intimations du Châtelet
Inventaire analytique T. VII.
Archives nationales

Recueilli par le Dr VIMONT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles informations

— Décorations. — Dans les récentes promotions dans l'ordre de la Légion d'honneur, nous relevons avec plaisir les noms des professeurs HARTMANN, promu commandeur, et de M. RONDEL, inspecteur général des services administratifs, un vieil ami du *Concours médical*.

Nous leur adressons nos sympathiques félicitations.

— Hôpital Saint-Louis (annexe Grancher, 14, rue Grange-aux-Belles. — A partir du samedi 20 novembre 1920, conférences de médecine infantile par M. Jules Renaut. Tous les samedis à 10 h. 1/2.

A partir du mardi 23 novembre 1920, conférences de chirurgie infantile par M. Albert Mouchet. Tous les mardis à 10 h. 1/2.

— Asiles publics d'aliénés d'Aix-Marseille. Concours pour 6 places d'internes titulaires dont 4 à Marseille et 2 à Aix.

Conditions : dix inscriptions ; âge, 21 ans au moins, 35 au plus ; épreuves : 1° une question d'anatomie et de physiologie du système nerveux, à traiter par écrit en 3 heures ; 2° une question de médecine et une de chirurgie à traiter par écrit en 4 heures ; 3° deux questions de garde (médecine et chirurgie) à traiter oralement en 15 minutes.

Traitement à Aix : 200 fr. par mois avec tous les avantages en nature.

A Marseille : 3.400 fr. plus 720 fr. de vie chère, sous-déduction des jours de garde à raison de 4 fr. par jour.

Inscriptions, avant le 20 novembre à la Préfecture des Bouches-du-Rhônes ou à la Direction des asiles d'Aix et Marseille.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement, nous prions les abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit **24 fr.**, par versement à notre compte de chèques postaux PARIS 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

L'entéro-antigène.

Pourriez-vous me donner quelques renseignements sur cette préparation ?

Réponse.

C'est un produit destiné à combattre la tuberculose.

Le *Bulletin médical* du 24 juillet 1920 lui a consacré un long article.

Le Dr Danger, qui en est l'auteur, donnera des détails complémentaires aux confrères qui s'adresseront à lui, 15, rue Boissonnade, Paris.

Les chinoiseries commencent.

Nous recevons du Dr D. de P., membre du Concours Médical et du « Sou Médical » la lettre suivante :

Monsieur le Rédacteur en chef
du *Concours médical* et cher confrère,

Les chinoiseries commencent. Plusieurs médecins me signalent déjà le mauvais vouloir des assureurs concernant le nouveau tarif.

La chicane, l'intimidation, la menace, tout va être mis en jeu pour faire dans nos pauvres notes d'honoraires de sombres coupes. Je vous envoie donc deux lettres instructives, que je vous prie de vouloir bien publier dans votre prochain numéro, avec ces quelques lignes, et les commentaires que vous jugerez utiles. Il faut nous défendre. Nous avons trop souvent accepté des diminutions de notes, et ceci par paresse, pour ne pas nous rendre devant le juge de paix à une heure incommode pour nous. Nous ne songions pas que nous pouvions nous faire représenter. En agissant ainsi, nous servions mal la cause médicale. Réagissons, à l'aurore du tarif Breton, et ne permettons pas aux assureurs de pendre sur nos têtes l'épée de Damoclès. La 1re lettre est peu importante. Je réclame à une compagnie deux notes, l'une pour un accident arrivé le 19 mai 1920 et guéri le 30 mai, la seconde pour un accident arrivé le 2 mai et guéri le 22 juin.

A mon deuxième rappel voici ce que me répondent les agents MM. M. et R. de la Compagnie La P.

Agence Générale d'Assurances

N. le 29 septembre 1920.

M. et R.

Monsieur le Docteur,

Nous avons l'avantage de vous informer que nous avons transmis votre réclamation à la compagnie en la priant de vous donner satisfaction le plus tôt possible, *mais vous n'ignorez pas qu'à la suite de la convention intervenue entre le ministre, les médecins et les assureurs, il avait été convenu que les soins donnés depuis le 1er janvier seraient ultérieurement réglés.*



Le nouveau tarif étant actuellement publié, la compagnie procède à la vérification des notes en instance qui nous sont adressées au fur et à mesure.

Veuillez agréer Monsieur le Docteur, nos bien sincères salutations.

Pour les agents généroux,
A. B.

Je ne puis me fâcher devant une réponse aussi courtoise, mais ces quelques lignes ne garnissent guère mon escarcelle.

Le seconde lettre sera un avertissement pour tous mes confrères. *N'oubliez pas de recommander vos lettres* lorsque vous userez de l'article 7. La compagnie L'A., qui met une grande mauvaise volonté à payer la plupart de ses notes, qui les écourte avec régularité, vient d'en trouver une bien bonne. Quelle arce à jouer aux médecins ! Voici le poulet.

L. le 8 octobre 1920.

Monsieur le docteur D. de P. à M.,

La compagnie l'A. me charge de vous faire connaître, à la suite de l'envoi par vous, chez le Dr R., de l'ouvrier M. blessé chez M. M., que l'article 7 de la circulaire du 8 juillet 1920, oblige le médecin traitant, a aviser par *lettre recommandée*, le patron ou son assureur, de l'intervention qu'il juge utile.

En l'espèce, *vous avez contrevenu à cette clause et, de ce fait, la compagnie fait toutes réserves pour le paiement des frais suscités.*

Recevez, Monsieur le Docteur, mes plus empressées salutions.

Que dois-je faire ? Que doit faire mon confrère ? Devons-nous ignorer la compagnie et envoyer chacun notre note au patron ? Admettons que le patron refuse de la payer. Chacune de nos notes n'atteignant pas 300 fr. *devons-nous citer le patron devant le juge de paix*, et dans ce cas estimez-vous que nous aurons gain de cause.

Dr D. de P.

Réponse.

Pour la première lettre que vous nous communiquez, il est bon de remarquer que le tarif Breton ne s'applique qu'aux notes pour soins postérieurs au 1er septembre : jusqu'à cette date, c'est le tarif Dubief majoré de 100 % qui est en vigueur.

Cette réponse de la Compagnie d'assurances a-t-elle été dictée par l'ignorance des agents locaux ou est-elle due au désir de garder le plus longtemps possible, pour les faire fructifier, les fonds provenant des honoraires dus aux médecins. On espère, de la sorte, pouvoir, un jour ou l'autre, invoquer, contre le docteur, la prescription d'un an.

Pour la seconde lettre, il est évident que cette obligation de la lettre recommandée est une source de contestations et de procès, dont ne se priveront pas les assurances. Et cependant, alors que Decourt réclamait des honoraires élevés,

pour les médecins, en offrant aux assurances toutes possibilités de contrôle, pour éliminer les médecins marrons, il fallait bien montrer notre bonne foi et notre désir de prouver l'honnêteté et l'utilité de toutes nos interventions, en invitant le chef d'entreprise à exercer son contrôle.

Mais l'omission d'une telle formalité ne constitue pas un vice rédhibitoire, permettant à l'assurance de ne pas payer. Ce serait vraiment trop commode.

L'assurance vous chicane : adressez-vous au patron et ne connaissez que lui, comme responsable, de concert avec son ouvrier, le consommateur de soins. En cas de refus, assignation devant le juge de paix ; mais, avant d'en arriver là, adressez au « Sou médical » toutes les pièces du litige, pour que nos avocats puissent utilement vous guider et rédiger des conclusions.

Dr P. B.

Accidents du travail. Visite de contrôle.

1° *En droit* : est-il exact qu'un sinistré puisse refuser de se faire examiner par un médecin contre-visiteur, *en l'absence du médecin traitant* (quand ce dernier *n'a pas été prévenu par son confrère*) ?

2° Existe-t-il une *distinction* entre ces 2 cas :

a) C'est le médecin traitant qui, par exemple, demande (soit *dans le certificat initial*, soit dans le *courant* de la maladie) une contre-visite (avec un chirurgien par exemple) ?

b) C'est la Compagnie d'assurance qui fait faire la contre-visite, à *l'insu* du médecin traitant.

En cas *d'affirmative* : (j'entends que c'est le droit de l'ouvrier de n'être examiné qu'en présence de son médecin) la compagnie a-t-elle le droit de refuser le demi-salaire, et alors *quelle conduite* doit tenir le médecin traitant vis-à-vis :

De son confrère qui ne l'a pas prévenu ;

De la compagnie ;

De l'ouvrier (dont il est le defenseur moral).

En cas de *négative* : (le contre-visiteur a le droit d'examen *en l'absence non consentie* du médecin traitant), que faut-il faire ?

Dr F.

Réponse

En droit, l accidenté du travail à la faculté absolue et sans conteste de refuser de se laisser examiner par tout médecin du chef d'entreprise ou de l'assurance, si son docteur traitant n'a pas été averti par lettre recommandée et deux jours à l'avance, après que le juge de paix aura été informé.

L'article 4, paragraphe 5 de la loi du 31 mars 1905, modifiant celle du 9 avril 1898, est commen-

té, d'une manière fort explicite, par la circulaire ministérielle du 3 mai 1905 (Agenda du *Concours* 1920, page 243) : « Le législateur a « voulu que l'ouvrier, fort de la présence de son « médecin, puisse toujours se trouver à l'abri de « toute ingérence dans son traitement, comme « de toute intimidation volontaire ou involon- « taire sur son esprit. »

Quant au 2e cas, il faut faire la distinction entre la visite d'un médecin contrôleur et celle d'un médecin consultant.

En présence d'un cas grave, le médecin traitant peut, dans son certificat initial, ou indiquer qu'il sera conduit à demander l'avis médical d'un confrère en consultation, ou bien déclarer, selon le nouveau tarif Breton, que le médecin du patron pourrait venir contrôler.

Mais, de toutes façons, l'ouvrier tient de la loi le droit de se refuser à tout examen, de n'importe qui, si son docteur n'a pas été prévenu deux jours à l'avance, par lettre recommandée.

Au cas où le demi-salaire lui serait supprimé, le blessé actionnerait son patron devant le juge de paix du lieu de l'accident.

Quant au médecin traitant, il ne peut qu'engager son malade à refuser tout examen, lorsque les prescriptions légales ne sont pas observées.

Dr P. B.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Un traitement du prurit.

Voulez-vous me permettre de vous faire part d'une remarque que m'a suggérée la lecture dans le *Concours* du 17 octobre, de l'article : « Traitement du prurit généralisé » page 2588.

Il s'agit de la 1re formule indiquée, avec tête de pavot, etc. Il ne faut pas oublier que l'acétate de plomb est incompatible avec le sulfate d'alumine d'une part, et avec le sublimé d'autre part, le sulfate de plomb et le chlorure de plomb étant des corps notoirement insolubles à la température ordinaire. C'est pourquoi, sans doute, l'auteur recommande de filtrer ! Mais, ne serait-il pas plus simple de supprimer l'acétate de plomb, cause de tout le mal, dans cette formule très efficace, par ailleurs ?

Dr H.

Réponse de l'auteur de l'article.

Si, chimiquement parlant, il y a formation de combinaisons insolubles, qui, la lotion filtrée, demeurent sur le filtre, l'expérience clinique démontre que cette lotion acquiert des proprié-

tés anti-prurigineuses qu'elle n'aurait qu'à un degré moindre sans l'adjonction, à dose minime d'ailleurs, et nullement dangereuse, du sublimé.

L'apparente incompatibilité chimique n'empêche pas l'efficacité thérapeutique : c'est là, je crois, l'essentiel.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Un concours sur titres pour l'emploi *d'inspecteur départemental des services d'hygiène de la Somme* aura lieu à Paris.

Les candidats devront être Français, âgés de trente ans au moins et de quarante-cinq au plus au 31 décembre 1920 et pourvus du diplôme de docteur en médecine.

Les demandes tendant à prendre part à ce concours, établies sur papier timbré, devront être adressées à M. le préfet de la Somme et accompagnées :

1° De l'acte de naissance du candidat ;

2° D'un certificat médical d'aptitude physique ;

3° D'une copie certifiée conforme de son diplôme de docteur en médecine.

4° D'un exposé des titres du candidat, comprenant ses états de services et le résumé de ses travaux ;

5° D'un exemplaire de chacune de ses principales publications ;

6° De l'engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à ses fonctions et de ne prétendre à aucun mandat public.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 18 *novembre* 1920.

Le traitement annuel attaché à cette fonction est fixé à 12.000 fr. auxquels s'ajouteront les frais de déplacement (le crédit est prévu au budget départemental pour une somme de 3.000 fr.) et une indemnité de 1.200 fr. pour frais de laboratoire.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

L'homme heureux.

I

Sans avoir les trésors des rois Achéménides,
Je vis, content du sort clément, dans ma maison,
Cultivant mon verger, et, sous la feuillaison
Pourchassant la chenille hostile et l'arachnide.

Je lis souvent Horace et l'épitre aux Pisons,
Parfois, aussi, le Stagirite et Parménide ;
Devant le galbe pur de la Vénus de Gnide,
Je laisse un rêve d'art exalter ma raison.

Je devise avec mon voisin, dans les soirs calmes,
De l'effort des mortels qui courent vers la palme,
Des édits du prêteur, des frimas qu'on prévoit.

Lorsqu'un souci met, à mon front, des plis fugaces,
Mon jeune enfant, avec un baiser les efface,
Et mon épouse fait plus douce encor sa voix.

II

Mais parlons bas : je sais que tout bonheur s'expie.
L'homme le plus hilare, un jour, connaît les pleurs,
(Qu'il porte la trabée ou qu'il soit bateleur,
Ou qu'il trône, despote, en quelque satrapie).

Invisible à mes deux molosses querelleurs,
L'Euménide, sournoise et jamais assoupie,
Se cache en mon enclos ; elle y rôde, et m'épie
Derrière mes bosquets et mes poiriers en fleurs.

Par instants m'apparaît son visage sinistre ...
Taisons-nous ! Ni chansons ! ni tintements de sistre !
Ni danse tournoyant d'un rythme harmonieux !

Car il faudra bientôt, demain, ce soir peut-être,
Implorer la pitié secourable des dieux,
Si la fièvre maligne en mon logis pénètre.

Honoré BROUTELLE.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 46 — DIMANCHE 14 NOVEMBRE 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, administrateur

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
Dr A. GASSOT, directeur
Dr P. BOUDIN, secrétaire général
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT, DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, avocat
J. DUMESNY, avocat, secrétaire de la direction

RÉDACTION
Dr J. NOIR, rédacteur en chef
Drs J. LACROIX et G. DUCHESNE secrétaires de la rédaction

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. N° 46 14 Novembre 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arcachon : Cazaban.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu : Ricoux, Bertier.
Beausoleil : Audoly, Pizard,
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles, Baradat, Bayle, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Frank-Duprat, Oudaille, Seytre.
Cap-d'Ail : Lyons.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Durond, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Mineile, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : P. de Langenhagen.
Monaco : Jolivet.
Monte-Carlo : Vivant, Alfonsi.
Nice : Ardoin, Baillon, S. Baudry (*oculiste*), Cauvin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Gruzu, Henry (*Rayons X*), Larue, Leriche Emile, Liotard, Pietri, Seney, Sorel (*gyn. chir.*), Stefani.
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*), Regnault (*chir., gyn., orth.*).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours Médical*, de MM. les Drs COLLON, de Colombey (Hte-Marne) et P.. (Hte-Saône), la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du CONCOURS MÉDICAL). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 646. — Appareil téléph. luxe portatif, venant d'être poinçonné et contrôlé, à vendre 150 fr. Dr Diot, 54, rue Jacob, Paris.

N° 647. — A vendre voiturette auto-fauteuil 5 HP., 2 pl., cof. arr., 5 l. aux 100 km., b. ét. d. marche, peinture neuve, cap., pare-brise, carb. Claudel, magnéto Bosch. 4.500 fr. Dr Villeneuve, Châteauroux, Indre.

N° 648. — A céder immédiatement, raison famille, riche et coquette sous-préfecture du sud-ouest, poste médical de 15 à 20.000. Reprise du bail. Indemnité 6.000 comptant.

N° 649. — Excellente occasion, moto Alcyon 1914, 3 HP. 1/2, 2 vit., magn. Bosch ; selle Brown, machine ent. revue, au plus offr. à partir 1.800 fr.

N° 650. — A vendre : 1° une aig. de Deschamps, neuve, 20 fr. ; 2° une scie à chaîne avec étau et croc., neuve, 25 fr. ; 3° cinq bist. neufs, 40 fr. ; 4° deux aig. de Reverdin, neuves, 56 fr. ; 5° une ser. de Luer, complète, 50 fr. ; 6° deux aig. à ponct. lomb., platine iridié, 50 fr. ; 7° deux aig. platine iridié 5 cm., 24 fr. ; 8° un jeu de sondes Nélaton nos 8, 9, 15, 16, 17, 23, 24, trois de chaque, 50 fr. ; 9° une pince à dissection ord., 6 fr. Dr Collet, Uzel (Côtes-du-Nord).

N° 651. — A vendre : machine statique Destot, 12 plateaux, 2,000 fr. ; bobine Radiguet et Massiot, 35 cm. d'ét. avec inter., 1.200 fr. ; local. Belot (Gaiffe) complet avec pied, 250 fr. ; résonn., 100 fr. ; écran platino-cyanure 45 cm. × 55 cm., 200 fr. ; le tout état neuf. Springer, rue de Bretagne, Alençon.

N° 652. — A. v. cause double emploi, Citroën

torp. 4 pl., neuve, prix exceptionnel. Dr Mabille, La Rochelle.

N° 653. — Fauteuil roulant Dupont pas servi, à prendre bonnes conditions. S'adresser Oudinot, 6, Aven. de Villars, 7e.

N° 654. — Jeune docteur, 33 ans, célibataire, désire reprendre bonne clientèle médecin seul à la campagne. Faire offres : Devauchelle, 16, rue Larrey, Paris, 5e.

N° 655. — On demande : 1° médecin de médecine génér., n'exerçant pas pour polyclinique, maison de santé ; 2° tableau et interrupteur de courant sur alternatif pour radiologie.

N° 656. — Poste médec. proph., 2 h. de Paris ; client. reprise dep. 5 mois, moy. actuelle 1.700 par mois. On céder. bail, mais., pharm. et meubles. Indem. avec meubles 23.000. Dr Boyer, Tracy-le-Mont, Oise.

N° 657. — Poste à reprendre près grande ville du sud-est, rapp. 20.000. Peu de frais, grande maison, résidence agréable au bord de la mer. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 658. — Poste ancien à céder dans chef-lieu de canton des Vosges. Rapp. 30.000. Maison confortable, jolie contrée. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 659. — Banlieue. Riche clientèle médicale à céder (banlieue immédiate) pour raison de santé. 4 heures de trav. par jour, avec pavillon (9 pièces), meublé ou non meublé et jardin. Auto inutile. Poste à développer par un confrère actif, rapport actuel 25.000 fr.

N° 660. — Docteur 30 ans, marié, désire s'adjoindre à confrère, Paris ou province.

CORRESPONDANCE

Déclaration de naissance et secret professionnel.

Permettez-moi de me recommander de ma qualité de membre du « Sou », pour vous prier de bien vouloir me dire quelle doit être ma ligne de conduite dans les circonstances suivantes :

Mme X., dont le mari est mort, vivait maritalement avec M. Y. Elle a eu, le 1er février dernier, un enfant qui a été reconnu par M. Y. La femme est morte au mois de juillet dernier, et on s'est alors aperçu, à la mairie de sa commune, qu'elle n'avait pas signé l'acte de naissance de son enfant né le 1er février.

D'où recherche de la maternité afin d'obtenir un jugement établissant que cet enfant est bien le fils de Mme X. Je suis convoqué devant le tribunal à l'effet de déposer sur ce sujet.

J'ai en effet été appelé le 1er février pour accoucher Mme X. Lorsque je suis arrivé l'enfant était né ; *j'ai fait la délivrance*, donné quelques soins à l'enfant.

Dans ces conditions, puis-je témoigner ? et que puis-je dire sans violer le secret professionnel ? Je vous serais très obligé de bien vouloir me fixer sur ce point. Je suis tout disposé à dire ce qui est exact, que cet enfant est bien le fils de sa mère, mais je vou-

drais auparavant savoir que ce témoignage ne constitue pas une violation du secret professionnel.

Dr P.

Réponse.

Nous n'entrerons pas dans une discussion juridique, concernant la question de savoir la réponse à donner aux différentes hypothèses soulevées, selon que le nom de la mère a été ou non inscrit sur l'acte de l'état civil, car nous ne croyons pas que cette inscription puisse modifier votre attitude.

Considérez avant tout que l'acte de naissance est institué surtout dans l'intérêt de l'enfant et que votre témoignage est requis actuellement dans l'intérêt de l'enfant.

Dans ces conditions, puisque Mme X vivait maritalement avec M. Y, au vu et au su de tout le monde, puisqu'elle n'a pas caché sa grossesse, puisqu'ensuite elle a donné ses soins maternels à son enfant, sans s'en cacher, puisqu'elle ne vous a pas réclamé le secret, en vous interdisant de dévoiler son nom, si, comme vous l'impose le Code Civil, vous deviez faire la déclaration de naissance, en l'absence du père légitime : si donc toutes ces raisons existent, vous pouvez parler sans crainte devant le magistrat enquêteur.

Mais, dans votre déclaration, vous devez indiquer si, arrivé après l'expulsion de l'enfant, vous avez vous-même sectionné le cordon ombilical ou si ce cordon était sectionné à votre arrivée. Cette déclaration a pour but de préciser votre intervention, au cas improbable où les héritiers discuteraient une substitution d'enfant.

En somme, nous ne sommes liés par le secret professionnel que pour les actes secrets qui nous sont confiés ou que nous surprenons dans l'exercice de notre profession : mais ce secret n'existe pas pour les choses connues de tout le monde.

Dr P. B.

L'application de la loi-accidents aux ouvriers belges.

J'ai eu à soigner dernièrement un ouvrier belge blessé dans son travail et j'ai adressé ma note d'honoraires (tarif Dubief doublé, puisque l'accident était survenu vers le milieu de l'année) à l'agent de la Compagnie à Verviers (Belgique). Comme, d'après la loi belge, paraît-il, il ne m'est dû que 15 fr. au lieu de 30 demandés, j'ai de nouveau écrit à l'agent en lui spécifiant que l'ouvrier avait été blessé en France et que j'avais appliqué le tarif français adopté d'ailleurs par la Compagnie d'assurance « La Préservatrice ».

L'agent a écrit à cette dernière et me communique sa réponse : « Nous regrettons, en l'espèce, de ne pouvoir revenir sur la taxation prévue, en raison de ce que nous nous trouvons en présence d'un blessé que régit la loi belge, non celle du 9 avril 1898, particularité que vraisemblablement ignore le praticien et qu'il conviendrait de signaler. Pour ce motif nous devons maintenir le règlement proposé. »

Est-ce exact et dois-je accepter cette réduction ?

Dr D.

Réponse.

Aux termes de la convention conclue le 21 février 1906 entre la France et la Belgique, les sujets belges victimes d'accidents du travail en France sont admis aux bénéfices des indemnités et garanties attribuées aux citoyens français.

Cependant, il est fait exception à cette règle lorsqu'il s'agit de personnes détachées à titre temporaire et occupées depuis moins de six mois sur le territoire français, mais faisant partie d'une entreprise établie sur le territoire belge (et réciproquement). Dans ce cas, les intéressés n'ont droit qu'aux indemnités et garanties prévues par la législation de l'État dont dépend l'entreprise.

Il en est de même pour les personnes attachées à des entreprises de transports et occupées de façon intermittente, même habituelle, dans le pays autre que celui où les entreprises ont leur siège.

Si le blessé que vous avez soigné est dans l'un des deux cas ci-dessus, vous n'avez donc droit qu'aux honoraires alloués par la loi belge.

Mais la compagnie aurait pu, dans sa réponse, justifier son refus en expliquant que l'une ou l'autre de ces dispositions de la Convention Franco-Belge s'appliquait en l'espèce.

Inspecteurs des enfants assistés.

Je vous serais infiniment reconnaissant si vous pouviez me donner un renseignement au sujet de la situation des médecins inspecteurs des Enfants Assistés. Y a-t-il un âge limite pour l'admission dans cette catégorie de médecins, et surtout quel est actuellement le traitement fixe accordé à ces fonctionnaires ? Une auto est-elle nécessaire pour assurer le service et les frais de déplacement sont-ils à la charge du médecin ?

Dr P.

Réponse.

Des renseignements que nous avons pu nous procurer, il résulte qu'il existe 4 classes d'Ins-

pecteurs des Enfants Assistés. Traitements : 9.000, 10.000, 11.000, et 12.000.

La limite d'âge serait de 35 ans, à moins qu'on ait des services antérieurs comptant pour la retraite, auquel cas la limite d'âge serait reculée d'autant d'années que le concurrent en compte pour la retraite.

Les frais de tournées sont alloués en plus du traitement.

Fourniture des objets de pansements aux blessés du travail.

Un petit éclaircissement s'il vous plaît, à propos de l'application du tarif Breton.

Je relève de la 1re categorie (régions libérées) où les prix de visite et de consultation sont respectivement fixés à 10 fr. et à 8 fr., pansement compris.

Suis-je néanmoins fondé à compter en plus des prix susdits les fournitures d'objets de pansements : coton, compresses, gaze, solutions antiseptiques, etc.

Étant donné le prix actuel de ces divers articles, je pencherai pour l'affirmative d'autant plus qu'étant médecin pro-pharmacien, je vends habituellement les objets de pansement à mes autres clients.

Dr A.

Réponse.

Propharmacien, vous êtes parfaitement en droit de fournir aux blessés du travail les fournitures et objets de pansements qui sont nécessaires pour les interventions que vous pratiquez, que ces fournitures et objets soient ou non médicamenteux.

Vous avez, par suite, également le droit de porter ces produits sur votre note d'honoraires adressée au patron, en les comptant, si vous avez été choisi par le patron, au tarif de droit commun, et si vous avez été choisi par l'ouvrier, au tarif spécial des frais pharmaceutiques des accidents du travail.

Constatation de décès d'une victime du travail.

Abonné au *Concours Médical*, je désirerais être fixé sur ce point concernant le tarif des accidentés du travail.

Appelé il y a quelques jours pour constater au fond d'une mine le décès d'un ouvrier surpris dans son travail par un éboulement, je voudrais savoir de quelle façon je dois établir ma note d'honoraires, le cas « constatation de décès » ne me semblant pas prévu dans les divers tarifs que j'ai entre les mains.

Dr G.

(*Voir la suite page XXXV-2849*)


RENÉ VINCENT
DRAEGER

NOS ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Les Assemblées Générales du « CONCOURS MÉDICAL » et de ses Filiales se tiendront le Dimanche *21 Novembre* 1920 dans l'ordre suivant :

I. — **Au siège social** (132, rue du Faubourg Saint-Denis).

A 10 heures 1/2 *CAISSE DES PENSIONS DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS.*

II. — **Au restaurant Marguery** (36, boulevard Bonne-Nouvelle).

A 2 heures 1/2 *MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS.*
A 4 heures *SOU MÉDICAL.*
A 5 heures 1/2 *SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».*

(Les ordres du jour détaillés ont été publiés dans le n° 45 du 7 novembre 1920).

A 7 heures BANQUET CONFRATERNEL (Tenue de ville).

Le montant du banquet *qui dépassera 50 francs par convive* EST LIMITÉ A 30 FRANCS pour chaque souscripteur individuel, le surplus devant être payé par la Société du Concours Médical.

NOTA IMPORTANT. — *Prière instante de se faire inscrire au « Concours » avant le 18 Novembre pour la régularité du service.*

PROPOS DU JOUR

Les relations médicales entre la France et l'Etranger. Pour la réalisation de la Maison parisienne des médecins français.

Notre distingué confrère, le Dr Dartigues, montrait à une réunion récente du Conseil d'Administration de l'A. D. R. M. (*Association pour le développement des relations médicales entre la France et les pays alliés et amis*), un journal écrit en langue espagnole, très répandu en Espagne et en Amérique latine, la *Vox Medica*.

La *Vox Medica* est une revue mensuelle de médecine et de chirurgie éditée à Berlin (*Casa editorial Transatlantiger Verlag G. m. b. H., Berlin, W.* 15, porte sa manchette). Le Directeur en est M. le Dr Joaquin J. Stuzin et le secrétaire de la rédaction, M. le Dr Alfonso von der Becke, de Buenos-Ayres. *Trente* professeurs des diverses Universités allemandes, la plupart de Berlin et quelques-uns de Vienne, dont les noms et les titres sont énumérés, patronnent la publication et y collaborent. Voilà la propagande à laquelle se livrent, en *pays latins*, au lendemain de l'écrasement de leur Empire, les médecins allemands, que faisons-nous pendant ce temps-là, nous latins, dans ces pays où les sympathies ne nous font pas défaut, où, surtout en Amérique latine, la confraternité médicale s'est affirmée à notre égard d'une façon si touchante et si généreuse ?

La propagande germanique ne s'est pas bornée à cela. Le Dr Dartigues nous a montré dans divers journaux médicaux espagnols, superbement édités, la publication des leçons que plusieurs professeurs allemands sont allés faire en Espagne. Nous serions heureux d'apprendre que nos maîtres, qui ont moins de chemin à parcourir pour se rendre à Barcelone et à Madrid, en aient fait autant.

Nous ne pouvons refuser à ces médecins alle-

mands, auxquels il nous est aujourd'hui impossible de témoigner la plus petite sympathie, le mérite du patriotisme. Après l'effondrement total de leurs monstrueuses ambitions et l'écrasement de la puissance de leurs Empires, ils ne désespèrent pas ; non contents de travailler au relèvement de leur pays dans les limites de leurs territoires, ils ont l'énergie et l'audace d'aller montrer au sein même de peuples qui sont nos frères d'origine, dans des pays qui sont nos alliés ou nos amis, que les Universités germaniques sont encore vivaces et prospères.

Nous remercions le Dr Dartigues de nous avoir ouvert les yeux et d'avoir donné ce vigoureux coup d'éperon à la nouvelle association des relations médicales franco-étrangères. Au milieu des difficultés inhérentes à la grandeur de son programme, cette jeune Association cherche encore péniblement sa route et tâtonne avant de prendre franchement sa marche en avant. Nous ne doutons pas que, grâce à l'énergie de son président, le Professeur Hartmann, qui est bien décidé à accepter le concours de toutes les bonnes volontés et de toutes les collaborations réellement actives, les médecins français parviennent à contrebalancer l'influence allemande.

Mais il est temps de s'y mettre, nous sommes déjà en retard. Tout médecin français, soucieux de l'avenir de sa Patrie, doit, dans la mesure de ses moyens, seconder les efforts de l'A. D. R. M. (1) et il n'en est pas un, quelles que soient sa situation et ses convictions politiques, qui puisse se désintéresser de cette lutte pacifique et ne pas apporter son concours au maintien de l'influence française dans les milieux médicaux étrangers.

Parmi les difficultés auxquelles se heurte l'A. D. R. M., il en est d'ordre matériel et il convient d'y remédier le plus tôt possible. Elle a dû demander l'hospitalité à la Faculté de médecine, où elle vit presque ignorée, bien que le doyen, M. le Pr Roger, ait mis à sa disposition la salle Béclard. Elle ne sait encore où elle pourra, à l'occasion, recevoir une mission médicale étrangère, lui offrir un lunch, lui faire une conférence.

Dans une ville comme Paris, le Corps médical, qui compte plus de 4.000 membres, n'a pas son hôtel.

Les étudiants, les journalistes, les fonctionnaires, les notaires, les épiciers, les diverses corporations ouvrière sont le leur, les médecins, errant à l'aventure, se contentent de sous-locations éphémères, vont des Sociétés savantes à la Société de géographie sur la rive gauche et passent parfois sur la rive droite pour demander l'hospitalité aux Ingénieurs civils ou aux salons du restaurant Marguery.

N'est-ce pas une honte ?

Aussi fut-ce d'un accord unanime que le Conseil de l'A. D. R. M., sur notre proposition, a décidé, sans cependant se distraire de la poursuite de son programme, de confier à une Commisssion l'étude de la réalisation de la *Maison parisienne des médecins Français.*

Mais ce n'est pas tout de nommer une commission, il faut qu'elle se réunisse et travaille, qu'elle élabore un projet réalisable. Celle de l'A. D. R. M. a reçu la mission de se mettre en rapport avec le Conseil général de l'Association générale des médecins de France qui, lui aussi, caresse le rêve de la création de la Maison des médecins ; car tout le monde comprendra que, pour arriver à réaliser un pareil projet, il faut une entente parfaite et la coopération de toutes les grandes associations médicales qui ont leur siège à Paris.

La Maison médicale que nous rêvons ne doit pas être exclusivement parisienne. Nous ne pouvons oublier que Paris est la capitale de la France et l'un des centres intellectuels d'attraction les plus puissants du monde civilisé.

Il convient que si les médecins parisiens doivent avoir la charge et l'honneur d'édifier et d'organiser la Maison médicale, elle doit être en réalité la propriété du Corps médical français tout entier, et tout médecin étranger de passage à Paris ou y séjournant, doit pouvoir y trouver une large hospitalité et de s'y sentir chez lui. C'est pour cela que nous voudrions la voir dénommer la *Maison parisienne des médecins français.* C'est pour cela que nous faisons appel aux suggestions et à la collaboration de tous nos confrères pour aider à la réalisation de cette institution indispensable qui a donné naissance déjà, depuis bien des années, à de nombreux projets, mais qu'il importe aujourd'hui de faire sortir du domaine des rêves.

J. NOIR.

(1) Le siège actuel de l'A. D. R. M. est à la Faculté de médecine de Paris. La cotisation est de 50 francs.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital des Enfants-Malades :
M. le professeur HUTINEL.

La pneumonie chez les enfants.

Est-il une maladie mieux étudiée, plus simple, en apparence, que la pneumonie, avec son début solennel par une élévation brusque de température, son point de côté, sa toux, son expectoration rouillée, l'herpès labial qui l'accompagne, ses signes locaux, les râles crépitants, le souffle ? Comment se tromper en présence d'un complexus aussi frappant ? Eh bien, on peut s'y tromper et, chez l'enfant en particulier, vous pourrez facilement commettre des erreurs, parce que dans le jeune âge, les signes ne sont pas toujours nets et que d'autres signes, au contraire, prennent de l'importance et font penser à une autre affection.

Quand un enfant est atteint de pneumonie, quelles en sont les manifestations ? En premier lieu, se montre la fièvre, qui approche habituellement de 40°, quelquefois 39°. La première idée qui vient à l'esprit est de rechercher dans la gorge s'il n'y a pas d'inflammation locale, sur la peau s'il n'existe pas d'éruption, au niveau du ventre et des jointures s'il n'y a pas d'affection abdominale, articulaire, expliquant l'hyperthermie. Si vous ne trouvez rien, n'oubliez pas la pneumonie. Il s'agit, en général, d'enfants respirant mal par le nez, ayant un peu d'angine rouge, des amygdales volumineuses, des ganglions cervicaux, un pharynx en état de microbisme latent. Souvent, vous êtes en présence d'un jeune sujet qui allait en classe, qui toussait depuis 3 ou 4 jours, et qui rentre un soir avec 39°5 de température, sans se plaindre d'aucune souffrance précise. Vous l'examinez, et vous ne découvrez pas grand'chose. On se rabat facilement en pareil cas sur l'intoxication intestinale, vocable qui explique tout et qui n'explique rien.

A côté de la fièvre, se place le frisson. Vous connaissez, chez l'adulte, ce frisson brutal, qui secoue le malade. Chez l'enfant, il n'existe pas, ou, s'il existe, il se traduit simplement par une sensation de froid et de malaise. Une manifestation parallèle au frisson est le vomissement alimentaire, bilieux ou muqueux, qui peut se répéter.

Un autre symptôme sérieux, susceptible d'égarer le diagnostic, est la convulsion. Vomissements, convulsions, sont des phénomènes qui s'observent fréquemment en médecine infantile dans les ascensions brusques de température.

J'arrive aux symptômes qui appartiennent plus en propre à la pneumonie. Le point de côté, d'abord. Capital chez l'adulte, il existe rarement chez l'enfant, du moins à siège mamelonnaire. Il est perçu plus bas, au niveau des fausses côtes, de l'abdomen, à la région appendiculaire souvent. Le médecin, alors, au lieu d'être éclairé, est égaré, et l'on a pu quelquefois opérer de ces malades à point de côté appendiculaire. Bon nombre de ces enfants nous arrivent de chirurgie où ils avaient été envoyés avec le diagnostic d'appendicite. Ceci s'observe aussi, d'ailleurs, pour l'adulte. Je me rappelle un malade qui, un jour, à la suite de libations excessives, rentra chez lui, se coucha, se plaignant d'une vive douleur abdominale. On préparait déjà l'opération lorsque le chirurgien, pris d'un scrupule, m'appela en consultation. Je constatai une grosse pneumonie droite, à laquelle le patient succomba d'ailleurs.

Quand un enfant accuse une douleur vive abdominale, il faut penser sans doute aux affections de l'abdomen, mais aussi à celles des voies respiratoires.

Lorsque le malade tousse, d'une façon plus ou moins intense, l'attention est attirée vers la poitrine, mais il est des enfants, dans la pneumonie, qui ne toussent pour ainsi dire pas. De même pour l'expectoration. Chez l'adulte, le diagnostic est dans le crachoir, où l'on trouve des crachats rouillés. L'enfant, jusqu'à 10, 12 ans, et même plus tard, ne crache pas. Les sécrétions rejetées sont avalées : l'enfant, suivant l'expression de Peter, crache dans son estomac.

La dyspnée n'est pas apparente, le petit malade ne semblant pas gêné pour respirer. Cherchez la fréquence des respirations. Un enfant qui a 40° de température, et 40 à 45 respirations à la minute, a des chances d'être atteint de pneumonie. Quelquefois, on rencontre des épistaxis, ce qui n'offre qu'un intérêt relatif.

La fièvre est intéressante à étudier. Vous savez que dans la pneumonie, la température monte brusquement, reste en plateau pendant 9 jours, puis le 9e jour, monte encore et tombe rapidement de 3 degrés et plus en quelques heures. Vous rencontrerez quelquefois cette courbe dans l'enfance : elle n'est pas constante, cependant. Souvent, vous verrez des oscillations de température, des chutes à 37°5 le matin, ce qui n'est pas d'un plus mauvais pronostic. En pa-

reil cas, la courbe thermique éloigne l'idée d'une pneumonie, au lieu d'y faire penser.

Vous comptez le pouls. S'il est à 130, 140, il ne s'agit probablement pas de dothiénentérie. Avec 40°, une fièvre typhoïde donnera 110, 112 pulsations. La pneumonie accélère plus le pouls.

Chez l'adulte, le facies est souvent vultueux. Il n'en est rien ici. L'enfant, par contre, a facilement la langue sèche et rôtie, ce qui tient à la respiration buccale. Un signe auquel il faut attacher une certaine importance est l'apparition de l'herpès. On ne voit pas d'herpès labial dans la fièvre typhoïde, et l'herpès oriente plutôt le diagnostic vers la pneumococcie.

L'enfant est abattu, sans offrir d'asthénie profonde. Parfois, cependant, on constate un état d'adynamie et il faut se demander alors s'il n'existe pas une association avec la dothiénentérie, un pneumotyphus, une fièvre typhoïde ayant commencé par une affection pulmonaire.

A côté des symptômes généraux, se placent les signes locaux. Ils peuvent, seuls, permettre d'affirmer l'existence de la pneumonie. S'il en est ainsi, pourquoi me suis-je attardé à décrire avec soin les symptômes généraux ? C'est que, dans le jeune âge, les signes locaux sont souvent frustes, ou font défaut, et qu'il est besoin, pour le diagnostic, de tenir compte des symptômes généraux.

La respiration est fréquente, sans tirage. Tandis que, dans la broncho-pneumonie, le tirage sus et sous-sternal manque rarement, on ne le voit guère dans la pneumonie. L'enfant n'est pas angoissé, ni très cyanosé, ni vraiment dyspnéique, en général. Si l'on regarde le thorax, on voit que le côté atteint se soulève moins que le côté opposé. La recherche des vibrations thoraciques ne donne pas grand résultat, la voix de l'enfant étant trop grêle pour faire bien vibrer la paroi.

La percussion fournit des renseignements précieux, dans les diagnostics difficiles en particulier, les pneumonies centrales par exemple. Si vous percutez des 2 côtés, vous notez des nuances de tonalité, à droite et à gauche. Il s'y mêle parfois du skodisme, et il peut arriver que de ce fait, vous localisiez la lésion du côté sain, si vous voulez préciser trop rapidement. Je me rappelle, un jour, avoir examiné en consultation avec Jules Simon un petit malade. Les différences de percussion nous firent penser, avec les troubles généraux, à une pneumonie débutante, mais, voulant localiser la lésion, Jules Simon la plaça à gauche, et moi à droite. Elle était à droite en réalité — ceci pour vous montrer la difficulté de trop de précision. En pareil cas, ne vous hasardez pas à aller jusque-là et dites que la pneumonie n'est pas encore nettement localisée.

L'auscultation révèle dans certains cas du souffle et des râles, presque jamais des râles crépitants. Chez l'enfant, vous avez plus souvent des râles sous-crépitants mélangés de râles plus humides. Lorsque vous trouvez du souffle, de la matité et des symptômes généraux, le diagnostic est vite fixé. Dans d'autres circonstances, vous n'entendez ni râles, ni souffle. Vous constatez peut-être un murmure vésiculaire plus faible d'un côté, plus fort de l'autre. Vous essayez de faire parler l'enfant, de l'ausculter en le faisant tousser. Une légère pression avec le doigt sur la trachée, faite délicatement, vous permettra parfois de provoquer une petite quinte de toux.

S'il est des cas où les râles font défaut, il en est d'autres où vous serez trompés par l'importance des râles, par des bruits caverneux faisant penser à une dilatation des bronches.

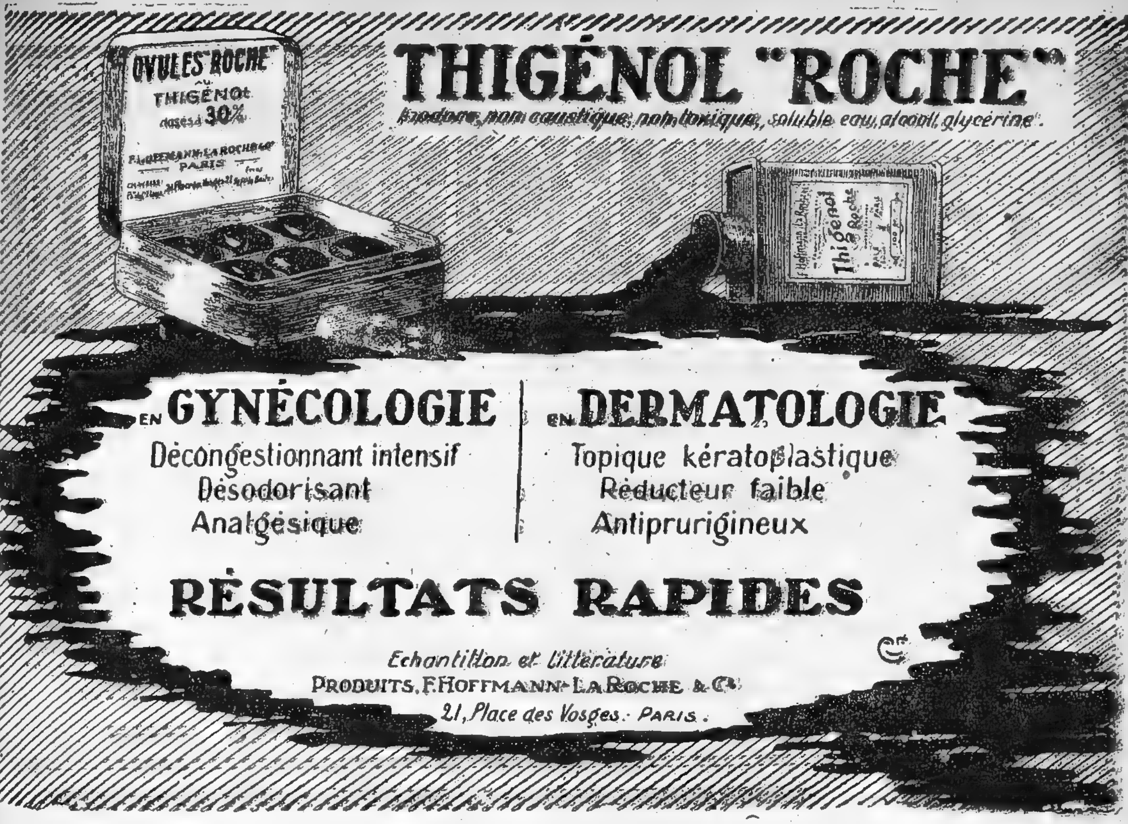
Examinez le cœur. Vous noterez parfois un frottement péricardique, qui n'aggrave pas beaucoup le pronostic. Quelquefois, il y a de l'albuminurie, un foie un peu gros, des vomissements. On pourrait croire alors à une côlite aiguë, mais cette affection provoque rarement une fièvre de longue durée.

La défervescence se produit à un moment donné. Alors, tout change. Le malade renaît et son état subit une transformation complète. Il n'y a guère que dans la pneumonie où l'on voit un changement aussi considérable et aussi rapide.

Avec quoi peut-on confondre la pneumonie ? Vous savez que cette affection comporte dans certains cas des réactions méningées, de la raideur de la nuque, du Kernig. On pourrait penser à une méningite tuberculeuse ou à une méningite cérébro-spinale. Il est rare que la fièvre soit aussi intense dans la méningite tuberculeuse. Par contre, la méningite cérébro-spinale s'accompagne souvent de fièvre élevée et l'erreur peut être commise. Cependant, en général, les troubles méningés ont plus de netteté dans la méningite. L'examen du poumon doit alors être fait minutieusement.

La pneumonie peut être confondue avec la broncho-pneumonie. A partir de 3 ans, la broncho-pneumonie n'apparaît guère que si elle est préparée par une maladie infectieuse. Ce n'est ordinairement que chez les tout petits, au-dessous de 2 ans ou 3 ans, qu'une simple inflammation pharyngienne peut aboutir à la broncho-pneumonie. La broncho-pneumonie à pneumocoques ressemble beaucoup à la pneumonie franche. Partant de là, quelques médecins ont considéré la pneumonie franche comme rare chez les enfants.

Dans le pneumonie, la dyspnée est moins profonde, le tirage moindre, la respiration moins gênée. Dans la broncho-pneumonie la marche est plus irrégulière et se fait par poussées.


THIGÉNOL "ROCHE"
Inodore, non caustique, non toxique, soluble eau, alcool, glycérine.
OVULES ROCHE AU THIGÉNOL dosés 30%
EN GYNÉCOLOGIE
Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique
EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux
RÉSULTATS RAPIDES
Echantillon et Littérature
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges. PARIS.


SIROP "ROCHE"
au THIOCOL
administration prolongée
de
GAÏACOL
INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
COMPRIMÉS DE THIOCOL ROCHE
Echantillons & Littérature F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges PARIS

La broncho-pneumonie n'est pas la seule affection qui puisse induire en erreur. Il est des enfants chez lesquels on trouve les signes de pneumonie et, au 2e, 3e jour, la température tombe. On dit qu'il s'agit de congestion pulmonaire, de pneumonie abortive. On ne doit pas trop se réjouir en pareil cas, et pour mon compte, je crains alors l'intervention du bacille tuberculeux.

Quelle est la durée de la pneumonie chez l'enfant ? Elle est plus courte que chez l'adulte. Vous connaissez le chiffre fatidique de 9 jours, chez l'adulte. Chez l'enfant, l'affection se termine au 5e, 6e, 7e jour, généralement, et d'une façon brusque habituellement, parfois en lysis. Souvent, vous observez, vers le 4e jour, une baisse subite de température. Ne vous hasardez pas à conclure à la convalescence. Si l'état du malade laisse encore à désirer (pouls fréquent, facies), vous verrez dans bien des cas la température remonter jusqu'à la vraie défervescence : c'est la pro crise, qui précède de 1, 2, 3 jours, la défervescence véritable. Quelquefois même, vous avez 2, 3, de ces chutes, ce qui donne une courbe thermique à grandes oscillations. Le pronostic n'en est pas aggravé.

D'autres fois, la maladie se prolonge. N'allez pas annoncer, sans réserves, le 5e jour, la défervescence pour le lendemain ou le surlendemain. Si la pneumonie infantile se termine en général le 6e ou le 7e jour, il est des cas où la défervescence a lieu le 12e, 13e, 15e jour. Vous êtes alors inquiet et vous vous demandez si vous n'êtes pas en présence d'un pneumo-typhus.

Il vous arrivera de rencontrer, après la défervescence, des râles persistants. En général, après la pneumonie, le poumon se déblaye rapidement. Sinon, il est utile d'examiner de près l'enfant. Penser à la syphilis. Penser aussi à la pleurésie para et méta-pneumonique. Vous reconnaîtrez que cette pleurésie va suppurer à la présence de germes. Ne vous pressez pas, d'ailleurs, d'opérer. L'opération précoce ne donne pas de bons résultats. Attendez, en faisant, si vous voulez, quelques injections dans la plèvre de bleu de méthylène, et quand la température sera bonne, faites l'empyème. Une pleuro-bacillose peut aussi suivre la pneumonie.

L'enfant guérit presque toujours de sa pneumonie. Archambault disait à ses élèves, en parlant de cette affection : « Voilà une maladie comme je vous en souhaite beaucoup dans votre clientèle ». Elle guérit naturellement à peu près constamment chez l'enfant. Le mieux, par conséquent, est de faire le minimum de thérapeutique active. Donnez du lait, des boisson aqueuses, joignez-y au besoin quelques ventouses sèches, des enveloppements humides, des bains chauds au cas de délire, un peu de digitale si le cœur fléchit. Ne faites pas toujours, cependant, un pronostic trop favorable, car la pneumococcie parfois se complique du côté des oreilles, des méninges, etc. Vous aurez cependant, le plus souvent, la satisfaction d'enregistrer un succès.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. LACROIX.)

UROLOGIE

De la valeur réelle d'une analyse d'urines,

Par le docteur E. MAURIN, de Toulouse.

La médecine a toujours eu recours à l'examen des urines. Après Hippocrate lui-même, les médecins de l'antiquité, puis du moyen-âge, examinaient d'une façon plus ou moins sommaire les urines de leurs malades. Au siècle dernier, de nombreux travaux de chimistes ou de cliniciens parurent sur l'urinologie, mais une cloison étanche séparait le laboratoire de la clinique ; c'est pourquoi, chacun, suivant ses compétences, interprêtait les résultats de ses expériences, aboutissant ainsi à des conclusions le plus souvent erronées.

Il en est résulté une suspicion marquée, un scepticisme souvent justifié de la part de quelques praticiens sur l'utilité d'une analyse d'urines tandis que d'autres, au contraire, avaient une tendance à interpréter toute la physio-pathologie par le seul examen des urines.

Certes, cette analyse reste un des moyens d'exploration clinique précieux pour établir un diagnostic, formuler un pronostic et souvent même, instituer une thérapeutique efficace. Rationnellement conduite, elle permet de mesurer les troubles survenant dans les phénomènes internes du métabolisme alimentaire et de la nutrition. Enfin, elle sert à apprécier, dans bien des cas, la valeur fonctionnelle ou la lésion d'organes importants comme le foie ou les reins.

Mais, à côté de ces réels avantages, que de fois, lorsqu'elle est faussement interprétée ou examinée un peu trop légèrement, a-t-elle donné lieu à des erreurs d'appréciations parfois préjudiciables au malade ?

Dans la pratique courante, en effet, voici ce qui se passe : le médecin demande au chimiste, pour se renseigner, *une analyse complète* des urines de son malade. L'usage a établi que cette analyse complète comportait l'examen des caractères généraux tels que, densité, volume, réaction, odeur, etc... le dosage de l'acidité, de l'urée, de l'acide urique, des chlorures, des phosphates, des sels ammoniacaux, de l'azote total, enfin la recherche des éléments anormaux et l'examen microscopique des sédiments.

Le plus souvent, les urines sont recueillies au hasard, sans tenir compte des conditions du temps, du régime, du repos ou du travail, des

médicaments absorbés, etc... Quelquefois, elles sont apportées au laboratoire dans des flacons mal lavés et souillés, sans aucune précaution pour assurer leur conservation et par suite, en pleine décomposition ammoniacale. Pour les urines de femmes, presque jamais une toilette intime préalable n'est faite avant les émissions, avec, comme conséquences, toutes les sécrétions vulvo-vaginales entraînées par l'urine et faussant les résultats de leurs leucocytes, de leurs éléments cellulaires, de leur mucus et de leur flore microbienne aussi nombreuse que variée.

On voit, par suite, ce que peuvent valoir des analyses d'urines pratiquées dans de semblables conditions.

Mais, ce n'est pas seulement à ces fautes dans le prélèvement qu'il faut attribuer l'inefficacité de telles analyses, mais surtout se bien pénétrer que la plupart des dosages d'éléments normaux ne permettent de tirer aucune conséquence pratique et utile à la clinique, lorsqu'ils sont établis dans les conditions habituelles que nous venons d'indiquer.

Comme le dit si justement Lématte, l'analyse des urines, pour avoir une réelle valeur, doit être conduite avec toute la rigueur d'une *véritable expérience de physiologie*.

Mais pour cela, il est nécessaire d'instituer un régime d'épreuve, toujours le même, suivi pendant trois jours avant la récolte des urines ; sans cette précaution indispensable, le dosage des éléments normaux et les différents rapports urologiques ne peuvent être qu'une très vague indication sans grand intérêt.

Nous savons en effet que l'urée, l'acide urique, l'azote total, les chlorures, les phosphates, etc. sont intimement liés à l'alimentation et, par conséquent, leur dosage pratiqué comme on le fait le plus souvent a une valeur sensiblement nulle. Quant au dosage de l'acidité totale et à la recherche des sels ammoniacaux, c'est un temps perdu bien inutilement, en raison de la fermentation ammoniacale qu'on ne saurait enrayer efficacement, malgré l'addition de tous les antiseptiques proposés jusqu'ici et l'impossibilité à laquelle on se heurte, dans la pratique, de faire ces dosages immédiatement après l'émission.

Par conséquent, le médecin se trouvera dans l'obligation de soumettre son malade à un régime d'épreuve, s'il veut avoir des renseignements précis du laboratoire ; et dans la majorité des cas, cette analyse urinaire sera faite en même temps qu'un examen hématologique pour compléter le diagnostic. Aussi, le plus souvent, se limitera-t-on à la seule recherche des éléments anormaux (albumines, glucose, acétone, bile, sang, pus) et à l'examen microscopique du sédiment.

Dans la pratique courante, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de réserver l'analyse complète, avec dosage des éléments normaux, aux cas spéciaux où l'on veut apprécier les troubles de la nutrition d'un malade. Il sera nécessaire alors de lui imposer le régime d'épreuve (*voir les instructions nécessaires à ce régime et à la récolte des urines dans le* « Diagnostic clinique » du docteur Martinet, édité en 1920, page 339).

Mais très souvent, le médecin pourra se limiter à la recherche des éléments pathologiques d'une urine de 24 heures, qui lui donnera des renseignements vraiment utiles.

Quant à la recherche microscopique des sédiment, il faut se rappeler qu'elle doit être pratiquée sur des urines d'une émission toute récente, qu'on centrifuge et qu'on examine aussitôt (le moindre retard détruit les éléments cellulaires, les cylindres, etc.). Or, cet examen est capital quand il s'agit de déceler une lésion parenchymateuse organique de l'appareil réno-urinaire. En principe, si le malade peut marcher, c'est sur des urines émises au laboratoire que cet examen devrait être pratiqué en raison de son importance clinique.

S'il s'agit d'un examen bactériologique, c'est encore sur des urines fraîches et recueillies dans des conditions rigoureusement aseptiques qu'il faudra le pratiquer, surtout quand il faut recourir à des cultures ou à des inoculations.

Telles doivent être faites les analyses d'urines, suivant les besoins de la clinique. Ainsi comprises, les médecins pourront leur demander de précieux renseignements, sans courir les risques d'interprétations erronées, et par suite, préjudiciables aux intérêts bien compris de leurs malades.

LARYNGOLOGIE

Technique des injections intra-trachéales

Lettre rectificative du Dr Mendel.

Je viens de lire dans le *Concours médical* du 5 septembre 1920 un article du docteur Fradkine, intitulé : « Technique des injections intra-trachéales simplifiées », qui traite de la méthode d'injection que j'ai établie et préconisée il y a quinze ans. M. Fradkine trouve bon d'y ajouter certaines modifications de son cru, et se livre à des appréciations à propos desquelles je vous demande l'autorisation de répondre quelques mots, en vous priant de vouloir bien insérer ma lettre.

Ma méthode d'injection trachéale a eu le privilège d'être discutée avec âpreté dès son apparition : je renversais, en effet, les idées physiologiques reçues, en déclarant :


MODE D'EMPLOI
5 Perles par jour une à une à tout moment de la journée
Pour les Enfants de une à quatre Perles par jour
PERLES TAPHOSOTE
LAMBIOTTE FRÈRES
GUÉRISON des Rhumes, Toux, Bronchites, Coqueluche, Maladies des Voies Respiratoires
DANS TOUTES LES PHARMACIES

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères. PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.



RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement, nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit **24 fr.**, par versement à notre compte de chèques postaux PARIS 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

1° Que le seul orifice béant dans l'arrière-gorge, en dehors de la déglutition, est la glotte, puisque l'œsophage est fermé à l'état de repos ;

2° Que l'orifice glottique et la trachée admettent, sans réaction aucune, l'irruption douce d'un liquide non irritant.

Les protestations qui accueillirent ces notions nouvelles, que le professeur Brissaud voulut bien appeler une découverte physiologique, ne m'étonnèrent pas, et n'étonneront pas davantage ceux qui se rappellent avec quelle résistance farouche furent toujours reçues les nouveautés scientifiques.

Cependant, des esprits plus tolérants voulurent bien ne pas nier « a priori », tels le professeur Dastre, qui reconnut la vérité de mes assertions dès que je lui eus présenté des expériences sur les chiens ; le professeur Brissaud, qui suivit mes recherches avec une bienveillance dont je reste encore très reconnaissant à sa mémoire, et le professeur Landouzy, à qui je dus l'idée d'expériences nouvelles.

Ce dernier, m'ayant demandé de venir pratiquer l'injection à l'hôpital Laënnec, devant lui et ses élèves, me dit immédiatement après l'opération : « Vous venez d'opérer avec une rapidité telle que je n'ai jamais rien vu, et je me demande même si vous n'avez pas simplement injecté le liquide dans l'œsophage ».

« Je comprends votre objection, répondis-je, on me l'a déjà faite. Pour y répondre, j'ai demandé à six laryngologistes autorisés de vouloir bien surveiller, à l'aide de leur miroir, le larynx de quelques patients, pendant que moi-même, debout derrière eux, je pratiquerais l'injection. Or, MM. Ruault, Lubet-Barbon, Bonnier, Poyet, Boulay et Luc constatèrent que le liquide injecté passait dans l'orifice glottique sans avoir déterminé aucun réflexe ; ils ont même écrit et signé chacun une déclaration destinée à être publiée. Elles se trouvent dans mon livre ».

« Fort bien, répondit le prof. Landouzy, le témoignage des laryngologistes est bon, mais je voudrais une vérification plus accessible au grand nombre. Pourquoi n'essayeriez-vous pas d'expérimenter sur des trachéotomisés ? »

Je suivis ce conseil. Sur deux trachéotomisés, ayant enlevé leur canule trachéale, je pratiquai l'injection simplifiée au moyen d'huile d'olive colorée à l'orcanette et un temps très court après l'injection, je pus voir l'huile rouge sortir de la plaie trachéale sous la forme d'un petit ruisseau qui s'écoula le long de la poitrine du sujet.

Le prof. Landouzy fut convaincu par ces expériences et me conseilla de les répéter devant le plus de spectateurs possible. Ce que je fis à la Société médicale des hôpitaux et à la Société de l'Internat notamment ; j'ose dire que j'emportai chaque fois la conviction de mes auditeurs.

Enfin, le prof. Brissaud voulut bien présenter au public médical mon livre, dont il écrivit la préface ; le prof. Landouzy consacra une leçon clinique à la description de mon procédé et déclara qu'il constituait un véritable progrès thérapeutique.

Après ces recherches, ces expériences et ces déclarations formelles, je pouvais croire mon procédé admis : il n'en fut rien. Périodiquement, des laryngologistes condamnent ma méthode qu'ils ne réussissent pas à tuer, puisque de nouveaux coups de massues leur paraissent toujours nécessaires.

Pour en revenir à M. Fradkine, il commence son article en rappelant que tout dernièrement, le Dr Lacroix, puis le Dr Dufourmentel ont démontré l'inanité de ma méthode, et qu'il n'en reste rien. Pourtant, il se montre bon prince et déclare que cette méthode, qui permet aux non-spécialistes de pratiquer l'injection trachéale, peut être bonne à condition de subir quelques modifications, introduites par lui, Fradkine. Ces modifications consistent simplement à cocaïner à fond préalablement la gorge et la région laryngo-trachéale du sujet.

Je me hâte de répondre à M. Fradkine que la cocaïnisation qu'il préconise est inutile, de toute inutilité, et que cette manœuvre, qui complique terriblement cette petite opération si rapide et si simple, étonnerait fort mes nombreux élèves et mes nombreux patients.

M. Fradkine ajoute, ce que je ne puis laisser passer sans protester « ... et sans cette anesthésie, tout traitement intra-trachéal efficace ne serait qu'un trompe-l'œil, tout juste apte à satisfaire la crédulité d'un malade ignorant, mais tout à fait insuffisant pour calmer la conscience médicale de l'opérateur. »

— Non, confrère, vous n'avez pas le droit de parler ainsi ; ma conscience médicale est auss exigeante que la vôtre et ne s'est jamais contentée d'un trompe-l'œil thérapeutique. J'ai été, au contraire, confirmé dans ma manière de faire par chaque cas traité, et ma confiance dans ma méthode en a été chaque fois plus solide.

***

Je conclurai en invoquant la bonne foi de mon contradicteur, car quant à moi, je ne me permets pas d'en douter. Je lui conseille, s'il veut appliquer ma méthode, d'en suivre exactement la technique que j'ai exposée dans mes publications, (en particulier dans « L'injection trachéale simplifiée », de Rudeval, Paris, 1906), que j'ai exposée, dis-je, avec toute la précision et même toute la minutie nécessaire. Il se rendra compte

que l'anesthésie est parfaitement inutile, comme je le disais plus haut.

Quant à ceux qui condamnent ma méthode en bloc et sans restriction, je n'ai rien à leur répondre, je leur signale seulement les expériences que j'ai faites et qu'il leur est loisible de reprendre. J'appelle aussi leur attention sur l'immense avantage qu'il y a à mettre entre les mains de tous les praticiens, un procédé thérapeutique précieux.

Mais ne serait-ce pas précisément ce résultat que me reprochent, sans le dire, beaucoup de mes contradicteurs ?

Dr MENDEL.

A TRAVERS LA PRESSE

Le referendum de « L'Hôpital ».

Notre confrère *L'Hôpital* (Rédaction : 1, rue Clovis, Paris) ouvre un très utile referendum, qui permet à tous les médecins : *a*) d'indiquer les principales questions de clinique thérapeutique qu'ils désirent voir traitées dans les colonnes de la revue ; et *b*) de recevoir gracieusement les numéros contenant le sujet traité par un spécialiste averti. Envoi d'un numéro spécimen sur demande à l'administrateur : Docteur Siguret, 21, rue Baudin, Paris.

Le vinaigre dans les maladies de vessie.

M. CAMESCASSE recommande l'emploi du vinaigre chez les urinaires, et surtout chez les vieux prostatiques (*Arch. méd.-chir. de prov.*, juillet 1920), pour préserver l'organe de l'infection menaçante.

Pour graisser les sondes, il préconise la préparation suivante :

Huile d'olive .... 50 gr.
Acide acétique cristalisable . . 1 gr.
us. ext.

Pour laver la vessie, il emploie la méthode suivante :

Dans un bol de 200 cmc, il verse 100 cmc d'eau boriquée froide à 35 p. 1000, 50 cmc d'eau bouillante et une cuillerée à café de vinaigre. La même solution sert à laver la sonde qu'on conserve ensuite enveloppée dans sa longueur, dans un linge blanc de lessive.

« ... Vous pouvez laver la vessie tout à votre « aise, soit par prudence, soit comme traitement « actif. Même s'il y a du pus bien caractérisé, « d'origine vésicale bien entendu, vous obtien- « drez un véritable succès. Vous n'enlèverez « pas l'obstacle prostatique ni ses inconvénients « mécaniques : vous leur permettrez de diminuer « seulement.

« Mais vous mettrez votre homme en état de « réfléchir, de se reprendre, de décider à son « aise.... »

Cancer rectal. Extirpation abdomino-périnéale. Extirpation périnéo-sacrée.

M. Victor PAUCHET expose que le C. R. est le meilleur néo-chirurgical du tube digestif. Évolution lente, infection ganglionnaire tardive, généralisation exceptionnelle, technique opératoire bien réglée et permettant de faire l'exérèse large de l'intestin et de toute la zone lymphatique. Ces conditions rendent possible la cure radicale dans un très grand nombre de cas. (*Journ. de Médecine de Paris*, 5 octobre 1920 ; *Presse Médicale*, 6 octobre 1920.)

Tout médecin consulté pour le moindre trouble de la défécation doit nécessairement faire le toucher rectal, sans prononcer les mots consolateurs d'hémorroïdes et d'entérite. Si le toucher rectal est négatif, il doit faire la rectoscopie et alors seulement, il peut rassurer le malade ; sinon, son optimisme peut être fatal à ce dernier.

Tout pronostic de C. R. dépend du premier médecin consulté. Le médecin doit au malade la vérité pour éviter d'entendre ces amers regrets : *Si j'avais su que j'avais un cancer, je me serais fait opérer dès le début. On m'a parlé d'hémorroïdes ou d'entérite.*

L'opération sera toujours très large et comprendra l'exérèse d'un très long segment d'intestin, avec tout le système cellulaire et ganglionnaire qui l'entoure. C'est par la voie abdomino-périnéale qu'elle s'exécute le plus sûrement.

Cette opération est-elle grave ? Peu, dans les cas au début et moyens, c'est-à-dire, avec peu ou pas d'adhérences. L'opération donne 10 % de mortalité. Dans les cas déclarés inopérables à cause de leur extension et des adhérences, 60 % des malades peuvent encore être sauvés.

Dans les cas où le mauvais état général, l'âge du sujet, ses tares, l'empêchent d'être opéré, le radium donne des résultats très appréciables. Il est bon de l'employer même dans les cas opérables 8 jours avant l'opération. L'auteur a observé des survies de 16 à 17 ans.

La stérilisation des plaies par le violet héxaméthylé basique.

Il résulte de son expérience personnelle que, selon M. M. GUILLOT (*Arch. médico-chir. de Normandie*, juillet 1920) la stérilisation des plaies infectées peut être rapidement obtenue au moyen de certains colorants qui conservent leur action antiseptique en présence du sérum.

Le colorant auquel il donne la préférence est le violet héxaméthylé basique : « C'est un des

« antiseptiques les plus puissants que j'aie « expérimentés ; son emploi est aisé puisqu'il « demande une seule application par jour ; son « prix de revient est faible, sa puissance colo- « rante est peu élevée, son utilisation à des ti- « tres stérilisants ne gêne aucunement la cica- « trisation, enfin pendant les huit ou douze pre- « miers jours de son utilisation, il accélère net- « tement la cicatrisation des plaies, c'est-à-dire « qu'il permet aux tissus de développer leur « maximum d'activité précisément pendant ces « premiers jours qui suivent le traumatisme et « qui sont les plus dangereux pour l'organisme. »

Neurasthéniques et nosomanes.

Voici un très intéressant article, sous la plume savoureuse de M. Gallois, qui établit judicieusement la différence essentielle existant entre le neurasthénique et le nosomane. (*Bull. Méd.*, 11 sept. 1920.)

Le neurasthénique souffre d'un épuisement du système nerveux qui se traduit par des maux de tête, de l'insomnie, des douleurs spinales plus ou moins vagues, des troubles digestifs, des perturbations mentales se manifestant par des idées fixes, des obsessions et des phobies. Son affection a généralement une cause assez facile à dépister.

Le nosomane, c'est, pour tout dire d'un mot, le Malade Imaginaire de Molière, celui qui « a peur « d'être malade, et recherche les symptômes « pathologiques qu'il croit pouvoir présenter. « Le nosomane a trop peur de la mort pour « penser à se tuer et on le blesserait profondément « si on paraissait le croire fou... Il n'a pas « conscience que, au milieu des troubles variés « dont il se plaint, c'est surtout son imagination « qui est malade... »

Ces considérations ont des conséquences pratiques des plus importantes. On conçoit que le même traitement ne puisse s'adresser à des états aussi différents.

La neurasthénie réclame en effet une thérapeutique assez bien définie, qui s'adressera à la cause, et aussi aux effets, qui sera tout à la fois somatique et psychologique, etc.

La nosomanie se traite par une sorte de suggestion, — et les résultats n'en seraient guère encourageants, — par une véritable complicité du médecin qui accepte d'entrer dans les vues de son malade, de croire ce qu'il lui raconte et de lui prescrire les médications les plus extraordinaires, ou les interventions les plus simulées.

M. Gallois n'approuve pas cette méthode.

A son sens, le médecin doit agir avec prudence, affirmer au malade, non qu'il n'a rien, mais qu'il ne trouve rien, rien de grave tout au moins. « Il faut faire une concession, mais la plus légère « possible à l'idée fausse et s'efforcer de rame- « ner le malade dans la bonne direction. »

Je ne voudrais pas chercher à M. Gallois une querelle de mots. Cependant, le nosomane, tel qu'il le décrit avec un luxe de détails qui ne laissent aucun doute sur la véritable nature de son état, et qu'il a parfaitement raison de distinguer du neurasthénique, est bien connu en médecine mentale, c'est l'hypochondriaque plus ou moins délirant. Il ressent réellement les troubles qu'il accuse, tout comme le persécuté entend réellement les voix qui l'injurient. L'un et l'autre commettent une erreur fondamentale d'interprétation, le premier en rapportant ses troubles à une affection organique qui n'existe pas. le second en donnant aux voix un corps qu'il meurtrira à l'occasion.

Il n'y a pas de malades imaginaires. Il y a des malades, et ce sont généralement des aliénés, qui s'imaginent que ce qu'ils ressentent d'anormal repose sur un substratum anatomo-pathologique ou fonctionnel qui ne se trouve en réalité que dans leur psychisme adultéré.

D'autre part, et en dehors des hypochondriaques vésaniques, on observe des neurasthéniques obsédés, les psychasthéniques de Janet, qui présentent des obsessions hypochondriaques, des phobies de même nature, qui ne sauraient être considérées comme ressortissant à l'aliénation mentale. J'ai soigné naguère, pendant de longues années, un jeune homme qui a fini par mourir tuberculeux, à la suite d'une inanition résultant de la phobie qu'il avait, aussi angoissante que possible, de mourir étouffé en déglutissant, ce qui l'empêchait de manger.

Que conclure de ces remarques ? C'est que le neurasthénique est évidemment justiciable d'un traitement dont les règles sont bien connues et qui donne souvent d'excellents résultats, tandis que le nosomane de Gallois, autrement dit, l'hyponchondriaque qui systématise son délire, offre peu de prises au thérapeute et finit par relever de l'asile ou de la maison de santé.

Le camphre et l'émétine dans le traitement des hémoptysies.

M. L. Cheinisse étudie, à la faveur des travaux les plus récents, l'action de ces deux médicaments dans le traitement des hémoptysies.

En ce qui concerne l'emploi des injections d'huile camphrée, il semble qu'il faille faire une distinction entre les hémoptysies congestives dues à des troubles circulatoires, et celles qui résultent de l'ulcération même du tissu pulmonaire tuberculeux. Les premières se trouveraient bien de petites doses de camphre. Les autres seraient justiciables de doses plus élevées. Quoi qu'il en soit, l'auteur rappelle excellemment que, si le camphre a des indications temporaires bien nettes, et conserve alors une valeur indiscutable, il y aurait inconvénient à en prolonger indéfiniment l'usage.

Quant à l'émétine, qui est fortement discutée, M. Cheinise se sert des communications de Colbert et Bazin pour préciser qu'elle ne combat efficacement les hémoptysies que quand celles-ci se produisent chez les tuberculeux hypertendus. C'est donc l'oscillomètre à la main qu'il faut l'employer. (*Presse Médicale*, 11 sept. 1920.)

Intervention sanglante et suture primitive dans les spinas ventosas.

MM. Rocher et Lasserre recommandent ce procédé dans les cas limités à un seul doigt, en clientèle hospitalière. (*Journal de Méd. de Bordeaux*, 10 sept. 1920.)

Après anesthésie locale à la cocaïne, on incise les téguments et on arrive sur l'os malade dont on ouvre la diaphyse quand elle n'est pas spontanément ouverte. On en évide la cavité médullaire dans toute sa longueur, de manière à réaliser une résection totale sous-périostée.

Cette intervention terminée, on met à plat la cavité diaphysaire, que l'on comble soit avec les muscles de voisinage (métacarpiens et métatarsiens), soit avec une pâte antiseptique qui s'éliminera ultérieurement. On suture primitivement en tissu sain, tous les trajets fongueux ayant été excisés, on draine avec un faisceau de crins ou une petite mèche. On immobilise ensuite en réalisant une extension continue, sur une planchette, au moyen d'un crin en anse passant par transfixion dans l'extrémité du doigt, pendant trente jours.

Les auteurs apportent à l'appui de leur thèse neuf observations des plus concluantes.

G. D.

LA LUTTE ANTI-ALCOOLIQUE

Il faut interner les ivrognes et les buveurs.

Par le Dr Joseph Mirc.

On déclare de toutes parts qu'après la douloureuse expérience de la guerre, il faudrait adopter en France un esprit vraiment pratique et réalisateur, et ne pas se borner à de purs discours plus ou moins académiques et à de platoniques manifestations,

Une des principales conditions de notre relèvement, à la fois moral et économique, réside dans l'activité vraiment réalisatrice de la lutte contre l'alcoolisme dont il est inutile de répéter ici les ravages sociaux. Or, le vieil adage de Legrain est toujours tristement vrai : « Si la Société tente parfois de lutter contre l'alcoolisme, elle ne fait presque rien contre l'alcoolique ». Malgré les débats parlementaires les plus passionnés, cafés et bistrots existent toujours, liqueurs et eaux-de-vie de mauvaise qualité bercent toujours la misère humaine. Quant aux encouragements des Sociétés de tempérance, aux enseignements sur l'abstinence, que valent toutes ces manifestations verbales ? La vue du moindre petit verre ou du moindre gobelet les dissipe, comme l'ouragan chasse la fumée. Il faut au buveur des arguments plus sérieux, c'est-à-dire plus réels, exerçant sur lui une coercition véritable, qui remplace sa volonté défaillante, ou réduise de force ses mauvais instincts — et cela, au début de son vice, pour être plus efficace ; « principiis obsta ».

La loi française sur l'ivresse est, à ce point de vue, d'une remarquable timidité. Aux termes du texte du 23 janvier 1873, en effet, que risque un ivrogne qui se manifeste bruyamment dans un endroit *public* ? Tout au plus, de par l'article I, une amende de 1 à 5 fr. inclusivement ! En cas de récidive, les articles 474 et 483 du Code Pénal sont appliquables, c'est-à-dire que le délinquant, s'il faute à nouveau dans les douze mois qui suivent la première condamnation, peut être emprisonné pour une durée *qui ne doit pas dépasser trois jours* ! Les récidives successives peuvent faire porter l'emprisonnement de six jours à un mois, chose rarissime en pratique — et suppriment les droits de vote et d'éligibilité.

On voit l'insuffisance et le caractère totalement inopérant de cette loi, la seule qui semble vouloir poursuivre l'alcoolique au début, et non seulement l'alcoolisme. Elle ne vise que l'ivrogne tapageur, et l'on devine aisément son but, qui est une simple mesure de police propre à maintenir le bon ordre et la tranquillité de la rue.

Contre le véritable alcoolique, qui s'intoxique chaque jour davantage, préparant à la fois sa propre déchéance, et celle, plus grave, de ses descendants, que fait-on ? Rien. On attend, avant d'appliquer la loi de 1838 sur l'internement, que le buveur d'alcool soit dans un état délirant suffisamment aigu et avancé pour que ses réactions violentes troublent gravement l'ordre public — c'est-à-dire que l'on songe à l'asile une fois que des lésions irrémédiables se sont produites, détruisant de façon définitive la délicate fonction des cellules nerveuses, qu'on voit, au microscope, profondément altérées — on trouve la tuméfaction claire et l'état vacuolaire du corps cellulaire et de ses prolongements, le gonflement et le déplacement excentrique du noyau de la chromatolyse pigmentaire, etc. (1). L'internement, dans ce cas, ne devient qu'une mesure préventive contre les réactions dangereuses anti-sociales du malade, qui est, à ce stade avancé, totalement incurable.

(1) Marie et Riche. — *In* Traité de Psychologie pathologique. Alcan, Paris 1911, Tome II. p. 953.

Il faut agir contre l'alcoolique, *au début* même de ses habitudes. De bons esprits ont demandé, dans un but pratique, la création d'asiles spéciaux pour alcooliques (1), de maisons de relèvement pour buveurs (2), où la loi autorise l'internement d'office pour alcoolisme, et où, par l'abstinence totale, la cure morale, le travail continu et une discipline rigoureuse, l'alcoolisé puisse être traité de force et guéri.

Ces institutions seraient évidemment parfaites, mais il est à craindre qu'elles ne restent éternellement sur le papier. En ce moment, le contribuable est surchargé d'impôts et, soit la construction, soit l'aménagement des moindres locaux, atteint des prix excessifs ; on ne peut pas songer sérieusement à instituer ou édifier ces sortes de « dispensaires » spéciaux de l'alcoolisme.

Infiniment plus pratique nous paraît l'utilisation des asiles publics d'aliénés. Comme le prévoit l'article 2 de la loi de 1838, modifié par le Parlement *depuis* 1912, il est désirable de réserver dans chacun d'eux un quartier spécial ou un pavillon séparé pour le traitement des alcooliques, et *surtout pour celui des buveurs au début*. Chaque asile possède le système des bâtiments ou quartiers isolés les uns des autres, donc frais extrêmement réduits d'installation ; une simple réglementation d'ordre intérieur permettrait d'y établir la discipline nécessaire et une coercition véritable, grâce au personnel spécialisé. L'isolement serait un sûr garant de l'abstinence, le travail serait assuré avec la plus grande facilité, sans aucun frais supplémentaire, chaque asile possédant des ateliers pour son usage personnel, et dont les diverses sections répondent à tous les corps de métier. Les travaux pour femmes, buanderie, lingerie, etc. y sont généralement aussi bien organisés que les ateliers de forge, de menuiserie ou surtout le jardinage et la culture pour hommes, de sorte que le séjour de ces internés spéciaux serait en partie rémunérateur. Leur entretien, par ailleurs, courant sur les frais généraux de l'asile, reviendrait à un prix des plus bas.

Si l'on note de plus la saine et dure leçon que recevrait le buveur en ayant sa liberté aliénée, on peut concevoir que la crainte d'un nouvel internement deviendrait le commencement de la sagesse. Un mois, au maximum, suffirait à renforcer puissamment — croyons-nous — les bonnes résolutions du débutant alcoolique.

Quant à la possibilité légale de priver un buveur de sa liberté, elle existe dans l'article 18 de la loi de 1838. Le Préfet peut ordonner le placement d'office de toute personne dont l'état d'aliénation compromet l'ordre public et la sûreté des personnes. L'alcoolique compromet — s'il persévère dans son vice — l'ordre public et la sûreté de tous. Il est facteur de réactions sociales dangereuses ; des mesures *préventives* contre lui sont légales, au même titre que contre un aliéné dont on craint les violences possibles, et qu'on interne sans que souvent il n'ait commis aucun fait délictueux.

Pratiquement, un simple règlement d'administration publique pourrait autoriser l'application de la loi de 1338 non seulement aux ivrognes récidivistes et aux alcooliques avérés, mais aux buveurs au début, sur réquisition du Procureur de la République et par ordre du Tribunal, en lieu et place des amendes ridiculement inopérantes prononcées pour ivresse publique. Parallèlement, les asiles publics peuvent promptement organiser un de leurs quartiers par une modification facile de l'ordonnance de leur service intérieur.

Il nous semble que des internements bien appliqués et rigoureux, même de courte durée, pourraient avoir un effet infiniment plus radical, que de quelconques amendes ou suppressions de droit de vote, ou même d'académiques encouragements au bien, fussent-ils parés de toutes les grâces de Calliope.

(1) VALLON. — Nécessité d'un asile de sûreté pour les alcooliques. *Encéphale*, 1911. Tome II, page 245.
(2) CROLL. — Asiles et Maisons de relèvement pour buveurs. Thèse de Paris. 1903, n° 151.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

La préservation de la tuberculose chez les nourrissons.

(M. PINARD. — *Académie de Médecine.*)

A propos de la communication de M. Léon Bernard sur les modes d'infection et de préservation de la tuberculose chez les enfants du premier âge, M. Pinard montre que les résultats obtenus à la crèche spéciale de l'hôpital Laënnec sont une démonstration des deux notions connues suivantes : la première, que l'enfant d'une mère tuberculeuse n'est pas infecté pendant la gestation et ne naît pas tuberculeux ; la seconde, que si l'on veut soustraire le nouveau-né à l'infection, il faut le séparer de sa mère aussitôt après la naissance.

Dans cet ordre d'idées, un progrès vient d'être réalisé. On sait que l'asile d'aliénés de Charenton, aujourd'hui désaffecté, est actuellement destiné, sous le nom de *Maison maternelle nationale de Saint-Maurice*, à recevoir les femmes en état de gestation et les mères nourrices nécessiteuses. Or, d'après le programme adopté par le ministre de l'hygiène, une section spéciale est aménagée où seront reçus et allaités les enfants issus de femmes atteintes de tuberculose pulmonaire ouverte.

Sur la toxémie traumatique.

(M. Quénu. — *Académie de Médecine.*)

M. Quénu présente, au nom de MM. Cornioley et Kotzareff (de Genève), un important travail intitulé : Recherches expérimentales sur « la toxémie traumatique ».

Les auteurs ont procédé au broiement (sans plaie cutanée) de muscles de pattes de lapins ou de cobayes, et les animaux ont été divisés en plusieurs lots, traités différemment. Les uns ont été abandonnés à eux-mêmes sans garrot. D'autres ont eu un garrot appliqué sur chaque patte et enlevé au bout de 8 minutes. Dans un troisième groupe, le garrot resta en place six heures. Dans un quatrième groupe, les pattes furent amputées un quart d'heure après la pose du garrot. Les premiers succombèrent avec des symptômes de shock, en 37 minutes. Chez les seconds, la mort survint, avec des phénomènes de shock également, au bout de 7 à 8 minutes. Pour les derniers groupes, à part l'hypothermie, pas d'accidents de shock.

Les animaux en expérience ont été autopsiés et toutes les cultures de la masse musculaire broyée sont restées stériles.

Les essais de MM. Cornioley et Kotzareff plaident donc contre la théorie microbienne du shock, défendue par MM. Vallée et Bazy, et viennent à l'appui des idées soutenues par M. Quénu, de la résorption de substances albuminoïdes animales.

Le côté hygiénique des remèdes à la vie chère.

(M. Gariel. — *Académie de Médecine.*)

Sans s'arrêter à la partie économique de la question de la vie chère, M. Gariel estime que les médecins ne sauraient se désintéresser du côté hygiénique de cette question.

Une des difficultés actuelles de l'alimentation est due à l'insuffisance de la viande. MM. Loir et Legangneux (du Havre) appellent l'attention sur l'intérêt considérable qu'il y aurait à intensifier la consommation du poisson. Pour arriver à ce résultat, il conviendrait d'abord de développer la pêche, d'améliorer le transport des marées et enfin, de faire comprendre au public les avantages incontestables de l'emploi du poisson dans l'alimentation. C'est sur ce dernier point que l'hygiéniste et le médecin pourront intervenir.

Les Instituts médicaux.

(MM. Hayem, Léon Bernard et Cazeneuve. — *Académie de Médecine.*)

L'Académie adopte la motion suivante (proposée par M. Hayem) relative aux Instituts médicaux :

« L'Académie estime qu'il y a lieu de créer des établissements de culture des sciences médicales, dans le but de faire progresser ces sciences et de former des savants et des spécialistes. Elle pense que ces établissements, désignés sous le nom d'Instituts (de telle ou telle science) doivent être construits ou aménagés de façon à remplir un but bien déterminé ; qu'ils doivent être pourvus de l'outillage le plus perfectionné ; qu'il est nécessaire qu'ils soient dirigés par des savants spécialisés se consacrant d'une manière exclusive à leurs fonctions.

Que le plus urgent de ces Instituts est celui d'Hygiène, en raison du rôle social considérable joué par cette science et de la nécessité de former en France toute une cohorte d'hygiénistes compétents. »

M. Cazeneuve montre que Paris ne saurait être, seul, le siège d'un Institut d'hygiène. Lyon et Bordeaux seront des centres aussi préparés qu'utiles. C'est également l'opinion de M. Léon Bernard.

Sur la loi concernant la vente des substances vénéneuses.

(M. Siredey. — *Académie de Médecine.*)

L'Académie, en conformité avec le rapport de M. Siredey relatif aux modifications à apporter à la loi concernant la vente des toxiques, émet le vœu suivant :

1° Que l'article 38 du décret du 14 septembre 1916 visant la vente des substances vénéneuses cesse d'être applicable aux préparations mercurielles opiacées, et que le médecin puisse prescrire en une seule fois la quantité de ces préparations nécessaire pour une cure spécifique de quatre semaines de durée ;

2° Que lors de la délivrance desdites préparations, le nom et l'adresse du malade ne soient pas inscrits sur le registre du pharmacien en regard de ces médicaments qui décèlent la nature de la maladie, et que seul, y figure le nom du médecin auteur de la prescription ;

3° Que le pharmacien soit autorisé, pour les formules de préparations mercurielles spécialisées à l'usage des syphilitiques, à substituer au mot « mercure » le mot « hydrargyre » ou la notation chimique « Hg », ou mieux encore, le numéro de l'ordonnance.

4° Qu'une révision générale du décret en question soit faite dans le plus bref délai possible, un grand nombre de ces prescriptions étant incompatibles avec les nécessités de la pratique médicale.

Les anémies à infections multiples, en Annam.

(M. Thiroux. — *Académie de Médecine.*)

Dans les hôpitaux d'Annam, dit M. Thiroux, les cas d'anémie grave sont particulièrement nombreux. Une de ses causes, fréquente, est l'ankylostomiase. L'administration de hautes doses de thymol procure alors généralement de bons résultats. On peut donner ce médicament selon la formule américaine : purgation la veille au soir, suivie le lendemain matin d'une prise de 6 à 8 grammes de thymol en cachets et d'un nouveau purgatif. L'auteur préfère la méthode suivante : diète lactée la veille et ingestion le

lendemain de cachets ainsi composés (4 cachets à la fois, à une heure d'intervalle) :

Thymol	6 à 8 grammes.
Poudre de sené	10 gr.
Calomel	0 gr. 50

divisé en 16 cachets.

Mais, souvent débarrassés de l'ankylostomiase, les malades, quoique améliorés, ne sont pas guéris. Nombre d'entre eux sont en même temps paludéens. La quinine, d'ailleurs, n'amène pas toujours un résultat définitif. En pareille circonstance, une recherche systématique du Wassermann, qui se montre positif, indique la troisième cause de l'anémie et son traitement.

L'auteur a trouvé très communément cette association d'infections (ankylostomiase, paludisme, syphilis) dans les anémies graves des Annamites, et il a pu obtenir des guérisons de cas considérés comme désespérés.

Ostéosynthèse par vis.

(M. Pierre Frédet. — *Société de Chirurgie.*)

M. Pierre Frédet montre des radiographies d'ostéosynthèse par vis dans le traitement des fractures et des pseudarthroses. L'auteur, avant le vissage, fait un taraudage du logement des vis. C'est une amélioration essentielle de la technique qui lui a été dictée par l'expérience.

FAITS CLINIQUES

Note relative aux injections hypodermiques d'huile camphrée.

Drs Humbert et Mathey.

Il s'agit d'une malade de 60 ans, présentant depuis de longues années de l'emphysème pulmonaire et de la bronchite chronique presque arrivée au stade d'hyposystolie avec dilatation du cœur droit, présentant de temps en temps des poussées de congestion pulmonaire avec œdème des membres inférieurs.

Nous sommes appelés auprès de cette malade le 11 juillet vers 10 heures du soir : elle venait de recevoir son injection quotidienne d'huile camphrée (une amp. de 1 cc. au 1/20) au cours de laquelle elle était tombée dans un état syncopal.

Une demi-heure environ après l'accident, nous trouvons la malade en proie à une dyspnée violente, immobilisant son thorax en prenant point d'appui de ses deux mains sur les couvertures; les ailes du nez sont animées de battements précipités, il y a un certain degré de cyanose des lèvres, le pouls est à 80, très frappé, plutôt hypertendu ; elle se sent déjà mieux et de suite, nous raconte que, brusquement, au cours de l'injection elle a nettement perçu un goût très accusé de camphre dans la gorge; nous apprenons également, de la part du fils chargé de pratiquer l'injection, que sitôt l'aiguille retirée, l'orifice de pénétration laissa écouler quelques gouttes de sang. Nous nous trouvions vraisemblablement en présence d'un incident au cours d'une injection hypodermique d'huile camphrée, dû à l'introduction de l'aiguille dans une veinule ; en autres termes, d'une injection intra-veineuse d'huile camphrée réalisant une embolie graisseuse.

Il résulte d'expériences de Lemoignic, Gautrelet, et Sézary (1) sur l'animal, ainsi que d'essais chez l'homme, que l'huile végétale peut être injectée dans les vaisseaux sans provoquer d'embolie mortelle, car, ainsi que l'ont précisé MM. Busquet et Vischniac (2), il y a disparition rapide de cette substance.

Cette disparition rapide explique l'innocuité relative des huiles végétales injectées dans les vaisseaux. Nous devons toutefois insister sur le terme relatif, car des accidents sérieux restent possibles.

M. Naudrot (*C. M.* du 15 juillet 1920) en cite un cas ; nous croyons devoir ajouter celui relaté plus haut dont nous avons été témoins.

PHTISIOTHÉRAPIE

De la valeur de l'inhalation dans la thérapeutique des maladies du poumon

(*Suite et fin.*)

Dans mon article du 27 juin 1920, je vous ai exposé quelles étaient les qualités techniques nécessaires à la véritable inhalation. Dans une communication du 8 août, je vous ai parlé des modifications des signes d'auscultation au cours du traitement par cette technique et des éliminations successives provoquées par elle, et, en terminant, je disais :

« Nous verrons, dans notre prochain article, la « possibilité de pronostiquer l'intensité des éli-« minations d'où découlent les indications et « les contre-indications du traitement et l'inter-« vention du facteur « antisepsie ».

Je reprends la suite de mon exposé.

Il vous est facile de penser :

1° Que l'intensité des éliminations successives,

(1-2). — Les inject. int.-vein. d'huile. Société de biologie. *Conc. méd.* du 15 juillet 1920.

puisque provoquées, est proportionnelle à l'intensité des lésions.

2° Que le temps nécessaire à les provoquer est proportionnel à leur siège en profondeur — ou, si vous préférez, à l'état de communication avec les bronches — et partant, au degré de leur période d'évolution.

1) Intensité des lésions :

Il est, après mes nombreuses années d'observation et d'études cliniques, avéré que l'inhalation, telle que je la pratique, provoque des éliminations (drainage), et ceci est dû justement à deux causes : d'une part à la vapeur humide (c'est pourquoi j'ai abandonné l'air chaud ou les gaz) et d'autre part, aux agents thérapeutiques aidant à la fluidification du caséum, tels : la terpine, le benzoate de soude, l'eucalyptus et tous les balsamiques en usage. Il suffit d'une gymnastique respiratoire modérée pour faciliter l'expectoration. Chaque élimination dégage une ou plusieurs bronches de leur contenu, si petites soient-elles, pour laisser progressivement le champ libre à une pénétration plus profonde de l'inhalation.

Mais, je vous le dis, cette fluidification provoquée augmente la quantité de pus libéré, d'où aggravation apparente des signes d'auscultation avec phénomènes toxiques. Plus les lésions sont abondantes, généralisées, avec des masses caséeuses nombreuses, plus l'élimination est forte ; la désinfection devient difficile. Et c'est ici qu'entre en ligne de compte la valeur désinfectante de l'inhalation employée. Sans un désinfectant éprouvé et puissant, c'est l'échec ; nous en parlerons plus loin. Mais vous concevez qu'il y a des limites à la désinfection, et c'est ainsi que j'arrive à une des contre-indications du traitement chez les tuberculeux anciens. Ne pas accepter des lésions généralisées à l'état de ramollissement : on ne sera pas maître du pus et de ses effets. C'est la faute du malade ou du médecin d'avoir trop attendu, ce n'est pas la faute du traitement. En effet, les mêmes lésions localisées s'éliminent de la même façon, mais le pus n'est jamais, en ce cas, en quantité telle que mon inhalation ne puisse pas le rendre inoffensif. Je pourrais vous montrer des malades guéris qui présentaient à leur début des signes cavitaires manifestes, localisés, je le répète, et n'ayant pas, par la diffusion des toxines ou des lésions, entraîné encore la déchéance physique.

2) Siège des lésions et état de communication avec les bronches :

Vous savez que le tuberculeux à lésions évolutives qui ne crache pas est une exception. A un moment donné, le magma caséeux finit par se faire jour dans une bronche acineuse ou lobulaire. Vous avez constaté comme moi que certains malades, pendant un long temps souvent, présentent à l'auscultation des craquements secs ou humides toujours au même endroit, toujours avec les mêmes caractères, sans aucune tendance à la rétrocession, sans sclérose. Il s'agit d'un foyer plus ou moins grand qui semble former un îlot qui ne veut ni guérir ni s'ouvrir.

Admettez que je me trouve en présence d'un foyer semblable ; j'ai toujours remarqué qu'à un moment donné, sous l'influence du traitement, ce foyer devient humide ; alors le malade crache et élimine. Qu'il se soit ouvert par la gymnastique respiratoire ou par l'effet des vapeurs humides balsamiques, peu importe : ce qui est certain, c'est que le foyer disparaît après une plus ou moins longue durée de traitement. Mais il existe à côté toute la série des scléreux plus ou moins anciens, avec leurs tissus fibreux souvent abondants, cloisonnants, traversant des foyers ulcérés et rendant à l'inhalation tout accès impossible. Il est difficile d'apprécier à l'auscultation le degré de pénétration possible et, s'il faut exclure du traitement des lésions de sclérose étendue, superposées à de nombreux foyers en activité, j'ai pu néanmoins et avec succès traiter des scléroses localisées, suppurant plus ou moins, mais chez des sujets à bon état général. Là encore, la sclérose est l'expression d'une lésion ancienne et dont la non-guérison ne permet pas de conclure à l'inefficacité d'une méthode. *Guérir une maladie ne veut pas dire la traiter avec succès dans ses manifestations ultimes, mais bien la traiter avec succès dès qu'elle se manifeste par ses symptômes. Guérir la tuberculose veut dire : arrêter définitivement son évolution dès qu'elle est cliniquement diagnostiquable.*

Ce résultat, ma méthode me l'a toujours donné.

Pendant longtemps, je me suis demandé si la gymnastique respiratoire n'était pas le véritable facteur d'amélioration ou de guérison. J'ai entrepris l'essai de cette gymnastique en série, et j'ai été bien vite convaincu que, non seulement la respiration forcée n'était pour rien dans mes résultats, mais qu'au contraire, elle constituait un *véritable danger*. En effet, si la gymnastique du poumon a pour résultat des oxydations plus intenses, mais sans aucune valeur antiseptique, elle a également pour résultat de chasser le caséum de son foyer primitif, de le généraliser et d'en augmenter la surface d'absorption, d'où résulte non seulement une augmentation des chances d'intoxication générale, mais aussi, une augmentation d'activité des foyers suppurés. Et ceci, je le répète, parce que l'oxygène, quoique amené en plus grande quantité, n'a aucune valeur antiseptique vis-à-vis du pus bronchique.

Si vous n'avez à votre disposition, pour traiter un tuberculeux clinique, que la gymnastique respiratoire, ne vous en mêlez pas : *cent fois vaut mieux le laisser tranquille !*

C'est pour cette raison même que la valeur antiseptique des médicaments employés est d'im-

portance capitale. Devant cette constatation doit disparaître tout empirisme qui mènerait aux pires déceptions.

Si vous employez contre des lésions infectieuses des antiseptiques divers, c'est que vous savez que ces antiseptiques stérilisent le pus et tuent les agents divers de la suppuration.

Il doit en être de même pour le pus bronchique. Pendant des années je me suis attaché à trouver les antiseptiques les plus puissants contre les suppurations pulmonaires de toutes sortes ; le sublimé, l'acide phénique, l'acide borique, etc., ne peuvent être employés à cause des doses trop élevées qu'il faudrait faire absorber, ce qui est incompatible avec la vie cellulaire normale. Je me suis donc adressé aux essences végétales et un vaste champ de travail s'est ouvert aussitôt. Leur valeur antiseptique est de beaucoup supérieure à celle du sublimé ou de l'iode parce qu'elles stérilisent le pus à des doses non toxiques et infiniment plus petites que tous les autres antiseptiques. Des inoculations de crachats nummulaires mis en contact avec ces essences sont restées négatives. Ces travaux ont été consignés dans un rapport fait par un ancien élève de l'Institut Pasteur. Ils constituent la base de mon inhalation dite : antisepsine. Si je n'ai pas tenu à en généraliser l'emploi en dehors de mon Inhalatorium, c'est que la technique de l'inhalation est l'autre facteur indispensable à son emploi efficace. Je vous redis : ce n'est pas l'absorption suffisante, c'est l'emploi systématisé en inhalations journalières prolongées (1 h. à 1 h. 1/2) sous la surveillance d'un médecin à même de guider le malade, et au courant des effets particuliers de l'auscultation qui se modifient constamment.

Ainsi comprise, la tuberculose devient intéressante ; elle n'a plus cet aspect monotone, décevant, de la progression plus ou moins rapide, mais fatale. C'est pour ces motifs que je lutte pour l'installation d'inhalatoria partout où il y a une agglomération un peu importante. Malheureusement, le prix d'installation est assez coûteux et peu à la portée d'une seule bourse. Il appartiendra aux communes d'en instituer. Je ne cesserai d'y travailler parce que je suis sûr que c'est là le véritable moyen de lutter efficacement contre ce fléau universel qu'est la tuberculose.

Dans mon prochain article, je vous parlerai des gazés de la guerre.

Dr ARNOLD,
de l'Inhalatorium d'Auteuil.

Le médecin a l'impérieux devoir d'être prévoyant.

Il doit s'assurer contre l'incapacité de travail que peuvent lui causer la maladie ou les accidents.

Il doit s'assurer une retraite pour ses vieux jours.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses.

Thèse de Paris.

Dr Olivier TAILLANDIER. — **Traitement de la dysenterie amibienne par les pansements rectaux à base de novarsénobenzol.** Paris, Imprimerie Polyglotte N. L. Danzig, 1920.

Dans les cas où l'émétine, médicament spécifique pour l'amibe, ne donne pas de résultats bien nets, on peut employer, par voie rectale, le novarsébobenzol, incorporé à une solution mucilagineuse de composition convenable et introduit dans le rectum, selon la technique suivante :

On délaye 10 grammes (deux cuillerées à soupe) de coreïne dans un demi-litre d'eau à 40° en agitant bien le mélange ; pendant qu'il s'épaissit, on incorpore 10 grammes de carbonate de bismuth et 0,30 à 1 gr. de novarsénobenzol préalablement dissous dans quelques centimètres cubes d'eau. Cette émulsion est introduite à l'aide d'un bock dont le tube d'écoulement doit être plus large que le tube ordinairement employé.

Ce tube est muni à son extrémité d'une sonde rectale large, percée d'une fenêtre latérale et d'une fenêtre terminale.

Le malade est couché sur le côté gauche, la sonde est introduite de 6 à 8 cm. dans le rectum, puis, on laisse couler lentement l'émulsion ; un index en verre interposé sur le tube permet de surveiller le débit. On arrête l'écoulement aussitôt que le malade accuse quelques coliques. Habituellement, le pansement de 500 cmc. peut être introduit en entier sans que le malade éprouve la moindre gêne. Néanmoins, si l'on a affaire à une muqueuse très intolérante, le malade accuse quelques coliques dès le début de l'introduction. On arrête l'écoulement en comprimant le tube jusqu'à ce que la douleur cesse.

Lorsque tout le pansement est introduit, on fait prendre successivement le décubitus ventral, latéral droit et dorsal, pour permettre au mucilage de se mettre bien en contact avec toute la surface intestinale.

Habituellement, le malade garde le premier pansement quelques heures ; la tolérance augmente rapidement et tous les malades ont pu garder le pansement 12, 24 heures et quelquefois davantage. Si l'on veut favoriser la tolérance de l'intestin, on peut ajouter XV à XX gouttes de laudanum. Les malades ainsi traités n'interrompent nullement leurs occupations ; néanmoins, dans quelques cas graves, il sera préférable que le malade garde le lit pendant quelques heures et s'il est nécessaire pendant quelques jours..:

On fait habituellement 2 à 3 pansements par

semaine contenant chacun 0,30 à 1 gr. de novarsénobenzol.

L'action du novarsenobenzol a donné de bons résultats basés sur les constatations cliniques, coprologiques et rectoscopiques, la résorption par la muqueuse intestinale étant nulle puisque les recherches de l'arsenic dans les urines des malades traités sont toujours négatives.

L'absence de résorption permet d'employer d'emblée des fortes doses du médicament, de prolonger le traitement sans avoir à redouter les inconvénients des doses élevées de préparations arsenicales, notamment dans les cas où il est habituellement contre-indiqué, par exemple, dans les cas de néphrite, de myocardite, etc.

La composition du pansement permet un contact prolongé du médicament avec les lésions, en favorisant en même temps la modification de la muqueuse intestinale.

Thèse de Lyon.

Dr Félix Cassan. — **Paralysie récurrentielle bilatérale dans le cancer de l'œsophage.** Lyon, imprimerie du Centre, Commarmond et Sallaz, 1920.

Le cancer de l'œsophage est l'affection qui occasionne le plus souvent, au cours de son évolution, la paralysie récurrentielle bilatérale, due tantôt à la tumeur elle-même — et, dans ce cas, ce sont les néoplasmes du tiers supérieur qui seront dans les meilleures conditions pour la réaliser — ; tantôt à la dégénrescence secondaire des ganglions lymphatiques, et la tumeur primitive n'interviendra en rien dans le processus causal.

Au point de vue symptomatique, il existe deux formes de paralysie récurrentielle : la paralysie incomplète ou paralysie des abducteurs, quand on trouve les cordes vocales immobilisées en position para-médiane, et la paralysie complète, lorsqu'elles sont fixées en position intermédiaire, improprement dénommée cadavérique.

La première phase de la paralysie est caractérisée par l'absence de troubles phonatoires proprement dits, par une dyspnée souvent continue, avec crises de suffocation pouvant entraîner l'asphyxie. La destruction complète des deux récurrents se traduit cliniquement par la triade symptomatique de Ziemssen : coulage d'air à la phonation, aphonie plus ou moins complète, absence de dyspnée.

La paralysie récurrentielle bilatérale, au point de vue pronostic, est grave le plus souvent, grave par elle-même, car incurable, et grave surtout par son origine trahissant l'existence d'une lésion rapidement mortelle. La forme incomplète, par ses troubles dyspnéiques, offre un caractère particulier de gravité.

Le traitement doit être principalement dirigé contre l'affection causale. La paralysie elle-même n'est justiciable d'aucune thérapeutique susceptible de l'améliorer. Il faudra donc se contenter de traiter par la trachéotomie les symptômes alarmants que peut provoquer le type de la paralysie incomplète.

Revue des Livres.

Chez A. MALOINE et fils,
éditeurs, Paris.

Dr E. Leredde. — **Domaine, Traitement, Prophylaxie de la syphilis. 2e édition. Un volume de 504 pages. Prix : 32 fr.**

Notre excellent confrère Leredde est certainement l'un de ceux qui, à cette heure, connaissent le mieux la question de la syphilis.

Il fut l'un des premiers, sinon le premier, à prouver la nature syphilitique du tabès, et à formuler le traitement qui convient à cette localisation de la spécificité.

Le mérite lui appartient d'avoir appelé l'attention des médecins sur les *syphilis qui ne se voient pas.* Ce sont les plus fréquentes et les plus dangereuses, si on ne les recherche pas avec l'intention de les soigner comme il convient.

On sait avec quelle ardeur il mène campagne en faveur d'une organisation rationnelle de la lutte antisyphilitique, au point de vue social.

Cette ardeur puise précisément sa puissance et sa continuité dans les précisions qu'il a acquises sur l'extension de la syphilis, précisions qui lui permettent d'écrire : « La syphilis ne serait-elle pas une maladie beaucoup plus importante que toutes les autres, beaucoup plus que la tuberculose elle-même, par la mortalité qu'elle détermine, par toutes ses conséquences, directes ou indirectes ? »

Le livre qu'il publie en seconde édition expose ces précisions, tant en ce qui concerne les manifestations de la syphilis en général et de la syphilis ignorée en particulier, que la façon dont doit être conduit un traitement qui veut être méthodique.

Nous ne saurions trop en recommander la lecture au praticien qui y trouvera, sous une forme éminemment intéressante, de véritables démonstrations cliniques, susceptibles de modifier profondément ses idées en pathologie générale, et de lui permettre ainsi de serrer de plus près le diagnostic et de formuler ensuite un traitement dont l'efficacité n'est plus à démontrer.

G. D.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Le XII[e] Congrès national de la Mutualité.

En 1913, à Montpellier, après quelques journées de débat passionné, il avait été entendu que des conférences auraient lieu entre les délégués des Fédérations et Unions de sociétés de secours mutuels et les représentants du corps médical, pour aboutir à un compromis, qui ferait disparaître, ou tout au moins atténuerait, les difficultés d'application du service médical des sociétés mutuelles.

La guerre s'est opposée à tout travail, de sorte qu'à Angers, nous nous sommes trouvés avec les mêmes adversaires, nous opposant toujours les mêmes arguments.

Les mutualistes sont les prisonniers de leur altruisme : ils ont promis beaucoup de choses en regard de cotisations infimes : force leur est donc d'obtenir soit des subventions, soit des réductions de prix. Aussi voit-on d'un mauvais œil, du côté mutualiste, les syndicats médicaux organiser la lutte, pour assurer aux médecins des honoraires adéquats au coût actuel de la vie. N'est-il pas préférable de traiter avec des individualités médicales, pour exploiter ainsi l'inexpérience des jeunes confrères, ou la division provoquée par *l'invidia medicorum*, comme aux fins d'attirer à soi tous les médecins ambitieux de politique ou candidats à un bout de ruban ?

Les délégués médecins en ont entendu de dures, à ce Congrès, et même, à un moment, ils furent forcés de quitter la salle.

Néanmoins, une petite commission s'était réunie jeudi soir, pour essayer d'aboutir à une formule d'accord. La séance fut levée à minuit, à sept heures du matin nous étions déjà, à nous entendre entre médecins, pour proposer le texte suivant :

Le XII[e] Congrès de la Mutualité, après avoir entendu l'exposé de la question médicale mutualiste développé devant lui par les délégués officiels de l'Union des Syndicats médicaux de France et de l'Association générale des médecins de France ;

Considérant que les profondes modifications économiques créées par la guerre et la cherté de la vie ont une répercussion forcée sur le service médical des Sociétés de secours mutuels par l'élévation des taux des honoraires médicaux ;

Considérant que l'évolution de la science médicale a transformé la pratique courante de cet art, développant la spécialisation médicale, augmentant l'instrumentation technique nécessaire à la thérapeutique, faisant appel à des modes de traitements plus modernes et plus énergiques et que les mutualistes doivent être mis à même de bénéficier, autant que possible, des progrès de la médecine ;

Considérant qu'un nombre assez élevé de conflits locaux ont créé une tension entre le Corps médical et la Mutualité et qu'il y a lieu, dans l'intérêt supérieur de l'un comme de l'autre, de chercher à les aplanir et à en éviter le retour, tant pour assurer dans des conditions acceptables par les deux parties le service médical actuel, que pour préparer l'organisation des grands services d'hygiène sociale qui naîtront demain ;

Considérant que, pour soustraire les relations mutualistes et médicales aux causes d'irritations locales, ou aux conflits trop particuliers, le meilleur moyen serait que la Mutualité, organisée en ses Fédérations départementales, régionales et nationales, traite avec le corps médical organisé en ses syndicats locaux, départementaux et en son Union, estime :

1° Qu'il y a lieu de conserver tous contrats, conventions et accords existant actuellement entre sociétés mutuelles et corps médical local :

2° Pour les contrats à intervenir, le Congrès donne les directives suivantes :

a) Les soins médicaux, chirurgicaux et spéciaux sont donnés selon un mode établi après entente entre les Sociétés de secours mutuels, d'une part, et le corps médical local, représenté par ses syndicats ou associations professionnelles, constitués en vertu de la loi du 21 mars 1884-12 mars 1920.

b) Dans tous les cas, le malade conserve le droit au libre choix de son médecin, parmi les praticiens qui, syndiqués ou non syndiqués, auront accédé par écrit et pour toute sa durée, au contrat médico-mutualiste local et au règlement intérieur des sociétés. En aucun cas, le corps médical ne pourra s'immiscer dans le règlement intérieur des Sociétés ;

c) Le tarif des soins, interventions, spécialités, etc., sera établi par le dit contrat collectif, en prenant comme modèle soit le système de la participation du malade aux frais médicaux (système lyonnais), soit une diminution consentie d'accord sur le tarif syndical local, dans le but de prouver le désir de contribution volontaire du corps médical à l'œuvre philantropique et sociale de la Mutualité ;

d) Une Commission, composée mi-partie de dé-

légués élus par les mutualités locales, mi-partie de délégués élus par les Associations professionnelles médicales, qui sont parties au contrat collectif, commission présidée par une personne neutre, désignée d'accord, connaîtra de tous les conflits pouvant survenir entre médecins, malades et mutualités, dans le but de les aplanir.

Cette commission servira également de conseil et contrôle techniques consultatif local.

Une Commission départementale et une Commission centrale seront établies sur le même principe et fonctionneront comme juridiction d'appel.

Le Congrès donne pouvoir au Comité directeur de la Fédération nationale de la Mutualité pour continuer les pourparlers commencés avec l'Union des Syndicats médicaux, en vue d'assurer une étroite collaboration de ces deux grands organismes.

En commission privée médico-mutualiste, nous eûmes beaucoup de peine à faire voter ce texte ; mais en réunion plénière de la commission, nous eûmes à subir à nouveau les assauts des bavards, qui tiennent à voir leur nom figurer sur les comptes-rendus et qui pérorent sans avoir lu les propositions, ni sans se documenter. Devant des attaques très vives, accompagnées d'écarts de langage, les médecins quittèrent la salle des séances. La discussion n'en continua pas moins ; cependant notre texte fut voté à l'unanimité.

Mais le lendemain matin, en assemblée générale, le débat fut repris. Les délégués de l'Union des syndicats médicaux n'avaient pas voulu assister à cette séance, pour ne pas avoir à entendre, une fois de plus, des propos discourtois et malséants. Les mutualistes, désireux de contrebalancer l'action syndicale, déclarèrent ne pas pouvoir se séparer de médecins ayant donné leurs soins, par contrat, aux mutuelles depuis plusieurs années, et l'addition suivante fut votée au texte primitif : « Le Congrès estime : 1°.... « 2°...., les soins médicaux, etc..,. et le corps « médical représenté *soit par les individualités « avec lesquelles la Mutualité aura ou pourra « contracter*, soit par ses syndicats... »

En son nom personnel, puisque les délégués de l'Union des syndicats avaient quitté la salle, le Dr Barot, ancien maire d'Angers (que nous ne saurions trop remercier des efforts qu'il a faits pour nous faciliter notre tâche), exposa aux mutualistes quels avantages ils pourraient retirer de contrats collectifs avec les syndicats médicaux, tant pour assurer des soins plus scientifiques et plus modernes, que pour éviter le simulacre de traitements, qu'on obtient avec des honoraires insuffisants, payés aux docteurs.

Bref, les mutualistes se méfient des syndicats médicaux et voudraient continuer à opposer les individus aux collectivités. Disons de suite que le texte voté n'est qu'une amorce à un ensemble de séances de travail en commun pour aboutir à des types de contrats collectifs entre mutualités et syndicats médicaux pour les soins à donner aux sociétaires. Au reste, l'adjonction votée en l'absence des médecins n'a aucune valeur, puisque le corps médical ne peut pas être représenté par un médecin, mais bien par ses associations professionnelles. L'auteur de cette adjonction a fait preuve d'une méconnaissance complète du droit et de la valeur des mots de la langue française.

Mais hâtons-nous de dire que ce problème des rapports entre médecins et mutualités était loin d'être au premier plan. Bien plus considérable se trouve être la question vitale de la mutualité de demain : quelles seront ses modalités d'existence, voire même de survivance, lorsque sera votée la loi sur l'assurance-maladie obligatoire ?

Les mutualistes avaient parfaitement compris l'importance de ce problème vital pour leur œuvre ; aussi les discussions de commission furent-elles vives et passionnées, pour savoir si les forces mutualistes devaient permettre la concurrence, qui leur serait faite par les caisses d'assurance maladie, ou s'il ne convenait pas de forcer le législateur à confier à la Mutualité l'application de la loi future.

Bref, la question reste encore sur le chantier.

Les autres questions qui furent discutées au Congrès ont donné lieu au vote des vœux suivants :

Logements insalubres.

1° Que les Sociétés de secours mutuels approuvées et les Unions soient autorisées à employer leurs fonds à la souscription ou à l'acquisition d'actions libérées des sociétés de crédit immobilier.

2° Que le taux maximum des prêts hypothécaires individuels soit porté de 2.25 % à 3.50 %.

3° Que l'exemption complète de la contribution foncière soit étendue à toute collectivité privée pour les immeubles lui appartenant affectés à des services d'intérêt général.

4° Que les taux des prêts consentis aux travailleurs qui font appel aux crédits des sociétés spéciales soient établis en tenant compte du nombre d'enfants.

5° Que les dots des pupilles de l'assistance publique soient majorées pour ceux qui en feraient emploi pour s'assurer la propriété de leur foyer familial.

6° Que la révision en cours d'étude des lois sur les habitations ouvrières, les surfaces et les cubes des pièces d'habitations jusqu'ici imposées ne soient pas modifiées dans un sens restrictif.

7° Que dans les milieux de travail en commun, des mesures effectives soient prises pour protéger la jeunesse et assurer l'hygiène morale, base essentielle de la dignité de la famille et de la grandeur de la Patrie.

8° Qu'il soit institué dans toutes les écoles des cours de tenue ménagère préparant les jeunes filles à leur rôle prochain de mères de famille.

L'assurance invalidité-maladie.

Dans l'éventualité où interviendrait une loi prescrivant l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

Déclare que la Mutualité est prête à donner son concours loyal à l'application de la loi ;

Mais, considérant, d'une part, que la mutualité, par son organisation même et par les services qu'elle a rendus dans le passé, est désignée, pour devenir l'organe de cette assurance et, d'autre part, que par le contrôle qu'elle exerce sur ses adhérents, tant au point de vue de leur recrutement qu'au point de vue de leur moralité, elle diminue les risques à couvrir, ce qui justifie un traitement spécial ;

Demande : 1° que les sociétés de secours mutuels conservent leur individualité et leur autonomie, sous réserve de conformer leurs statuts aux prescriptions légales pour ce service spécial.

2° Que les dispositions légales à intervenir consacrent au profit des assurés mutualistes certains avantages en ce qui concerne notamment.

(A) Les limites du taux de la cotisation légale ;

(B) Le point de départ du droit aux secours ou du droit à l'indemnité ;

(D) Les clauses de déchéance, etc.

3° Que des organismes spéciaux et autonomes, à cadre territorial aussi restreint que possible, organisés dans un esprit nettement mutualiste, soient chargés de recevoir les assurés qui n'adhéreraient pas à une société déjà existante ou à créer.

4° Que, pour assurer l'unité d'administration et de direction des divers corganismes chargés dans le département de l'application de la loi, il soit créé au chef-lieu du département un Conseil de contrôle et de surveillance qui serait composé par parties égales de délégués des mutualistes, des patrons et des assurés. Ce Conseil de contrôle ne pourrait en aucune façon porter la moindre atteinte au fonctionnement des caisses locales, sauf le cas où celles-ci commettraient des actes irréguliers et des infractions aux dispositions de la loi.

5° Que l'assurance invalidité soit organisée par des caisses à circonscription étendue, gérées suivant les principes mutualistes, et administrées par une commission composée par parties égales de mutualistes, d'assureurs et d'assurés.

La commission vote en outre le vœu suivant proposé par M. Mabilleau, à savoir :

Que le Parlement, lors de l'élaboration et de la préparation du projet de loi de l'assurance obligatoire maladie et invalidité, associe des mutualistes à l'étude de cette loi.

La mutualité maternelle.

I. — Le XIIe Congrès National décide qu'il doit être créé partout où il n'en existe pas encore des mutualités maternelles, de préférence à forme départementale. A défaut, les sociétés de secours mutuels devront créer des filiales se rapportant spécialement à l'assistance de la mère et de l'enfant.

II. — Le Congrès considérant l'intérêt primordial que présente pour l'avenir du pays la multiplication des consultations de nourrissons, émet le vœu :

Que la Mutualité crée des consultations de nourrissons dans toutes les localités, soit par les sociétés primaires, soit par les unions mutualistes ou autres institutions du 2e degré, soit de préférence par les organismes spécialisés tels que les mutualités maternelles.

III. — Le Congrès, considérant que les lois d'assistance aux femmes en couches n'atteignent que rarement leur but, sauf dans les villes où les mutualités maternelles sont chargées de leur application.

Considérant que l'un des résultats les plus intéressants de la mutualité est d'enlever des clients à l'assistance publique en relevant leur moralité et en leur donnant conscience de leur dignité.

Émet le vœu que l'État, les départements et les communes se concertent pour affilier les femmes assistées aux mutualités maternelles, en acquittant leurs cotisations.

Et que l'économie réalisée de ce fait soit convertie en subvention à des mutualités maternelles.

IV. — Le Congrès, considérant qu'il est d'essence de la mutualité d'assurer la protection complète de ses adhérents, qu'elle se doit de ne négliger aucun des moyens mis à sa disposition par les institutions complémentaires, émet le vœu qu'aucune société ne se fonde sans comprendre dans ses buts la totalité des services mutualistes en faveur de la maternité, comme des maladies prolongées et de la prévention salutaire.

La mutualité à la campagne.

Constatant, sans méconnaître les résultats fort encourageants obtenus dans certaines régions, que la mutualité des personnes est presque complètement à organiser dans nos campagnes, et qu'il importe, pour assurer l'avenir de la race et la prospérité du pays de combler au plus tôt cette lacune ;

Considérant que les mutualités ont un intérêt capital à prêter leur concours à cette œuvre nationale ;

Considérant que la mutualité serait mal venue de revendiquer le privilège de l'application de la loi en préparation sur l'assurance obligatoire contre les risques de maladie si l'on pouvait lui reprocher de n'avoir pas su ou pu conquérir les masses rurales qui représentent plus des deux tiers des travailleurs français ;

Le XIIe Congrès émet le vœu :

1° Que le nombre des mutualités scolaires soit augmenté d'urgence, de façon à ce qu'il en existe dans les écoles de toutes les communes rurales, et qu'il soit fait un pressant appel en ce sens à tous les membres de l'enseignement primaire ainsi qu'à tous les protecteurs des écoles publiques ;

2° Que les adhérents des mutualités scolaires puissent à leur sortie de l'école entrer dans des groupements qui leur donnent plus tard accès à une société d'adultes constituée sur les bases de l'association familiale ;

3° Que les unions départementales, les groupements professionnels agricoles et les communes prennent ces sociétés sous leur tutelle en leur prêtant un concours moral et financier effectif ;

4° Q'une entente soit sans délai établie à cet effet entre la fédération nationale des associations agricoles, et que dans chaque département ait lieu avant la fin de l'année, la réunion d'une commission d'études composée des délégués autorisés des unions des groupements agricoles, des membres de l'enseignement primaire et des assemblées départementales en vue d'établir un programme d'action et de propagande dans chaque commune.

La lutte contre la tuberculose.

Le XIIe Congrès National de la mutualité invite de la façon la plus pressante les sociétés de secours mutuels et leurs unions à collaborer à la mise en œuvre de l'hygiène sociale en entreprenant méthodiquement l'éducation de ses membres pour lutter contre les fléaux populaires et répandre la connaissance et l'usage des mesures et des habitudes de l'hygiène.

« Il estime qu'il est notamment du rôle de la mutualité d'organiser le dépistage précoce de la tuberculose : par exemple, en utilisant les consultations de grossesse et les consultations de nourrissons et d'assurer la sauvegarde des enfants et des adolescents en favorisant et même en effectuant l'envoi en colonies scolaires ou le placement en milieu sain des enfants menacés.

« La mutualité doit aussi prendre part à la création et à la diffusion des dispensaires d'hygiène sociale et des sanatoriums, soit en les créant elle-même, soit en provoquant leur installation, soit enfin en s'entendant avec les institutions existantes.

Conclusion générale : Il nous semble que nous avons surtout perdu notre temps à discuter avec des personnalités, bien intentionnées peut-être, mais aveuglées par un particularisme outrancier. Pourquoi nous fatiguer à batailler en séance publique, au milieu de gens à opinions préconçues et qui, volontairement ou involontairement, ignorants du milieu syndicaliste médical, posent *a priori* l'axiome que le syndicat est un organisme de révolution et d'exploitation ?

Le corps médical est tout disposé à nommer des délégués, pour discuter loyalement des rapports entre médecins et mutualistes, mais à la condition que les délégués des mutuelles seront des gens bien élevés, sachant éviter des écarts de langage, que nous ne sommes pas disposés à supporter une nouvelle fois. Faisons également remarquer que, si la collectivité médicale donne des garanties pour la discipline des groupes adhérents à l'Union des syndicats médicaux, il n'en est pas de même des mutualités, qui proclament le principe d'autonomie et de liberté de chaque mutuelle.

Néanmoins, nous sommes disposés à travailler, de concert avec les groupes nationaux mutualistes, à l'élaboration d'un projet de statuts types, aboutissant à un modèle de contrat collectif entre mutualités locales et syndicats médicaux, étant bien entendu que les principes du libre choix du médecin et de la rémunération à la visite doivent être considérés comme faisant partie de la charte médicale. L'intérêt de nos malades avant tout.

Dr Maurice VIMONT, Dr Paul BOUDIN.

L'EXERCICE DE LA PHARMACIE

I

Autour de la proposition de loi Vincent.

Je viens de lire, dans le n° du *Concours* du 17 octobre, la proposition de loi émanant d'une initiative privée, concernant l'exercice de la pharmacie.

Cette proposition résume et satisfait complètement les vœux des médecins de campagne.

La loi de Germinal n'a jamais envisagé que la situation respective de l'officine et du cabinet du médecin. C'est là *une erreur* et nous disons, nous médecins exerçant dans des petites localités, que c'est la distance séparant le malade de l'officine qui seule, doit être prise en considération : une zone de 4 km. autour de la pharmacie est suffisante pour la protéger ; un rayon plus étendu serait vexatoire pour le public.

L'article 5 de cette proposition de loi qui permet aux médecins l'exercice de la pharmacie à 4 km. donne satisfaction aux intérêts du public et à ceux du corps médical.

Il appartient à l'Union des Syndicats médicaux d'appuyer énergiquement auprès des pouvoirs publics et de la commission cet article 5, dont le vote sera accueilli par acclamation par les personnes éloignées de toute officine et par les médecins de campagne, très nombreux, pour qui l'exercice de la pharmacie est un appoint indispensable pour vivre.

Pour les médecins exerçant dans des petites localités, tout l'intérêt de la loi réside dans cet article, dont le vote ou le rejet leur permettra de joindre les deux bouts ou les réduira à la misère.

Dr L.

II

Le Dr Duchesne, dans le *Concours* du 10 octobre, émet un ensemble d'appréciations fort justes au sujet du projet de modification de la loi sur la pharmacie. Il termine en disant : « telles sont les observations que nous soumettons à la critique de nos lecteurs. »

Répondant à cette invitation, j'en formule immédiatement une : Ce n'est, ainsi que nous l'entendons tous, ni l'intérêt du médecin ni celui du pharmacien qui doivent dicter les modifications à faire subir à la loi, mais bien uniquement l'intérêt du malade.

Or, celui-ci demanderait que la loi fût ainsi modifiée : « Dès qu'un médecin est à x kilom. d'un pharmacien, il est autorisé à fournir à son malade les médicaments qu'il uge nécessaires ».

Le fait d'avoir un pharmacien dans la même résidence que lui ne doit pas être pour le médecin un obstacle au soulagement rapide du malade éloigné qui souffre.

Seule, en conséquence, une modification logique et rationnelle dans ce sens de la loi en question permettrait le traitement rapide du malade éloigné d'une pharmacie.

Elle éviterait d'ailleurs les situations ridicules que crée, en l'état actuel des choses, la loi sur la pharmacie, comme par exemple celle-ci : le Dr X arrivant au chevet d'un malade habitant à 12 km. de chez lui ne peut lui fournir le moindre médicament parce qu'il a un pharmacien dans la localité qu'il habite, mais le Dr Y, qui n'a pas de pharmacien à ses côtés, a le droit de lui délivrer toutes drogues utiles, quelle que soit la distance de son habitation, et même s'il a à 3 km. de chez lui une officine !

Dr R.

DÉONTOLOGIE

Principes de déontologie

adoptés par le Conseil de la Fédération des Syndicats médicaux de l'Hérault

dans sa séance du 17 octobre 1920

sur la proposition de la commission et le rapport de M. Paul Delmas,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier,
Secrétaire général de la Fédération.

1. — Si le médecin a le droit de prétendre à l'estime de ses confrères et à la gratitude effective de ses clients, il doit, pour en être digne, s'inspirer dans tous ses actes de quelques directives qui constituent l'essence de la *déontologie*. Il appartient aux syndicats médicaux, gardiens des traditions qui sont l'honneur de la profession, d'en formuler les règles générales, et de veiller, le cas échéant, à leur stricte application.

A. — Devoirs du médecin envers lui-même. — 2. — Avant toute chose, le médecin se doit à lui-même, comme il doit au corps dont il fait partie, d'être un parfait honnête homme. A ce titre, il s'abstiendra de toute forme, même détournée, de *charlatanisme*, qui, dans le fond, vise l'exploitation de la crédulité publique : usurper des titres ou abuser le public sur la valeur de ceux qu'on possède, recourir pour drainer la clientèle à une publicité extra médicale, et dont le malade ne peut connaître le bien fondé, sont gestes essentiellement incorrects.

3. — Sont également condamnables toutes pratiques visant à l'édification d'une situation professionnelle par d'autres procédés que la science et le dévouement, seules bases de toute notoriété légitime et durable. Ainsi sont interdits, parce que malhonnêtes, tous actes de *rabattage* ou de *compérage*, remises ou gratifications à pisteurs, hôteliers, sages-femmes, association ou partage de bénéfices avec les mêmes personnes ; acceptation d'une *commission* pour la prescription de médicaments ou d'appareils, pour l'envoi dans une maison de santé ou une ville d'eaux. Le caractère clandestin de tels procédés montre assez que leurs auteurs eux-mêmes les tiennent pour inavouables.

4. — L'entente enfin avec des empiriques, sous forme de prescription de *remèdes secrets* ou de collaboration avec des *rebouteurs* ou des *somnambules* constitue plus qu'une incorrection et relève du code pénal au titre de complicité d'escroquerie.

B. — Devoirs du médecin envers la clientèle. — 5. — Hormis les cas où l'humanité lui en fait un devoir, ceux d'engagements antérieurs ou de réquisition judiciaire, le médecin a le droit de refuser ses *soins* à un malade. Mais s'il accepte, certains devoirs en découlent pour lui.

6. — Le malade escompte les soins les meilleurs, d'où, pour le médecin, l'obligation de *se tenir au courant* du mouvement scientifique ; toute négligence de sa part peut être tenue pour fautive.

Quel que soit le milieu social du client, la *fréquence des visites*, sauf demande expresse de la part des intéressés, sera fonction de la gravité du cas. Il est tout aussi blâmable d'espacer ou d'écourter les examens que de multiplier visites et prescriptions ou pousser à des *consultations ou interventions évitables*. Le médecin doit être d'autant plus scrupuleux sur ce point qu'il n'a le plus souvent d'autre contrôle que celui de sa conscience.

7. — Confident obligé du malade, le médecin est tenu au *secret* le plus inviolable pour tout ce qu'il a vu, entendu ou compris du fait de sa profession. Ce souci de discrétion doit être apporté jusque dans la tenue de ses livres de comptes, la rédaction des observations scientifiques ou des certificats de décès.

8. — Mais le malade a le droit d'exiger la vérité touchant son état : en particulier, il peut se faire délivrer tous *certificats* qu'il juge à propos, à charge pour le médecin de n'y faire figurer que des constatations rigoureusement exactes. Un certificat dit de complaisance est un faux témoignage.

C. — Devoirs du médecin envers les collectivités. — 9. — Publiques ou privées, diverses collectivités ont recours au médecin. Sol-

licité d'entrer en *relations* avec elles, il doit adresser son interlocuteur au Syndicat dont il relève et qui a seul l'autorité et l'indépendance voulues pour défendre, à l'occasion du cas particulier, les intérêts professionnels collectifs.

10. — La dignité du corps médical, la bonne confraternité et l'intérêt bien compris du malade exigent que soient mis hors de discussion le *libre choix* du médecin par le malade avec *tarif à la visite*, à un taux aussi voisin que possible de celui de la clientèle ordinaire. Tout *tarif forfaitaire* est à rejeter comme immoral.

11. — Pour les *fonctions publiques*, le Syndicat doit s'efforcer d'obtenir le principe de la nomination après *concours*, sur titres tout au moins, d'où garanties pour les malades, équité pour les compétiteurs, indépendance et stabilité pour les titulaires.

Au cas de *révocation* de ceux-ci, nul n'en peut accepter la succession sans autorisation expresse du Syndicat. Elle ne sera donnée que si la révocation a été prononcée pour faute grave.

12. — Les médecins de collectivité sont tenus vis-à-vis de leurs clients aux règles ordinaires du *secret professionnel*. Ils doivent donc se refuser à faire aux collectivités toute déclaration qui violerait ce secret.

13. — Par contre, tout *médecin expert*, inspecteur ou vérificateur, a le devoir de communiquer à ses commettants l'entier résultat de son examen, puisqu'il a été désigné expressément à cet effet et que le patient ne s'est laissé examiner qu'en pleine connaissance de cause. Il en résulte que les fonctions de médecin traitant et de médecin expert sont incompatibles.

D. — Devoirs du médecin envers ses confrères. — 14. — Adopter vis-à-vis d'autrui même attitude qu'il souhaiterait, par *réciprocité*, être prise à son endroit, tel doit être le principe qui règle les rapports du médecin avec ses confrères.

15. — Dès son *installation* dans une localité déjà pourvue de médecins, le nouveau venu ira se présenter à ses aînés ; cette visite devra être rendue.

Dans les *rapports ultérieurs*, si le même diplôme confirme les mêmes prérogatives à ses possesseurs, le plus jeune témoignera des égards à ses anciens ; en retour, l'attitude de ceux-ci sera toujours cordiale envers celui-là.

16. — Il convient de s'interdire de façon absolue tout propos ou toute attitude de nature à déconsidérer un confrère, surtout dans les milieux extra-médicaux et plus encore dans une famille où celui-ci a déjà donné des soins. Mais aussi, il ne faut pas tenir compte, sans s'être assuré de la réalité de leur existence, de *propos désobligeants* que des tiers, souvent intéressés, prétendraient avoir été tenus par un confrère.

17. — Au cas de *difficultés* avec un confrère, le médecin essaiera tout d'abord d'aplanir le désaccord par une démarche personnelle. Faute d'aboutir, le président du Syndicat sera saisi des faits de la cause, aux fins d'arbitrage.

18. — Si le malade a le droit de donner ou de refuser sa confiance à qui lui convient, nul médecin ne peut se permettre d'essayer de supplanter un *confrère* auprès de ses malades.

19. — Hors le *cabinet*, qui est terrain neutre où chacun est libre de recevoir tout venant, le médecin ne peut se rendre auprès d'un *malade inconnu* qu'il n'ait obtenu la preuve que le confrère qui l'a précédé a été désintéressé des soins antérieurement donnés.

20. — Cependant, s'il est appelé auprès d'un *malade en cours de traitement*, en cas d'extrême urgence ou en l'absence du médecin traitant, l'humanité peut faire au médecin un devoir de visiter ce malade. Dès le retour du confrère, il doit l'informer du traitement institué, et cesser ses visites. Pas davantage ne peuvent être continuées des visites faites à un malade à l'occasion d'un remplacement.

21. — S'installer sans son assentiment formel dans la localité où exerce un confrère que l'on a *remplacé*, ou continuer à exercer dans le rayon d'action d'une *clientèle cédée à titre onéreux*, sont gestes également condamnables.

22. — Le médecin qui, en dehors de tout appel personnel, fait des *tournées à jour et à heure fixe*, dans une localité autre que celle où il a son cabinet, commet un manquement des plus répréhensibles, surtout alors que d'autres confrères exercent dans cette localité.

23. — Constitue également un acte de *concurrence déloyale* le fait de consentir des taux d'honoraires inférieurs à ceux en usage dans la localité ou dans la région, et arrêtés par le Syndicat en proportion du coût moyen de la vie. La *médecine au rabais* diminue toujours le médecin et n'a rien de commun avec l'exercice d'une bienfaisance discrète et avisée.

24. — Toute *collaboration entre confrères*, provoquée dans la règle par le médecin traitant, ou plus rarement acceptée par lui sur l'initiative du malade, ne doit s'inspirer que du seul intérêt du client, qu'il s'agisse de consultation ou d'opération.

25. — La *consultation* ne devra donc être demandée avec un confrère qu'en cas de nécessité. D'autre part, elle ne devra jamais être refusée, sauf le cas d'indignité professionnelle, surtout si elle est sanctionnée d'une régulière mise à l'index.

En cas de *désaccord* grave au cours de la consultation, la famille en doit être avisée, afin qu'un tiers consultant vienne arbitrer le différend. Le médecin traitant dont les avis n'auraient pas prévalu auprès du client doit à sa propre dignité de se retirer.

26. — Désignés au malade par le médecin traitant les *consultants* ou les *spécialistes* doivent aussitôt informer par écrit celui-ci du résultat de leur examen. Leur mission spéciale terminée, ils ne doivent jamais rester en relations directes avec le malade, surtout pour d'autres soins que ceux qui relèvent de leur spécialité.

27. — Au cours d'*intervention*, le chirurgien, seul responsable, distribue les rôles de ses collaborateurs. Mais il s'efforcera de provoquer la présence du médecin traitant auquel un rôle honorable sera réservé.

28. — L'expérience a prouvé que, pour éviter par la suite d'inacceptables contestations, les *transactions d'honoraires* doivent se faire au comptant. Elles s'effectuent exclusivement du malade ou de la famille du malade, bénéficiaires des soins, aux médecins et leurs aides, dispensateurs de soins.

29. — Toute rétribution directe de confrère à confrère, vulgairement désignée dans le nom de *dichotomie*, est incorrecte, en prêtant par son caractère clandestin à la suspicion dégradante de compérage. C'est le malade, auquel seul service a été rendu, qui doit honorer chacun des médecins qui ont collaboré auprès de lui. Mais il appartient à celui des médecins qui a joué le premier rôle, consultant ou chirurgien, de fixer ouvertement dans sa note globale le quantum dû à chacun.

Il spécifiera pour la *consultation* quels honoraires doivent être alloués, en sus des siens, au médecin traitant. — De même pour une *opération*, la quote-part de chacun des collaborateurs doit être fixée à la famille par le chirurgien qui veillera à ce que les intérêts du médecin traitant, dont il est solidaire, soient entièrement respectés, selon le taux syndical en vigueur.

30. — Pour le cas où le médecin traitant préférerait traiter *directement* de ses honoraires avec la famille, toute rémunération par le consultant ou le chirurgien est illicite et ne saurait être sollicitée dans aucun cas. . . . .

31. — Les Syndicats régulièrement constitués ont qualité pour connaître des *infractions* aux règles de la déontologie commises par tout médecin, même non syndiqué. S'abstenir équivaudrait en effet dans certains cas à une approbation tacite donnée à des fautes individuelles susceptibles de compromettre par contre-coup la bonne réputation ou les intérêts du corps médical de la région.

Après avoir suivi vis-à-vis du délinquant présumé la procédure prévue par les statuts et qui est destinée à permettre au confrère incriminé de venir s'expliquer sur les faits qui lui sont reprochés, ils peuvent, avec les formes qui conviennent, user vis-à-vis de lui de *sanctions* telles que l'avertissement, le blâme, ou la mise à l'index. . . .

32. — Outre cette action disciplinaire, le *Syndicat* constitue pour les confrères d'une même région un lien solide qui leur permet de traiter sur un pied d'égalité avec les collectivités. Mûrement étudiées, appuyées de la volonté concertée de tous, ses décisions auront toujours plus de poids que celles d'un praticien isolé. Il est donc de l'intérêt bien compris de tout jeune médecin d'*y adhérer* dès le début de sa vie professionnelle.

En résumé, l'exercice normal et régulier de sa profession doit apporter au médecin les ressources légitimes sur lesquelles il est en droit de compter, et, avec elles, de prétendre à la considération qui lui est due. Mais il faut, en retour que chacun de ses gestes, publiquement accomplis au grand jour, ne s'inspire que de l'intérêt de son malade, du respect de ses confrères, et de sa propre dignité.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Syndicat des médecins de la Seine.

ORDRE DU JOUR

voté par le Conseil d'administration.

Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, rappelant l'ordre du jour voté par le S. M. S. dans son assemblée générale du 13 juin 1920, tient à protester à nouveau avec énergie contre les tendances de l'administration d'adresser à l'hôpital tous les mutilés bénéficiaires de la loi des pensions, quand ceux-ci ont besoin de soins spéciaux ou d'opérations, cette façon de faire étant d'ailleurs absolument contraire à la loi qui prévoit en toutes lettres le *libre choix du médecin par le mutilé*, et au principe défendu par tous les Syndicats : *de l'hôpital gratuit exclusivement réservé aux indigents.*

Il réclame l'adoption par Monsieur le préfet de la Seine du tarif médical élaboré d'accord avec l'Union des Syndicats médicaux de France, et demande à Monsieur le ministre des pensions de vouloir bien réaliser le plus rapidement possible l' « entente » prévue par la loi entre l'administration et les Syndicats médicaux en vue de l'application de ce tarif.

Il tient à faire observer que la dernière réunion de la Commission centrale provoquée par Monsieur le ministre des pensions à cet effet remonte à plus de *six mois déjà* et que la question des soins spéciaux et des opérations reste toujours en suspens.

Le Syndicat des médecins de la Seine se permet d'insister encore auprès de Monsieur le mi-

nistre des pensions et de Monsieur le préfet de la Seine sur la nécessité absolue d'une organisation rapide et définitive des soins à donner aux réformés et mutilés de la guerre, tant dans l'intérêt de ces derniers, si respectable à tous les points de vue, que dans l'intérêt du Corps médical, qui assume depuis plus d'un an déjà les soins aux bénéficiaires de la loi des pensions, sans avoir touché de l'Etat aucune rémunération.

II

Syndicat des médecins de Nîmes.

Note circulaire adressée à tous les médecins de la région de Nîmes, syndiqués et non syndiqués.

Nîmes, le 20 octobre 1920.

Mon cher confrère,

Au début de l'année professionnelle, à la veille de reprendre nos réunions syndicales, il nous est agréable, faisant un retour sur nous-mêmes, de mesurer le chemin parcouru depuis notre première réunion d'après-guerre.

Ce regard sur le passé vous montrera mieux que tout raisonnement l'importance de notre action et le grand intérêt que nous avons à nous grouper pour la défense de nos intérêts professionnels.

1° Au retour de la guerre, les prix courants de la visite ou de la consultation étaient encore.... Nous ne le dirons pas, par respect de notre profession. Ils sont aujourd'hui de 10 à 8 frs.

2° Au retour de la guerre, les tarifs de l'A. M. G. étaient les suivants : gratuité de la visite au cabinet 2 frs ; la première visite à domicile, 1 fr. les autres ; 1 fr. par kilomètre parcouru.

Les tarifs sont aujourd'hui de 3 frs. par consultation ou visite (la 1re, 4 francs). L'indemnité kilométrique a été portée à 1 fr. 50.

3° Au retour de la guerre, le tarif Dubief pour les accidents du travail continuait à courir au grand détriment de nous tous.

Le tarif Breton lui a succédé et au moins jusqu'à nouvel ordre, il paraît devoir nous donner toute satisfaction.

4° Au retour de la guerre, la loi des pensions a failli tourner contre nous. Et si aujourd'hui, syndiqués ou non, nous avons gardé les justes avantages que cette loi nous donne, si nous avons obtenu sans oppposition 8 fr. pour la visite simple, nous le devons à l'action syndicale seule. Certes, il nous reste encore beaucoup à faire.

La profession médicale continue à être plus menacée que jamais dans son indépendance et sa liberté.

L'idée du médecin-fonctionnaire aura la vie dure et nous ne serons jamais assez nombreux ni assez actifs pour conserver à notre profession le caractère de profession libérale qui nous a fait l'embrasser.

Il vous appartient donc de vous dévouer toujours davantage à notre association et surtout d'encourager les confrères qui persistent à rester isolés à venir à nous. Nous sommes persuadés que ces derniers ne voudront plus continuer à jouir, sans être des nôtres, des avantages que par notre action bienfaisante nous leur apportons tous les jours.

Agréez, mon cher confrère...

Le président.

SOU MÉDICAL

Rapport du Trésorier sur l'exercice 1919.

Messieurs et chers Confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier du « Sou médical » pour l'année 1919, année de transition qui nous rapproche de l'état normal.

Le nombre des membres qui ont régulièrement versé leur cotisation a été de 2.008. Il avait été en 1914 de 2.747, mais si vous voulez bien vous rappeler qu'en 1915 il était tombé à 304 et qu'en 1918 il n'était remonté qu'à 715, vous conviendrez qu'il y a eu une reprise sérieuse qui justifie tous les espoirs fondés sur les services rendus antérieurement.

Nous avons perdu de nombreux sociétaires, mais nous avons eu la satisfaction d'enregistrer un bon nombre d'adhésions nouvelles.

Recettes.

Les recettes totales de l'exercice 1919 se sont élevées à 42.716 francs, savoir :

Cotisations	40.160
Intérêts	1.878 30
Dons	35
Recouvrements	592 70
Remboursement d'indemnité	50
Total	42.716

Dépenses.

Les dépenses se sont élevées à 30.597 fr. 20, savoir :

Frais d'administration et d'entretien	4.893 40
Secrétariat général	4.080 20
Service des accidents du travail	2.250
Service judiciaire et contentieux	13.582 60
Frais de réunions bimensuelles	1.775
	26.581 20

plus pour ordre :

Versement à la caisse de garantie	4.016
Total	30.597 20

Balance.

Avoir au 31 déc. 1918	26.937 27	27.012 27
Rectification après apurement des comptes antérieurs	77	
Recettes de l'année 1919		42.716
		69.728 27
Dépenses de l'année 1919		30.597 20
Reste avoir		39.131 07

Représenté par :

1° Portefeuille :

	Prix d'achat
14 obligations Ch. d. fer P.L.M., 2,5 %.	5.793 90
1 oblig. de 1.000 fr. de la Déf. nat.	950 42
18 bons de 1.000 fr. de la Déf. nat. à 1 an	17.100
1 bon de 500 fr. de la Déf. nat. à 1 an	475
7 bons de 1.000 fr. de la Déf.nat.à 6 mois	6.842 50
3 bons de 500 fr. de la Déf. nat. à 6 mois.	1.466 25
	32.628 07

2° Espèces :

A la Société générale	5.058 88	6.503
En Caisse	1.444 12	
Total égal		39.131 07

C'est ainsi que la force des choses nous a constitué une réserve qui n'est pas sans importance.

Caisse de garantie.

La caisse de garantie possédait au 31 décembre 1918		59.815 69

Nous lui avons versé :

Cotisations	4.016	5.484 81
Intérêts	1.468 81	
Comme elle n'a pas eu de dépenses, elle possède donc		65.300 50

Représenté par :

1° Portefeuille :

	Prix d'achat
150 f. de Rente française 5 %	7.861 25
10 oblig. Ch. d. fer Ouest 3 % anciennes	4.597 10
10 obligations ch. fer Ouest 3 % nouvelles	4.069 95
19 obligations ch. fer PLM 3 % anciennes	7.942 38
12 oblig. ch. fer PLM 3 % nouvelles	4.826 75
18 oblig. ch. fer Dauphiné 3 %	7.834 93
21 oblig. ch. fer Ouest algérien	9.075 87
10 oblig. Gouv. général Madagascar	4.637 50
5 oblig. de 1000 f. de la Défense nat.	4.758 35
3 bons de 1000 f. de la Défense nat. à 1 an	2.850
6 bons de 500 f. Défense nation. à 1 an	2.850
1 bon de 1000 f. Défense nat. à 6 mois	977 50
1 bon de 500 f. de la Défense nat. à 6 mois	488 75
	62.770 33

2° Espèces :

A la Société générale	1.726 07	2.530 17
En caisse	804 10	
Total égal		65.300 50

C'est cette situation de la *Caisse de garantie* qui nous a permis de porter de 2.000 à 10.000 francs la garantie qu'elle assure à tous les membres du « Sou Médical ».

Messieurs, le « Sou Médical » peut reprendre sans crainte son activité d'avant-guerre : la faveur du corps médical lui est assurée.

Il a certes, traversé des moments critiques, mais il est maintenant en état de faire face à toutes les nécessités.

Le Trésorier,
A. GASSOT.

Les relations médicales franco-étrangères

L'article qu'a publié M. le docteur NOIR sur l'organisation des relations médicales internationales (le *Concours médical* du 1er août 1920, n° 31), nous a valu la visite de M. le docteur TOUGARINOFF, ancien médecin chef de la direction d'eaux minérales d'Etat au Caucase.

M. le docteur Tougarinoff a réalisé le groupement même des anciennes « amitiés franco-étrangères », groupement auquel le professeur HARTMANN vient de donner une forme nouvelle. Notre confrère avait fondé, avant la guerre, à Moscou et à Islowsk, une société franco-russe, au capital de 50.000.000 de roubles, destinée à établir des stations thermales franco-Russes et organisées de telle sorte qu'elles puissent lutter contre l'Allemagne dont les stations, à elles seules, retenaient 500.000.000 de roubles.

Chacun le sait, les eaux minérales du Caucase furent captées par l'Ingénieur FRANÇOIS qui, au milieu du XIXe siècle, s'était distingué par ses travaux de géologie et de d'hydrologie, en particulier, dans les Pyrénées Françaises. Les eaux de Barèges et de Luchon ont été captées par cet éminent ingénieur, et rien de mieux n'a pu être réalisé depuis ses travaux.

Les eaux minérales du Causase comprennent quatre groupements analogues aux quatre grands groupements français.

Ces groupements ont ceci de remarquable, que leurs villes sont situées à très peu de distance les unes des autres, et admirablement reliées par un réseau de routes qui les met, les unes et les autres, en relation constante. Les établissements en sont grandioses admirablement agencés, comprenant une multitude de laboratoires de recherches hydrologiques, chimiques, et physiologiques, etc ... Ces laboratoires sont largement ouverts à tous les médecins qui veulent travailler. Mais si, d'une part, l'aménagement thermal est de premier ordre, les villes thermales sont complètement inorganisées.

La direction de ces groupements thermaux est confiée à un conseil composé par tiers de membres délégués par l'État, de médecins et de négociants. Ce conseil rappelle en somme, nos Chambres d'industrie thermale, mais avec cette différence c'est que ce conseil a pleins pouvoirs pour passer à l'exécution immédiate des délibérations prises.

Le docteur TOUGARINOFF veut organiser en France dans une de nos villes du littoral, un établissement

qui puisse répondre à la conception actuelle de la maison médicale et du sanatorium (il n'est pas accordé à ce mot le même sens que celui que nous lui donnons en France).

J'ai prié M. le docteur TOUGARINOFF de vouloir bien me permettre de publier ici la préface inédite d'un travail qui sera prochainement vulgarisé. Nous sommes assurés qu'il intéressera nos lecteurs et pourra peut-être susciter de fécondes initiatives.

Projet de M. Nicolas Tougarinoff, ancien médecin chef de la direction d'eaux minérales d'Etat au Caucase.

> « Pendant les trente dernières années nous assistons à un développement extraordinaire de toutes les stations allemandes et autrichiennes, tandis que nos stations de France, sauf exceptions rares, restent stationnaires et même reculent ».
> (M. L. BARTHOU, discours prononcé à la Chambre des Députés, le 17 novembre 1911).

PRÉFACE.

Le relèvement national économique se fait sentir en ce moment en France, dans toutes les branches du commerce et de l'industrie.

La guerre mondiale n'a pas passé sans laisser de traces sur l'industrie balnéaire. Le dernier Congrès scientifique de Monaco (mars 1920) attache aux questions balnéaires une importance capitale. Tous les rapports ont été unanimes à proclamer le principe de la jonction de l'activité médicale à toutes les branches de l'industrie balnéaire (balnéologie, climatologie, hydrologie, thalassothérapie), ainsi que le tourisme, l'alpinisme, les compagnies de chemins de fer et l'industrie hôtelière.

Ce mouvement dont le but visait le relèvement des villes d'eaux en France a commencé encore avant la guerre et a été sanctionné il y a de cela 3, 4 ans par le docteur Bardet, secrétaire de l'Institut d'hydrologie, après son voyage en Allemagne en 1910. L'apparition d'une monographie très connue du docteur Lavielle, de Dax, sur les villes d'eaux austro-allemandes y a beaucoup contribué (Lavielle : « Ce que j'ai vu en Allemagne », Paris 1913).

En 1919, le docteur Boyer commença une campagne active dans le journal *La Vie* dans le but de faire ressortir les besoins les plus urgents des villes d'eaux françaises. En effet, tandis qu'en Allemagne 220 sources, sur 250, sont captées et exploitées, en France sur 410 excellentes sources d'après les données de Wilm et Jacquot, 140 sources seulement possèdent des établissements conformes aux besoins des malades.

D'autre part, tandis que les villes d'eaux austro-Allemandes comptaient plus de 50 % de malades venus de l'étranger, dont 250.000 Russes selon le rapport du docteur Zernoff, a France n'attirait que très peu de malades étrangers. Ainsi à Vichy, station si connue et si fréquentée, la statistique de 1913 nous montre 16.819 étrangers sur 108.963 malades (Lavielle « Le Bluff des stations thermales austro-allemandes » Paris 1916, page 25).

Tandis que l'industrie thermale apportait à l'Allemagne presque 1 milliard de francs par an, les stations thermales françaises présentaient presque toujours un caractère local, malgré la supériorité scientifiquement démontrée de ses sources minérales et de ses stations climatériques. Les étrangers, les Russes, les Américains surtout, inondèrent, de longue date, les stations allemandes, apportant à l'industrie balnéaire allemande la plus grande part du revenu global balnéaire. Ainsi les Russes seuls, d'après le calcul modeste du docteur Lavielle, laissaient dans les stations allemandes environ 50.000 millions de francs, voir 1.000 fr. par personne.

Au cours d'avant-guerre, 350 roubles par personne étaient une somme par trop modeste. La guerre a complètement arrêté cet afflux d'étrangers en Allemagne. Le rapport du congrès balnéologique de 1915, publié dans le «*Berliner Tageblatt*, donne le chiffre de 158.659 malades dans toutes les stations allemandes au lieu de 600.000 personnes enregistrées en 1914.

Pour assurer la fréquentation des villes d'eaux et des stations climatériques par les étrangers, la France doit entreprendre une série d'améliorations dans ses villes d'eaux et stations de cures d'air.

Le docteur Lavielle s'exprime très nettement à ce sujet : « Le premier soin de nos stations thermales doit être de s'améliorer et s'adapter aux exigences d'une clientèle qui, constatons-le avec tristesse, trouvait dans les hôtels d'Allemagne et de l'Autriche, le confortable et un luxe qu'elle ne saurait actuellement rencontrer en France ». Il ajoute : « Si nous voulons retenir ces clients de demain, il faut leur offrir des conditions de bien-être qu'ils apprécieront d'autant mieux que, parallèlement, ils trouveront chez nous des eaux d'une incontestable supériorité thérapeutique ».

(Lavielle : « Le bluff des stations thermales austro-allemandes » page 38).

Dans le numéro d'avril de *La Vie* de l'année courante, le docteur Molinéry avait exposé toute une série de mesures pratiques à entreprendre en vue d'améliorer les stations thermales françaises.

Ce qu'il y a de spécialement intéressant dans l'article du docteur Molinéry, c'est l'idée d'unir l'activité scientifique à l'activité commerciale. Cette idée avait été avancée par le docteur G. Boyer, elle s'attache à la création des conditions scientifiques qui se rapportent le mieux aux besoins des stations thermales en général et du traitement en particulier. Dans ce but, on

Service Vaccinal du « Concours Médical »

fonctionnant sous le contrôle de l'Etat

Petit tube de pulpe pour 5 vaccinations ..... 1 fr. 50
Grand tube pour plus de 15 vaccinations...... 3 fr.
Lancette spéciale toute nickelée. 6 fr.
Vaccinostyles plats, la boîte (carton) de 100. 12 fr.
Vaccinostyles plats, les 20.... 3 fr.
Petit porte-vaccinostyle en acier trempé, les 10.. 2 fr.

PORT : 0 fr. 25

Adresser les commandes avec le montant en *un mandat*, **plus 0 fr. 25** pour l'envoi, à Monsieur C. BOULANGER, administrateur du *Concours Médical* 132, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMES DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien*, édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50..... 5 fr. »
Le 100..... 8 fr. »
Les 500.... 35 fr. »
Les 1000... 60 fr. »

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, *132, faubourg St-Denis, Paris.*

se propose de joindre toutes les sociétés médicales et les administrations locales à celles des syndicats des hôteliers, ainsi qu'à celle des Syndicats d'initiative, d'organisation de tourisme et des chambres de commerce, intéressées dans le développement de l'activité thermale en France. Basé sur cette idée, le docteur Molinery propose même la création d'une banque spéciale, *Banque thermale nationale*, qui devrait financer toutes les entreprises thermales à savoir, les hôtels, les sanatoriums, les maisons de santé, les établissements thermaux, l'exportation des eaux minérales et de table, les administrations locales ou les concessionnaires privés, en organisant les jardins, les parcs, les constructions thermales les rues, les conduites d'eau, la canalisation et le captage des sources. Il est certain que la création d'une *banque spéciale thermale* aurait joué un très grand rôle dans le relèvement de la situation économique de la France et aurait uni l'activité de toutes les sociétés scientifiques et commerciales à celles des groupes privés rattachés au commerce thermal. La section intitulée : « Les villes d'eaux, bains de mer et stations climatériques » du dernier congrès de Monaco, (1920) approuva le rapport du docteur Binet consacré à la nécessité de créer des liens intimes ainsi qu'une collaboration de la médecine avec l'industrie hôtelière en ce qui concerne l'établissement d'un régime rationnel d'alimentation pour les malades, ainsi que des conditions spéciales pour les personnes bien portantes.

Dans ce but le congrès a émis l'idée de créer dans les hôtels une table de régime spéciale. A ce même congrès, M. Meillon a fait un rapport sur la liaison de la Compagnie française de tourisme avec le Touring Club de France pour le relèvement du tourisme dans les stations thermales françaises.

Ces aperçus nous montrent l'intérêt soulevé par la question des stations thermales françaises, unie à l'œuvre nationale de relèvement économique auquel aspire toute la France. En effet, plusieurs sociétés fonctionnent actuellement en France dont l'activité a pour but le relèvement des stations thermales. Nous mentionnons les 5 sociétés principales ; 3 médico-scientifiques ; et 2 commerciales (Industrie thermale, industrie hôtelière).

1° Société d'hydrologie médicale de Paris, sous la présidence d'honneur du professeur Robin occupée spécialement des questions des eaux minérales.

2° « Syndicat général des médecins de France » créé par les médecins des villes d'eaux dans le but de propager les connaissances scientifiques sur les stations thermales françaises et de défendre les intérêts balnéaires auprès du gouvernement.

3° « Voyages d'études médicales aux stations hydro-minérales, maritimes et climatériques de France » créé par le docteur Carron de la Carrière, sous la direction scientifique du regretté professeur Landouzy dans le but de faciliter aux médecins l'étude des villes d'eaux françaises sur place.

Le second groupe compte deux syndicats particulièrement importants :

1° « L'Union des établissements thermaux de France » qui unit les 2/3 des grandes stations balnéaires et qui est composé d'un groupe de propriétaires, concessionnaires et bailleurs.

2° « Chambre de commerce et de l'industrie des eaux minérales et des établissements thermaux », composée de propriétaires de bailleurs et de la haute administration des stations balnéaires dans le but de défendre les intérêts balnéaires au point de vue financier, économique, commercial et industriel.

Si l'on jette un coup d'œil sur la richesse et la variété des villes d'eaux, des plages, des stations climatériques de la France, avec ses beaux paysages pittoresques et ses établissements de bains et hôtels assez confortables, il y a pas à avoir d'inquiétude sur le sort des stations balnéaires françaises. Il n'y a qu'à adapter les villes d'eaux aux exigences modernes, et créer un ensemble sanitaire et hygiénique qui a formé la renommée de l'Allemagne et qui permettrait à la France de jouer un rôle prépondérant dans toutes les stations de l'Europe grâce à ses magnifiques eaux minérales : Vichy, Aix-les-Bains, Contrexéville, Luchon, Royat, Brides ; à ses excellentes boues naturelles : Dax, Barbotan, Prechacq, et St-Amand ; à ses stations alpines dignes de celles de la Suisse, de Savoie, du Dauphiné, des Vosges, des Pyrénées, etc...

Et ses plages innombrables de la Côte d'Argent (Océan Atlantique) Arcachon, Biarritz, de la Côte d'Émeraude et celle de Normandie.

Mais il est nécessaire que pendant la durée de la cure, le malade soit continuellement sous l'observation médicale en ce qui concerne les conditions climatériques, la diète et le régime de repos et le traitement.

Les résultats désirés d'un traitement rationnel ne sont pas toujours dus aux bains et aux eaux minérales, mais à l'ensemble des conditions propices, à la somme de tous les facteurs, du traitement et du repos qui entourent les malades. Le type des sanatoriums adopté en Allemagne n'aura pas de succès au début en France, ou sous le nom de sanatorium on désigne les maisons de santé pour les tuberculeux et où les sanatoriums sont très peu nombreux. Ils ne servent que pour les tuberculeux, les malades chirurgicaux et mentaux.

La création de sanatoriums pour les maladies internes (non contagieuses) avec différents cabinets médicaux pour des traitements physiques

(hydrothérapie ; boue ; lumière électrique, massage, diète, etc...) avec des méthodes d'observations cliniques pourrait attirer en France de nombreux étrangers qui cherchent la guérison et non la distraction.

En 1913, en Russie, grâce à l'initiative du docteur Tougarinoff, ex-médecin en chef des eaux minérales du Caucase, créateur de plusieurs sanatoriums et instituts physio-thérapiques en Russie, ayant une expérience de plus de 10 ans au Caucase, fut organisé un groupe d'initiative qui comptait des financiers, des commerçants, des ingénieurs, des professeurs médecins, en vue de fonder des hôtels et des sanatoriums en Russie et à l'étranger.

La France était désignée comme succursale étrangère de cette société balnéaire, où, après un voyage spécial du docteur Tougarinoff en 1913, 1914, on avait choisi toute une série d'endroits en Corse, en Algérie, sur la Riviera, dans les Pyrénées, sur les côtes de la mer et de l'Océan, et dans les principales villes d'eaux de la France. Il a été projeté de réunir les personnalités les plus en vue de la médecine, d'intéresser les cliniciens renommés, et les médecins ayant une grande clientèle, pour créer une espèce de syndicat de l'industrie sanatoriale, dont le but serait la distribution des malades dans les villes d'eaux françaises et russes.

La guerre, éclatée en 1914, a arrêté ce projet et la débâcle de la Russie en 1918 a rendu impossible la réalisation de ce projet dans sa première partie, comme dans l'ensemble. La résurrection future de la politique russe amènera le renouvellement des rapports commerciaux et, sans doute, la reconstruction de la Russie. Le besoin en sanatoriums de toute espèce sera énorme en Russie, non moins grande sera l'importance des sanatoriums étrangers, et les hôtels de régime pour les Russes qui chercheront le repos et le traitement en dehors de leur patrie pour des raisons psychologiques très compréhensibles. Voilà pourquoi, dans l'attente de ce moment il faut être en France en posant la première pierre d'un pareil hôtel de régime, où un malade ou une personne fatiguée trouverait la tranquillité, un confort accessible, un traitement et des soins avec un régime régulier diététique.

Prévoyant l'avenir et l'afflux des Russes dans ces hôtels de régime, nous pouvons dès à présent compter sur l'affluence, dans ces hôtels, des Russes dispersés à l'étranger, qui voudraient se faire soigner et rétablir leurs forces, ainsi que fonder une colonie à l'étranger.

Nous espérons atteindre un grand développement des méthodes physiques de traitement et d'organiser les conditions cliniques dans une section spéciale de cet hôtel, ce qui nous permettrait d'attirer une clientèle anglaise et américaine. Nous nous mettrons en rapport avec les médecins anglais et américains les plus en vue et nous ferons une réclame dans la presse spéciale et générale.

Le premier hôtel démonstratif de ce genre doit être inauguré en automne de l'année courante à Nice où le choix de l'emplacement pourrait garantir le succès de l'entreprise. En cas de succès on se propose d'organiser un réseau de pareils hôtels de régime avec différents cabinets médicaux, ce qui nécessiterait l'achat de terrains de construction, l'achat ou la location d'hôtels correspondants déjà existants, dans les villes d'eaux françaises dans le but de les approprier au type sus-mentionné. Le premier hôtel de régime est fondé au moyen de parts ; il aura un certain capital d'émolument ; à la fin de la première saison (six mois) on a l'intention de fonder une société actionnaire. « (1)

***

Au moment où nous terminons la publication de cette note, nous apprenons que notre très distingué confrère, le docteur Dausset, se propose de créer, à Biarritz, une organisation de ce genre, L'idée est dans l'air et, une fois de plus, le *Concours médical* aura à se féliciter d'avoir été le premier à préconiser une initiative hardie mais rigoureusement étudiée, qui transformera l'exercice de la médecine de demain.

Une lettre nous arrive également du docteur Fortescue-Fox de Londres, qui nous prie de réserver le meilleur accueil au docteur Dastur, de l'État de Baroda (Indes).

Le docteur Dastur a reçu mandat, de son pays d'origine, d'étudier en France, *l'hydrologie médicale.*

L'Office médical de renseignements se met à sa disposition et lui facilitera sa tâche.

Dr R. MOLINÉRY,
Secrétaire adjoint
des relations médicales internationales.

AUTOMOBILISME PRATIQUE

Le véhicule médical en 1920-1921...

VI

Nous en étions donc au délicat problème de la suspension, qui fait du reste couler des flots d'encre un peu partout : c'est la question à l'ordre du jour depuis que nos routes sont devenues autant de bancs d'épreuve, à tel point qu'on ne

(1) Rappelons ici que la *Maison médicale d'Agen* dont le docteur Noir a souligné la haute originalité, a réalisé, en partie, le projet du Dr Tougarinoff. Une différence essentielle : la *Maison médicale d'Agen* n'est pas un hôtel.

part plus le matin sans se demander si les ressorts tiendront jusqu'au soir.

Leur rupture est, en effet, maintenant, la panne la plus fréquente ; tout va à peu près bien désormais en auto, seule la suspension est très en retard.

Nous parlions dernièrement de la possibilité de freiner les trop grandes oscillations par des amortisseurs ; ils sont légion et emploient toutes les solutions possibles : l'air, les liquides, les ressorts, la friction...

En parlant d'amortisseurs en général, nous comprenons également les compensateurs, mais il faut faire une place à part aux jumelles élastiques.

Commençons par ces dernières, qui sont les plus simples.

Elles sont destinées aux ressorts durs et aux voitures dont la charge ne reste pas constante, comme dans les quatre places par exemple. Dans ce cas, il est évident que le constructeur a dû prévoir la résistance des ressorts suffisante pour le poids total maximum transporté, soit quatre personnes au moins ; on devine ce qui doit se passer quand il n'y a qu'un ou deux occupants : la charge est légère pour nos intermédiaires élastiques et ils vous traitent avec beaucoup trop de désinvolture, vous envoyant en l'air pour la moindre bosse.

Comment donc concilier résistance et souplesse ? Jusqu'à un certain point on a tourné la difficulté en munissant les mains arrière des ressorts d'un appareil élastique qui fléchira plus facilement que les grands ressorts et qui, même avec la charge d'une seule personne, « encaissera » les petits chocs de la route. De nombreux types de ces appareils, dénommés « jumelles élastiques » rendent de réels services, mais l'ennui est qu'on ne peut dépasser une certaine amplitude qui est en réalité bien faible — six à huit centimètres. — Il faut en effet conserver une garde — distance entre l'essieu et le châssis — suffisante pour éviter le talonnage.

On comprend en effet que la flexion supplémentaire de cette jumelle augmente d'autant l'affaissement prévu de la voiture — pour être exact, l'affaissement n'est que la moitié de la course si on ne met comme d'habitude qu'une jumelle à la main arrière du ressort.

De plus, si la course est trop grande, la rigidité latérale suffisante ne sera plus assurée et aux virages il y aura des déportements fâcheux. Ce n'est donc qu'une amélioration sensible, il est vrai, mais pas en rapport avec l'état actuel de nos routes où, les trous et bosses de dix et quinze centimètres sont monnaie courante.

Pour avoir de bien meilleurs résultats, il faudrait des ressorts à flexibilité variable, qu'on adapterait au poids transporté.

A la vérité, la solution existe et nous en connaissons quatre réalisations ; il y en a d'autres évidemment car beaucoup de chercheurs sont attelés au problème, mais au point de vue pratique il faut attendre quelque peu, les expériences se continuant.

Du reste étant données les circonstances défavorables actuelles pour nos moyens de transport, il est peut-être plus sage de se contenter d'une ou deux places, les promenades en famille sont un luxe accessible à une minorité seulement ; en 1922 nous verrons...

Les ressorts sont alors calculés pour la charge habituelle et le confort bien plus grand, l'économie de pneumatiques sensible, car les rebondissements sur la route sont une grande cause d'usure prématurée.

A moins qu'on se condamne à transporter continuellement quelque trois cents kilos en guise de lest, pis aller évident et même d'assez mauvais goût maintenant.

Serons-nous mieux servis avec l'autre genre : compensateurs ou amortisseurs proprement dits ? Nous avons le regret de dire que non.

En principe, si les jumelles élastiques sont faites pour les ressorts trop durs, les compensateurs doivent s'adapter à ceux un peu mous, c'est-à-dire à grande flexibilité.

A allure lente cette grande flexibilité est très précieuse pour le confortable, car plus les ressorts « encaissent », moins le châssis se soulève ou s'abaisse. Avec des courses de 20 à 25 centimètres — inconnues du reste sur presque toutes les voitures qui ne dépassent pas 15 à 16 — il n'y a presque plus de heurts et la sensation de glissement est délicieuse ; mais il y a le revers de la médaille, tout au moins avec les systèmes classiques : à partir d'une certaine vitesse, les oscillations prennent une telle amplitude qu'elles deviennent dangereuses : bris de lames, soulèvements du siège, très mauvaise tenue de route,

En effet, pendant la période de remontée du châssis après fléchissement à bloc, l'adhérence à la route est presque nulle, ce qui permet dérapages, entraînement irrégulier, etc... ; on a donc songé à freiner ces oscillations, à les amortir ; de là des appareils à l'infini, mais ne donnant qu'à moitié satisfaction comme nous le disions plus haut.

Il est évident qu'on ne peut songer à amortir continuellement dans les deux sens, à la montée et à la descente, car alors que deviendrait la souplesse des ressorts ? Seul, le frottement minime des lames les unes sur les autres est admissible.

Il a fallu choisir et tous ont été d'accord pour freiner la descente en laissant à la montée le libre jeu de l'organe élastique, si un obstacle se présente il est absorbé, c'est-à-dire que la flexion a fait « asseoir » la caisse en emmagasinant une grande énergie de réaction ; si rien ne vient

gêner cette réaction, la caisse est renvoyée en l'air par la détente du ressort ; c'est ce qu'on appelle le « coup de raquette » ; on a donc avantage à freiner cette détente et il est relativement facile d'y arriver en interposant entre le châssis et l'essieu une friction quelconque : bras de levier agissant sur piston et liquide ou ressort compensateur, etc. ; la voiture au lieu de rebondir se relèvera après l'obstacle dans une douce envolée en laissant les roues appliquées solidement au sol.

Ce serait presque parfait s'il n'y avait que des bosses : pavés, passages à niveau, dos d'âne, rails ; hélas ! Il y a aussi quelques trous...et voilà nos roues entravées au moment où il leur faudrait la liberté d'épouser le sol jusque dans ses faiblesses ; alors puisque la roue seule ne peut pas descendre, ce sera la voiture tout entière... avec un trou tous les deux mètres par exemple vous voyez le beau barattage... et pas moyen de sortir de ce dilemne : ou les trous ou les bosses.

Ne dites pas qu'il y a beaucoup plus de trous que de bosses et qu'il aurait mieux valu freiner à la montée et laisser les roues libres de se détendre quand le sol se dérobe ; nous vous ferions remarquer qu'une fois dans le trou il faut en ressortir... qu'à ce moment c'est bien une bosse qui se présente ; qu'adviendrait-il si notre roue n'est plus libre de s'effacer ? Un choc terrible et funeste pour tous certainement, tandis qu'avec l'autre solution, en allant à une certaine vitesse, on pourra avoir la chance d'esquiver le fin fond d'un trou : d'où secousse moindre.

(*A suivre*). Dr DE VAUBERCEY, Miribel (Ain).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Internat des hôpitaux de Paris**. — Le jury est réparti de la façon suivante :

Anatomie ; MM. Pierre Duval, Bensaude, Lardennois, Lemierre, Le Lorier.

Les séances ont lieu les lundis à 15 h. 1/2 ; mardis, jeudis à 20 h. 1/2 ; vendredis à 9 heures, à l'hôpital Beaujon.

Pathologie ; MM. Œttinger, Ribadeau-Dumas, Renaud, Moure, Grégoire.

Les séances ont lieu les lundis à 17 heures ; mercredis à 17 h. 1/2 ; jeudis et vendredis à 20 h. 1/2, à l'Hôtel-Dieu.

COMPOSITION ÉCRITE. — *Anatomie*. — Examen microscopique des voies biliaires accessoires (vésicule biliaire et canal cystique).

Pathologie. — Symptômes et diagnostic de l'occlusion intestinale aiguë.

Questions restées dans l'urne :

Anatomie macroscopique de la glande sous-maxillaire et de son canal excréteur. — Anatomie macroscopique de la bronche droite et de ses divisions jusqu'à leur entrée dans les lobes pulmonaires.

Symptômes et diagnostic des anuries. — Symptômes et diagnostic des ictères chroniques dits par rétention.

— **Maladies des yeux**. — *Hôpital Cochin*. — Le Dr A. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux commencera, à la consultation d'ophtalmologie de l'hôpital Cochin, le mardi 16 novembre à 14 h. 1/2 : une série de 10 *conférences pratiques sur les maladies des yeux*, à l'usage des praticiens exerçant la médecine générale.

Elles continueront les jeudis, samedis, et mardis suivants à la même heure et seront accompagnées de présentations de malades, de projections autochromes, de préparations.

Elles sont gratuites. S'inscrire à l'avance, à la consultation d'ophtalmologie de Cochin, soit directement, soit par lettre.

— **Société de médecins abstinents de langue française**. — Le développement croissant de l'alcoolisme n'impose pas seulement au médecin le devoir de participer à la lutte contre le fléau, mais il paraît tout désigné pour en prendre la direction.

C'est à cet effet que dans la plupart des nations, les médecins vraiment militants se sont groupés en sociétés de médecins asbtinents qui, il y a quelques années, se sont fédérées au Congrès international de Londres contre l'alcoolisme. Les pays de langue allemande, la Scandinavie, l'Angleterre, les États-Unis, le Danemark, la Russie elle-même, ont déjà leurs groupements très prospères.

Notre pays reste en arrière. Il a semblé à quelques médecins français abstinents que le moment était venu, de combler une grave lacune.

Une *Société de médecins abstinents de langue française* est d'ores et déjà constituée. Elle fait appel à tous les confrères ayant une conception très nette du rôle du médecin dans la circonstance et convaincus que l'exemple raisonné de l'abstinence de toute boisson alcoolique est la meilleure des armes.

Adresser toutes adhésions ou demandes de renseignements aux *Annales Antialcooliques* rédacteur en chef, Dr Legrain, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine), ou au Dr P. Dauphin, médecin stomatologiste, Arles-sur-Rhône (B.-du-Rh.)

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs,
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Réponse.

Puisque vous avez été appelé pour constater le décès d'un ouvrier par suite d'un accident du travail, il ne saurait être question de l'application du tarif officiel des accidents du travail, qui est réservé pour le cas où c'est l'ouvrier lui-même qui a fait choix de son médecin.

Si c'est le patron qui vous a choisi, c'est le tarif de droit commun, celui que vous appliquez dans la clientèle ordinaire, qui est applicable. Vous avez donc à compter une visite, dont il est possible de majorer le prix ordinaire vu les circonstances (nécessité de descendre dans la mine), et un certificat.

De même, si vous avez été appelé par le maire, le tarif médico-légal n'étant pas applicable en l'espèce, puisqu'il n'y avait pas suspicion de crime ou de délit.

Emplois pour médecins mutilés de guerre.

Pourriez-vous me dire quels sont les emplois que pourraient solliciter les médecins mutilés ou réformés de la guerre.

N'y a-t-il pas des contrôleurs-médecins pour l'application de la loi des Pensions et ces emplois ne pourraient-ils pas être demandés par des médecins réformés ?

Dr X.

Réponse.

Voici les renseignements que nous recevons d'une personne particulièrement compétente à qui nous avons posé la question qui fait l'objet de votre lettre.

Les médecins mutilés ou réformés peuvent postuler l'emploi de médecin vacateur des centres de réforme chargés de l'examen des victimes de la guerre candidats à une pension. Il existe également des médecins qui peuvent être appelés à accompagner le médecin militaire de ces centres chargé d'examiner à domicile lesdits candidats.

Les confrères désireux d'être désignés n'ont qu'à adresser une demande au Directeur du service de santé de leur région.

Les médecins mutilés ou réformés peuvent également, dans les villes de garnison, où les médecins militaires sont rares aujourd'hui, demander à être utilisés comme médecins militaires en signant une convention avec le service de santé lorsqu'ils sont admis.

Il n'y a pas encore de contrôleurs médecins, qui deviendront nécessaires pour l'application de l'article 64.

Il y a bien aussi des médecins experts, désignés auprès des tribunaux des Pensions, mais ces derniers sont choisis par les Présidents des

tribunaux parmi les médecins experts figurant sur la liste établie pour toutes les expertises médicales.

La grève de la faim est-elle un droit ?

Le jeûne prolongé du lord-maire de Cork me suggère une réflexion générale d'ordre médico-légal. Un détenu a-t-il la liberté de se laisser mourir de faim ?

Sans doute, si la justice s'attache à capturer vivants des criminels condamnés d'avance à la peine capitale, si elle dépouille les incarcérés de toute arme ou objet susceptible de devenir un instrument de suicide, on peut s'étonner qu'elle ne s'oppose pas, par tous les moyens en son pouvoir, au lent suicide qu'est le jeûne prolongé volontaire.

Ne pourrait-elle donc requérir un médecin à l'effet d'assurer artificiellement, par le gavage, les lavements nutritifs, les injections sous-cutanées, etc., l'alimentation forcée d'un gréviste de la faim ?

Ces mesures coercitives, il est vrai, n'empêcheraient pas l'accusé de se dérober à l'enquête judiciaire, en se retranchant dans un mutisme absolu.

La question n'en vaut pas moins la peine d'être posée.

Dr René NETTER
(d'Épernay)

Traitement de l'étranglement herniaire par le transport en auto.

Le Dr Camescasse, de St-Arnoult, publie, dans le *Concours* du 3 octobre l'histoire d'une hernie étranglée réduite par transport automobile.

Il ajoute qu'il espère mettre à jour par sa publication d'autres observations semblables de ses confrères.

J'ai observé, au cours de la campagne, une hernie étranglée chez un soldat, hernie qui résista à un taxis « pondéré ». Je l'évacuai donc par auto sur une ambulance chirurgicale peu éloignée d'ailleurs.

Comme j'assistais à « l'emballage » du patient et lui disais quelques paroles de réconfort, je lui fis le consolant pronostic suivant, absolument intuitif d'ailleurs et ne reposant sur aucune notion classique : « D'ailleurs il se pourrait bien que les secousses de l'auto remplacent le chirurgien et que ta hernie soit guérie en arrivant ! ».

Je ris de bon cœur de ma surprise lorsque j'appris que ce pronostic s'était réalisé. Le malade n'avait d'ailleurs pas eu de syncope.

Dr T.

Règlement d'hôpital.

Les médecins de C., considérant que l'admission dans les hôpitaux de malades non indigents (acci-

dentés du travail, en particulier) constitue une perte d'honoraires pour le corps médical, me prient de vous demander de bien vouloir me faire connaître la marche à suivre pour empêcher cet abus.

Dans votre nº 40 du *Concours médical*, vous conseillez de ne faire admettre les accidentés du travail que dans des salles payantes (maison de santé) où le tout compris n'existerait pas. Cette manière de faire n'est-elle pas contraire à la loi du 5 mars 1917 (le prix de la journée ne devant pas dépasser de 30 % le tarif de l'A. M. G. pour le tout compris) ?

Est-ce qu'une commission administrative d'un hôpital a le droit de créer ces salles spéciales pour y recevoir ces malades non indigents ? Si oui, je vous serais obligé de me communiquer un modèle de délibération.

Si le patron refuse — et il refusera — de s'engager à payer les journées d'hospitalisation et les honoraires médicaux, les Compagnies d'assurances sont-elles tenues au paiement de tous ces frais ?

Si le même *modus faciendi* était adopté pour les bénéficiaires de l'art. 64 de la loi des pensions, l'État serait-il tenu au paiement des honoraires médicaux en plus des journées d'hospitalisation ?

Comment sont payés les accidents de travail dans les cliniques dites « cliniques d'accidents du travail » ?

Dr L.

Réponse

Une commission administrative d'un hôpital tient de l'article 8 de la loi du 7 août 1851, le droit de modifier son règlement du service de santé. Autrement dit, cette commission peut parfaitement décider la création de chambres et salles payantes, dans l'établissement.

Mais, le même article 8 impose l'approbation préfectorale, pour rendre cette décision applicable. De plus, la circulaire ministérielle, dite règlement modèle des hôpitaux, du 15 décembre 1899, prescrit dans son article 26, *in fine* de la dernière note : « à l'avenir, le préfet n'approu-« vera aucune délibération par laquelle une com-« mission administrative créerait une chambre « ou une salle payante, sans en avoir référé au « ministre de l'intérieur ». (Actuellement, c'est ministre de l'hygiène qu'il faut lire).

Vous n'avez donc qu'à vous reporter au projet de délibération, que j'ai publié dans le *Concours* de 1920 page 1884 : proposez-le à votre commission administrative. Je reste d'ailleurs à votre disposition pour toute retouche nécessitée par les questions locales.

Pour les accidents du travail, le patron, ou son assurance, doit respecter le règlement de l'hôpital, s'il veut faire soigner son blessé dans l'établissement. Le « tout compris » de la loi accident n'est applicable qu'en cas d'hospitalisation en salle gratuite. Sinon, en chambre ou salle payante, c'est le droit commun, qui reprend son effet et, en l'espèce, la jurisprudence con-

sidère l'ouvrier blessé comme soigné dans une clinique privée : les honoraires du médecin sont donc licites.

Quant aux bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919, sur les pensions de guerre, ils doivent être hospitalisés en respectant également les règlements des établissements.

Enfin, les cliniques dites d'accidents du travail sont en général des usines à pansement, où des infirmiers soignent des blessés, sous la directions plus ou moins effective d'un médecin. Le corps médical réprouve ces cliniques, lorsqu'elles ne sont pas honnêtes : mais si un ou plusieurs médecins veulent créer un local, où peuvent être traités les blessés du travail, si le docteur luimême fait le pansement, ou assiste aux soins donnés par les subalternes, si le docteur ne donne pas de ristourne au blessé, s'il n'exagère pas ses notes d'honoraires, en un mot s'il exerce loyalement son art de guérir, sa clinique est une institution qui peut rendre de grands services.

Dr P. B.

Station hivernale pour tuberculeux

Par l'Intermédiaire du *Concours*, vous demandez s'il existe en France une station hivernale pour tuberculeux. Je suis on ne peut mieux placé pour vous renseigner. Depuis quatre ans je la cherche et nous sommes en France des centaines, des milliers peut-être dans le même cas. Je ne parle pas des grands fébriles, mais des tuberculeux « bien portants » qui ont besoin chaque année de se retremper quelques mois dans l'air vivifiant de la montagne. Pour ceux-là, il n'y a rien en France qui corresponde à Leysin et à Davos et pourtant quelle source de profits ce serait pour des hôteliers avisés — je néglige délibérément le côté humanitaire — que ces gens qui reviennent tous les ans passer deux, quatre mois, qui sont stables, constituent une clientèle et qui, quand l'hôtel est bien tenu, séjournent souvent toute l'année.

Votre question est donc d'intérêt général et vaut qu'on s'y arrête. Que font les Suisses ? ils ont des médecins consciencieux, de renommée mondiale ; nous en avons nous aussi. Ils ont des sites remarquables ; nous en trouverions en cherchant dans les Alpes et dans les Pyrénées, mais ce que nous n'avons pas, c'est cette installation matérielle merveilleuse qui permet de trouver réunis tous les facteurs qui concourent à la guérison. Prenez Leysin, site particulièrement bien choisi, ensoleillement incomparable, altitude suffisante, établissements de toute nature et de toute catégorie, depuis le petit hôtel à 9 fr.... suisses, par jour, jusqu'à cinquante. Vous pouvez y faire de la cure libre ou en sanatorium à votre

choix. La concurrence entre les divers établissements vous garantit des prix raisonnables. Vous voyez venir la conclusion, courons en Suisse puisqu'on y est si bien. Non mon cher confrère n'y allez pas, restez en France et employez toute votre influence pour y faire améliorer les stations de montagne. Nous avons d'excellents médecins, nous avons des sites qui valent ceux de la Suisse, seule l'installation matérielle nous manque. Luttons pour l'obtenir, luttons de la bonne façon, non en développant des théories humanitaires, ce serait, hélas ! frapper dans le vide, mais en nous adressant au mobile ordinaire des actions humaines, l'intérêt.

Faisons ressortir les sommes considérables qu'on pourrait retirer annuellement de cette industrie hôtelière spécialisée. Nous avons eu des congrès, ô combien, qu'en est-il sorti de pratique ? Ce ne sont pas eux qui feront monter notre change. Je suis autant que quiconque sensible aux belles phrases, je reste latin dans l'âme, mais vraiment nous abusons. Ayons un peu le sens des réalités dont nos voisins et nos alliés ont fait preuve, souvent à nos dépens. Organisons autrement que sur le papier les stations pour tuberculeux qui seraient une source de profits importants et sont dès maintenant une nécessité.

En attendant, et pour ne pas encourir le reproche que j'adresse aux autres, je réponds d'une façon plus directe à votre question. Vous avez en France deux catégories d'établissements, d'abord des sanatoriums qui s'étagent de la plaine à la montagne et dont certains présentent toute garantie de traitement consciencieux et compétent.

Enfin vous avez les stations de sports d'hiver. Pour y séjourner dans les hôtels, il ne faut pas avoir l'air d'un malade. Certains hôtels mettent même sur leur prospectus : la maison n'est pas installée pour la cure des maladies de poitrine.

On y voit bien parfois des gens qui toussent mais rassurez-vous, ils ne sont pas plus tuberculeux que vous et moi, ils laissent leurs fenêtres ouvertes le jour, ouvertes la nuit, c'est par goût probablement. Il y aurait encore beaucoup à dire mais cela dépasserait les limites d'une simple lettre.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Questions et réponses parlementaires.

A propos des expertises médico-légales.

4.914. — M. Barthe, député, demande à M. le ministre de la justice si un médecin expert désigné par le tribunal civil de Montpellier pour examiner un accident de travail de la ville de Cette peut se faire transporter, à sa demande, de Montpellier à Cette dans l'automobile du patron de l'ouvrier sinistré à examiner. (*Question du 25 septembre* 1920).

Réponse. — Le fait signalé, s'il constitue une incorrection regrettable, n'est pas lui-même susceptible d'entraîner la nullité de l'expertise ; il appartient au tribunal saisi d'apprécier la valeur qu'il convient d'attacher à celle-ci.

(*J. O.*, 29 octobre 1920.)

ANTHOLOGIE MÉDICALE

« Dignus intrare ?... »

Du livre, il sait le mot et la lettre précise ;
Et sa main est habile, et son savoir, subtil ;
Mais dans sa mission austère, sera-t-il
Tel qu'un Vincent de Paul ou qu'un François d'Assise ?

Malgré l'orage ou la rafale ou le grésil,
Ira-t-il secourir l'éclamptique en sa crise ?
Aux douceurs du repos, familiale emprise,
Pourra-t-il s'arracher par un vouloir viril ?

Pour l'artère qui saigne et la plaie à la tempe,
Se résignera-t-il à rallumer sa lampe,
Plein de hâte en la nuit ou le pâle matin ?

Et quand son ennemi sur la route, l'implore
Ou s'abat, sidéré soudain par la pléthore,
Aura-t-il la pitié du bon Samaritain ?

Honoré Broutelle.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 47 — DIMANCHE 21 NOVEMBRE 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (France)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CEZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CEZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. N° 47 21 Novembre 1920

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 661. — Renault 10 HP., 1920, torpedo 4 pl., sortant usine, à vendre 17.500 frs., éclairage, démarrage électrique, roue de rechange.

N° 662. — 14.500 francs Citroën torpedo 4 places, neuve, vendue cause double emploi, essais à volonté. Docteur Marsat, Lathus (Vienne).

N° 663. — Paris. A vendre : Bébé Peugeot, modèle 1919, peu roulé. excellent état. Docteur, 30, place de la Nation, Paris.

N° 664. — Etudiant, 16 inscrip., fils de membre du « Concours », recherche place assistant dans clinique, accepterait rempl. ou consultations l'après-midi.

N° 665. — Sigma 8 HP., torpedo 2 places, 1920, équipée Magordeaux, à prendre de suite, cause double emploi, 13.000. Dr Sarthou, Jarnac-Champagne (Ch.-Inf.).

N° 666. — Cause double emploi, à vendre 11 HP., Brasier 1915, torpedo 4 places, bon état mécanisme. 10.000 fr. Dr Neumager, 25, rue St-Nicolas, à Guingamp.

N° 667. — Docteur, fac. Paris, cherche situation Paris ou banlieue, assisterait confrère dans clinique ou cabinet (méd. gén. œil, nez, gorge).

N° 668. — Anjou : à céder poste intéressant. Conviendrait surtout à jeune docteur. Légère indemnité. Pressé.

N° 669. — A vendre un autoclave horizontal Legueu de 0.20 cm., état de neuf, 2 fauteuils roulants Dupont, une sellerie d'armes. S'adresser au Dr, 4 rue St-Florentin. Téléph. central 89.10

N° 670. — Centre. A céder bonne clientèle, chef-lieu canton. Rapport 20.000 fr. Indemnité : 6.000 fr.

N° 671. — A vendre, cause double emploi, voiturette G. N. 1920, neuve, complète, 6 HP., 2 places, 5 roues amovibles. prix catalogue. Dr Métayer, Bû (Eure-et-Loir).

N° 672. — Dans clinique bien placée (près des gds boulevards) on demande dentiste, oculiste et O. R. L. Aucune indemnité à payer, mais on offre un pourcentage sur les recettes.

N° 673. — A vendre torpedo 2 places, 1914, sortant révision, 4 cyl., 10 HP. Prix 8.600.

N° 674. — A vendre 8 HP., Zèbre, torpedo 3 places, 1920, écl., démar. électrique, 16.500 fr.. livrable de suite à l'usine. Dr Chevalier, Thonon-les-Bains.

N° 675. — C. doubl. empl., cond. intér., 4-5 pl., Dodge, éclair. et dém. électr., garnit. intér. récem. refaite, méc. entièr. revu et remis à neuf. Jante secours avec pneu et chambre, marche parf. et gar. 19.000 taxe compr. Docteur Peigné, 11, rue St-Léger, Evreux, Eure.

N° 676. — Le Dr Huguet, de St-Pourçain (Allier), désiré placer, chez famille médicale de préférence, enfant de 4 ans, lymphathique, ayant besoin de cure marine, côte d'Azur.

N° 677. — Petite maison de santé à vendre dans banlieue immédiate de Paris. Affaire très bien placée et susceptible d'un grand avenir. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 678. — A céder dans ville province, poste de spécialiste yeux, nez, gorge, oreilles. Rapport 50.000 env. Fixe. Bel appartement. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 679. — Jeune docteur, 35 ans, célibataire, désire reprendre bonne clientèle médecin seul à la campagne. Faire offres : Devauchelle, 16, rue Larrey, Paris, 5e.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Breton.

I

J'ai bien reçu la réponse de notre très estimé confrère Decourt relative à certaines questions que je lui posais. Comme le *Concours* réclame la collaboration des idées du corps médical en ce qui touche le nouveau tarif Dubief-Breton, je crois que les idées soumises au « Sou » devraient trouver l'hospitalité dans les colonnes du *Concours* pour que ce référendum vienne à la connaissance de tous les médecins soucieux de ce grave problème.

Les réponses de M. Decourt ne me donnent pas du tout satisfaction. A des questions précises je n'obtiens que des réponses évasives.

A propos d'une réduction de fracture du radius, je désirais savoir quels seraient les honoraires d'un confrère qui m'avait assisté. Or, M. Decourt me répond : « *Il me semble* que le confrère a droit aux honoraires prévus à l'art. 2 (50 fr.) etc. En cas de refus, le confrère *pourrait* se réclamer de l'article 5, comme consultation qui lui fut demandée en vue d'une intervention ». Cette phrase implique un doute, non une certitude. Le tarif n'est donc pas catégorique. Il laisse place à des possibilités de chicane et l'ère des procès ne paraît pas devoir être close. Tout au contraire. Les auteurs du tarif ne sont pourtant pas des novices et ne doivent pas ignorer qu'un praticien a souvent recours à un aide et que, dans la pratique journalière, ses soins seront plus souvent réclamés pour une réduction de fracture que pour une greffe osseuse, une embryotomie, une ponction de la plèvre avec injection d'azote et autres interventions d'exception dans la chirurgie ou la médecine des accidents du travail.

La question semble devoir se poser ainsi : oui ou non peut-on exiger une rétribution pour l'aide ? dans quels cas ? Fixer ces cas reste chose aisée à ceux qui ont élaboré le nouveau tarif. Mais de grâce que nos critiques ne soient pas considérées comme des blâmes. L'attitude de martyrs n'est plus de mise. On était bousculé, on avait affaire avec la mauvaise

volonté des Cies. Soit, il y avait un moyen : écouter tous les syndicats. Celui de la région de Lyon a soumis des idées très nettes. La lecture du *Médecin syndicaliste* me prouve à la réflexion que certains délégués de l'Union ont agi trop personnellement et n'ont pas respecté les décisions acceptées en conseil de l'Union. Moralité : cette faute de tactique nous vaut un tarif à la diable, source certaine de chicanes sans nombre.

Pour en revenir à la réponse, ou plutôt à la 2e partie de la réponse, vous me la baillez belle. Le confrère ne peut pas obtenir 50 fr., alors, c'est tout simple, qu'il se contente de l'art. 5, c'est-à-dire de 3 visites, soit 8 × 3 = 24. C'est une solution d'une candeur naïve. Vous trouvez la solution élégante, je la trouve tout à fait insuffisante et d'une naïveté qui peut stupéfier.

Nous devons avoir une réunion régionale de tous les confrères. Nous causerons. Tous les syndicats semblent s'agiter. N'y aurait-il pas possibilité dans six mois de fixer les points critiquables et qui seront reconnus comme tels par les praticiens. Continuerons-nous les vieilles hésitations et les longs retards, de mise avec l'ancien tarif Dubief. Attendrons-nous 20 ans pour modifier.

Confrère Decourt qui avez fourni une grosse somme de travail, de grâce modelez l'ébauche grossière de ce tarif, et n'acceptez pas la paternité de ce monstre, j'entends la paternité entière.

J'entendais un confrère facétieux qui voulait proposer au « Sou » d'élever ses cotisations. Pour quelles raisons ? En souriant il ajoutait « En vue de la multiplicité des procès qui vont s'engager ». Ce confrère pourrait bien être dans la vérité.

Dr B.

Réponse.

Le confrère déclare que mes réponses ne le satisfont pas parce que j'ai écrit : « Il me semble ... » et plus loin : « Le confrère pourrait ... ». Puis il ajoute : « Les auteurs du tarif ne sont pourtant pas des novices ... » ainsi que : « fixer ces cas reste chose aisée à ceux qui ont élaboré le nouveau tarif .. » et enfin : « Confrère Decourt qui avez fourni une grosse somme de travail, de grâce, modelez l'ébauche grossière de ce tarif et n'acceptez pas la paternité de ce monstre, j'entends la paternité entière ... »

Et mais, mon cher confrère, vous faites, vous-même, la réponse à votre objection. J'ai écrit : « Il me semble ... » parce que c'est mon opinion *personnelle* que je vous donne là, sur un tarif dont le projet fut élaboré par une vingtaine de confrères des plus distingués, projet que j'eus mission de défendre à la commission ministérielle. Oui, j'ai fourni « une grosse somme de travail », plus encore peut-être que vous ne croyez, et c'est pourquoi, m'imaginant avoir acquis une petite compétence, localisée sur ce sujet, j'ai accepté, dans le *Concours*, de renseigner, *de mon mieux*, les confrères sur ce tarif qui les trouble, comme tout ce qui est nouveau.

Mais, je ne me reconnais pas le droit d'écrire autre chose que « Il me semble ... », en l'absence de toute jurisprudence sur ce terrain si

neuf. Les juges seuls peuvent, du haut de leur robe, prendre un ton catégorique.

Dr F. DECOURT.

II

D'une façon générale je suis heureux que le cumul ait disparu dans le nouveau tarif. Malheureusement nous avons été bien roulés dans l'élaboration de ce tarif.

La discussion a été rude, répond le Dr Decourt et il fallait aboutir. Que la discussion ait été acharnée, c'est fort possible et j'en suis convaincu, mais cela n'implique pas que nos représentants aient été obligés de céder devant les arguments déplorables qu'on leur opposait. S'il n'est pas toujours facile d'imposer son point de vue et de faire valoir son droit, là au moins nous n'avions pas d'alliés pour nous forcer la main.

Jamais nos représentants n'auraient dû accepter qu'il soit fait deux catégories de médecins, alors que le *Concours* concluait naguère que les conditions de l'existence sont à l'heure actuelle en France à peu près les mêmes partout.

Jamais ils n'auraient dû accepter un tarif manifestement inférieur au tarif Dubief-Bienvenu-Martin qui ne faisait que doubler nos honoraires alors qu'il n'est pas exagéré de dire que le prix de la vie a quadruplé.

L'argument invoquant que le coût actuel de la vie n'est que passager et qu'il baissera dans un temps prochain est plaisant ; comme si les compagnies en tenaient compte pour ne pas augmenter les assurances. Et plus plaisant encore est l'argument aussi invoqué qui voulait qu'on n'exigeât pas trop des assurances industrielles de peur de paraître trop grever les assurances agricoles appelées prochainement à bénéficier de la loi sur les accidents : comme si les agriculteurs, pâtissaient beaucoup du nouvel état de choses.

Pour en revenir au cumul, s'il était souhaitable que celui-ci disparût en ce qui concernait les pansements et les massages, qui pouvaient donner lieu à des abus, il y avait lieu de le maintenir pour certaines petites interventions courantes.

L'exemple de l'hématome sous-inguéal, que citait le Dr Le Dugou est fort bien choisi. Quelle conduite tenir en face d'un tel hématome ? Désinfecter soigneusement les téguments du doigt, trépaner l'ongle pour évacuer le sang et appliquer un gros pansement humide qui fera macérer les tissus épidermiques et permettra plus tard d'enlever l'ongle sans douleur. Or, dans la majorité des cas il s'agit de l'ongle du gros orteil qui est souvent dur, épaissi, racorni, de sorte que cette trépanation peut être assez difficultueuse et assez longue si on la pratique avec toute l'antisepsie désirable. Qui contestera que cette petite intervention mérite d'être rétribuée pour elle-même ?

Dernièrement, j'ai eu à traiter un hématome développé sur le pubis, au devant du ligament suspenseur de la verge. Cet hématome, du volume d'une grosse noix, ne gênait pas le travail, mais il gênait le coït

et à ce titre méritait bien d'être supprimé. Que dois-je compter ? De même pour un épanchement séro-hématique de Morel-Lavallée situé à la partie supérieure de la cuisse et ayant nécessité quatre ponctions et une dizaine de grands pansements compressifs ?

Autre exemple : il s'agit une fracture compliquée des os propres du nez ayant nécessité désinfection, hémostase, réduction, contention. Comment établir la note d'honoraires ?

A ce propos, que penser du tamponnement postérieur des fosses nasales, opération désuète, horriblement douloureuse quand elle est bilatérale et que je me suis bien promis de ne jamais infliger à mes malades depuis que j'ai eu à la subir. Ce n'est qu'un pis aller auquel doit se résoudre un médecin pris au dépourvu, mais que se refusera toujours à faire un médecin muni d'un spéculum nasal, d'une pince de Lubet-Barbon et de quelques mèches de gaze. Et pourtant, c'est cette opération barbare et dangereuse que j'ai vu une fois se compliquer d'abcès du poumon par pénétration de parcelles septiques dans les voies aériennes et entraîner la mort, qui donnera droit à une indemnité de 30 fr. alors qu'un tamponnement antérieur tout aussi efficace quand il est correctement fait et très peu douloureux pour le patient ne donnera droit à aucune rémunération. Était-il bien nécessaire de spécifier ?

Disons un mot des visites d'urgence ! Voici un garçon d'écurie qui reçoit un coup de pied de cheval la nuit, il fait prévenir le médecin qui constate qu'il n'y a pas fracture, mais simple contusion et que la blessure est en somme légère. Est-ce que certaines compagnies n'argueront pas qu'il ne s'agit point là d'un cas « grave et pressant » pour se refuser à payer la visite le triple de son prix, et cependant le médecin pouvait-il ne pas visiter le blessé.

Je ne m'étends si longuement sur les imperfections du nouveau tarif que parce que le *Concours* a invité chacun à signaler les lacunes qu'il rencontre. Cela devant servir, paraît-il, pour une revision prochaine du tarif, qui paraît souhaitable. Il est vrai que d'aucuns trouvent le tarif rémunérateur. Toutes les opinions sont défendables. Pour ma part, je suis porté à croire que ceux qui pensent ainsi ne consacrent pas grand temps aux pansements. On a vu tant de médecins montrer pendant la guerre une si grande répugnance pour ce genre de travail que je crains bien que ceux-là même ne pratiquent trop souvent la méthode de « l'emballage » ; mais c'est là une simple supposition et il est fort possible que je me trompe.

Je m'aperçois que j'ai omis de parler de la question des brûlures, qui a été déjà posée par plusieurs confrères, et à laquelle il n'a pas été fait, à mon avis, de réponse précise.

Je soigne un blessé qui présente une brûlure des 2e et 3e degrés étendue au 1/3 de la face dorsale et aux 3/4 de la paume de la main, tous les doigts sont largement intéressés. L'autre main a une légère brû-

(*Voir la suite page XXXI*-2913)

NOS ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Les Assemblées Générales du « CONCOURS MÉDICAL » et de ses Filiales se tiennent *aujourd'hui* 21 *Novembre* 1920 dans l'ordre suivant :

I. — **Au siège social** (132, rue du Faubourg Saint-Denis).

A 10 heures 1/2 *CAISSE DES PENSIONS DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS.*

II. — **Au restaurant Marguery** (36, boulevard Bonne-Nouvelle).

A 2 heures 1/2 *MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS.*

A 4 heures *SOU MÉDICAL.*

A 5 heures 1/2 *SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».* Dans l'ordre du jour figure une communication sur la Maison Médicale d'Agen et sur les relations médicales franco-étrangères.

(Les ordres du jour détaillés ont été publiés dans le nº 45 du 7 novembre 1920).

A 7 heures BANQUET CONFRATERNEL (Tenue de ville).

Le montant du banquet *qui dépassera 50 francs par convive* EST LIMITÉ A 30 FRANCS pour chaque souscripteur individuel, le surplus devant être payé par la Société du Concours Médical.

PROPOS DU JOUR

Singuliers échos de Lorraine désannexée.

N'étant pas de ceux qui ont le plus souffert, nous ne sommes pas des gens altérés de vengeance et bien volontiers nous nous laisserions aller à répéter avec le poëte :

Je me joins à l'amour et non pas à la haine.

Cependant, avant d'essayer d'oublier, nous voudrions voir nos provinces dévastées reconstituées, les dommages criminels que nous avons subis, réparés, les cruelles blessures de la guerre injuste qui nous fut imposée, cicatrisées.

Nous n'en sommes pas encore là, hélas ! Et rien ne fait prévoir qu'au-delà du Rhin, l'on s'efforce sincèrement d'effacer les traces d'un crime passé.

Aussi, ce n'est pas sans une profonde stupéfaction que nous avons lu dans la lettre d'un de nos confrères lorrains les faits suivants qui semblent démontrer que dans nos administrations, et, ce qui est plus grave, dans notre administration militaire, l'on accorde à certains médecins des faveurs que leur conduite, avant et pendant la guerre, ne paraît pas leur avoir fait mériter.

La lettre de notre confrère lorrain est plus empreinte de tristesse que d'indignation. Voici les faits tels qu'il nous les signale et *dont il se porte garant de l'exactitude absolue* :

« 1º Un médecin d'un certain âge d'origine alsacienne, exerce depuis longtemps dans une ville importante de Lorraine. *Décoré de l'Aigle rouge allemand*, il fut nommé *Professeur allemand* sur sa demande et recevait les généraux allemands à sa table.

Maintenant, il est *conseiller médical auprès des autorités officielles françaises, décoré de la Légion d'honneur* ; il reçoit des généraux français à sa table.

2º Un médecin spécialiste indigène, *décoré de la Croix de fer*, manifestait pendant la guerre au recrutement allemand une grande sévérité *pour donner plus de Lorrains à la Patrie allemande.* Ce médecin n'a pas été décoré, mais a été pourvu d'une *situation officielle.*

3º Un médecin indigène qui a publiquement témoigné sa sympathie pour l'Allemagne (liberté que nous ne voulons pas lui contester) a

écrit un ouvrage sur les «*Balles dum-dum françaises*» ! !

Actuellement, ce monsieur est *agréé par l'autorité militaire pour soigner nos soldats* et touche de ce fait une indemnité de 300 francs par mois.

4° Un *médecin militaire allemand*, venu en Lorraine en 1918, dans un chef-lieu, y est resté après l'armistice, sous prétexte que son arrière-grand'père était originaire du bassin de la Sarre. Il est *chirurgien en chef de l'hôpital*, se moque ouvertement de la façon de travailler des Français, et est *agréé par l'autorité militaire.*

5° Un médecin *allemand*, parti le lendemain de l'armistice, de la ville où il exerçait, en faisant claquer les portes, est revenu depuis en invoquant les clauses du Traité de Versailles, parce qu'il est marié à une Lorraine, plus germanophile que son époux.

Il a fait valoir qu'il mourait de faim en Allemagne, alors que son installation avait été payée 40.000 francs par le confrère français qui lui avait succédé. Il a repris sa clientèle d'avant-guerre et des *fonctions officielles.*

Etc., etc., etc. »

Voilà les faits qu'affirme notre correspondant lorrain. Nous les rapportons avec tristese, convaincu de leur exactitude par l'affirmation catégorique de notre confrère, suivie de précisions que nous n'avons pas voulu publier. Nous ne demandons pas de représailles, mais nous désirerions que les autorités françaises mettent plus de circonspection dans le choix de leurs auxiliaires et plus de discernement dans la distribution de leurs faveurs.

J. Noir.

***

A propos des soins aux réformés de guerre.

Nous recevons la lettre suivante d'un de nos confrères du département du Nord avec une coupure du *Matin* :

G., 9 novembre 1920.

Je vous envoie ci-joint un article du *Matin*. Qu'en pensez-vous ?

Que dirait M. Lauzanne s'il savait que pour l'A.M. G, (Nord) nous touchons 2 *fr. par visite* et que dans certaine commune du voisinage tous les indigents et un bon nombre d'autres sont inscrits sur la liste des assistés par la nouvelle municipalité socialiste, qui, en l'espèce, n'a peut-être pas tort ?

Le trimestre dernier, *tous* les habitants de la commune de Z.. tombés malades ont été « inscrits d'urgence » sur la liste d'A.-M. G. quand ils n'y figuraient pas déjà. Et mon chauffeur me demande près de 20 fr. par jour ! « Est-il Dieu possible qu'on voie pareille chose en France ? ».

Confraternelles salutations. Dr C.

A cette lettre était annexée la coupure suivante du *Matin* du 8 novembre 1920, extraite d'une relation du voyage de M. Maginot, à Lyon, signée Stéphane Lauzanne, publiée en *première page* :

Grève des médecins.

Voici un fait révoltant et honteux. Une délégation de l'Isère est introduite et elle annonce que les médecins de ce département, mécontents de l'allocation qui leur est fixée par la loi, ont décidé de faire grève. A partir du 1er décembre, dans l'Isère, il n'y aura plus un médecin qui consentira à soigner un mutilé. Est-il Dieu possible qu'on voie pareille chose en France ?

Le rouge de l'indignation monte au front du ministre.

— C'est un scandale, clame-t-il. Il y a décidément les mercantis des mutilés comme il y a les mercantis des sinistrés. Mais n'ayez crainte, camarades, vous serez soignés malgré tout. J'aurai mes médecins à moi. Ils vous soigneront mieux et à meilleur compte que les vôtres...

Voici enfin une grappe d'aveugles qui marchent à tâtons et en se tenant par les pans de leurs vêtements. Deux d'entre eux, qui comptent pourtant parmi les plus grands blessés, n'ont encore touché aucune pension. M. Maginot prend lui-même leurs noms, leurs adresses, et dit :

— Si dans quarante-huit heures, vous n'avez pas touché la pension à laquelle vous avez droit, faites-moi écrire.

Les secrétaires de l'Union des Syndicats médicaux de France n'ont pas attendu, pour protester contre ces affirmations lancées avec quelque légèreté, dans un but politique qu'ils laissent entrevoir. Le *Matin* du 11 novembre 1920 publiait en effet, *mais en deuxième page*, la lettre suivante, sous un titre bien moins sensationnel :

Correspondance

9 novembre.

Monsieur le rédacteur en chef,

Vous avez publié ce matin, sous la signature de M. Stéphane Lauzanne, le compte-rendu de la réunion qui a eu lieu hier à Lyon, et au cours de laquelle une délégation des mutilés de l'Isère aurait affirmé que « les médecins mécontents de l'allocation qui leur est fixée par la loi ont décidé de faire grève ».

Laissez-nous vous dire combien nous sommes surpris de vous voir accueillir aussi légèrement

un renseignement de cette nature, tellement contraire à ce que tout le monde sait de la profession médicale.

L'information que vous avez donnée est inexacte, complètement inexacte.

Il n'a jamais été question pour les médecins, ni dans l'Isère, ni ailleurs, de refuser leurs soins à des malades quels qu'ils soient.

D'autre part, la loi ne fixe pas l'allocation due aux médecins pour les soins qu'ils donnent aux mutilés, blessés et malades de guerre.

Elle dit seulement que l'Etat doit s'entendre avec les groupements professionnels pour fixer d'accord le règlement des soins.

C'est cette entente dont l'administration ne veut pas — et jusqu'à maintenant nous n'avons pas pu obtenir de travailler sérieusement à l'établir. Nous seuls avons proposé, travaillé, apporté une documentation.

Depuis dix-huit mois, les médecins donnent des soins en faisant crédit à l'Etat.

Toujours ils ont défendu les intérêts des mutilés, blessés et malades de guerre, parce qu'ils veulent non « une façade », mais une organisation réelle et sérieuse de soins.

M. Maginot n'ignore pas cela — il sait aussi que la profession médicale a, plus que toute autre, très durement souffert de la guerre. Mais que lui importe cela ? Mercantis des mutilés ! voici l'épithète flatteuse dont il gratifie le corps médical ! Nous avons des documents parmi lesquels un télégramme du président de la Fédération des syndicats médicaux de l'Isère, qui est le démenti le plus formel à cette information.

Ce qui est vrai, c'est que les médecins de l'Isère et d'ailleurs sont las des atermoiements d'une administration qui semble vouloir traiter la loi de mars 1919 comme une vulgaire loi électorale et donner aux mutilés, blessés et malades de guerre, l'hôpital et l'assistance médicale gratuite, en leur retirant la chose à laquelle ils tiennent le plus : le libre choix de leur médecin.

Ne pas connaître le ministère des pensions, ce n'est pas « faire grève ».

Drs Quivy et Lafontaine,
Secrétaires de l'Union des syndicats médicaux de France.

Nos lecteurs sont déjà au courant de la mauvaise foi avec laquelle l'Administration a agi depuis près de deux ans pour éluder les obligations de la loi de mars 1919. Nous espérions que l'arrivée de M. Maginot au Ministère aurait assaini ses bureaux.

Il n'en a rien été, hélas !

Avec quelque légèreté, le Parlement a voté d'enthousiasme une loi assurant les soins médicaux gratuits à un million et demi de réformés sans se préoccuper, dans sa hâte de plaire à l'électeur, des moyens d'acquitter cette dette.

Comme les frais menacent d'être élevés, car la générosité peu coûteuse de nos Parlementaires a été sans limites, l'Administration veut tenter à l'heure actuelle d'imposer au Corps médical, sous forme de réduction d'honoraires, la charge de la plus grande partie des frais qui n'ont pas été prévus.

Les trois quarts au moins des médecins ont été ruinés par la guerre. De quel droit leur demande-t-on plus de sacrifices qu'à telle autre catégorie de citoyens ?

Le jour où le boulanger, le boucher, l'épicier, le cultivateur consentiront à réduire de 50 % les frais d'alimentation des réformés de guerre, le jour où les fonctionnaires de l'Administration des pensions consentiront à abandonner aux réformés la moitié de leurs appointements, ce jour-là les médecins n'hésiteront pas à consentir au même sacrifice.

En attendant, les réformés de guerre sont soignés et continueront à l'être, mais le corps médical préfère sacrifier totalement ses honoraires en faveur de personnalités qu'il aime, qu'il respecte et auxquelles il est heureux de rendre service, que de se plier aux exigences des fonctionnaires de l'Etat, exigences qui, devenues un précédent, seraient vite étendues, sous les meilleurs prétextes, à d'autres catégories de citoyens.

M. Maginot peut très facilement remédier à l'état actuel : il n'a qu'à inviter les préfets à appliquer *loyalement* les dispositions de la loi des pensions.

Nous signalerons à M. Maginot des situations pour lesquelles il pourrait donner avec plus de raison libre cours à son indignation.

N'est-il pas, par exemple, honteux de laisser certaines veuves de guerre, incapables de travailler du fait de maladies ou d'infirmités, faire la *grève forcée de la faim* avec la maigre pension qui leur est allouée ? Nous connaissons des veuves de lieutenants, morts pour la Patrie, qui ont *quatorze cents francs* de pension annuelle pour assurer leur existence et qui ne peuvent pas travailler.

Ah ! si le *Soldat Inconnu* pouvait, sous l'Arc-de-Triomphe, soulever les dalles de sa tombe glorieuse, il crierait à ceux qui nous gouvernent que le meilleur moyen de l'honorer était, tout d'abord, d'assurer l'existence de sa veuve et de ses orphelins.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Les bases de la Rœntgenthérapie et de la Curiethérapie.

Hôpital Saint-Antoine : M. A. Béclère.

L'an dernier, dans sa leçon inaugurale de clinique gynécologique, M. le professeur J.-L. Faure, après avoir glorifié les progrès incessants de la chirurgie, ajoutait les paroles suivantes : « Avant longtemps, il faut le croire et le désirer, la médecine regagnera une partie du terrain qu'elle a perdu. La radiothérapie nous enlève déjà la plupart des fibromes ... »

Ce sont ces paroles d'un maître de la chirurgie française que je me propose de commenter dans les conférences que je commence aujourd'hui. Ces conférences ne seront pas la répétition de celles que j'ai faites, l'an dernier, sur le même sujet, pour plusieurs raisons. D'abord, j'en ai modifié le titre, associant la radiumthérapie à la radiothérapie. De plus, au cours de l'année, la question du traitement des myomes utérins par les irradiations a été longuement discutée dans deux sociétés importantes, la Société de chirurgie et la Société d obstétrique et de gynécologie. Enfin, depuis mes dernières conférences, j'ai pu me mettre au courant des travaux faits à l'étranger pendant la guerre, et aussi, mon expérience personnelle s'est-elle accrue, portant maintenant sur plus de 600 cas de fibromes traités par les rayons.

Le traitement des fibromes utérins par la Röntgenthérapie et la Curiethérapie n'est qu'un chapitre parmi les très nombreux chapitres qu'embrasse cette médication. Avant de l'aborder, je crois nécessaire de vous exposer sur quelles bases scientifiques repose la radiothérapie en général. Née il y a à peine 25 ans, la radiothérapie a pris une telle extension, s'est montrée efficace contre des maladies si nombreuses et à sièges si différents, a été appliquée dans des cas si distants les uns des autres (verrues, cors aux pieds, leucémie, néoplasmes, etc.) que celui qui n'est pas très au courant des bases en question ne peut guère se défendre d'un mouvement d'incrédulité.

Les bases sur lesquelles reposent la radio et la radiumthérapie sont de deux ordres : ordre physique, ordre biologique. Ce sont les travaux combinés des physiciens, des expérimentateurs et des cliniciens qui ont permis de donner à la méthode toute la valeur qu'elle possède aujourd'hui.

Je vais, d'abord, parler des bases physiques. C'est en décembre 1895, sous le savez, que Röntgen, professeur à l'Université de Wurtzbourg, découvrit que d'une ampoule à air raréfié, traversée par un courant le haute tension, partent des rayons jusqu'alors inconnus, qu'il appela pour cette raison, rayons X, dont les propriétés offrent une certaine analogie avec les propriétés des rayons ultra-violets. Ces rayons, invisibles, peuvent illuminer certaines substances fluorescentes (sur cela repose la radioscopie) et influencer les plaques imprégnées desdites substances (sur cela repose la radiographie). Ils se distinguent des rayons ultra-violets par leur pouvoir de pénétration.

Cette puissance de pénétration les caractérise. Les rayons Röntgen traversent les corps opaques. Cela ne veut pas dire qu'une partie de ces rayons ne soit pas arrêtée. Il en est toujours une partie absorbée, et l'autre qui passe. En radioscopie, ce qui intéresse, c'est la fraction qui a traversé. En radiothérapie, ce qui intéresse, au contraire, c'est la fraction absorbée au passage. Pour un même rayonnement, cette fraction dépend du nombre et du poids des atomes rencontrés. Si le squelette arrête plus les rayons que les parties molles, c'est qu'il contient des éléments (phosphate, calcium) à poids atomique élevé. Les parties molles sont composées de carbone, oxygène, hydrogène, azote, tous éléments à poids atomiques peu élevés. Voilà pourquoi des organes différents, comme la peau, les tissus mous, ayant même poids atomique, ont une perméabilité analogue aux radiations.

Mais, il n'existe pas une seule espèce de rayons Röntgen. Il en est une infinité, de pouvoir de pénétration très variable. Il en est de très peu pénétrants, incapables de traverser l'ampoule de verre, et d'autres susceptibles de passer au travers d'une plaque de plomb de un centimètre d'épaisseur, avec tous les intermédiaires. L'ampoule de Röntgen donne toujours un mélange de ces rayons d'inégale puissance.

Nous savons, d'autre part, que les rayons partent de la source en divergeant. Un rayonnement est toujours divergent, qu'il soit lumineux, rayonnement de Röntgen ou autre, la loi du rayonnement étant invariable. Si le rayonnement tombe à une distance donnée sur une surface d'un centimètre carré, à une distance double, il tombe sur 4 centimètres carrés, à une distance triple sur 9 centimètres carrés. Si un centimètre carré reçoit une quantité donnée de rayons à la première distance, il en reçoit 4 fois moins à la distance double, 9 fois moins à la distance triple. Pour cette

raison, lorsqu'un rayonnement de Röntgen tombera sur une région, la quantité ira toujours en décroissant dans la profondeur. Cette loi, qui est inexorable, limite l'effort de la radiothérapie. La quantité de rayons qui parvient aux couches profondes va en diminuant dans la proportion que je viens d'indiquer et la décroissance est d'autant plus rapide que le foyer est plus près de la surface.

Voilà une première raison pour laquelle les doses absorbées vont en décroissant de la surface à la profondeur. Il en est une seconde. Si nous divisons une région en couches, la première couche, superficielle, absorbera, par exemple, la moitié du rayonnement. La deuxième couche recevra déjà un rayonnement affaibli, et ainsi de suite, l'absorption ne pouvant bénéficier que du rayonnement qui reste.

Ainsi, la décroissance inévitable de l'absorption dans la profondeur sera d'autant plus rapide que le foyer sera plus près de la surface, que le rayonnement sera moins pénétrant et qu'il y aura prédominance de rayons moins pénétrants. Quoique nous fassions, il y aura déficience d'aborption dans les parties profondes. Tout ce que nous pouvons obtenir c'est de réduire l'écart inévitable, en éloignant le foyer, en employant un rayonnement pénétrant, en filtrant ce rayonnement pour ne garder que les rayons à forte pénétration.

Cette décroissance des doses absorbées (qu'on peut atténuer, sans jamais l'anéantir) est un des pivots autour duquel tourne toute la radiothérapie. Il est un autre pivot.

Peu de temps après la découverte de Röntgen, on a reconnu aux rayons X une analogie d'action avec les rayons ultra-violets, une même action destructive sur les tissus, les cellules, les microbes. En 1916, on vit que chez certains malades exposés aux rayons X se produisait une réaction inflammatoire de la peau, à un degré variable, depuis la simple chute des poils jusqu'à la destruction du revêtement cutané, par un mécanisme assez analogue à la brûlure : d'où le nom de brûlures de Röntgen donné à ces lésions. L'observation conduisit à tenter d'utiliser cette réaction dans un but thérapeutique. La méthode se révéla efficace pour obtenir la chute des poils et l'on remarqua bientôt qu'elle guérissait certaines affections cutanées, l'épithélioma de la peau en particulier. L'expérimentation montra que les rayons agissent sur le noyau cellulaire, le protoplasma, et constituent un agent de destruction cellulaire. Faisant tomber sur l'oreille d'un lapin un rayonnement de Röntgen, un auteur allemand vit que les éléments musculaires et cartilagineux n'étaient pour ainsi dire pas modifiés, alors que les deux couches cutanées étaient altérées.

La radiosensibilité des divers éléments cellulaires est donc très variable, et c'est là le deuxième pivot autour duquel tourne la radiothérapie. De cette première expérience, on tira la conclusion (trop hâtive) que les cellules vivantes les plus sensibles aux rayons étaient celles de l'épiderme. La radiothérapie aurait dû ainsi limiter ses efforts aux affections cutanées.

En 1903, un médecin de Hambourg, ayant soumis un cobaye aux rayons de Röntgen, remarqua que l'animal, sans trouble de l'état général et sans altération des téguments, avait perdu la faculté de se reproduire, son liquide spermatique ne contenant plus que des spermatozoïdes morts. Sur des cobayes femelles, des résultats analogues furent obtenus, avec une sorte de stérilisation des ovaires. Malgré leur siège profond, sans altération de la peau, testicules et ovaires étaient touchés par les radiations. Il existait donc des éléments cellulaires plus sensibles encore que le revêtement cutané. Un médecin de Breslau, expérimentant sur des souris, démontra, l'année suivante, que les cellules blanches du sang et des lymphatiques étaient aussi beaucoup plus radiosensibles que les cellules épidermiques.

Les recherches en question mirent hors de doute ce fait que très différente était la radiosensibilité des divers éléments cellulaires, certains pouvant être détruits par des doses que d'autres tolèrent. Voici un tableau qui vous montre que les éléments les plus sensibles sont : les cellules épithéliales des téguments, les cellules endothéliales des vaisseaux sanguins, les cellules blanches du sang et des organes hématopoiétiques (rate, moelle osseuse, ganglions lymphatiques), les cellules glandulaires (glandes sébacées, sudoripares, génitales, mammaires, prostatiques, thyroïdienne, pituitaire, thymus) et les cellules néoplasiques (épithéliomes, sarcômes, gliomes, fibro-myomes, lymphomes). Il était démontré que, sans altérer la peau saine, on pouvait agir dans la profondeur, sur des éléments cellulaires profonds, pour les détruire. Les recherches cliniques établirent aussi que les cellules néoplasiques étaient plus sensibles que les cellules saines et que l'on pouvait faire disparaître un épithélioma cutané sans altérer la peau environnante, un lymphosarcome sans léser la peau qui le recouvre, etc.

Cela dit sur les deux pivots de la radiothérapie, un mot sur la curiethérapie. Vous connaissez les travaux de Becquerel, de Mme Curie sur le rayonnement du radium, du thorium, des substances radio-actives. Le rayonnement émis, d'une manière continue, par le radium, est composé de 3 groupes de rayons : les uns allant dans un sens, chargés positivement, rayons α ; les autres allant en sens opposé, chargés négativement, rayons β ; les troisièmes allant entre les deux précédents, non électrisés, rayons γ, analogues aux rayons

◆◆

Röntgen. Les rayons α forment 92 % du rayonnement global et sont peu pénétrants. Les rayons β, plus pénétrants, représentent 3,2 % du total. Enfin, les rayons γ, qui constituent 4,8 % du rayonnement total, sont au contraire extraordinairement pénétrants et traversent des plaques de plomb de plusieurs centimètres. Si l'on met quelques centigr. de radium dans une enveloppe de platine de 6/10e de millim., seuls les rayons γ sortent.

En radiumthérapie, de plus en plus, ce sont les rayons γ qui tendent à être employés. On ne tarda pas à reconnaître que les rayons γ du radium exercent la même action que les rayons Röntgen sur la peau, les glandes génitales, les cellules blanches du sang, de la rate, etc.

On en était là, quand, en 1912, les recherches des physiciens apportèrent des enseignements nouveaux, en nous révélant la nature même de ces rayons. Le qualificatif de rayons X n'a plus actuellement sa justification scientifique et nous savons que rayons Röntgen et rayons γ du radium sont de même nature que les rayons lumineux. Voici un tableau qui nous montre les diverses formes de l'énergie radiante et la place occupée par les rayons Röntgen et γ du radium. Dans ce tableau, le groupe médian est celui des rayons *lumineux* du soleil, avec les composants violet-indigo-bleu-vert-jaune-orangé-rouge. Puis, voici, de chaque côté, les rayons *invisibles* : à gauche les infra-rouges (caloriques) et plus loin les ondes ou oscillations électriques Hertziennes utilisées pour la télégraphie sans fil ; à droite les ultra-violets, également invisibles, dont on connaît l'action sur la peau, les cellules, les effets anti-microbiens, et plus loin les rayons Röntgen et γ du radium. Au point de vue physique, rayons Röntgen et rayons γ du radium sont donc de même nature et ne diffèrent que par la longueur d'onde. Et alors, nous ne sommes plus étonnés, de la similitude de leur action biologique. Dans des recherches récentes (1918), Kronig, de Fribourg-en-Brisgau, et Friedrich, dosant le rayonnement à l'aide d'une méthode d'origine française (Villard), ont vu que l'action des rayons était proportionnelle à la quantité absorbée et qu'elle était semblable, pour la même dose absorbée, qu'il s'agisse de rayons Röntgen ou de rayons γ du radium.

Les éléments cellulaires vivants peuvent être détruits par les radiations, l'action semblant s'exercer sur le noyau cellulaire, à condition qu'une dose suffisante soit absorbée, dose variable suivant la nature de l'élément en question. Le radiothérapeute devra viser à faire parvenir au point voulu la dose de rayons convenable, sans léser les organes nécessairement traversés par le rayonnement, la peau en particulier. Il faut savoir aussi, disons-le pour finir, que nos efforts sont limités par la loi de la décroissance inévitable des quantités absorbées de la superficie à la profondeur, loi dont on peut diminuer les inconvénients par divers artifices : éloignement du foyer, emploi de rayons pénétrants, filtrage du rayonnement pour arrêter les rayons (inutiles et gênants) de peu de pénétration.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

MÉDECINE OPÉRATOIRE

L'anesthésie au protoxyde d'azote.

Avec sa technique actuelle, l'anesthésie au protoxyde d'azote est un procédé de choix, surtout pour les longues interventions, et peut éviter des mortalités.

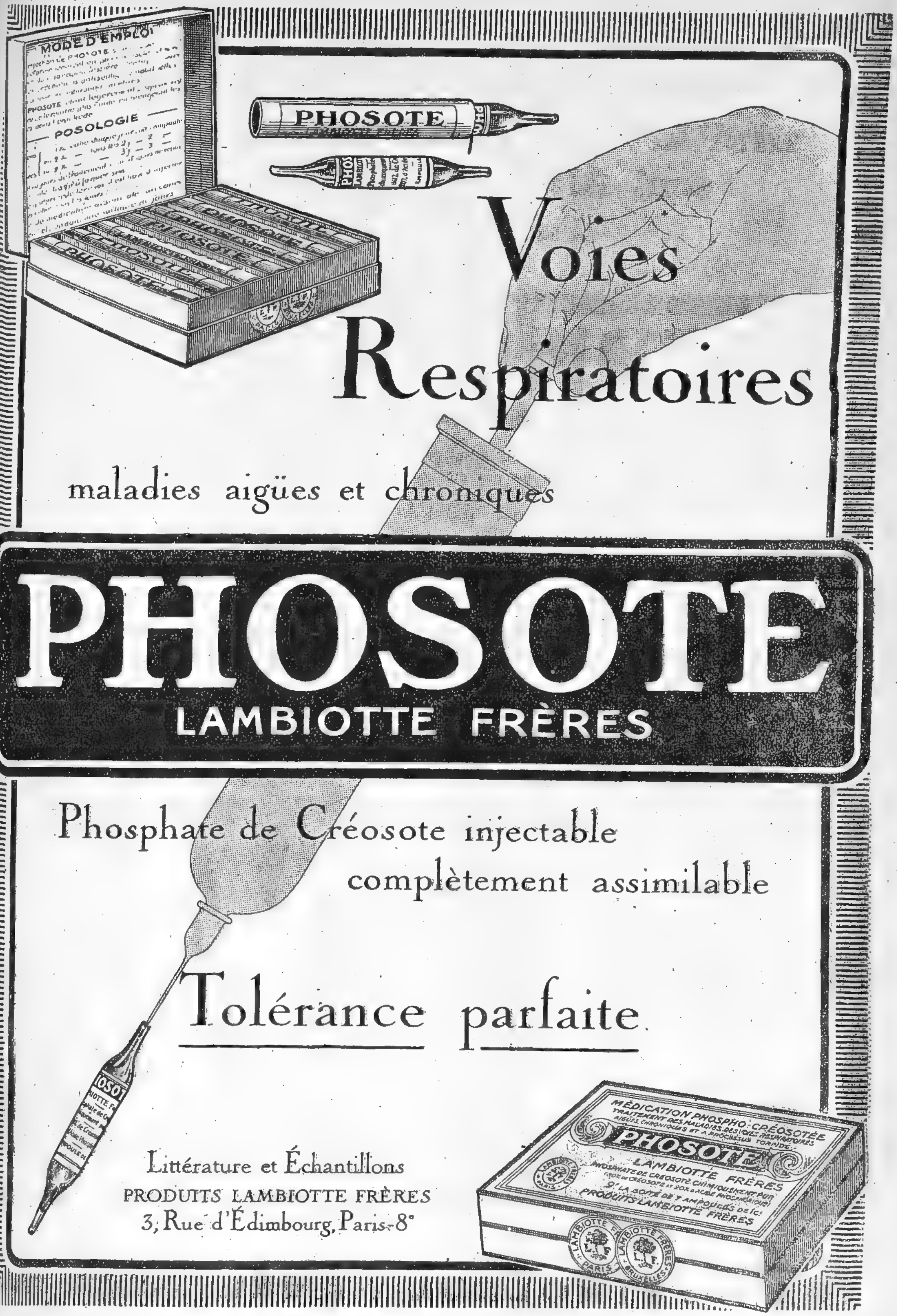
Souvent, le malade qui refuse son consentement à une intervention nécessaire est plus effrayé par les dangers de l'anesthésie générale que par l'opération elle-même.

L'expérience légitime malheureusement cette appréhension, et la mortalité imputable à l'anesthésie est, en réalité, beaucoup plus importante qu'il ne semble au premier examen.

Les chirurgiens ont cru longtemps les dangers de l'anesthésie générale limités au temps même du sommeil ; et ce n'est que tardivement qu'ils se sont rendu compte de la fréquence et de la gravité des accidents consécutifs. Chaque jour, apparaissent plus nombreuses les mortalités jusqu'ici attribuées aux complications, shock et suites opératoires, et qui sont en vérité la conséquence plus ou moins directe de l'intoxication par les anesthésiques. Je ne rappellerai que pour mémoire les accidents trop connus du sommeil chloroformique ou éthéré, tels que les syncopes cardiaques, les syncopes respiratoires d'origine asphyxique ou réflexe, tels même que les complications broncho-pulmonaires si redoutables, imputables aux inhalations d'éther, et les ictères toxiques suraigus du chloroforme.

Le chlorure d'éthyle et ses succédanés paraissent peu dangereux dans les interventions de courte durée, auxquelles ils sont généralement réservés ; mais ils deviennent plus toxiques encore que l'éther et le cholroforme si, à l'aide de méthodes et d'appareils spéciaux, on cherche à les utiliser pour des opérations plus longues.

Kindrat, en 1895, a, le premier mis en évidence les lésions hypertrophiques du thymus et de l'hypophyse consécutives aux inhalations de chloroforme. Puis, les expériences de Doyen ont attiré l'attention sur la gravité des altérations hépatiques pouvant aller jusqu'à la nécrose ; elles ont aussi démontré les troubles de l'état physique et de la composition chimique du sang, qui peut même perdre la faculté de se


MODE D'EMPLOI
POSOLOGIE
PHOSOTE
Voies Respiratoires
maladies aigües et chroniques
PHOSOTE
LAMBIOTTE FRÈRES
Phosphate de Créosote injectable
complètement assimilable
Tolérance parfaite
Littérature et Échantillons
PRODUITS LAMBIOTTE FRÈRES
3, Rue d'Édimbourg, Paris-8e
MÉDICATION PHOSPHO-CRÉOSOTÉE
PHOSOTE
LAMBIOTTE FRÈRES
PRODUITS LAMBIOTTE FRÈRES

coaguler. L'anesthésique devient, par ce mécanisme, un facteur important de la gravité des hémorragies post-opératoires ; d'autant que ces lésions sont beaucoup plus sensibles 12 heures après l'anesthésie que pendant ou immédiatement après.

Lenormand a publié en 1909 (*Journal de Chirurgie*) un travail très documenté sur l'hypertrophie du thymus après le sommeil anesthésique et il a montré qu'elle s'observe aussi bien avec l'éther, le chlorure d'éthyle, et même les mélanges classiques qu'avec le chloroforme, mais peut-être avec moins de fréquence.

Des travaux encore plus récents ont décrit des lésions du corps thyroïde, du pancréas, de la rate et surtout des capsules surrénales (mémoire de Delbet, Herrenschmidt et Beauvy, 1912).

Delbet s'est efforcé de démontrer que le shock opératoire n'est, le plus souvent, qu'un accident tardif de l'anesthésie, et que nombre de morts subites post-opératoires, imputées d'ordinaire aux embolies, sont dues à des lésions des capsules surrénales par intoxication anesthésique. L'avenir nous apportera encore certainement de nouvelles précisions dans cette voie.

Il est évident que le traumatisme résultant de l'acte chirurgical a, lui aussi, une importance considérable : tantôt l'organisme est épuisé par une hémorragie abondante, tantôt l'intervention a occasionné des troubles fonctionnels et physiologiques importants ; toujours, l'organisme doit lutter contre un début d'infection (l'asepsie la plus minutieuse étant toujours relative) et réaliser des résorptions de sang extravasé, de caillots plus ou moins volumineux et de lambeaux ou pédicules mortifiés. Or, dans cette lutte post-opératoire, l'organisme a besoin de toute son intégrité, de toutes ses forces et précisément de tous ses « organes de défense » : le foie, les reins, les surrénales, le corps thyroïde, etc., — c'est-à-dire des organes mêmes que le chloroforme et l'éther ont le plus touchés et qui ont déjà lutté contre l'intoxication anesthésique.

Il ne saurait être à cela de meilleure démonstration expérimentale que les résultats favorables et inattendus que l'on obtient avec un anesthésique d'une toxicité nulle, d'une action presque exclusivement localisée sur les centres nerveux : le protoxyde d'azote (N^2O).

Quelle que soit la durée de l'anesthésie, le N^2O laisse l'organisme dans un tel état d'intégrité que les suites opératoires se présentent dans des conditions incomparables.

En particulier, à moins d'hémorragie abondante ou de péritonisme, on n'observe plus, ni accélération du pouls, ni hypotension, ni vomissements, ni hoquets, et les gaz intestinaux si douloureux, si justement redoutés des opérés, sont beaucoup moins abondants ; en conséquence, puisqu'on n'a pas à craindre les évacuations biliaires et les vomissements qui rendent très pénibles les premières heures du réveil, il devient inutile de purger le malade ; sauf évidemment le cas d'une intervention exigeant la vacuité du tube digestif ; et cela n'est pas sans importance. Trop de malades montent sur la table d'opération fatigués et affaiblis par la purgation préalable !

Le patient s'endort sans effort, sans se débattre et se réveille de même, le plus souvent dès qu'on a retiré le masque ; on évite ainsi l'angoisse, la suffocation et les efforts désespérés, et par suite, un surcroît de fatigue qui peut devenir un facteur important chez les éthyliques et les nerveux.

Dès le réveil, aucun effet nocif n'est plus à craindre, mais l'action du N^2O n'est pas terminée ; il persiste pendant les premières heures une hypoesthésie et une certaine euphorie bien connue (gaz hilarant) qui permettent à l'opéré de mieux supporter la douleur ; on réduit ainsi la dose de morphine nécessaire et ses effets nocifs. Enfin, sauf contre-indication spéciale, on peut alimenter le malade le soir même. L'absence de toxicité du N^2O permet de prolonger l'anesthésie sans aucun inconvénient appréciable pour le malade et par suite, d'apporter en dehors du temps péritonéal, plus de soins à l'hémostase, aux sutures, à l'abrasion des pédicules, ce qui diminue les résorptions, la fièvre qui en résulte, les chances d'infection et les possibilités d'éventration ultérieure.

L'état de cyanose résultant de la respiration en vase clos, que nous décrirons plus loin, est quelquefois impressionnant, mais aucun accident n'est à craindre puisqu'on peut introduire immédiatement de l'oxygène en proportion voulue (de l'oxygène sous pression capable de ranimer les syncopes respiratoires, les plus dangereuses) ; la pratique est d'ailleurs des plus démonstrative et des plus rassurante à ce sujet.

Il est cependant un inconvénient à signaler : le N^2O devant être administré sous pression, distend les alvéoles pulmonaires et refoule presque au maximum le diaphragme et les viscères abdominaux qui ont tendance à sortir par la brèche chirurgicale : l'opérateur est quelquefois gêné dans son travail. On y remédie facilement en introduisant quelques cmc. d'éther au moment précis où la pression devient gênante. Les appareils à N^2O portent généralement un dispositif permettant l'introduction de l'éther qui tombe goutte à goutte sur une éponge située sur le parcours des gaz. La quantité d'éther ainsi absorbée est généralement trop minime (de 5 à 10 cmc., souvent moins) pour que son action toxique puisse entrer en considération. Mais un anesthésiste habile obvie à cet inconvénient

en diminuant la pression avec adresse au moment voulu et n'a recours à l'éther que chez certains éthyliques.

En résumé, la mortalité anesthésique est nulle ; le sommeil est agréable et sans alerte ; rien ne vient diminuer les forces de résistance de l'opéré, ni la purgation, ni les vomissements, ni surtout l'intoxication du foie, des reins, des surrénales et autres organes de défense ; les sutures ne sont pas tiraillées par les efforts intempestifs, le pouls reste meilleur et la statistique des suites opératoires se trouve considérablement améliorée.

J'attends ici une objection toute naturelle : le N^2O n'est pas nouveau ; Priestley l'a découvert en 1776, ses propriétés anesthésiques étaient connues de Davy en 1800, alors que l'anesthésie à l'éther date de 1849 (Long) et le chloroforme de 1847 (Lord Simpson). Comment se fait-il que le N^2O n'ait pas été employé jusqu'ici davantage ? Cela vient uniquement de la difficulté de sa fabrication et de la technique de son emploi.

Le N^2O s'obtient en chauffant à 400° le nitrate d'ammoniaque pur :

$$NO^3NH^4 = N^2O + 2\ H^2O$$

Mais, en pratique, il dégage en même temps d'autres oxydes d'azote extrêmement toxiques, de l'acide sulfurique, de l'acide azotique et de l'ammoniaque ; la purification demande des soins tout particuliers (1).

Le N^2O respiré à l'air libre est d'un très faible pouvoir anesthésique, à peine suffisant en chirurgie dentaire (Drosnes). Pour obtenir l'anesthésie chirurgicale, il faut administrer le N^2O soit sous une assez forte pression (2 à 3 atmosphères), soit en légère surpression, mais en atmosphère confinée (sans air ni oxygène).

On a d'abord essayé de l'administrer en surpression. MM. de Martel et Ambard, en 1912, ont fait construire une chambre d'opération spéciale, complètement étanche, où malade, chirurgien et infirmiers étaient soumis à la surpression. Outre la complexité coûteuse de ce procédé, il ne laissait pas d'être très pénible pour les opérateurs.

C'est aux Américains que revient l'honneur d'avoir proposé le procédé actuellement le plus pratique, le « rebreathing », c'est-à-dire la respiration en atmosphère confinée (la rérespiration ou la réinspiration des gaz expirés). — (Henri Flaag).

Un masque étanche étant appliqué sur la face du patient, ce dernier respire constamment l'atmosphère d'une vessie où le N^2O arrive sous une légère pression. Pour éviter l'asphyxie, l'anesthésiste introduit de temps en temps dans la vessie de l'oxygène, en quantité minima ; un dispositif spécial de soupapes fait passer l'air expiré dans de la lessive de soude qui absorbe l'anhydride carbonique au fur et à mesure de sa production.

L'appareil est des plus simple : un masque, un tube de caoutchouc et une vessie communiquant avec deux bouteilles, l'une remplie avec O, l'autre de N^2O ; des manettes permettant à l'anesthésiste de donner à volonté l'un ou l'autre. Ajoutez à cela le dispositif de soupapes précédemment décrit et vous aurez l'appareil de M. Sericolais, de Saint-Ouen, le premier construit en France.

Il était d'ailleurs le seul jusqu'à ces derniers mois, où le professeur Desmaret vient d'établir un appareil du même genre, plus petit et plus pratique.

L'anesthésie au protoxyde d'azote ainsi mise au point constitue donc une méthode très supérieure ; sauf un appareil un peu encombrant, mais très transportable, néanmoins, son emploi est assez pratique ; son prix de revient en est un peu plus coûteux (6 à 8 francs par anesthésie), mais qu'est-ce que cette dépense à côté des accidents qu'elle permet d'éviter ?

Le professeur Desmaret a opéré plus de 4.000 malades endormis au N^2O par le Dr Amiot. Les Drs Labbé, Roux-Berger, Heitz-Boyer, de Martel, Jayle, un nombre aussi important au moins, endormis le plus souvent par le Dr Chassin, qui s'y montre d'une habileté remarquable. On réunit ainsi une importante statistique qui affirme sans discussion possible la supériorité du protoxyde d'azote.

Pour ma part, depuis plus de deux ans, tous mes opérés furent endormis au N^2O par le Dr Chassin, non seulement sans accidents, mais sans alerte et sans inquiétude ; les suites opératoires ont été incomparablement meilleures ; cette supériorité s'est surtout affirmée chez les malades âgés, anémiés ou affaiblis, qui ne semblaient accuser après l'intervention aucun surcroît de fatigue appréciable.

L'aspect des malades opérés au N^2O pendant les 48 heures qui suivent l'intervention, comparé à celui des opérés au chloroforme et à l'éther, est particulièrement édifiant. Combien de ces malades, après une intervention longue et importante, ont pu, déjà complètement réveillés, rassurer leurs parents d'une voix calme et bien timbrée, en sortant de la salle d'opération.

Le N^2O m'a permis d'autre part de faire des interventions assez importantes chez des malades venant du dehors et retournant chez eux sans fatigue, quelques minutes après le réveil (par exemple : résection du carpe, résection du tiers inférieur du radius, évidement de la tête

(1) 1° On lave le gaz impur dans des solutions de MnO^4K qui détruit les oxydes toxiques. ; 2° On le fait passer dans des fours à coke sous une pluie de lessive de soude (fixation de NO^3H) ; 3° Dans des laveurs à acide sulfurique (fixation de NH^3) ; 4° Dans de l'eau pure (traces de SO^4H^2).

humérale, sutures et greffes osseuses importantes, mais bien immobilisées, mastoïdite, etc...

L'anesthésie au N^2O est donc une méthode de choix, dont la technique est maintenant précise et bien établie ; elle a fait toutes ses preuves et son emploi peut éviter bien des mortalités.

Dr André COMBAULT
Docteur ès-sciences.

A TRAVERS LA PRESSE

Traitement de la dysménorrhée des jeunes filles.

Il est très longuement et très complètement exposé dans le *Journal de Méd. et de Chir. prat.* (10 sept. 1920), soit qu'il s'attaque aux symptômes eux-mêmes, soit qu'il s'adresse à leurs causes premières.

Traitement symptomatique. — Dans les huit jours qui précèdent l'époque menstruelle, grands bains chauds de 25 à 30 minutes tous les deux jours ; pansements humides chauds sur le ventre le soir en se couchant ; capsules d'apiol, dragées de gossypiol, s'il en résulte quelque soulagement.

Contre les douleurs qui accompagnent le flux menstruel, repos au lit, pansements abdominaux humides chauds simples ou précédés d'onctions calmantes (jusquiame, opium, chloroforme en liniment).

Infusions chaudes de tilleul ou d'armoise, acétate d'ammoniaque. Petit lavement à conserver d'eau bouillie chaude additionnée d'antipyrine (0,75 à 1 gr.), de laudanum (XX à XXX gouttes) et au besoin de chloral (2 gr.).

S'il n'existe pas de vomissements, on continuera les infusions chaudes, l'acétate d'ammoniaque, l'extrait fluide de seneçon, le mélange de piscidia erythrina et de viburnum prunifolium.

La morphine est un pis aller auquel il ne faut recourir qu'en cas d'indication formelle.

Traitement préventif. — Aux malformations utérines, on opposera les massages gynécologiques, la kinésithérapie, le traitement général, les cures thermales appropriées. Aux altérations fonctionnelles ou anatomiques des ovaires, souvent incriminées, dépendant soit de troubles endocriniens, soit d'infections et d'auto-intoxications, suivant le cas, on prescrira une cure de désintoxication (régime sévère à prédominance lacto-végétarienne, laxatifs, hygiène morale et intellectuelle, eaux de lavages, etc.).

Ou bien, on aura recours soit à l'e xtrait d'ovaire, quand les règles sont insuffisantes, lentes à apparaître, additionné d'extrait thyroïdien.

La thyroïde tiendra la première place dans le traitement, si les signes d'insuffisance thyroïdienne sont marqués. L'extrait de surrénales conviendra aux sujets hypotendus, déprimés.

Les tendances aux ménorragies indiquent l'extrait d'hypophyse, joint à l'extrait thyroïdien et ovarien.

La posologie de ces préparations opothérapiques doit être établie individuellement par tâtonnement, avec une surveillance constante.

S'il existe des lésions cardiaques, digitale et strophantus trouvent leeur emploi.

Les chloro-anémiques sont justiciables du fer et de l'arsenic alternés.

L'hérédo-syphilis appelle le traitement spécifique, La prétuberculose et la tuberculose confirmée justifient les cures d'air et d'altitude, l'héliothérapie, la recalcification, etc.

Enfin, au cas de lésions annexielles ou de dégénérescences scléro-kystiques, le traitement chirurgical peut s'imposer.

Traitement de l'érysipèle par la chaleur.

Au dire de M. MODINOS (*Journal des Pratic.*, 18 sept. 1920), il donnerait des résultats remarquables, en même temps qu'il est d'une simplicité parfaite.

Dans sa forme la plus récente, ce traitement consiste à promener au-dessus de la plaque érysipélateuse, pendant une dizaine de minutes, à une distance d'un centimètre environ, la tige la plus haute du thermo-cautère, vraisemblablement portée au rouge sombre (ce que ne précise pas l'auteur).

Les micrococcies qui conditionnent l'érysipèle ne résisteraient pas à l'action de la chaleur ainsi employée.

Sur le cancer du sein.

M. F. HUE se livre à des aperçus extrêmement intéressants, et même originaux, sur l'étiologie et la nature du cancer du sein.

Il croit à la nature parasitaire de l'affection et se dit convaincu qu'un jour prochain, on finira par en trouver le parasite.

Mais il accorde une valeur incontestable au traumatisme et à la dépression nerveuse. Ce n'est donc pas à tort que les femmes rapportent la tumeur pour laquelle elles viennent consulter à un coup qu'elles auraient reçu autrefois. Quant à la dépression nerveuse, il trouve la justification de son influence dans la multiplication des cancers pendant la guerre.

Des deux conclusions de l'auteur, il en est une qui ne semble pas avoir encore été formulée. Etant donné que le cancer du sein, fréquent chez la femme, est au contraire exceptionnel chez l'homme, il en résulte que la configuration du mamelon féminin doit jouer un rôle. Ses souillures doivent en jouer un autre. Aussi, recommandera-t-on aux femmes appartenant à des familles cancéreuses l'extrême propreté du bout de leurs seins.

Seconde conclusion : dès qu'une tumeur du sein est reconnue, il faut appeler le chirurgien qui procèdera sans retard à l'ablation large de toute induration qui ne sera ni un abcès chaud ou froid, ni une gomme spécifique. (*Normandie méd.*, 1er mars 1920).

Traitement du myxœdème.

M. Sainton recommande, contre le myxœdème, l'extrait sec de corps thyroïde, administré *per os*, la voie hypodermique devant être réservée à certains cas exceptionnels.

Ce traitement doit être continué pour ainsi dire indéfiniment, à des doses qui varient de cinq milligrammes à cinquante centigrammes, à la condition d'être surveillé constamment, l'appareil cardio-vasculaire et rénal ayant été préalablement soigneusement examiné.

Les résultats, généralement positifs, varient d'importance selon la nature du myxœdème. La forme post-opératoire est rapidement améliorée. La forme spontanée, qui reconnaît, chez l'adulte, une infection de la thyroïde, subit également une amélioration rapide et marquée.

Chez l'enfant, l'efficacité du traitement opothérapique est d'autant plus nette que l'affection est apparue à un âge plus avancé. Au moment de la puberté, on aura avantage à adjoindre à l'extrait thyroïdien les extraits ovariens, testiculaires, thymiques, surrénaux et hypophysaires.

Le crétinisme (myxœdème endémique) est influencé par la même thérapeutique, aidée par le changement de climat et le séjour au bord de la mer.

Comme traitements adjuvants de l'opothérapie thyroïdienne, on ordonnera le traitement spécifique aux myxœdémateux syphilitiques. Chez les enfants, on alternera l'extrait thyroïdiens avec les préparations calciques,arsenicales, phosphorées et ferrugineuses.

L'hygiène du myxœdémateux comportera le séjour à la campagne, au grand air, sur le bord de la mer, au soleil, avec une alimentation aussi peu toxique que possible.

L'auteur signale, à côté des formes franches de myxœdème, des formes frustes et partielles dénommées hypothyroïdie chronique bénigne, dans lesquelles l'opothérapie thyroïdienne, maniée prudemment, fait merveille. (*Presse Méd.*, 18 sept. 1920.)

Du rôle des protéines alimentaires dans l'étiologie du mal de tête.

Longue dissertation de M. R. Curtiss Brown (*Presse Méd.*, 18 sept. 1920) de laquelle il résulte, ce qui est généralement admis, que le mal de tête, ce symptôme si commun et si fréquent, et qui fait partie de la famille des troubles pathologiques que nous connaissons comme étant de nature arthritique, est un symptôme d'intoxication protéinique, les albumines animales notamment contenant un poison facile à mettre en évidence, et que certains organismes sont impuissants à neutraliser. A côté des maladies chroniques ressortissant à la diathèse lithémique de l'école française, il y a place pour les manifestations aiguës, qui sont du domaine de l'anaphylaxie et qui ont reçu le nom de choc protéique, de crise hémoclasique.

Je ne suivrai pas l'auteur dans ses longs développements, qui n'ont rien de particulièrement original. La conclusion pratique de son étude, c'est qu'on peut guérir certains maux de tête en soumettant les patients à un régime alimentaire approprié d'où seront bannis les protéines animales qu'ils ne supportent pas.

Le seul point qui me surprend et renverse toutes mes idées en diététique, c'est que l'auteur met pour ainsi dire sur le même pied de toxicité les protéines animales et les jus de fruits.

Sans doute connaît-on des cas où les fraise ont déterminé des accidents comparables à ceux qu'on baptise du nom d'anaphylactiques. Mais je doute que d'autres fruits méritent le même reproche, et j'ai toujours pensé, au cours d'une longue expérience, que les jus de fruits étaient d'excellents aliments reminéralisateurs et aussi peu toxiques que possible, qui furent recommandés il y a quelques années, dans la diététique sévère des imperméabilités rénales.

Et jusqu'à plus ample informé, je conserve mon opinion.

Les médications du cœur chez les nourrissons.

Elles s'adressent, selon M. Nobécourt (*La Médecine Infantile*, mai 1920) bien plus aux défaillances cardiaques des nourrissons au cours des affections broncho-pulmonaires, qu'aux cardiopathies proprement dites, qui sont rares dans la première enfance, cardiopathies congénitales, aussi bien que cardiopathies acquises.

Ces médications utilisent des moyens physiques et des agents médicamenteux. Les moyens physiques dont les applications de glace prudemment faites sur la région précordiale, pour combattre myocardites et péricardites, les bains tièdes et surtout chauds, et les enveloppements humides frais du thorax. Ils comportent également la saignée locale (ventouses ou sangsues) ou générale, celle-ci très difficilement réalisable.

Les agents médicamenteux sont : la digitale sous la forme de teinture (V gouttes par année d'âge), de macération froide de poudre de feuilles (0,01 à 0,02 cgr. par année d'âge), de digitaline cristallisée (une demi-goutte à une goutte par jour de la solution au millième, quel que soit l'âge). La théobromine, principalement comme diurétique (0,05 cgr. par année d'âge). Le sulfate



SPÉCIFIQUE des MALADIES NERVEUSES

S'il faut associer la médication **bromurée**, *prescrivez à la dose de 3 ou 4 cuillerées à bouche par jour,*

ÉLIXIR GABAIL

Valéro-Bromuré

Préparation agréable **SANS ALCOOL** qui contient, par cuill. à bouche, une cuill. à café de **VALÉRIANATE GABAIL** désodorisé et un gramme de **Bromure de Strontium** dont le goût a été masqué par du sirop d'écorces d'oranges.

NOMBREUSES ATTESTATIONS

Laboratoire GABAIL, 3, rue de l'Estrapade, PARIS

ATOPHAN-CRUET

Produit Français

Fabrication Française



Rhumatismes articulaires

CACHETS de 0,50

3 à 8

par 24 heures.

GOUTTE

CACHETS de 0,50

3 à 8

par 24 heures

Littérature et échantillons . 13, rue des Minimes, PARIS

"MANNITINE" SIROP PURGATIF POUR BÉBÉS

Manne. Extr. de Rhamnées. Sérum sulfaté. GOUT DÉLICIEUX

LAXATIF ET DÉPURATIF POUR SECONDE ENFANCE

Dose purgative : 1 cuillerée à dessert ou à soupe suivant l'âge.

Dose laxative : 1 cuillerée à café ou à dessert suivant l'âge.

LABORATOIRE MOYAL, VERNON (EURE).

de strychnine (1/4 de milligr. à un milligr. par année d'âge). Le sulfate de spartéine, isolé ou associé au précédent (cinq milligr. par année d'âge). Ces deux dernières substances s'emploient surtout en injections sous-cutanées.

Il en est de même de la caféine (0,10), du camphre et de l'éther, principalement sous la forme d'huile éthéro-camphrée.

« Le médecin qui soigne un nourrisson présen« tant des signes d'affaiblissement du myocarde « a donc à sa disposition une série de médica« ments actifs. Il ne doit pas craindre d'y avoir « recours et de les utiliser à doses suffisantes « pour être efficaces ; les doses moyennes que « nous avons mentionnées peuvent dans bien « des cas être dépassées à condition de les ré« partir en plusieurs prises dans les 24 heures « pour permettre l'élimination du médicament. »

Gangrène sénile et citrate de soude.

Observation intéressante rapportée par M. Ozo (*Gaz. des hôp.*, 1920, n° 81), qui, frappé par l'état de viscosité du sang chez un vieillard qui présentait des plaques de gangrène en différents points du tégument, à la suite d'une anurie calculeuse, avec de violentes douleurs dans les membres, eut l'idée de lui prescrire une potion au citrate de soude (1 gr. par heure).

Les douleurs disparurent six heures après le début de la médication et ne reparurent plus. Les plaques gangréneuses se détergèrent peu à peu, revêtirent un excellent aspect et se cicatrisèrent complètement. En trois mois, le malade était parfaitement guéri. Le citrate de soude avait été administré sans interruption pendant trois semaines environ.

L'auteur se garde bien de tirer des conclusions généralisatrices de ce fait unique, qui n'en a pas moins la valeur d'une expéricnee que tout praticien pourra renouveler sans difficulté et sans risque.

L'aphasie.

On rencontre parfois,dans les asiles d'aliénés, des malades qui ne sont pas des fous au sens pathologique du mot, mais que l'on considère parfois comme tels, à tort, parce qu'ils emploient un langage bizarre, qui paraît décousu, incohérent, semé de néologismes étranges et qui, à ne se voir pas compris, parfois même tournés en dérision, entrent dans de violentes colères grâce auxquelles ils ressemblent à des agités ; ce sont les paraphasiques.

Il y a là une question des plus intéressantes, et en même temps, des plus graves, puisqu'il peut s'agir de la validité d'un internement. Aussi avons-nous pris un vif intérêt à la lecture du travail publié par M. Bosc sous le titre d'Aphasie (*Gaz. méd. du Centre*, 15 septembre 1920).

Les Aphasies, car c'est bien ainsi qu'il faut dire, sont, anatomiquement, sous la dépendance des lésions de l'artère sylvienne, et du territoire encéphalique qu'elle irrigue.

On en distingue trois types, ou pour mieux dire, trois syndromes.

1) Le syndrome de Wernicke dans lequel les branches terminales de l'artère sont oblitérées ou rompues, entraînant l'inondation hémorragique ou l'ischémie et le ramollissement d'un territoire cortical comprenant la circonvolution pariétale inférieure, la partie postérieure des deux premières temporales et une circonvolution dite du pli courbe qui unit la première aux secondes. Dans cette forme, il n'y a pas de paralysie des membres, et le malade présente cette paraphasie que nous indiquons ci-dessus, avec une logorrhée abondante, imagée de mots nouvellement forgés. En même temps qu'un déficit spécial pour le langage, le malade présente un déficit intellectuel général : c'est un aphasique de compréhension. Bavard, faible d'esprit, au verbiage inintelligible, dit l'auteur.

2) Le syndrome de Pierre Marie, dans lequel ce sont les branches provenant de la sylvienne peu après sa naissance, qui se trouvent atteintes. Le territoire cérébral touché est situé à l'intérieur du cerveau et non plus dans l'écorce. Il comprend le noyau caudé, la couche optique et le noyau lenticulaire, entre lesquels chemine la capsule interne. Le malade présente de la paralysie de tout le côté droit et une aphasie d'expression, avec anarthrie. « Silencieux intelligent. »

3) Enfin, le syndrome de Broca, dans lequel l'artère sylvienne est lésée dés sa naissance, de telle sorte que le territoire cérébral atteint associe la région de Wernicke à celle de Pierre Marie. Cliniquement, le malade offre parallèlement à l'association anatomo-pathologique, l'association symptomatique des deux premiers syndromes. « Muet dont l'intelligence est partie en même temps que la parole. »

Tel est l'état actuel de la question des aphasies remarquablement mise au point, avec quelques aperçus métaphysiques qui ne laissent pas que de donner à réfléchir.

G. D.

PHTISIOLOGIE

L'infection tuberculeuse (1).

La lutte de l'organisme.

En présence du virus tuberculeux, quels sont les moyens de défense de l'organisme.

Nous savons que, protégé par sa gaine de graisse, de cire et de chitine, le bacille est pratiquement à l'abri de la digestion intracellulaire par les polynucléaires qui l'englobent dès sa pénétration dans l'organisme. Les bacilles peu virulents ou peu vivaces, tels que ceux provenant d'autres espèces animales ou ceux modifiés expérimentalement, finissent par être expulsés avec le pus d'abcès froids ou par les voies d'éliminations naturelles.

Mais si le bacille est vivace et virulent, il se multiplie activement dans les leucocytes qui l'hébergent, y déterminant la production d'enzymes ou d'enzymoïdes cellulaires, qui sont mis en liberté en même temps que lui par la désintégration du leucocyte. Ce sont ces corps qui semblent jouer le rôle prépondérant dans l'organisme infecté, y déterminant en même temps une certaine sensibilité accrue et une résistance spéciale aux surinfections nouvelles.

L'étude de ces ferments leucocytaires ne peut se faire que par l'intermédiaire de leurs actions : coagulation, agglutination, sensibilisation, etc. D'une façon générale, elle n'a pas donné, dans la tuberculose, tous les résultats qu'on eût été en droit d'en espérer ; si elle est pleine d'intérêt pour le biologiste, elle n'en possède pas actuellement autant pour le clinicien, dont elle n'éclaire que médiocrement le diagnostic ou le pronostic. Les réactions diverses à la tuberculine sont autrement instructives au premier point de vue, si elles ne le sont guère au second. Du reste, les anticorps spécifiques élaborés par l'organisme ne paraissent pas jouer dans la défense contre l'infection un rôle positif ; ils semblent bien plutôt être simplement « les témoins des réactions cellulaires contre les produits toxiques excrétés par les bacilles dans les tissus parasités, ou contre la tuberculine introduite artificiellement dans l'organisme ... et leur quantité ne préjuge en rien de la résistance ou de l'immunité de ce dernier à l'égard du virus.

Existe-t-il, du reste, une réelle immunité de l'organisme humain à l'encontre du bacille tuberculeux ? Même pour le bacille dit bovin, la chose n'est pas absolument exacte ; à plus forte raison ne l'est-elle pas pour le virus humain. « Pour tous les hommes, lorsqu'ils offrent un terrain vierge de toute infection ou imprégnation bacillaire préexistante, le virus tuberculeux naturel — c'est-à-dire provenant de lésions tuberculeuses et non de cultures — n'est jamais inoffensif ».

L'étude des réactions tuberculiniques a du reste assez surabondamment décelé la généralité des infections tuberculeuses latentes pour qu'il soit inutile de revenir sur ce point : il n'y a donc pratiquement pas d'immunité naturelle de l'homme vis-à-vis de la tuberculose, comme elle existe, par exemple, pour quelques mammifères (gerbille, spermophile ...) Chez ces derniers, les bacilles sont captés par certains leucocytes, dans lesquels ils demeurent ensuite emprisonnés, inoffensifs, tolérés sans être détruits, mais pratiquement hors d'état de nuire. Malheureusement, rien de semblable n'existe pour l'espèce humaine : le bacille introduit dans l'organisme y résiste à la phagocytose, toujours prêt à pulluler au sein des tissus en y déterminant la formation de tubercules.

Pourtant il se produit néanmoins dans l'organisme infecté une réaction efficace qui, si elle ne se traduit pas par la destruction des bacilles, se manifeste de façon détournée par un phénomène extrêmement curieux, très particulier à l'infection tuberculeuse, et riche en conséquences, le « *Phénomène de Koch* ».

La première observation de ce phénomène fut faite par R. Koch (1891). Si l'on inocule à un animal sain une culture de bacilles, il se produit au bout d'un certain temps un ulcère persistant avec réaction ganglionnaire correspondante. Or, si on fait l'expérience avec un animal bacillisé antérieurement, les choses se passent de façon très différente : en quelques jours seulement, il se forme au point d'inoculation un ulcère superficiel dont le contenu s'élimine totalement, sans qu'il se produise d'adénopathie correspondante, et le même fait peut s'observer aussi bien quand on opère avec des microbes tués que lorsqu'on utilise des cultures vivantes.

Il se produit donc dans un organisme tuberculeux un état particulier se manifestant par une tendance à l'élimination immédiate des bacilles qui peuvent y être introduits secondairement, et cette intolérance s'accroît à mesure que l'organisme est plus bacillisé, se traduisant à chaque surinfection nouvelle par une caséification plus rapide et une fonte purulente des tubercules plus intense avec élimination de leur contenu.

La constatation du phénomène de Koch cadre du reste parfaitement avec des faits cliniques connus depuis longtemps. C'est par exemple un fait notoire qu'une tuberculose locale suppurée, apparue au cours d'une tuberculose pulmonaire, améliore notablement l'état du phtisique et accroît la résistance de son terrain vivant. De même les tuberculoses pulmonaires, fréquentes chez les lupiques, affectent généralement chez eux une allure chronique à évolution particulièrement lente.

(1) Voir *Concours médical* nos 42 et 43.

Ainsi un organisme tuberculeux étant soumis à des surinfections répétées, mais ménagées, loin de voir de ce fait son affection fatalement accélérée, peut en ressentir une amélioration notable, le caractère de l'infection se modifiant en même temps que les lésions évoluent avec une prédominance plus marquée vers le type scléreux. Et ceci corrobore la loi de Marfan, exprimant qu'« on ne constate presque jamais de tuberculose pulmonaire, tout au moins de tuberculose pulmonaire évidente et en évolution, chez des sujets qui, pendant l'enfance, ont été atteints d'écrouelles (adénites tuberculeuses suppurées du cou), et qui en ont guéri complètement avant l'âge de 15 ans, cette guérison ayant eu lieu avant qu'aucun autre foyer de tuberculose ait été appréciable », avec cette légère restriction que les écrouelles et autres manifestations analogues n'exercent leur action de protection qu'autant qu'elles renferment encore quelques bacilles virulents ou atténués, dans le tissu scléreux résultant de leur guérlson apparente.

Ainsi donc, si un organisme neuf se trouve infecté par le bacille tuberculeux, deux cas peuvent se présenter : ou bien le microbe sera introduit de façon massive, soit en une seule fois, soit en plusieurs répétées coup sur coup, auquel cas l'infection se traduira par une septicémie généralisée, soit mortelle d'emblée, soit traînante et ayant tendance à se refroidir, mais non sans laisser alors des localisations ganglionnaires ; à partir de ces dernières, les microbes pourront essaimer dans un délai plus ou moins long, déterminant généralement des tuberculoses évolutives à marche rapide.

Ou bien la contamination se fait à petites doses, trop fortes néanmoins, ou trop virulentes pour que le microbe puisse être éliminé complètement par les voies naturelles : dans ce cas, l'infection demeure latente et silencieuse, pendant un temps qui peut souvent durer toute la vie, et tout en étant compatible avec les apparences de la santé parfaite. Pourtant elle se traduit dans les humeurs par des modifications déterminant deux ordres de réactions en quelque sorte opposées : d'une part une sensibilité extrême aux poisons tuberculeux, et d'autre part, une intolérance progressive vis-à-vis du bacille tuberculeux lui-même, qui est éliminé de plus en plus vite à chaque nouvelle surinfection conformément au phénomène dit de Koch. Il y a donc là une manière d'immunité partielle extrêmement remarquable, et particulièrement importante au point de vue social, puisque chaque contamination nouvelle transforme en éliminateurs de germes dangereux tous les bacillaires latents.

La connaissance de ces faits amène d'autre part à conclure que les tuberculoses chroniques, et en particulier la phtisie, ne frappent que « des sujets déjà antérieurement tuberculisés — le plus souvent dans leur jeune âge — et rendus très résistants par une première atteinte, mais qui n'ont pu échapper à des surinfections fréquentes ou massives ». Chaque nouvelle surinfection, à condition qu'elle ne soit pas trop brutale, détermine chez eux un accroissement de résistance, en même temps qu'une intolérance plus grande à l'égard du microbe, intolérance qui se traduit par l'évacuation rapide du contenu de leurs lésions. Mais celui-ci est extrêmement virulent pour les organismes neufs, et sème la contagion autour du phtisique avec une facilité déplorable. Ainsi s'explique aisément en particulier le fait bien connu des cliniciens, que l'introduction d'un phtisique dans une famille jusqu'alors indemne est généralement cause de l'apparition chez celle-ci d'une épidémie de tuberculoses graves et à marche très rapide, alors que celle dont souffre le phtisique demeure d'allure infiniment plus torpide et bénigne.

On en arrive donc à cette conclusion, au premier abord singulièrement paradoxale, que mieux vaut presque que, pratiquement, tout enfant des villes soit contaminé dans le jeune âge, à condition que cette contamination soit des plus ménagées et se borne à déterminer une infection ganglionnaire localisée, puisque la réaction à celle-ci confèrera par la suite à l'organisme une résistance spéciale vis-à-vis des bacilles qui pourront le contaminer ultérieurement. Toutefois, tout ceci n'est vrai que dans certaines limites, car si les surinfections se répètent ensuite fréquemment, ou à doses trop massives, il en résultera une exagération de l'intolérance qui se traduira immédiatement par la caséification rapide des foyers tuberculeux latents, et transformera le bacillisé méconnu et floride en un phtisique avéré et dangereux.

Ce qu'il faut donc chercher à éviter à tout prix, ce sont les surinfections massives ou répétées, bien plus encore que la contamination initiale ; le microbe est si universellement répandu que nous ne pouvons légitimement espérer mettre l'enfant complètement à l'abri de celle-ci. Et même la chose ne serait pas absolument désirable, puisque l'expérience prouve que l'infection massive est encore beaucoup plus dangereuse pour un sujet adulte, quand il est vierge de toute imprégnation tuberculeuse, et puisque, d'autre part, ce serait pure utopie que penser pouvoir maintenir toute son existence un organisme à l'abri de toute contamination de cet ordre.

Comment donc lutter contre cette répétition des surinfections ultérieures, qui sont le facteur essentiel dans la gravité de la tuberculose ? La chose est d'autant plus difficile que tout sujet bacillisé (réagissant à la tuberculine), même sain, doit être considéré comme suspect puisqu'à certains moments et par intermittence, le phénomè-

ne de Koch peut lui faire éliminer des bacilles. Néanmoins, les produits d'expectoration des bacillaires avérés demeurent de beaucoup les plus redoutables pour la contagion interhumaine, en raison du nombre et de la virulence des bacilles qu'ils renferment et parce qu'ils réalisent avec la plus grande facilité la contagion à la fois massive et répétée : la désinfection de ces produits, l'isolement relatif des éliminateurs de tels germes, demeurent donc la base de toute prophylaxie antituberculeuse.

Cette prophylaxie peut-elle être renforcée par la détermination d'une imminunite artificielle, passive ou le renforcement de l'immunité naturelle relative ?

Toute *sérothérapie* ne saurait être que curative, et non préventive, puisque pratiquement, tout individu est plus ou moins contaminé. Les essais faits dans ce sens n'ont jusqu'ici donné aucun des résultats qu'on pouvait en espérer. M. Calmette est formel à cet égard, et conclut : « Il paraît évident que tous les sérums préparés, soit avec de la tuberculine, soit avec des bacilles, sont dépourvus de toute efficacité, aussi bien sur les malades tuberculeux que sur la tuberculose expérimentale ». Et comment même pourrait-on concevoir que le sérum des animaux hypervaccinés puisse être efficace chez d'autres animaux dans l'organisme desquels il n'introduit du reste qu'une dose insignifiante d'anticorps de toute nature en regard de ceux qui y sont déjà contenus du simple fait de l'infection, et alors que chez les producteurs eux-mêmes de ce sérum, ces bacilles demeurent vivants et virulents, quoiqu'inertes, dans leurs ganglions ?

Si l'immunisation passive n'a donné que des résultats peu encourageants, en est-il de même de l'immunisation active, par vaccination ? Nous savons qu'une infection bacillaire localisée confère à l'organisme un état de résistance particulière vis-à-vis des surinfections : ne pourrait-il se trouver des moyens de déterminer ou d'accroître artificiellement cette résistance, sans dangers pour l'organisme déjà infecté ? C'est ce à quoi vise la *tuberculinothérapie*. Même à hautes doses, la tuberculine ne confère aux sujets sains aucune immunité appréciable ; mais à faible dose, elle *retarde et ralentit, sans la faire rétrocéder*, l'évolution des lésions tuberculeuses : c'est un résultat qui, s'il n'est pas absolument satisfaisant, n'est pourtant pas négligeable.

Les recherches tendant à transformer le bacille tuberculeux en *vaccin*, par destruction plus ou moins complète de sa vitalité, n'ont pas donné des résultats plus remarquables ; tout au plus certaines des méthodes employées semblent-elles permettre d'obtenir « certains effets favorables de résistance aux infections graves », sans rien de plus.

Par contre, l'emploi de bacilles encore vivants, mais de virulence atténuée, semble devoir donner des résultats beaucoup plus favorables et c'est dans cette voie que s'orientent de préférence des recherches à l'heure actuelle. Le *bovovaccin* de Behring (1902) confère aux bovidés une résistance manifeste aux infections ultérieures (naturelles ou expérimentales), mais cette immunité est peu durable (elle ne se prolonge guère plus d'un an). et par surcroît, fort incomplète, puisqu'elle ne permet pas à l'organisme de détruire les bacilles d'épreuve, ni même ceux employés comme vaccins : les uns et les autres sont simplement rendus inoffensifs et tolérés, sans être éliminés ni résorbés.

Nombreux sont les autres vaccins mis en œuvre par les expérimentateurs. Parmi ceux-ci, de beaucoup le plus intéressant est celui de Calmette et Guérin, basé sur l'emploi de cultures en milieux biliés. Après un certain nombre d'ensemencements sur de tels milieux, le microbe acquiert certaines propriétés remarquables. Sa virulence est fort diminuée, d'une part, mais surtout il paraît avoir perdu l'aptitude à déterminer des lésions folliculaires, et son injection, même massive, ne produit chez les jeunes bovins qu'une septicémie à allure typhique et à évolution bénigne, sans aucune formation tuberculeuse proprement dite. En même temps se produisent en abondance des anticorps multiples, de telle façon qu'après deux vaccinations successives à l'aide de telles cultures, les animaux d'expérience reçoivent impunément des injections mortelles de bacilles virulents. Ces derniers ne sont pourtant pas détruits, et demeurent inclus dans le système lymphatique des animaux d'épreuve, virulents encore pour un organisme réceptif, mais ils y sont à l'état de vie latente, et somme toute, complètement inoffensifs.

L'emploi de ce vaccin, encore à l'étude, permettrait d'assurer dans une large mesure, et avec une durée qui semple d'ores et déjà supérieure à celle que procurent les autres méthodes, l'immunité du bétail pour la tuberculose bovine : non pas une immunité absolue, à vrai dire, mais une immunité relative qui place artificiellement et sans danger les animaux dans cet état particulier de résistance dû à une infection légère latente. Si donc les sujets d'expérience ne peuvent pas être considérés comme absolument à l'abri de la maladie, ils le sont du moins des formes graves à lésions progressives et évolution cachectique, ce qui est loin d'être négligeable. Peut-être même une telle vaccination pourra-t-elle ultérieurement être étendue à l'homme. La guerre a interrompu les études entreprises dans ce sens, mais la voie ouverte par les recherches de MM. Calmette et Guérin paraît devoir être féconde et autorise les plus légitimes espérances.

Dr J.-M. PACAUT.

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement, nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit **24 fr.**, par versement à notre compte de chèques postaux PARIS 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Un essai cantonal de puériculture.

(M. VIDAL, d'Hyères. — *Académie de médecine.*)

M. Vidal a organisé, il y a douze ans, dans le canton d'Hyères une consultation de mères nourrices et de nourrissons, annexée à la maternité de l'hôpital mixte de la ville. Il présente aujourd'hui les résultats de cet essai local de puériculture. Pour la maternité, sur 245 accouchements, aucun décès ni parmi les nouveau-nés, ni parmi les mères. Pour la consultation de nourrissons, mortalité des enfants du premier âge dans le canton très inférieure à ce qu'elle était dans la période décennale précédente.

Les séquelles de l'encéphalite léthargique.

(MM. RÉMOND, de Metz, et LANNELONGUE, de Toulouse. — *Académie de médecine.*)

Chez cinq malades, MM. Rémond et Lannelongue ont observé des accidents tardifs consécutifs à l'encéphalite léthargique, consistant en phénomènes d'épuisement avec exagération de l'irritabilité neuro-musculaire. L'ensemble du syndrome rappelle un peu celui de la sclérose en plaques. L'examen du liquide céphalo-rachidien a montré la présence prolongée d'un excès de sucre, indiquant la persistance de l'agent pathogène.

Les auteurs concluent qu'à leur avis il semble sage, à l'avenir, de considérer l'encéphalite comme constituant un antécédent pathologique important en neurologie et qu'il ne serait pas étonnant de voir des sujets qu'elle a touchés présenter des séquelles tardives plus ou moins superposables aux syndromes spécifiques.

Séro-diagnostic de la tuberculose par l'antigène Besredka.

(M. A. BASS. — *Société de biologie.*)

Les recherches de Calmette, de Besredka et de leurs collaborateurs ont établi — ce qui avait été mis en doute — la réalité des anticorps au cours de la tuberculose. Partant de là, on pouvait rechercher une réaction de fixation permettant de faire une séro-diagnostic de la bacillose et utilisable en clinique, comme l'est par exemple la cuti-réaction.

Dans une note, présentée par M. Louis Martin, M. Bass expose d'abord la technique de cette séro-réaction, pratiquée avec l'antigène de Besredka, et il en indique les résultats recueillis chez des malades des services de MM. Ameuille, Caussade, Parmentier et Rist. Chez les tuberculeux avérés, la réaction s'est toujours montrée positive, et chez les sujets sains toujours négative. Chez les sujets suspects, la réaction négative indique l'absence de lésions.

L'altération du liquide céphalo-rachidien dans les paralysies diphtériques.

(M. de LAVERGNE. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

M. de Lavergne a étudié le liquide céphalo-rachidien dans sept cas de paralysies diphtériques. Rapprochant ces observations de celles publiées antérieurement sur la question, il lui paraît légitime de proposer les conclusions suivantes :

1° Les paralysies diphtériques, localisées au voile du palais ou généralisées à type de polynévrites, s'accompagnent dans la règle d'une réaction méningée ;

2° La formule de cette réaction est caractérisée par l'hyperglycorachie et la dissociation albumino-cytologique qui peut n'être qu'esquissée ;

3° Il est probable que cette réaction existe un peu avant l'apparition des paralysies. L'hyperglycorachie en est le premier signe. Elle subsiste jusqu'à la guérison clinique.

Diagnostic de la peste bubonique.

(M. H. VIOLLE. — *Société de biologie.*)

Le diagnostic de la peste bubonique se fait actuellement suivant deux méthodes : par la recherche du bacille de Yersin dans le bubon, lorsque la lésion est récente ; par la recherche (délicate à exécuter) des anti-corps dans le sérum sanguin, lorsque la lésion est ancienne.

Le foyer de développement du bacille est le bubon. C'est dans le tissu ganglionnaire, où est l'antigène, que les anticorps se développent d'abord. C'est au niveau du bubon que l'on rencontrera en premier lieu, dans la peste bubonique, les anticorps et en particulier les agglutinines qui sont les plus simples à mettre en évidence.

La méthode de séro-diagnostic la plus efficiente consistera donc en une agglutination avec du pus bubonique.

Recherche du bacille de Koch dans le sang.

(MM. SABATHÉ et BUGNET. — *Société de biologie.*)

MM. Sabathé et Bugnet ont recherché le bacille de Koch dans le sang à l'aide d'une technique spéciale. Sur cent trente examens de sang de tuberculeux, à lésions ouvertes ou fermées, crachant ou ne crachant pas, à localisations pulmonaires, articulaires ou rénales, ils ont trouvé chaque fois des bacilles de Koch dans le sang, en très petit nombre, il est vrai.

Injections intra-trachéales, chez les tuberculeux, d'huile chargée de produits de macération des bacilles tuberculeux.

(MM. BERTHELON et DELBECQ. — *Soc. de biologie.*)

MM. Berthelon et Delbecq ont expérimenté, au sanatorium Sainte-Feyre, sur de nombreux mala-

des, l'action de l'huile chargée des produits de macération du bacille de Koch, que Bossian étudie à l'Institut de Sèvres. Les auteurs ont noté, à la suite des injections intra-trachéales de cette huile, dans l'expectoration, des décharges bacillaires, les bacilles perdant leur homogénéité, devenant granuleux et moins acido-résistants. Ces modifications, on le sait, sont celles observées au cours des tuberculoses en voie d'amélioration. On peut donc penser que les injections en question suscitent et amplifient les mesures de défense de l'organisme contre le bacille tuberculeux.

Sur un microbe des viandes.

(M. Granducheau. — *Société de biologie.*)

M. Granducheau a trouvé dans le saucisson non cuit conservé un microbe spécial (bacille encapsulé), non pathogène, et qui semble susceptible de donner à la viande une maturation intéressante et un arome particulier. Peut-être, aurait-on là un moyen d'améliorer certaines viandes.

Interventions chirurgicales sur le nerf sciatique.

(M. Auvray. — *Société de chirurgie.*)

M. Auvray est intervenu 27 fois, chez des blessés de guerre, pour des lésions intéressant le nerf sciatique ou ses branches terminales. Les résultats ont été assez satisfaisants en ce qui concerne les cas opérés pour des accidents de névrite douloureux. Ils ont été, au contraire, peu appréciables dans les cas où prédominaient les troubles paralytiques. L'auteur en a été d'autant plus frappé que ses interventions pour des blessures du nerf radial lui avaient donné, dans la majorité des circonstances, de très heureux effets. Les opérations avaient été pratiquées, cependant, dans des conditions absolument semblables.

Lésions nerveuses à la suite de la luxation de l'épaule.

(M. R. Grégoire. — *Société de chirurgie.*)

Les lésions nerveuses qui peuvent se manifester à la suite de la luxation de l'épaule sont de deux sortes. Les unes portent sur les racines rachidiennes, à leur émergence de la mœlle. Elles sont irrémédiables. Les autres portent sur les troncs secondaires du plexus brachial et plus ordinairement sur les branches terminales. Elles sont justiciables du traitement chirurgical qui peut les guérir. M. Grégoire en relate un nouvel exemple qui vient s'ajouter à ceux signalés en 1910, par MM. Delbet et Cauchois.

Sérothérapie dans l'appendicite.

(M. P. Delbet. — *Soc. des chirurgiens de Paris.*)

M. Paul Delbet, ayant obtenu avec la sérothérapie anti-gangréneuse (sérum de Weinsberg) de bons résultats, a pensé l'appliquer au traitement des infections gangréneuses d'origine intestinale, notamment aux appendicites. Il injecte le sérum quand, après l'opération, les accidents graves persistent ou apparaissent.

L'injection (intra-veineuse dans les cas urgents sous-cutanée dans les cas moins menaçants) comprend :

20 cent. cubes de sérum anti-perfringens,
20 cent-cubes de sérum anti-œdématiens,
10 cent. cubes de sérum anti-histolytique,
10 cent. cubes de sérum anti-vibrion septique, mélangé à 500 cent. cubes de sérum physiologique tiède.

Prophylaxie des maladies infectieuses.

(M. Broquet. — *Société de médecine publique et de génie sanitaire*).

M. Broquet expose le vœu suivant :

1° Considérant avec inquiétude la possibilité de la transmission fréquente des maladies infectieuses, des maladies du groupe pneumonique et de la tuberculose par les couverts de table, les verres et la vaisselle souillés par des germes pathogènes et par le bacille tuberculeux ;

2° Estimant que le lavage en commun de ces objets dans de l'eau seulement chaude, même savonneuse ou additionnée de sels alcalins, mais non en ébullition, ce qui est le cas le plus habituel, non seulement ne détruit pas les germes mais au contraire amène rapidement la formation d'un bouillon de culture où viennent s'ensemencer davantage au fur et à mesure du lavage, la vaisselle, les ustensiles de table et les mains de ceux qui les lavent.

Émet le vœu :

1° Que étude soit faite des moyens, procédés et appareils les meilleurs et les plus pratiques susceptibles d'être utilisés pour la desinfection des ustensiles de table, des verres et de la vaisselle dans les cuisines des demeures privées, communautés et établissements publics tels que : hôtels, restaurants, débits de boisson, cafés, hôpitaux, lycées, collèges, Écoles, Cercles, des maisons de sante et sanatoriums, des établissements de l'armée (casernes) et de la marine et des navires de la marine de guerre et de la marine marchande.

2° Que la plus active campagne soit menée par les sociétés d'hygiène, de propagande et de prophylaxie, dans la presse et à l'école, par l'affiche, le cinéma, les tracts, pour convaincre le public du danger de la transmission des maladies et de la tuberculose par les ustensiles de table, les verres, la vaisselle et l'eau de lavage souillée par ces ustensiles, et de la nécessité de leur désinfection.

P. L.

Le médecin a l'impérieux devoir d'être prévoyant.

Il doit s'assurer contre l'incapacité de travail que peuvent lui causer la maladie ou les accidents.

Il doit s'assurer une retraite pour ses vieux jours.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses.

Dr Jean Bentkowski. — **L'hypospadias chez la femme (à propos d'une observation inédite).** Montpellier, imprimerie « l'Abeille », coopérative ouvrière, 1920.

L'hypospadias féminin est d'une extrême rareté ; sa cause est inconnue : tout ce qu'on sait, c'est qu'il est dû à la persistance d'un état embryonnaire.

Il s'accompagne presque toujours d'incontinence d'urine, mais ses autres complications sont rares.

Le pronostic en est bénin, hormis les cas où l'intervention chirurgicale, quoique indiquée, est impuissante à reformer un bon urèthre, et cela malgré les nombreux procédés à utiliser, qui vont des simples sutures (accompagnées ou non de colporraphies antérieures) jusqu'aux restaurations à l'aide de lambeaux.

Le traitement opératoire peut être ainsi résumé :

« 1° Les hypospadias féminins sans troubles dans l'émission de l'urine sont justiciables d'opérations plastiques immédiates pour obvier au développement tardif de l'incontinence provoquée par divers facteurs fâcheux (coït, masturbation...) ;

« 2° Les hypospadias féminins accompagnés d'incontinence d'urine sont surtout opérés favorablement suivant la méthode de Gersuny combinée à la suture de la fente postérieure de l'urèthre. » (Bitner, *in Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1894, p. 66).

Dr Alfred Demotte. — **La tuberculose de l'ischion.** Montpellier, imprimerie Firmin et Montane, 1920.

Les ostéites bacillaires de l'ischion, plus fréquentes que ne le disent les statistiques, sont surtout une affection du jeune âge. L'hérédité, la contagion, interviennent comme cause étiologique.

Le diagnostic se pose par la palpation méthodique et la recherche des points douloureux, le toucher rectal, l'exploration au stylet des trajets fistuleux et la radiographie ; avec les autres lésions tuberculeuses de voisinage, notamment la coxalgie, la sacro-coxalgie, la tuberculose du pubis et du grand trochanter. Se méfier d'un diagnostic trop rapide de douleur rhumatismale, ou de douleurs de croissance.

Le traitement doit être chirurgical pour protéger l'articulation. Il consiste à enlever les séquestres et à curetter les foyers suspects. Le traitement général et en particulier la cure héliomarine ne doit pas être négligé.

Le pronostic est fonction de la précocité du diagnostic et de la rapidité du traitement.

Dr Gustave Jourdan, licencié ès sciences, préparateur d'histologie à l'école de médecine de Marseille. — **Réactions inflammatoires déterminées dans les tissus par les inclusions de corps étrongers.** Montpellier, imprimerie Firmin et Montane, 1920.

Les processus de défense autour d'un corps étranger introduit dans l'organisme se font vraisemblablement d'après le mode suivant :

Diapédèse abondante suivie de la mort du plus grand nombre de leucocytes sortis à travers la paroi des vaisseaux. Apparition des grands mononucléaires. Transformation de ces grands mononucléaires en cellules géantes, avec accroissement du nombre de leurs noyaux par caryoanabiose.

Les grandes plasmodies ainsi formées sont les agents les plus actifs de la destruction ou de la séquestration de ces corps étrangers.

Lorsque le corps étranger peut être dissous, il l'est par des cytases produites par ces cellules.

Les kystes durables paraissent formés uniquement par les cellules géantes. Les kystes temporaires (renfermant des corps non septiques et susceptibles d'être détruits) ont une paroi plus épaisses et comprennent autour des cellules géantes, des fibroblastes, unis en un plasmodium, plus ou moins lâche.

Lorsque le travail de destruction du corps étranger est achevé, les cellules géantes se découpent elles-mêmes en fibroblastes qui évoluent avec ceux qui les ont précédés, en cellules fixes du tissu conjonctif et la cicatrisation est achevée.

Dr Pierre Poulain. — **Deux signes sphygmomanométriques du rétrécissement aortique. Tracé auscultatoire et l'habilité tensionnelle systolique.**

Travail intéressant, mais difficile à analyser en quelques lignes ; il faut le lire en entier et consulter les sphygmogrammes, les courbes auscultatoires et tensionnelles qui s'y rattachent.

G. S.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE LÉGALE

Le nouveau tarif des expertises criminelles.

Nous avons publié, dans le *Concours médical* page 2643, le décret du 5 octobre 1920, déterminant les honoraires des médecins, lorsqu'ils sont requis pour faire une expertise médico-légale en matière criminelle.

Le sujet a beaucoup d'importance, car il ne faut pas oublier, que, si, en cas de crime ou de procès correctionnel, le parquet peut faire appel à tout autre docteur que le médecin légiste, ce tarif criminel est applicable, en cas d'expertise en matière d'accidents du travail, lorsque l'ouvrier, étant en cause au procès, a de droit l'assistance judiciaire. Or la loi du 9 avril 1898 ne spécifie pas que le juge de paix, comme le président du tribunal civil, soit dans l'obligation de ne confier des expertises qu'aux seuls médecins experts.

Du reste, dans bien des tribunaux civils, il est d'usage de confier les expertises, en matière d'accidents du travail, à chaque médecin d'une localité, pris à tour de rôle.

Nous donnons, en premier lieu, la lettre suivante, que nous avons reçue au sujet de ce nouveau tarif :

Je voudrais vous causer du tarif de médecine légale qui a paru récemment au *Journal officiel*.

Il est évident que les médecins praticiens n'ont pas été entendus, car ils auraient présenté de tels arguments que les membres de la commission auraient été convaincus et le tarif serait différent ... et cependant ce ne sont pas les médecins experts de Paris et de quelques grandes villes qui font le plus de médecine légale ; tous les jours il est des médecins réquisitionnés par des juges d'instruction de petites villes et par des juges de paix de modestes cantons. Ils ont peu d'affaires, mais ils sont nombreux à en avoir, ce sont eux qui auront à supporter ce tarif, car ne l'oublions pas, ils sont réquisitionnés, ils sont obligés de marcher.

Un tarif établi par l'État est un exemple ; si la pratique démontre que des médecins l'acceptent, d'autres administrations suivront ... il est donc nécessaire que nos journaux et nos associations de défense professionnelle fassent campagne pour en obtenir la revision.

Ce tarif est insuffisant. Le médecin expert au criminel a souvent un travail difficile qui engage au premier chef sa responsabilité ; s'il commet une erreur, la presse s'en occupera et cette erreur sera longuement étalée à l'audience. Sa besogne est souvent répugnante et dangereuse (autopsies).

La différence d'honoraires entre les médecins de g ndes villes et ceux de troisième catégorie ne peut se justifier ni par la cherté de la vie, ni par la supériorité scientifique des médecins spécialisés.

En effet, la vie est chère partout : si les dépenses sont plus considérables dans les grandes villes (ce qui n'est pas certain), elles ne le sont pas dans la proportion du tarif. Enfin si les magistrats estiment que les médecins spécialisés comme experts ont une compétence telle, alors qu'ils les désignent toujours... sous prétexte d'incompétence n'imposez pas un tarif bas à des médecins praticiens.

A Paris et dans les grands centres, il y a *sur place* de nombreuses affaires criminelles et il est des confrères pour qui la médecine légale est un appoint important ; d'ailleurs les magistrats connaissent ces experts, ils apprécient leur valeur professionnelle et ils les désignent au civil pour des affaires plus rémunératrices ... au contraire dans une petite ville, le médecin est légiste par occasion et presque toutes les affaires qui se présentent sont au dehors.

Étudions le tarif : avec le décret de 1893, la visite était ordinairement payée 13 fr. (8 + 5), mais dans les cas compliqués le rapport pouvait comporter deux vacations ; ce qui portait les honoraires à 18 fr. : actuellement il ne nous sera jamais dû que 15 fr. Le coût de la vie a sans doute baissé en province !!!

Je vous disais, l'expert de grande ville se déplace peu, celui de petite ville se déplace beaucoup. Or, l'indemnité de déplacement est invraisemblable. En fixant cette indemnité, on a oublié que le médecin expert n'est pas un fonctionnaire dont le traitement court s'il va au dehors, il ne s'agit pas de lui rembourser uniquement les frais qu'il a avancés, il faut de plus le dédommager du manque à gagner qui est le résultat certain de son absence.

Si la localité où se rend l'expert est desservie par une ligne de chemin de fer, le médecin est obligé d'utiliser ce moyen de locomotion ... Mais, direz-vous, si le pays est à dix kilomètres de son domicile, si les trains sont incommodes, si en les prenant il doit perdre toute une journée, pourquoi ne pas se servir d'une voiture ou d'une automobile ? ... Evidemment l'expert le fera toujours, mais il n'aura droit qu'à l'indemnité prévue par les déplacements en chemin de fer : *vingt* centimes par kilomètre, comme en 1895 ; et dire que certaines personnes prétendent qu'il est actuellement onéreux de se déplacer !!!

En ce qui concerne notre arrondissement, il me serait facile de démontrer que toutes les fois qu'un médecin sera envoyé au dehors pour une visite simple, l'ensemble de ses honoraires suffira à peine à payer ses frais.

Je vous le redis. Cette question intéresse tous les médecins praticiens : nous ne devons pas laisser établir les tarifs bas.

Ce que je proposerais ?

1° Unification du tarif, le même pour toute la France.

2° Relever l'indemnité kilométrique, la fixer par exemple à au moins 1 fr. par kilomètre comme pour les accidents du travail.

3° Déclarer que le médecin à appeler est celui qui se trouve le plus près du domicile du blessé ou du point où a eu lieu le crime s'il doit y avoir autopsie.

4° N'avoir recours à un médecin expert spécialisé que si le premier médecin appelé le réclame.

Qu'en pensez-vous ?

D^r V.

P. S. — Veuillez me faire recevoir du « Sou médical » à partir du 1er janvier 1921. Je fais partie du Syndicat des médecins d'Aix, je crois que le fait est suffisant pour être admis.

Nous sommes absolument d'accord avec notre confrère, au sujet des critiques qu'il formule.

Analysons article par article le nouveau décret.

L'article 18 supprime les vacations pour prestation de serment, rédaction et dépôt de rapport.

Auparavant, il était permis de compter une vacation de jour, pour la prestation de serment, une pour le dépôt du rapport, et lorsque celui-ci nécessitait un travail d'examen de dossier et de rédaction, supérieur à trois heures de labeur, il était loisible de compter deux vacations de jour et une de nuit, par 24 heures.

Désormais, pour 15 fr. le médecin devra faire toute la besogne. L'administration de la justice tient à faire des économies sur notre dos.

L'article 18 permet aux juges de fixer arbitrairement les honoraires des médecins, pour toute opération non prévue au tarif. Rappelons un arrêt du Conseil d'État, en date du 19 avril 1918, aux termes duquel les examens de diagnostic ne peuvent être considérés comme des opérations et ne donnent pas lieu à des honoraires spéciaux.

L'article 19 détermine le prix des déplacements. Tout d'abord, ne sont pas payés les transports à moins de 2 kilomètres de la résidence du docteur. Cependant, par ce temps de vie chère, le praticien sait ce que lui coûte le kilomètre d'auto et il est indigne d'une bonne administration de se refuser à supporter les frais de trois à quatre kilomètres aller et retour.

En second lieu, admirons l'hypocrisie de rédaction : « si le voyage est effectué ou *pouvait* s'effectuer par chemin de fer ... » Grâce à ce « pouvait », ne seront payés qu'au prix de vingt centimes tous les déplacements effectués par les experts, dont la résidence comportera une ligne ferrée. De même, pour les transports en commun (tramways ou omnibus), les expert ne pourront qu'être remboursés du prix de leur billet de tram. Il semblerait, d'après cette rédaction que les experts n'ont pas autre chose à faire dans une journée, qu'accomplir la mission d'expertise qui leur est confiée. Les honoraires alloués sont tellement somptuaires !!!

Et maintenant, médecins de compagnies de chemins de fer, de tramways, d'omnibus, etc., savourez le dernier alinéa, du même article 19 : « Lorsque les experts bénéficient d'un transport « gratuit, ou réduit, à raison de leur fonction ou « de leur emploi, conformément au cahier des « charges de la compagnie de transport, ou en « vertu des lois en vigueur, leur indemnité de « frais de voyage est diminuée du montant des « avantages qui leur sont concédés. »

Il s'en suit que les médecins de chemin de fer, qui voyagent gratuitement sur leur secteur, devront se déplacer gratuitement lorsqu'ils seront désignés comme médecins experts dans une localité située sur le réseau.

Signalons que l'article 21 alloue une vacation de vingt fr. aux médecins qui doivent être entendus, soit devant les tribunaux ou les cours, soit devant les magistrats instructeurs, à l'occasion de la mission qui leur est confiée.

La prescription est toujours d'un an (art. 143).

Mais, *in cauda venenum*, comme il est avéré que les médecins experts touchent des honoraires par trop élevés, une diminution leur est imposée par l'article 133 : les mémoires de payement doivent être établis en deux expéditions, dont l'une sur feuille de papier timbré à deux fr. De telle sorte qu'une expertise courante, dans une ville où n'existe pas de tribunal de 1re classe, rapportera au médecin la somme royale de treize francs.

Allons, confrères, qui veut faire des expertise ? A ce prix, vous y gagnerez sûrement de quoi faire élever vos enfants et vous procurer une vieillesse dorée.

J'aime à croire que les médecins experts vont trouver, avec moi, que la commission du ministère de la Justice s'est un peu moquée du corps médical. On ne saurait pousser plus loin la plaisanterie, à moins que ce tarif déraisonnable ne soit qu'une nouvelle preuve de l'incohérence de notre régime administratif actuel : sous le nom de république, nous sommes dotés d'un régime césarien, imbu de l'antique «*sic volo, sic jubeo*,» lancé par des hommes de bonne volonté, peut-être, mais en tous cas, parfaitement ignorants des choses de la pratique la plus élémentaire.

Syndicats médicaux, ne croyez-vous pas que notre *Union* serait qualifiée pour intervenir auprès des pouvoirs publics, pour faire rapporter un pareil décret ?

Ne croyez-vous pas que notre gouvernement nous conduit progressivement à perdre à son

endroit tout respect et toute considération ? En somme, il s'agit là d'un contrat de travail, d'un contrat de louage de services. Ce contrat est à prendre ou à laisser, en bloc, puisque nous n'avons pas été appelés à en discuter les termes. Aussi, que penseriez-vous d'un refus collectif ? Les médecins de France, soucieux de leur dignité, n'acceptent pas de travailler dans des conditions aussi ridicules et vexantes. Désormais les médecins experts donneront leur démission, les autres médecins n'accepteront pas les fonctions d'experts, tant que les tarifs ne seront pas relevés.

Et si l'on essaye de nous faire peur avec les termes de l'article 23 de la loi du 30 novembre 1892, qui nous oblige à déférer aux réquisitions de la justice, ne pourrions-nous pas répondre que nous déférerons tout d'abord, puisque la loi le veut, mais que ce serait pour nous déclarer incompétents pour pouvoir remplir scientifiquement la mission qui nous est donnée. Il est impossible de faire travailler de force un cerveau qui s'y refuse. Est-ce à ces mesures extrêmes que veut nous conduire notre gouvernement ? On pourrait le croire par la lecture d'un pareil décret.

Dr Paul BOUDIN.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Syndicat des médecins de l'arrondissement des Andelys (Eure).

ORDRE DU JOUR.

Les médecins, membres du Syndicat des médecins de l'arrondissement des Andelys, réunis le 3 octobre 1920 à Fleury-sur-Andelle, tout en regrettant la distinction établie dans le tarif Breton entre les médecins des villes de plus de 100.000 habitants et ceux des villes de moins de 100.000. habitants ;

Adressent au docteur Decourt leurs plus chaudes félicitations et l'expression de leurs sincères remerciements pour l'énergie qu'il a déployée devant la Commission chargée d'élaborer ce tarif, et le zèle qu'il a apporté à défendre presque seul les intérêts généraux de la corporation, et le prient de vouloir bien continuer à commenter ce nouveau tarif dans le *Concours médical*, de façon à bien mettre les praticiens au courant de leurs droits.

Étrepagny, 25 octobre 1920.

Le président du syndicat *le secrétaire*
Dr MORDAGNE, à Tourny (E.) Dr BOURDON.

II

Fédération des Syndicats médicaux de l'Hérault.

SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1920.

Assistance médicale gratuite.

a) De nouveaux tarifs d'honoraires, ainsi qu'une modification au taux de l'indemnité kilométrique ont été votés, lors de sa dernière session, par le Conseil général de l'Hérault. Le bureau de la Fédération se préoccupera d'en obtenir à bref délai notification officielle, afin d'en aviser régulièrement les Syndicats adhérents.

b) Il a été produit devant le Comité départemental de contrôle de l'assistance médicale gratuite un rapport détaillé sur le fonctionnement de ce service. Ce document prête à deux sortes de remarques :

1° Le nombre des bénéficiaires de l'A. M. G. est proportionnellement beaucoup plus élevé dans les localités les plus riches. Dommageable aux finances départementales, un tel abus lèse d'abord, et davantage, le corps médical qui ne cesse de protester contre le mode de confection des listes d'assistance.

D'aussi fâcheux errements doivent cesser. Le bureau de la Fédération demandera à l'autorité préfectorale de faire respecter par les municipalités les dispositions du règlement de l'A. M. G. en vertu desquelles les médecins doivent être convoqués et présents au moment des inscriptions. Celles-ci ne devraient jamais être faites automatiquement et d'office. Il conviendrait d'attendre que demande en soit faite, tous les ans, par les intéressés eux-mêmes, avec, à l'appui, production d'un certificat de non imposition. Une révision attentive des listes permettrait d'en exclure les bénéficiaires dont la situation de fortune s'est modifiée. Les inscriptions d'urgence enfin ne devraient être effectuées qu'avec circonspection.

2° Le détail de certains actes médicaux, envisagé par localités, a donné lieu, de la part de la Commission de contrôle, à des demandes d'éclaircissement. Conformément aux suggestions des médecins, membres de cette commission, les Syndicats ont reçu mission d'enquêter sur les faits d'apparence litigieuse.

Le conseil ne regrette donc que plus vivement certaines polémiques de presse, à l'occasion de ce rapport confidentiel, et qui tendent à présenter comme répréhensibles et prouvés des faits sur lesquels la lumière n'est pas encore faite.

Il n'était pas besoin de cet incident pour rappeler au médecin de l'Assistance la double obligation qui s'impose à lui de dispenser aux indigents tous les soins auxquels ils ont droit, tout en se préoccupant de façon jalouse des intérêts du contribuable. Mais il appartient à chaque praticien

d'apporter dans la tenue de ses écritures la régularité sans laquelle ses prescriptions peuvent prêter à l'interprétation injustement défavorable.

Honoraires pour soins aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi des pensions.

Alors que d'une déclaration du ministre des pensions à une réunion récente tenue à Angers, il résulte que l'entente était faite dans 65 départements, la question n'a fait aucun progrès dans l'Hérault depuis le 23 août 1920, date où la lettre nº 1426 du bureau de la Fédération informait l'administration préfectorale du mandat qu'avaient reçu ses délégués nommément désignés de ne conclure d'accord que sur le prix de base de 10 frs.

Emu de ce retard, le Syndicat médical de Béziers, dans son assemblée générale du 26 septembre 1920, a décidé « de reprendre toute liberté d'action vis-à-vis des associations des mutilés » si l'accord n'a pu être réalisé avec la Préfecture à la date du 1er novembre.

Comme des conversations officieuses avec les bureaux ne peuvent donner des résultats, le président de la Fédération est invité, dans un délai de huitaine, à demander au préfet une audience, au cours de laquelle il lui donnera connaissance des instructions de ses commettants et de leur désir d'aboutir à une conclusion avant la fin du mois. L'essentiel de cette démarche sera consigné dans une lettre qui sera remise au préfet en fin de visite.

Office départemental des pupilles de la nation.

a) Aucune suite n'a été donnée aux pourparlers engagés en juillet avec l'office départemental de l'Hérault, au sujet des conditions auxquelles pourraient être assurés les soins médicaux aux 6.000 pupilles que compte déjà le département. Il convient donc d'attendre sur ce point une réponse de l'office à la lettre 1424 du secrétaire général de la Fédération, en date du 12 juillet 1920, fixant à 10 frs. le taux de la visite.

b) Le président de l'office départemental des pupilles de la nation, au cours d'une visite au secrétaire général de la Fédération, a exprimé le désir que fût posée aux groupements médicaux de l'Hérault la question de l'organisation du contrôle médical des pupilles de la nation. Ce contrôle a essentiellement pour objet, en dehors de toute action thérapeutique, qui ne relève que du médecin traitant, l'établissement d'une fiche individuelle semestrielle en vue de dépister et de prévenir chez les pupilles les maladies chroniques. Une entente est actuellement en vigueur, pour l'Union des Syndicats médicaux du Sud-Ouest sur les bases de 3 frs. par pupille au cours d'une visite collective, 5 frs. si visite individuelle, indemnité kilométrique en sus, conditions applicables à tout médecin adhérent.

Le conseil donne avis favorable à la poursuite d'une entente analogue, sous cette réserve formelle que seront respectés les principes du libre choix et du tarif à la visite. Avis en sera donné à l'office départemental dont, si elles sont formulées, les propositions fermes seront étudiées en leur temps.

Code de déontologie.

Investi de ce soin par le Conseil, le secrétaire général apporte, sous le nom de « Principes de déontologie » une nouvelle rédaction, mise en harmonie avec les plus récentes résolutions syndicales. Ce projet est adopté, tel quel, par l'unanimité des membres présents.

Inséré dans le bulletin de la Fédération, le texte en sera, sous forme délivré à part, adressé à tous les médecins du département, syndiqués ou non syndiqués.

Mandat enfin est donné au président de la Fédération de se concerter avec l'Administration de la Faculté de médecine de Montpellier, et au besoin avec son Conseil, afin d'obtenir qu'au cours de chaque soutenance de thèse, aussitôt après la prestation de serment d'usage, un exemplaire de ce fascicule soit remis au jeune docteur comme guide de ses nouveaux devoirs dans la vie professionnelle.

Paul DELMAS.

III

Admission des malades aisés dans les hôpitaux. Rémunération des médecins et chirurgiens.

Le Dr Paul Boudin, conseiller medico-juridique de l'Association professionnelle des médecins et chirurgiens des hôpitaux civils de France et secrétaire rapporteur au Conseil supérieur de l'assistance publique, est chargé de faire un rapport documenté sur l'admission des malades aisés dans les hôpitaux et sur le mode de rémunération des médecins et des chirurgiens, pour soins donnés à tout hospitalisé, qui n'est pas indigent. Également se pose le problème de la transformation d'une partie de certains hôpitaux, en maisons de santé à bon marché, pour personnes de conditions modestes. Par suite, quels médecins seront-ils appelés à donner leurs soins, dans ces maisons de santé, dépendant de l'hôpital ?

Nous prions instamment nos confrères d'adresser au Dr Paul Boudin, soit au *Concours*, soit 186, rue de Vaugirard :

1º Le règlement actuel de leur hôpital, qu'ils pourront se procurer en le demandant à l'administration de l'établissement ;

2º Leurs suggestions et observations, concernant la création de salles ou chambres, pour l'admission, à l'hôpital, de malades payants, rémunérant leur médecin.

MÉDECINE SOCIALE

Mesures à prendre contre les maladies contagieuses

Nous avons souvent écrit que la déclaration obligatoire des maladies contagieuses serait en grande partie inopérante, tant que des mesures efficaces ne seraient pas prises pour que cette déclaration ait toujours les suites qu'elle devrait comporter.

Nous trouvons, dans Liège Médical *du 23 octobre dernier, l'article suivant qui pose la question sous un jour qui mérite d'être signalé à l'attention du corps médical français et des Pouvoirs publics.*

G. D.

Voici une lettre que j'ai adressée, le 7 mai 1919, à M. le Secrétaire de la ***Commission Médicale Provinciale.*** **Elle a trait, comme on verra, à un point de la prophylaxie des maladies contagieuses.**

Liège, le 7 mai 1919.

A Monsieur le Secrétaire de la « Commission Médicale Provinciale ».

Mon cher confrère

J'ai l'honneur de vous prier de soumettre à l'examen de la Commission médicale la petite histoire suivante et les quelques réflexions qu'elle m'a suggérées.

Le 19 mars de cette année, entre dans le service de médecine de l'Hôpital des Anglais une petite fille de six ans présentant des signes cliniques nets de méningite. La ponction lombaire et l'examen microscopique montrent qu'il s'agit de méningite cérébro spinale épidémique. J'avertis le Dr Lacomble, médecin inspecteur d'hygiène du Gouvernement, et je fais signaler la chose, par le directeur de l'Hôpital, à M. le Bourgmestre de la Ville de Liège. L'enfant est soignée par des ponctions lombaires répétées avec injections de sérum dans le canal rachidien sans amélioration bien nette de son état.

Le 8 avril, soit après 20 jours de traitement, les parents exigent la sortie de l'enfant, malgré toutes nos observations, et la ramènent à leur domicile, rue Pierreuse. Le jour même, je préviens le Dr Lacomble et je prie le Directeur d'informer M. le Bourgmestre.

Notre confrère Lacomble me répond : « Si les parents ont retiré l'enfant atteint de méningite cérébro-spinale hors de l'Hôpital, la loi ne nous autorise pas à imposer notre volonté pour une réintégration forcée».

(Puis-je observer qu'il y a vingt ans que je sais cela ?

M. le Bourgmestre ne nous répond pas, mais j'apprends, après quelques jours, qu'une infirmière est envoyée chaque jour au domicile de la petite malade. J'apprends aussi que l'isolement de l'enfant n'est nullement réalisé : 10 à 15 personnes sont parfois auprès de son lit.

Le 25 avril, les parents se ravisent et demandent la réadmisson de la petite à l'Hôpital, ce que j'accorde immédiatement, à la fois dans l'intérêt de la petite malade et dans un but de prophylaxie.

En somme, il s'agit d'un fait-divers banal, qui se représente couramment dans nos Hôpitaux ; il n'est intéressant que par le fait qu'il se reproduira souvent à l'avenir.

Or les médecins ont reçu récemment communication officielle de l'arrêté-loi du 13 février 1915 — rendu obligatoire dans tout le pays — qui prescrit la déclaration de certaines maladies contagieuses ou pouvant devenir épidémiques. On octroie généreusement aux praticiens, pour toute infraction à ces prescriptions, une amende de 26 à 100 francs, ou de 1 à 8 jours de prison. C'est la loi, et nous devons comme telle l'observer, mais nous pouvons avoir le droit d'en montrer les lacunes et l'inefficacité.

Pourquoi rendre obligatoire la déclaration des maladies contagieuses, sinon pour permettre de lutter sérieusement et utilement contre leur propagation ?

Un cas de maladie contagieuse se présente. La déclaration est faite par le médecin. Par ignorance ou par mauvais vouloir, le malade refuse — ou les parents, s'il s'agit d'un enfant — soit l'hospitalisation soit l'isolement sérieux à domicile.

Laissons de côté les cas de variole, de peste ou de choléra, pour lesquels la loi est parfaitement armée. Dans tous les autres cas, en vertu du principe du respect de la liberté individuelle, qu'y a-t-il derrière la déclaration, à laquelle on paraît attacher tant d'importance, puisqu'on a recours à l'amende et à la prison — pour le médecin — ? Rien.

Liberté au malade ignorant ou de mauvaise volonté de répandre l'affection autour de lui. Liberté totale de mal faire.

Si mon enfant prend la diphtérie ou la méningite parce qu'un malade n'a pas été isolé, il n'y a pour ce dernier (ou pour ses parents) ni amende ni prison.

Que représente en somme la déclaration actuelle des maladies contagieuses ? Un chiffon de papier, et rien de plus. Il est permis d'estimer que ce n'est pas suffisant.

Revenons au cas particulier de notre petite fille atteinte de méningite. Au point de vue de la responsabilité légale, tout le monde est couvert : le médecin a fait la déclaration prescrite : le médecin inspecteur du Gouvernement a fait une enquête ; le service d'hygiène de la Ville a envoyé une infirmière à domicile et fera sans doute une désinfection des lieux. C'est donc parfait, au regard de la loi.

En ce qui concerne la méningite cérébro-spinale, la Commission médicale n'ignore pas que les cas de cette affection deviennent assez fréquents. Parmi ceux arrivés à ma connaissance, je citerai 2 cas en traitement à l'Hôpital de Bavière, 2 autres aux Anglais un confrère m'en signale un cinquième soigné en ville il y a un mois.

Il y a actuellement à Liège un grand nombre de soldat belges, français, anglais, américains. Faut-il attendre que l'affection se déclare chez eux et prenne un caractère épidémique, pour étudier la question ?

Ce qui est vrai de la méningite épidémique vaut également pour la scarlatine, le typhus, la diphtérie, etc.

Les dispositions légales actuelles sont insuffisantes et inefficaces. Elles ne peuvent engendrer qu'une fausse sécurité Ce n'est pas en donnant quarante sous aux médecins — ou de la prison, à leur choix — qu'on aura fait œuvre utile.

N'est-il pas du devoir de la Commission médicale de chercher à les améliorer, afin qu'on ne puisse dire

que nos mesures de prophylaxie ne sont qu'une façade derrière laquelle il n'y a rien ?

Je n'insiste pas pour défendre plus longuement ma thèse : je connais assez les idées qui animent les membres de l'actuelle Commission Médicale pour être persuadé qu'ils partagent ma manière de voir.

En conclusion, me sera-t-il permis, Monsieur le Secrétaire, de vous prier de demander à la Commission Médicale d'étudier la valeur de quelques mesures qui me paraissent propres à remédier, au moins partiellement, aux imperfections et aux dangers des dispositions sanitaires présentement en vigueur.

1° Education du public ; articles de journaux, petits tracts, causeries, etc.

2° Contact plus étroit avec le service d'hygiène de la Ville.

3° Insister auprès des médecins pour qu'ils recommandent un isolement sérieux des malades à domicile ou l'hospitalisation de tout cas de maladie contagieuse.

4° Pour le cas de refus (ou de négligence grave) du malade ou de son entourage de prendre les précautions indiquées, demander dès à présent aux pouvoirs publics d'envisager des mesures de coercition et des sanctions adéquates.

Agréez, Monsieur le Secrétaire l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

(s) Dr Ch. Honoré.
Médecin en chef de l'Hôpital des Anglais.

Me sera-t-il permis d'ajouter — sans le moindre esprit de critique à l'égard de la Commission médicale — que cette lettre, envoyée en mai 1919, n'a pas, jusqu'à ce jour, reçu de réponse ?

A la réflexion, il ne faut pas s'en étonner, moins encore s'en indigner. Dans l'état actuel des choses, une telle lettre ne peut comporter aucune réponse... officielle. Il ne doit pas y avoir quelque chose à faire, de plus ou de mieux, compte étant tenu de notre législation et de nos mœurs.

Oserions-nous conter à un médecin américain, par exemple, ce qui se passe couramment chez nous en matière de prophylaxie ? Voici un gosse atteint de scarlatine ou de diphtérie. Le médecin a vivement recommandé aux parents l'isolement absolu. Mais dès que l'enfant n'a plus de fièvre les parents l'estiment guéri. Qui peut l'empêcher d'aller jouer dans la rue avec tous les galopins du quartier, de prendre le tram, d'aller au cinéma, etc. ? Citez-moi une autorité qui puisse intervenir, et en vertu de quelle loi ou de quel règlement ?

Mais si le médecin n'a pas « déclaré » ce cas, son compte est bon : amende ou prison.

Voyez-vous d'ici notre confrère américain se tordre et s'esclaffer ?

Une dame belge, de mes clientes, se trouvant à Londres pendant la guerre, mande un médecin anglais auprès de son enfant malade. Il s'agit d'un cas de scarlatine.

— Madame, il faut transporter le petit à l'hôpital.

— Oh, docteur, nous le soignerons bien ici.

— Non, madame, impossible.

Mais, en Belgique, on soigne toujours ces cas à domicile.

Supplications, larmes, tout fut inutile. Moins d'une demi-heure après cette scène, une automobile sanitaire transportait le petit malade à l'hôpital.

Considérons une affection moins grave, mais dont l'importance scolaire n'est pas négligeable : la pédiculose. Je n'oserais pas citer le pourcentage des enfants — des petites filles surtout — de nos écoles primaires qui en sont atteints. Quand l'instituteur ou l'institutrice signale aux parents, avec toute la discrétion et la délicatesse que la chose comporte, que l'enfant est porteur de poux, la réponse est classique : « Mon enfant n'est pas malpropre, pour qui le prenez-vous ? » Si on montre le corps du délit : « S'il en a, c'est ici qu'il est venu les prendre » (ce qui est parfois vrai d'ailleurs).

On n'ose pas insister, sinon les parents, froissés dans leur dignité, retirent leur enfant de cette classe dont le maître est « si mal élevé » et le placeront dans une autre école où on laissera l'enfant vivre en paix avec ses poux.

On a, je le sais, essayé timidement d'avoir recours aux bons offices d'une infirmière scolaire, mais les résultats obtenus sont pratiquement nuls. Aucun médecin-inspecteur d'école ne me démentira, je pense.

En Angleterre, pays de la liberté, la pédiculose est une cause de renvoi. L'enfant ne peut rentrer que s'il est complètement guéri. Mais s'il ne rentre pas, le père est poursuivi pour l'absence injustifiée de l'enfant, et régulièrement condamné à 10 shellings d'amende. Il paraît que c'est formidable ce que ces 10 shellings ont fait occire de poux.

Les Anglo-Saxons se soumettent spontanément à une discipline qui apparaît comme intolérable à notre race latine.

En conclusion, ces divers problèmes de prophylaxie me paraissent mériter de retenir l'attention. Si l'un ou l'autre de nos confrères avait à ce sujet une opinion, un conseil, une solution à proposer, qu'il veuille bien en faire part aux lecteurs de *Liège Médical*.

Liège, 14 octobre 1920.

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année 1920 au trésorier Dr Gassot à Chevilly (Loiret).

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

TARIF MÉDICAL DU DÉPARTEMENT DE L'AIN

Adopté par le Conseil général le 6 mai 1920, en vigueur à compter du 1er mai 1920.

	fr.
Consultation au cabinet	4
Visite à domicile	5
Indemnité kilométrique (à l'aller seulement)	3

Le prix de la visite de nuit continuera à être le double de celui de la visite de jour.

Prix s'ajoutant aux prix de la visite ou consultation.

TARIF CHIRURGICAL

a) *Petite chirurgie.*

Ouverture d'un abcès simple (pansement compris), abcès froid superficiel, abcès dentaire, panaris	5
Anesthésie locale (s'ajoutant au prix de l'intervention)	3
Extraction de corps étrangers des cavités naturelles, sans intervention sanglante	5
Injection de sérum médicamenteux	5
Injection intraveineuse	5
Saignée	5
Lavage de l'estomac ou de la vessie	5

b) *Opérations de diagnostic avec outillage spécial ou nécessitant une exploration complexe.* .... (1)

c) *Interventions de chirurgie courante.*

Ouverture de phlegmon	10
Réduction sanglante de prolapsus rectal, de paraphimosis	20
Ongle incarné	30
Ponctions évacuatrices de cavités (plèvre, péritoine, vessie) suivies ou non d'injection	10
Ponction d'hydrocèle	5
Amygdalotomie	10
Circoncision	30
Ponction lombaire	15
Extirpation de petites tumeurs superficielles	10
Suture tendineuse	20
Ligature d'artère dans la plaie	10
» » à distance	50
Trachéotomie, tubage du larynx, hernie étranglée, amputation, empyème	50

d) *Réduction et contention de fractures ou luxations.*

Réduction facile de luxation cédant aux méthodes de douceur (phalange, maxillaire inférieur, clavicule, épaule, coude)	10
Réduction des mêmes luxations nécessitant l'anesthésie générale	30
Luxation du poignet, de la rotule, du pouce	20
Luxation de l'épaule, du cou, de de la mâchoire, nécessitant les méthodes plus compliquées et exigeant la pose d'un appareil de contention	30
Luxation du cou-de-pied	30
Luxation de la hanche	50
Réduction et contention de fractures simples de côte, omoplate, sternum, os du crâne	10
Fractures simples de la diaphyse, du cubitus, radius, clavicule	15
Fractures des deux os de l'avant-bras	30
Fracture intra ou juxta-articulaire du poignet	30
Fracture du maxillaire inférieur	20
» de la diaphyse de l'huméros	30
» du bassin	50
» du fémur	40
» des deux os de la jambe	30
Fractures intra ou juxta-articulaires du coude, du cou-de-pied, du genou, de l'épaule,	50
... du crâne, de la colonne vertébrale et du bassin, fractures multiples des membres, etc...	50
Renouvellement d'un appareil plâtré du poignet, coude, cou-de-pied	10
Renouvellement d'un appareil plâtré du genou, de la cuisse, de la hanche, de l'épaule	20
Grands appareils pour coxalgie, minerve, corsets plâtrés	30

e) *Opérations de spécialité courante et pouvant être pratiquées par les médecins non spécialisés.*

Accouchement simple	60
Accouchement gémellaire	80
Délivrance artificielle	60
Forceps	100
Version	100
Curettage utérin	50
Injection intra-utérine	5
Tamponnement	10
Paracentèse du tympan	5

TARIF DES SAGES FEMMES.

Accouchement	20
Visite	3
Indemnité kilométrique	1 fr. 50

Bourg, le 1er juillet 1920.

Le Préfet de l'Ain.

(1) Le Tarif officiel imprimé ne comporte pas de prix : peut-être est-il en discussion.

VARIÉTÉS

Faculté de Médecine de Montpellier.

Serment prêté par le candidat, le jour de sa soutenance de thèse, aussitôt après avoir reçu la collation du grade (1).

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promessses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— M. le Dr L. Mourier, ancien sous-secrétaire d'État au service de santé, vient d'être nommé Directeur de l'Assistance Publique à Paris.

Félicité à cette occasion, par M. le Dr Bellencontre, président de l'Association générale, il a répondu la lettre suivante :

Paris, le 21 octobre 1920.

Mon cher confrère,

Vos compliments m'ont particulièrement touché et je vous prie d'agréer pour vous et de transmettre à nos confrères l'expression de ma gratitude.

Permettez-moi d'espérer que dans l'avenir, l'A. P. sera la « Maison » des Médecins.

Bien confraternellement à vous.

Signé : Louis Mourier.

Tout permet d'espérer que le nouveau directeur réprimera les abus scandaleux dont tous les médecins parisiens gémissent sans avoir jamais pu réussir à obtenir qu'ils soient combattus.

(1) Ce document doit faire l'objet d'un article historique sur le cérémonial de la thèse à Montpellier dans la *Chronique médicale* du Dr Cabanès, no de décembre 1920, par le Dr P. Delmas.

— **Union internationale contre la tuberculose.** — D'après les statuts qui ont été élaborés par les délégués des différents Etats (Société des Nations et Etats-Unis d'Amérique) ayant adhéré au programme de la Conférence internationale contre la tuberculose, l'Union internationale constituée par cette conférence, a pour objet : 1o d'établir un lien fédératif entre les œuvres et institutions nationales de lutte contre ce fléau dans les divers pays du monde civilisé et de coordonner les efforts des œuvres et associations antituberculeuses des diverses nations ; 2o d'étudier la législation comparée des lois et règlements relatifs à la tuberculose et à tous les problèmes d'hygiène sociale qui s'y rattachent ; 3o d'instituer un bureau de statistique internationale ; 4o de provoquer des enquêtes sur l'extension et la propagation de la tuberculose suivant les peuples et les races ; 5o de recueillir et faire connaître aux organisations nationales adhérentes des renseignements sur toutes les questions concernant la défense sociale contre la tuberculose.

Le siège de cette Union a été fixé à Genève. Ses membres se réuniront une fois chaque année dans l'une des capitales des pays qui la constituent, Elle se composera de membres conseillers désignés par les organisations nationales antituberculeuses des Etats, de membres titulaires élus par le conseil de direction de l'Union sur la présentation des organisations nationales ou des gouvernements adhérents et de membres d'honneur élus par l'assemblée générale sur la proposition du Conseil de direction.

— Le Gouvernement général de l'Algérie fait connaître que l'emploi de doctoresse chargée du service des consultations médicales gratuites pour femmes et enfants indigènes est actuellement vacant dans chacune des villes ci-après : Blida, département d'Alger ; Miliana, département d'Alger, Mostaganem, département d'Oran ; Bougie, département de Constantine.

Une indemnité annuelle de fonctions, fixée au chiffre de 3.500 francs, est allouée aux titulaires de ces postes, qui ont, en outre, la faculté de faire de la médecine civile. Elles doivent toutefois fixer obligatoirement leur résidence dans la ville où se trouve le Service dont elles ont la direction.

Adresser les candidatures à la Direction des Affaires indigènes du Gouvernement général, à Alger. Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à l'Office de l'Algérie, 10, rue des Pyramides, Paris (1er arr.).

— **Musée d'hydrologie.** — Le Professeur Landouzy ayant légué sa bibliothèque à la Faculté de Médecine, M. le Pr Carnot a utilisé les locaux mis à sa disposition (locaux annexes de ses laboratoires à l'Ecole Pratique) pour donner un

logement convenable au legs de l'ancien doyen. M. le Pr Carnot désirant créer un véritable Musée d'Hydrologie, a chargé nos confrères Glénard, de Vichy, et Molinéry, de Luchon, d'utiliser au mieux locaux et documents. M. C. Blanc a autorisé le Dr Molinéry à faire figurer dans ce Musée les gravures ayant été exposées au Congrès de Monaco. Le Pr Carnot fait appel à tous les médecins hydrologues, à toutes les Sociétés thermales, à toutes les Villes d'eaux, pour qu'il lui soit adressé tous documents, affiches, gravures, guides, travaux d'histoire, de climatologie, de thérapeutique hydrologique, concernant nos stations balnéaires. Une salle de travail sera très prochainement mise à la disposition des lecteurs.

— **Association pour le développement des relations médicales internationales (A. D. R. M.).** — Le Comité général de l'A. D. R. M. présidé par M. le Pr Hartman, vient de constituer ses diverses commissions de travail ; propagande, enseignement, maison des médecins, logements etc... Tous nos confrères de stations thermales, climatiques et marines ont grand intérêt à adhérer à ce mouvement. On peut dès maintenant s'adresser au secrétariat de l'A. D. R. M., salle Béclard, Faculté de Médecine, Paris.

— **Cours pratique d'orthopédie du Dr Calot.** — (onzième année). en sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, du lundi 17 janvier au 24 janvier 1921. — Avec exercices pratiques individuels, en 1 semaine, à raison de 5 heures de travail par jour, de 2 h. à 7 h., du soir *Enseignement de l'orthopédie indispensable aux praticiens* ; *tuberculoses externes* ; *affections orthopédiques* ; *fractures.*

Pour médecins et étudiants français et étrangers, explications en espagnol et en anglais. Droits d'inscription 140 fr. et de moitié pour les Internes et les Externes. Le nombre des places étant limité, s'inscrire d'avance, en écrivant à M. Calot, à la Clinique Calot, 69, quai d'Orsay, Paris, ou à l'Institut Calot, à Berck-Plage (Pas de Calais).

Programme des démonstrations cliniques et techniques. :

I. — Les généralités indispensables sur l'orthopédie. Technique des appareils (plâtre, moulage, celluloïd). Les principes directeurs du traitement des tuberculose externes (forme sèche ou fongueuse, forme suppurée, forme fistuleuse). Injections modificatrices de pâtes ou de liquides. La technique des ponctions et injections. Le traitement des ABCÈS FROIDS, des ADÉNITES CERVICALES, des TUBERCULOSES DU TESTICULE et de l'ÉPIDIDYME, SPINA VENTOSA.

II. — Le MAL DE POTT. Diagnostic, pronostic et traitement. Technique des grands corsets plâtrés, Traitement des gibbosités, des abcès par congestion, de la paralysie. Lecture des radiographies du mal de Pott. Ce que valent l'opération d'Albe et celle appelée à tort opération de Hibbs 8.

III. — COXALGIE. — Diagnostic, pronostic et traitement. Technique des injections dans la hanche et des grands appareils du membre inférieur. Diagnostic des affections non tuberculeuses de la hanche. Interprétation des radiographies de la hanche, Ce qu'est en réalité l'ostéochondrite déformante infantile, dite aussi « maladie de Perthes ».

IV. — TUMEURS BLANCHES. Diagnostic, pronostic et traitement. Les tumeurs blanches en particulier : *genou, pied, épaule, coude, poignet.* Technique des injections intra-articulaires pour chaque jointure. Appareil pour chaque cas. Lecture des radiographies de tumeurs blanches.

V. — LUXATION CONGÉNITALE de la hanche. Son diagnostic par l'examen clinique seul et par la radiographie. Son traitement, d'après les dernières recherches personnelles. Réduction des luxations. Examen de malades aux diverses étapes du traitement, et de sujets plusieurs mois ou plusieurs années après le traitement.

VI. — SCOLIOSE et ses diverses formes. Le problème mécanique à résoudre. Le traitement moderne de la scoliose par une méthode personnelle.

VII. — PIED BOT CONGÉNITAL et PARALYTIQUE. Paralysie infantile. Maladie de Little. Tarsalgie.

VIII. — Déformations RACHITIQUES et COXA VARA. SYPHILIS des os et des articulations. OSTÉOMYÉLITE aiguë et chronique. TUMEURS des os. TORTICOLIS.

IX. — Les FRACTURES. Comment les praticiens doivent les traiter. En particulier les fractures du *poignet* et *du cou-de-pied*, les fractures de la *clavicule* et du *coude*, les fractures de *jambe*, les fractures de *cuisse*, les fractures du col et décollements épiphysaires et leurs relations avec les coxa vara dites essentielles. Notions indispensables aux praticiens sur l'interprétation des radiographies de *fractures.*

— **Faculté de Médecine de Paris.** — Sont désignés en première ligne pour les chaires vacantes : MM. les professeurs agrégés RÉNON et NOBÉCOURT, médecins des hôpitaux, et LECÈNE, chirurgien des hôpitaux.

Nous saluons sympathiquement l'accession au professorat de ces trois maîtres, déjà connus comme d'excellents enseigneurs.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON, THIRON et FRANJOU Successeurs.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

lire. Que dois-je compter pour chaque pansement ? est-ce le prix de la consultation simple, c'est-à-dire 7 fr., ou y a-t-il lieu d'appliquer l'article 28 visant les brûlures de la main ou du pied ou surfaces comparables et compter 15 fr. + 3,75 = 18 fr. 25 pour chaque pansement ? Dr G.

Réponse

1° Les deux catégories de médecins existaient dans le projet de la commission de l'Union pour remplacer les trois catégories du tarif Dubief. Il y a déjà progrès. Comme vous, j'ai préconisé une seule catégorie, mais sans succès, et cela de la faute des confrères de province qui n'ont pas mis leurs honoraires à la hauteur de ceux des médecins des grandes villes.

2° Le tarif Dubief majoré de 100 % ne fut accepté que très provisoirement par les assureurs qui le dénonçaient au bout de six mois. Il ne peut donc pas être pris comme *base acquise*.

3° Il me semble que les incisions d'hématomes sont comparables aux incisions d'abcès quelconques et rentrent dans cette catégorie d'interventions. Un tarif général ne peut prévoir tous les cas : forcément *il est énonciatif mais non limitatif*. C'est ainsi d'ailleurs qu'a jugé la Cour de Cassation, dans un arrêt du 16 mai 1911, en disant : « Attendu ... qu'il appartient au juge du fond d'en fixer souverainement le montant, lorsqu'elles (les dépenses) ne sont pas prévues au tarif par l'arrêté ministériel » (Voir *Concours Médical* 1911, p. 655 et 656).

Ceci pour répondre également aux autres cas d'espèces cités et que l'ancien tarif Dubief ne paraît pas avoir spécifiés davantage.

4° Pour les visites de nuit, les mots « cas graves et pressants » existaient déjà dans l'ancien tarif Dubief. D'ailleurs le médecin ne peut juger de l'urgence qu'après avoir vu le malade, donc après déplacement et visite de nuit, en l'espèce. Au reste, je ne crois pas qu'il y ait eu des difficultés sur ce point spécial depuis 1905.

5° Pour vos brûlures aux deux mains : pour l'une du 2e au 3e degré avec son étendue et ses doigts intéressés, il y a lieu de compter (Art. 28, brûlure moyenne) 15 — 25 % = 11,25.

Pour la brûlure de l'autre main (Art. 28, petite brûlure) 10 — 25 % = 7,50.

Soit au total 18,75 par séance de pansements (Pansements multiples, Art. 14).

Dr F. Decourt.

III

Veuillez m'excuser, je ne connaissais pas encore le tarif J.-L. Breton ; le hasard le mit l'autre jour sous mes yeux.

A n'en pas douter, c'est le résultat de la collaboration des pouvoirs et du corps médical, de la partie noble du corps médical, celle que ne souille pas la poussière des routes et la boue de s chemins.

Le tarif chirurgical me paraît honorable : si le point de départ multiplicateur en est la visite, je devrais, toutes proportions gardées, relever fortement le mien.

Louons donc sans réserve les chirurgiens, radiographes, spécialistes qui ont permis à leurs confrères faisant l'accident du travail de vivre enfin de leur métier.

Quant au praticien de campagne, il est, selon la coutume, tondu de près.

Sept francs le lot : consultation avec grand pansement antiseptique, ce n'est vraiment pas cher au cours actuel de la vie ; mais enfin, les petits pansements compensent les grands, ce prix peut être acceptable.

Cependant, le prix du kilomètre me plongeait dans une profonde stupéfaction (dans la vie du campagnard le kilomètre compte autant que la visite). J'ai donc fait le calcul suivant.

Actuellement, l'auto coûte 20.000. Elle peut faire 50.000 kilomètres de service médical : le prix qu'elle vaudra au bout de ce laps de temps payera avec peine la note du mécanicien. Prenons l'honnête moyenne de 10.000 kilomètres par an, c'est celle d'un bon poste de campagne. Nous aurons :

Amortissement annuel de la voiture......	4.000
Intérêt à 5 % de 20.000	1.000
Assurance environ.....................	250
Impôts	200
Nettoyage et graissage..................	1.000
Pneus, 2 trains complets	2.400
Garage	250
Essence 12 litres aux 100 kil............	2.500
Huile et graisse	500

Le médecin conduisant lui-même doit néanmoins toucher le prix de son temps. Le temps commercial étant de 3 heures aux 100 kilomètres, à 10 fr. de l'heure nous avons : 300

heures à 10 fr...	3.000
Total..............	16.000

Prix du kilomètre = 1,60.

Dans ce prix ne sont pas comprises les réparations.

Conclusions : Toutes les fois qu'un médecin de campagne soignera un accidenté du travail à 7 ou 8 kilomètres de son domicile, le prix de sa course sera égal à celui de sa dépense ; son bénéfice ne sera pas zéro puisqu'il paye loyer, impôts, patente, frais d'entretien, amortissement d'installation, etc., etc. 10.000 kilomètres chaque année au tarif J.-L. Breton, c'est une prime de 6.000 fr. environ que le médecin de campagne paye aux caisses des compagnies d'assurance.

On pourrait me dire : « Qu'est-ce que ça peut vous faire, le sort des campagnards, à vous, citadin ? on leur foutra un bout d'ruban pour leur vieillesse. »

Sans doute, mais ... je suis ainsi constitué, ma sympathie confraternelle ne saurait rester platonique.

Dr Goyon.

Réponse

Fort intéressant, mon cher Confrère, votre calcul concernant le prix de revient du kilomè-

tre pour l'auto du médecin de campagne. Vous pouvez être sûr qu'on s'en servira à l'occasion... en le modifiant un peu toutefois. Vingt mille francs pour une auto de praticien de campagne, n'est-ce pas aller un peu fort ? Les assureurs ne manqueront pas de le faire remarquer et diminueront d'autant et l'amortissement et l'intérêt comptés dans votre tableau. De même 8 pneus pour 2.400 fr., cela fait 300 fr. le pneu. Nos autos de campagne n'ont généralement pas de pneus si chers. Évitons de présenter des chiffres discutables aisément. Cela *démonétise*, si je puis dire, la démonstration tout entière, si juste par ailleurs soit-elle.

Bravo pour la rémunération matérielle du médecin « conduisant lui-même ». C'est un point qu'on n'a pas suffisamment fait ressortir à mon avis. Bref ! J'applaudis à votre tableau, avec certaines réserves, en diminuant certains facteurs ... *mais sans en changer le produit*, car j'ajouterais les *frais de réparation* que vous ne comptez pas et qui ont leur importance, j'en appelle à tous les médecins de campagne ... dont je suis.

***

Mais pourquoi avez-vous éprouvé le besoin d'exercer votre verve satirique contre ceux qui ont fait de leur mieux pour défendre les intérêts du Corps médical contre l'assaut des assureurs ? Cette « partie noble du corps médical (dont vous parlez) que ne souille pas la poussière des routes et la boue des chemins » comprenait pourtant certains confrères que je connais bien, et pour cause, qui roulent, toute l'année, en pleine campagne, dans la poussière de l'été, dans la boue ou la neige de l'hiver. Pendant que vous faisiez vos visites lucratives, ceux-ci se faisaient remplacer, à leurs frais, dans leur clientèle, et venaient à Paris s'efforcer d'arracher aux assureurs des honoraires meilleurs pour le corps médical. Ceux-là demandèrent 1 fr. 50 et 2 fr. du kilomètre. Jusqu'au dernier jour, on persista à leur offrir 40 et 50 centimes !! Et cela même à la commission plénière. Après des luttes homériques ils ont pu arriver à 1 fr. et 1 fr. 50, pas davantage. Est-ce une raison pour leur jeter la pierre ?

J'ai l'impression, mon cher Confrère, que « la partie noble du corps médical » ne se révèle pas encore dans vos critiques... des personnes.

Dr F. DECOURT.

La déclaration obligatoire de la tuberculose.

Nil novi sub sole.

« La phtisie est souvent contagieuse : elle est au moins telle dans les pays chauds ; et il y a des exem*ples qui prouvent que, si elle ne l'est pas aussi sou-*

vent ici, elle l'est au moins quelquefois ; qu'un commerce avec un phtisique donne la maladie : ainsi, il est à propos de ne pas se vêtir des habits de ceux qui sont morts phtisiques ; et cette attention doit être encore plus grande, si les habits sont de laine : on fera bien alors de les faire blanchir et passer au soufre. Quant au linge, la précaution sera bonne de ne s'en servir qu'après deux ou trois lessives.

Les Italiens ont grand soin, au moins dans quelques endroits, de faire brûler tout ce qui a servi à un malade mort de phtisie : ils en ont même fait une loi observée régulièrement ; et les médecins et chirurgiens sont tenus de donner avis au magistrat des malades qui meurent phtisiques, afin qu'il fasse brûler ce qui leur a appartenu, et que personne ne s'en serve. »

(Extrait du *Dictionnaire portatif de santé.* Paris chez Delalain, 1783).

Quel chercheur nous dira combien de temps cette loi a été observée régulièrement et quel résultat elle a donné ?

HUMBERT.

La thérapeutique radio-active.

J'ai actuellement en traitement deux malades atteintes de fibromes utérins auxquels je voudrais appliquer les nouvelles méthodes radiumthérapiques. Pourriez-vous m'indiquer dans quelles conditions je pourrais me procurer les instruments nécessaires ?

Réponse.

En écrivant de notre part à la Société française d'énergie et de radio-chimie, 51, rue d'Alsace, à Courbevoie (Seine), on vous indiquera le moyen pratique d'avoir à votre disposition, et à des conditions avantageuses de location, la série complète des appareils permettant tous les traitements radio-actifs.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Thérapeutique et... vie chère.

A) *La variolaire amère.*

Plante de la famille des lichens, croît à la surface des vieux troncs de chênes, châtaigniers ou peupliers. De saveur extrêmement amère, la variolaire a été utilisée comme succédané du quinquina et du sulfate de quinine.

En infusion, la V. A. peut être utilisée comme 1) Stomachique et apéritive.

2) Comme fébrifuge.

En raison de son amertume, la V. A. desséchée, doit être réduite en poudre et absorbée sous forme de pilules de 0,10 cgr. chacune, 6 à 10 pilules par jour. On sera étonné de son heureux résultat chez nos paludéens chroniques.

B) *La chaleur du fer à repasser dans l'érysipèle, la sciatique, le point de côté.*

Le Dr Modinos, dans le *Journal des Praticiens* a raconté comment les naturels des Iles de la Mer Égée, « ayant couvert la partie malade d'un linge rouge (utilisent-ils la photothérapie ?) revêtent celui-ci d'une couche de coton et repassent avec le fer, pendant quelques minutes, à une température désagréable ». Notre confrère a vu céder à cette thérapeutique des érysipèles graves. On sait comment il a modifié la technique en utilisant la chaleur d'une lame de thermocautère, portée au rouge et promenée durant quelques minutes à environ un centimètre de la région érysipélateuse.

Dans la névralgie sciatique, dans un cas notamment qui avait résisté au siphonage, nous eûmes plein succès avec quelques applications du fer à repasser. Il suffit d'interposer une couverture de laine entre le fer et le membre du malade.

Dans le Quercy, « un point de côté » se soigne et se guérit souvent au moyen d'une « violette », brique très chaude appliquée *loco dolenti*. D'aucuns répandent sur cette brique du vinaigre bouillant..... Quel alliage ressort de cette combinaison ? Mais ceci est bien une autre histoire, comme dirait Kippling.

Dr R. MOLINÉRY.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Les propharmaciens ne sont pas assujettis à la taxe sur le chiffre d'affaires.

Telle est la solution admise par le Ministre des Finances, ainsi qu'il résulte de la réponse officielle ci-après :

4752. — M. LESACHÉ, député, demande à M. LE MINISTRE DES FINANCES si un médecin de campagne qui fournit à ses malades les médicaments usuels dans les communes éloignées d'un pharmacien est astreint à la taxe sur le chiffre d'affaires, étant donné qu'il exerce une profession libérale et non une profession rentrant dans la cédule des bénéfices commerciaux, puisque la pharmacie n'est que l'accessoire de la profession principale. (*Question du* 25 *septembre* 1920.)

Réponse. — Le médecin qui se borne à fournir aux malades qu'il soigne les médicaments nécessaires, sans tenir boutique et sans vendre à tout venant, ne fait pas acte de commerce et n'accomplit pas non plus d'actes relevant des professions assujetties à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux. Il n'est pas, en conséquence, assujetti à l'impôt sur le chiffre d'affaires.

(*J. O.*, 9 novembre 1920)

Cette réponse contredit ce que nous avons jusqu'ici publié sur l'assujettissement des pro-pharmaciens à la taxe sur le chiffre d'affaires, d'accord d'ailleurs avec la plupart des commentateurs de la loi du 25 juin 1920. Pour une fois que l'administration fait preuve de largeur d'esprit dans l'application d'une loi fiscale, prenons-en acte !

En ce qui concerne le non-assujettissement des médecins à la même taxe, s'il pouvait encore y avoir doute, la réponse ministérielle ci-après le dissiperait définitivement :

3729. — M. Cadilhon, sénateur, demande à M. le ministre des finances si le payement aux médecins des soins par eux donnés à leurs malades, le payement aux chirurgiens de leurs opérations chirurgicales, le payement aux avocats de leurs consultations et plaidoiries, le payement aux avoués de leurs conseils et de leur aide professionnelle sont assujettis à la taxe sur le chiffre d'affaires. (*Question du 10 septembre 1920.*)

Réponse. — L'article 59 de la loi du 25 juin 1920 ne se réfère qu'à la loi du 31 juillet 1917, qui a institué l'impôt cédulaire sur les professions industrielles et commerciales et non aux lois qui ont édicté la contribution des patentes. Il s'ensuit que le seul fait d'être patenté ou patentable ne suffit pas à rendre redevable de l'impôt sur le chiffre d'affaires. Tel est le cas de toutes les personnes qui exercent des professions libérales, telles que celles d'avocats, d'avoués, de médecins, de chirurgiens ; bien qu'assujetties à la contribution des patentes, elles ne sont pas soumises à l'impôt sur le chiffre d'affaires, puisqu'au point de vue de l'impôt cédulaire elles rentrent, non dans la catégorie des redevables visés par le titre 1er de la loi du 31 juillet 1917, mais dans celle des redevables visés par le titre IV de la même loi, relatif à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.

(*J. O.*, 9 novembre 1920.)

LE LIVRE D'OR DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Dr Henri Bouffier, de Noisy-le-Sec

Citation

A l'ordre de l'Armée (Croix de guerre avec palme).

« Est resté auprès des blessés dans un fort « que la garnison venait d'évacuer sous la violence du bombardement et a assuré leur évacuation avec un complet mépris du danger. »

(Le Dr H. Bouffier est déjà titulaire de la croix de guerre avec deux citations.)

Service Vaccinal du « Concours Médical »

fonctionnant sous le contrôle de l'Etat

Petit tube de pulpe pour 5 vaccinations ..... 1 fr. 50
Grand tube pour plus de 15 vaccinations....... 3 fr.
Lancette spéciale toute nickelée. 6 fr.
Vaccinostyles plats, la boîte (carton) de 100. 12 fr.
Vaccinostyles plats, les 20.... 3 fr.
Petit porte-vaccinostyle en acier trempé, les 10.. 2 fr.
Port : 0 fr. 25

Adresser les commandes avec le montant en *un mandat*, **plus 0 fr. 25** pour l'envoi, à Monsieur C. Boulanger, administrateur du *Concours Médical*, 132, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. - Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien*, édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50..... 5 fr. »
Le 100..... 8 fr. »
Les 500..... 35 fr. »
Les 1000... 60 fr. »

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du **Concours médical**, *132, faubourg St-Denis, Paris.*

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 48 — DIMANCHE 28 NOVEMBRE 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS

Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
BOULANGER, ADMINISTRATEUR
ABONNEMENTS :
France.................. 24 fr.
Étranger................ 28 »
Étudiants (France)........ 12 »
Le numéro.............. 50 cent.
Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR,
RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. N° 48 28 Novembre 1920

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur MASSIE, de Paris, la somme de vingt francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 680. — Veuve docteur, 49 ans, demande place dame de compagnie auprès vieillards, infirmes, malades.

Nº 681. — Jeune docteur installé banlieue immédiate, prendrait succession clientèle assez importante Paris. Cèderait au besoin son pavillon avec bail.

Nº 682. — Occasion sérieuse : à vendre 11.000 fr., voiture Ford, conduite intérieure. 2 places, châssis très bon état, carrosserie complètement neuve.

Nº 683. — Jeune docteur, marié, serait reconnaissant à confrère lui signalant poste libre.

Nº 684. — A vendre, torpedo Charron-Schmitd, 10 HP., 4 cylindres, 4 places, très bon état mécanique. 13.000 fr.

Nº 685. — A céder, raison de famille, poste médical rapport 15.000 fr., légère indemnité demandée et reprise du bail, dans chef-lieu canton ligne de chemin de fer sud-ouest.

Nº 686. — Importante clientèle à céder après décès, maison et installation dans grande ville 2 heures de Paris.

Nº 687. — A. v., moto-roue luxe et. nf. 800 et torp. de Dion C. Q., 6 pl., 7 HP., mot. et transmis. parfait ét., carros. très fatiguée. 5.000. Dr Bedin, Dammartin-en-Goëlle.

Nº 688. — 14.500 francs, Citroën torpedo, 4 places, neuve, vendue cause double emploi, essais à volonté, Docteur Marsat, Lathus (Vienne).

Nº 689. — Clinique d'accidents du travail à céder dans banlieue immédiate de Paris. Communications faciles. Bon matériel. S'ad. Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris.

Nº 690. — Société très connue d'eaux minérales demande docteur comme représentant province et banlieue. Situation convenant spécialement à médecin âgé ou mutilé de guerre. S'ad. Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

Les quittances d'honoraires pour accidents du travail sont exemptes de timbre.

Je serais désireux d'être renseigné sur le point suivant :

J'ai envoyé une note d'honoraires concernant un accidenté du travail. Mais ici, le patron et l'assureur est l'Etat (administration des ponts et chaussées).

Or, on me demande de soumettre le mémoire à la formalité du timbre (Qu'est-ce que cette formalité du timbre ?)

Je pensais que tout ce qui concernait les accidents du travail (mémoires et reçus) était exempt de droit du timbre. Veuillez me renseigner à ce sujet.

Dr G.

Réponse.

Vous avez parfaitement raison. Les mémoires d'honoraires médicaux pour accidents du travail sont exempts de timbre, même quand ils sont produits à une administration de l'État.

Après une controverse qui est relatée dans le *Concours Médical* du 10 août 1919, page 1196, la Direction Générale de l'Enregistrement a dû le reconnaître, ainsi qu'il résulte d'une lettre de la Direction de l'enregistrement d'Angers, publiée *loco citato*.

Vous pouvez citer cette lettre à l'Ingénieur en chef des ponts et chaussées, directeur des travaux du port.

Fixation de la rente d'un blessé du travail.

Je serais heureux d'avoir des renseignements au sujet d'un accident du travail, accident du 19 février 1920 ; demi-salaire de l'ouvrier 8 fr. 20, salaire annuel 4.920 fr. Expertise : 29 septembre 1920, date de la consolidation. Jugement 19 octobre 1920.

L'expert accorde 33 % . Calcul de la rente : 49,20 × 16,5 = 811 fr. 80. La Cie d'assurances dit à l'ouvrier votre rente est de 501 fr. Qui a raison ? Si c'est l'ouvrier, où faut-il s'adresser pour obtenir justice ?

Dr X.

Réponse

Puisque la rente a été fixée par un jugement, c'est à ce jugement qu'il y a lieu de se reporter, et non à l'expertise, l'expert ne donnant qu'un avis que le tribunal peut parfaitement ne pas suivre. Le jugement doit d'ailleurs fixer, non seulement le pourcentage de la rente, mais son chiffre exact.

Dans le cas où ce chiffre ne donnerait pas satisfaction au blessé, il peut faire appel du jugement qui l'a fixé. L'appel, en cette matière, doit

être interjeté dans les trente jours de la date du jugement, c'est-à-dire, s'il est du 19 octobre, au plus tard le 19 novembre.

Mutualité Familiale.

A M. le Dr D. de La C... (B.-du-R.)

Puisque vous me demandez de vous répondre par la voie du *Concours*, j'en profite pour vous dire que le fait d'être membre de la Prévoyance médicale ne vous empêche en rien de participer aux diverses combinaisons de la Mutualité Familiale. Nous n'admettons aucune incompatibilité et nous conseillons toujours à nos confrères de faire le plus de prévoyance possible.

Puisque vous êtes un peu perdu au milieu de toutes nos combinaisons, voici un petit tableau qui les résume et vous éclaircira :

Indemnité-maladie.

Combinaison MA, 10 fr. par jour pendant 60 jours et indéfiniment, en cas de chronicité 100 fr. par mois.

Combinaison D, 20 fr. par jour ou 200 par mois.

Combinaison 1 /2 D, réservée aux membres de MA.

Retraite de 1.200 fr. par parts de 120 fr.

Combinaison P, retraite à 60 ans.

Combinaison R, retraite à 65 ans.

Pension aux veuves.

Combinaison V. pension viagère de 600 fr. au décès du mari.

Notez que l'on peut cumuler ces diverses combinaisons de la façon suivante MA + 1/2 D ; MA + P ; MA + R ; MA + P + R ; MA + P + R + V ; D + P D + P ; D + P + R ; MA + 5 parts P + 5 parts R, etc., (MA + R) n'est autre que l'ancienne combinaisons C.

Vous trouverez les tarifs des primes dans l'Agenda du *Concours* de 1920, ou dans les statuts que j'envoie à qui me les demande.

Dr H. Mignon.

Déontologie.

J'habite un chef-lieu de canton (deux médecins, une sage-femme).

Mon confrère prévenu depuis deux mois pour un accouchement ne peut au moment où l'on vient le trouver , 6 heures matin (et lui parler à lui-même) se rendre auprès de la parturiente. Il doit aller assister à une opération à Paris le même jour. Il envoie à mon prédécesseur (retiré depuis 8 ans) un mot lui demandant d'y aller à sa place. Mon prédecesseur retiré depuis 8 ans et qui depuis cette époque me remplaçait régulièrement et avait, il est vrai, rem-

placé mon collègue lors de ses dernières vacances, ne peut y aller. Le commissionnaire chargé de chercher mon collègue vient me chercher, et je vais au grand contentement de la famille de l'accouchée faire accouchement, délivrance artificielle. Je reste de 8 h. à 12 h. 1/2 du matin, en annonçant à mon départ que je reviendrais voir l'accouchée et l'enfant le lendemain, trois jours après, et six jours après. La famille me demande de venir tous les jours.

Le soir même, mon collègue rentré de Paris va voir l'accouchée à 4 heures et fait savoir à la famille qu'étant donné qu'il est médecin de cette famille depuis 15 ans, c'est à lui à venir voir l'accouchée les jours suivants. J'avais prévenu la famille que sitôt la femme relevée, ce serait à mon collègue à revenir la soigner. Mon collègue prétend agir déontologiquement. Qu'en pensez-vous ? La famille en me remerciant et en me demandant si ultérieurement en cas d'accident elle pourrait compter sur moi, a agi sous la direction de mon collègue son ancien médecin.

Enfin à votre avis que dois-je demander comme honoraires (distance 7 kilomètres), arrivé à 8 h. 1/2, parti à 12 h. 1/2, accouchement naturel, délivrance artificielle, une visite le lendemain matin, ayant été prévenu seulement par mon collègue de ne pas m'y rendre, (collègue qui n'avait pas mission de le faire).

Dr I.

Réponse

A mon avis, au nom du grand principe de la liberté individuelle, le malade, ou son entourage, est toujours libre du choix de son médecin, en toutes circonstances. Nous, médecins, n'avons aucun droit à prétendre conserver un client, sous prétexte que nous lui avons donné des soins pour une ou plusieurs maladies antérieures. Le médecin est fait pour le malade et non ce dernier pour les médecins.

Je sais bien qu'il est de notre devoir déontologique de démontrer aux familles qu'il est de leur intérêt de se faire traiter par le médecin de famille, parce qu'il connaît les antécédents familiaux. Mais, du jour où la confiance ne préside plus aux rapports entre malades et médecins, ces derniers ne peuvent prétendre à conserver de force leurs anciens clients.

C'est pour cette raison que la jurisprudence se refuse à considérer comme valables les ventes de clientèles médicales, sous le prétexte que la confiance n'a pas de valeur marchande, et que tel docteur peut plaire, alors que son successeur n'inspirera pas la même confiance (et réciproquement).

Dans votre cas particulier, vous avez été d'une correction déontologique parfaite. C'est à celui qui a fait l'accouchement de donner les soins consécutifs. Si votre confrère avait désiré conserver la direction du traitement ultérieur,

il n'avait qu'à vous confier le soin de faire l'accouchement à sa place et, dès son retour, vous auriez eu une consultation ou une conversation, pour que vous puissiez lui expliquer ce qui s'est passé.

Malheureusement, les médecins font de la médecine avec une mentalité commerciale : si, au lieu de se considérer comme des concurrents, des ennemis, les confrères voulaient s'entendre, se voir fréquemment, s'entr'aider, se confier mutuellement des clients, pendant les absences, ces conflits n'arriveraient pas. Mais l'os à ronger est tellement maigre, que gare les coups de dents de celui qui peut vous enlever un malade.

Quant aux honoraires à demander, ils varient selon les régions. Néanmoins, vous pouvez réclamer, selon la fortune de vos clients, entre 200 et 500 fr.

Dr P. B.

Application du Tarif Breton.

I

A M. le Dr Decourt,

Je désire d'abord vous dire toute ma reconnaissance personnelle pour le travail que vous avez consacré à l'élaboration du nouveau tarif qui, dans l'ensemble, me paraît bien constituer un progrès. Qu'il s'y rencontre des points de détail critiquables par insuffisance de prévision ou impuissance à triompher des volontés adverses, il faut, pour s'en étonner, n'avoir jamais travaillé soi-même à la défense des intérêts médicaux, ni connu les hostilités et les malentendus auxquels on se heurte, non seulement chez les adversaires, mais souvent, chez les confrères eux-mêmes. Aussi est-ce loin de toute intention de blâme que je me permets, en vue de l'avenir, de vous soumettre mon point de vue personnel sur deux points, dont l'un au moins a déjà été effleuré au *Concours*.

1° Il s'agit de cette anomalie qui consiste à attribuer à la visite de nuit une majoration égale au double de sa valeur, tandis qu'une intervention de nuit n'emporte qu'une majoration de 25 %. On arrive ainsi à ce singulier résultat :

Une visite simple de nuit : 30 fr.

Une visite de nuit avec suture simple : 15 + 25 % = 18 fr. 75.

Évidemment la rédaction rationnelle de l'article 8 serait la suivante : « Le prix des interventions faites la nuit en cas d'urgence sera majoré de 25 %, tant pour le chirurgien que pour les aides et l'anesthésiste, le minimum de cette majoration étant fixé à 20 fr. pour la 1re catégorie et 16 fr. pour la seconde.

2° Je me trouve embarrassé pour un cas personnel : j'ai un jeune blessé qui a reçu une bille de bois sur

(*Voir la suite page XXXI-2977*)

PROPOS DU JOUR

Une expérience d'organisation de l'hygiène sociale dans les régions libérées.

L'organisation de l'hygiène sociale est une chose infiniment délicate et complexe. Elle se heurte en France à d'antiques préjugés, à des parti-pris, aux rudiments d'organisation qui tant bien que mal se sont cristallisés dans les obscurs recoins des ministères les plus divers et des administrations qui en dépendent. Elle bouleverse les habitudes des autorités municipales, des populations et du corps médical. Tout essai provoque des protestations, crée des malentendus, suscite des résistances dans les milieux les plus différents, dans ceux-là mêmes où l'on s'attend le moins à les voir naître. Pour venir à bout de toutes ces difficultés, il faudrait un dictateur, doué d'une volonté de fer, d'une habileté de diplomate, presqu'un homme de génie, et la dictature est une méthode de gouvernement peu appréciée en France.

Avant de songer à doter notre pays d'une organisation complète d'hygiène sociale, il est nécessaire d'observer, d'étudier les tentatives qui, tant à l'étranger qu'en France, constituent pour nous de véritables expériences.

Dans les nations nouvelles, où le législateur et le gouvernement ne sont gênés par aucun organisme antérieur, il est possible de créer de toute pièce un ministère de la santé publique répondant aux exigences de la situation actuelle. C'est ce qui est arrivé en Pologne et nos lecteurs comprendront pourquoi nous nous sommes, à diverses reprises, efforcés de les renseigner le plus complètement possible sur le fonctionnement du ministère polonais de la santé publique et sur les diverses organisations d'hygiène qu'il a instituées.

En France, les dix départements dévastés nous offrent aussi un champ suffisant d'expériences. Nous savions depuis l'an dernier que l'on y avait tenté des innovations ayant trait à l'hygiène sociale, et nous espérions que ces essais, faits avec la prudence nécessaire et les tâtonnements inévitables, nous donneraient en quelque sorte l'esquisse de l'organisation pratique et méthodique répondant à tous les besoins que nous voudrions voir étendre à la France entière. La communication déplorable de M. Monod, au nom du ministre des régions libérées, signifiant au Conseil technique d'hygiène de ce ministère, que son rôle devait être des plus réduits et que la protection de la santé publique ne pouvait compter trouver une occasion de progrès, bien au contraire, dans la reconstitution de nos provinces dévastées, nous a frappés de stupeur. Elle a déterminé la démission du Conseil technique de MM. le prof. Calmette, G. Cohen et Feine en protestation contre cette triste déclaration de l'impuissance gouvernementale, de cette lamentable négation de tout effort utile vers le progrès.

Nous avons été là profondément déçus. Mais nous savons néanmoins qu'en dépit de ce brutal aveu d'impuissance, des efforts méritoires ont été effectués, quand même et qu'ils ont donné des résultats intéressants et méritent d'être étudiés. Nous nous sommes donc livrés patiemment à une enquête à leur sujet et nous sommes en mesure aujourd'hui, en rapprochant les renseignements qui nous sont parvenus des sources les plus diverses, de dresser un tableau, évidemment incomplet et schématique, mais se rapprochant de la réalité, de ce qui a été accompli dans les régions libérées en fait d'hygiène. Sans doute, notre exposé sera rempli de lacunes ; sans doute, nous y confondrons des réalisations effectives avec des projets en voie d'exécution, ou qui ne seront réalisés que dans un avenir plus ou moins lointain. Mais ceux qui voudront bien sans parti-pris lire ces notes sommaires, rendront hommage à ceux et à celles qui auront tenté, au milieu des pires difficultés, en présence d'obstacles parfois insurmontables, dressés souvent par ceux dont le devoir eût été de les supprimer, de réaliser quand même un progrès intéressant et utile en hygiène sociale.

Nous ne citerons aucun nom. Comme Paris a fêté le soldat inconnu qui fut le facteur principal de la victoire, nous pensons qu'il faut laisser l'anonymat aux artisans, officiellement si peu encouragés, d'une amélioration de la situation si pénible et si précaire des malheureux habitants des régions dévastées. Ces hommes, ces femmes de bien et leurs collaborateurs (administrateurs, membres du corps enseignant, infirmières, médecins, etc.), qui, en dépit de l'indifférence sinon de l'hostilité officielle, ont

entrepris cette tâche ardue, ont évidemment le cœur assez haut placé pour se contenter de la satisfaction intime que leur donnent la conscience du devoir accompli, la reconnaissance des populations qu'ils secourent, les services réels rendus à la Patrie.

***

Ce fut en mai 1919, que le ministre des régions libérées d'alors, M. Lebrun, prit l'initiative de l'organisation de l'hygiène sociale dans les départements dévastés. Il eut l'excellente idée de vouloir utiliser dans ce but les éléments féminins qui au cours de la guerre avaient rendu de si grands services. Il pensa qu'on pourrait y trouver par une sélection sérieuse les agents les meilleurs pour accomplir l'œuvre pacifique de reconstitution intelligente et féconde qu'il avait rêvée.

Sous le contrôle du directeur de la reprise de la vie locale et des secours, une *surintendante* fut chargée de recruter et de diriger ce personnel féminin de choix qui, pour remplir son rôle, devait être composé de personnes d'élite tant au point de vue intellectuel que moral.

Dans chaque département les *infirmières d'hygiène sociale* devaient revoir les ordres d'une *inspectrice*, placée sous le contrôle direct du préfet ou du médecin, *directeur départemental d'hygiène*, dans les quelques départements qui en étaient pourvus.

La tâche de ces infirmières, que nous essayerons de préciser, était assez mal définie, puisqu'elles devaient assurer les secours partout où l'intervention de l'initiative privée ou locale et notamment des sociétés de la Croix-Rouge, serait défaillante, puisqu'en second lieu, elles devaient s'adapter aux besoins divers des localités, qui variaient selon la nature de la région, la population, le degré de dévastation et les moyens de réparation employés.

Le recrutement de ces assistantes d'hygiène n'était pas facile. Il fallut faire un tri sérieux dans la foule des infirmières militaires, des infirmières des « Croix-Rouges », des dames employées par les fondations américaines. Ces personnes de valeur technique et morale des plus variables, laissées sans emploi par la cessation des hostilités, se croyaient toutes avoir des droits et la compétence nécessaire pour remplir les fonctions d'assistante d'hygiène sociale. Il fallut donc faire parmi elles une sélection difficile, résister aux pressions administratives ou politiques, qui s'exerçaient dans un but tout différent que celui poursuivi par l'organisation nouvelle.

Des enquêtes sérieuses durent être faites sur chaque candidate et sur sa famille et ce ne fut pas sans difficulté que l'on parvint à trouver les 150 personnes d'élite indispensables.

Le choix fait, il convenait de mettre au courant ces infirmières de la tâche spéciale qu'elles auraient à remplir. Il fut décidé que pendant un mois, elles suivraient des cours et feraient des stages pratiques pour leur permettre de bien connaître ce qu'exigeaient leurs nouvelles fonctions ; notamment en ce qui concerne l'enfance.

Des conférences leur furent faites sur les soins aux accouchées, la puériculture, l'hygiène scolaire, la prophylaxie des maladies contagieuses, plus particulièrement la tuberculose, le fonctionnement des dispensaires et le rôle de l'infirmière visiteuse.

Nous avons sous les yeux une brochure fort intéressante, publiée par la Mission sanitaire et d'hygiène sociale des R. L. qui réunit les conférences faites par les Drs Calmette, Mulon, Méry, Genevrier, Sorel et Armand-Delille (1).

Une idée nouvelle, excellente à notre avis, fut réalisée. Pendant une semaine les infirmières d'hygiène des R. L. durent suivre, à l'école militaire d'éducation physique de Joinville, des cours et des leçons pratiques données par les médecins et les professeurs de cet établissement, pour les rendre aptes à organiser dans les écoles des exercices physiques utiles en suivant une méthode rationnelle pour le plus grand bien des enfants.

Une objection vient naturellement à l'esprit : peut-on en un mois faire une assistante d'hygiène et en une semaine une monitrice d'éducatrice physique ? Evidemment non, si l'on vise à la perfection. Si plus tard, l'on crée des écoles d'infirmières pour la France entière, il conviendra d'exiger au moins deux ans d'études. Mais la reconstitution des régions libérées s'impose rapide et l'on ne peut y attendre des mois ni des années les infirmières nécessaires. D'ailleurs les femmes d'élite que la sélection sérieuse avait permis de réunir rendaient suffisante cette éducation prompte et sommaire, la plupart étant déjà fort au courant de tout ce qui concerne l'hygiène.

---

(1) L'Assistante d'hygiène dans les régions libérées. Berger-Levrault, édit., Nancy, Paris-Strasbourg, 1920. Prix : 5 fr.

***

Voyons maintenant ce qu'a fait et fait ce personnel.

Au chef-lieu de chaque département est, avons-nous dit, une *inspectrice déléguée*, placée directement sous les ordres du Préfet, ou du médecin directeur départemental d'hygiène, quand il existe.

L'inspectrice a parcouru d'abord son département, s'est rendue compte de ses besoins, s'est mise en rapport avec le corps médical, les municipalités, et les œuvres privées. Elle propose au Préfet : ici la création d'un dispensaire ou d'un poste de secours, là l'envoi d'infirmières sociales ou scolaires. Ces dispensaires, ces postes de secours, ces infirmières scolaires, seront dirigées et surveillées par l'inspectrice.

Les infirmières sociales sont donc réparties selon les besoins locaux.

Dans les dispensaires, elles secondent et assistent les médecins lors de leurs consultations. Elles organisent les consultations de nourrissons, se bornent à y pratiquer les pesées hors de la présence du médecin. Lorsque ce dernier y assiste, elles dressent sous sa direction la fiche de chaque enfant.

Elles visitent les écoles où elles veillent à la propreté des enfants, pratiquent l'épouillage et donnent des soins aux petits galeux, rendant ainsi d'inappréciables services. Elles y remplissent en outre les fonctions de monitrices d'éducation physique.

L'inspectrice, secondée par ses infirmières, sert d'intermédiaire entre les populations sinistrées, dont elle étudie les besoins, et l Etat ou les œuvres qui peuvent les secourir. Elle doit surtout s'attacher à la reconstitution de l'enfance, et s'employer à seconder les organisations telles que les cantines scolaires de suralimentation qui combattent par des repas substantiels et des goûters reconstituants, l'état déplorable dans lequel la sous-alimentation a laissé les enfants des pays soumis aux rigueurs inhumaines de l'occupation allemande.

Les infirmières sociales des R. L. assurent les soins à domicile, *mais seulement quand les médecins traitants font appel à leur concours.*

Elles jouent un rôle des plus utiles auprès des femmes en couches et des nouveau-nés. Elles recherchent et visitent les femmes enceintes. Elles font une propagande intense en faveur de l'allaitement maternel. Elles font bénéficier les femmes en couches des nouvelles lois d'assistance que ces dernières ignorent et qui leur donnent droit à des secours spéciaux. Après la naissance, elles veillent à l'hygiène de l'enfant et donnent à ce sujet les conseils indispensables à la mère.

Dans les grands centres, c'est surtout le rôle scolaire qui devient prépondérant. Partout où il existe une inspection médicale, les infirmières scolaires doivent se tenir à la disposition du médecin et agir sur ses indications.

En contact constant avec les enfants, elles découvrent les malades, avertissent les parents de la nécessité de les faire soigner par un médecin, les conduisent elles-mêmes chez le médecin, font des enquêtes sur les absents suspects et dépistent les contagieux ; elles opèrent les pesées et les mensurations.

Cette simple énumération donne une idée de l'étendue de la fonction et de l'importance de la tâche de l'infirmière d'hygiène sociale dans les régions libérées.

***

Voyons maintenant où en est le fonctionnement et quels sont les résultats obtenus.

Neuf départements dévastés sur dix sont pourvus d'une inspectrice et d'infirmières sociales. Le département des Vosges, qui a relativement peu souffert, a été délaissé.

Dans le *Nord*, Lille, Cambrai, le Cateau, Denain, Anzin, sont ou vont être pourvus d'infirmières. D'importants résultats y sont déjà obtenus et la bonne volonté de tous se manifeste. A Lille, les infirmières sont en étroite relation avec les services d'hygiène déjà existants. Sous l'impulsion du Pr Calmette, l'institution des infirmières scolaires s'est rapidement développée dans tout le département du Nord et surtout à Lille.

Dans le *Pas-de-Calais*, l'organisation fonctionne bien à Arras, où règne un accord satisfaisant avec le Corps médical. Elle est en voie de réalisation à Vimy. A Lens, l'hygiène sociale n'est pas entre les mains des infirmières sociales, mais est livrée à l'Union des femmes de France.

Dans la *Meurthe-et-Moselle*, les résultats seraient satisfaisants, notamment à Briey et à Longwy.

Dans la *Meuse*, l'accord avec les médecins n'a pu se faire. Le ministère des R. L. a demandé aux médecins une visite trimestrielle des écoles avec une indemnité de 0 fr. 50 par examen d'élèves. Le Syndicat médical a jugé l'offre insuffisante.

En toute sincérité nous jugeons que le Syn-

dicat à raison ; 0 fr. 50 par examen d'écolier est trop peu si l'examen est réel et utile. C'est trop si l'examen consiste en un défilé rapide qui n'est d'aucune utilité. Nous reprochons là au ministère des R. L., comme dans beaucoup d'autres administrations françaises, de vouloir se contenter d'une apparence, d'un geste et de ne pas chercher à réaliser une besogne utile et sérieuse.

En l'absence des médecins, le rôle des infirmières se borne à la surveillance de la propreté des enfants, c'est déjà beaucoup, c'est l'essentiel. Une entente, paraît-il, est en voie d'ébauche avec le Corps médical à St-Mihiel et à Verdun,

Dans la *Marne*, de bons résultats seraient obtenus. Châlons et Epernay seraient pourvus d'une inspection scolaire sérieuse.

Dans l'*Oise*, le service serait bien organisé avec le concours des médecins à Compiègne et à Noyon. Il doit l'être sous peu à Lassigny.

Dans l'*Aisne*, le service fonctionne à Laon, Lacapelle et St-Quentin. Dans plusieurs centres, l'initiative privée rend inutile l'intervention des infirmières sociales.

Dans la *Somme*, il n'y a pas d'inspection scolaire organisée. 7 ou 8 postes de secours fonctionneraient dans le département.

Dans les *Ardennes*, un accord s'est fait avec les municipalités de Charleville, Mézières et 10 postes d'infirmières y sont répartis. Le succès des essais d'éducation physique a été complet. Il a été tel que les jeunes filles, élèves à l'école normale, viennent volontairement y participer.

En résumé, dans ces 9 départements, on compte 58 dispensaires en activité et un certain nombre en formation, 9 organisations scolaires complètes, 9 inspectrices départementales et 138 infirmières.

Avant peu 15 postes nouveaux seront créés et 40 infirmières nouvelles y seront envoyées.

La nouvelle organisation a été bien accueillie et largement secondée par tout le corps enseignant. La résistance des municipalités, assez manifeste au début, a été rapidement vaincue.

Le corps médical a fait un accueil variable aux infirmières sociales selon les régions. Cela a tenu à ce que certaines infirmières avaient conservé des habitudes contractées dans les sociétés de la Croix-Rouge ou dans les fondations américaines. Nous connaissons ces habitudes qui consistent à prendre des initiatives déplacées et dangereuses pour les malades, à se substituer aux médecins ou à tenir sur leur compte des propos inconsidérés. Ces faits, fâcheux, à vrai dire peu nombreux, ont été, sont et seront sévèrement réprimés. Nous pourrions citer tel département où sept infirmières ont été révoquées parce qu'elles ne voulaient pas se renfermer dans le rôle qui leur était imposé. Mais il en est résulté une appréhension fâcheuse du Corps médical, qui trop souvent craint de trouver dans l'infirmière sociale un esprit de critique malveillante, vaniteuse et sotte plutôt qu'une aide sociale intelligente et dévouée.

Il y a eu des maladresses, blessantes pour le médecin. Tel de nos confrères de l'Aisne, par exemple, appelé d'urgence auprès d'un blessé, s'y rendit péniblement à bicyclette. Il ne fut pas peu surpris et choqué d'y trouver une infirmière, accourue avant lui dans une auto-camionnette qui lui était spécialement affectée, et qui avait déjà donné des soins au blessé. Lui, médecin, plus utile, n'avait pu arriver à temps et cependant il avait fait d'inutiles démarches auprès des pouvoirs, pour obtenir, même à prix d'or, l'auto indispensable dont on avait pu si facilement pourvoir l'infirmière. Ce fait ne se renouvellera plus, les camionnettes des infirmières ont été supprimées (1).

Reste la parcimonie du ministère des R. L. pour les indemnités offertes au Corps médical, à qui l'on voudrait faire remplir presque gratuitement un service d'assistance et d'hygiène sociale très important et très pénible. Cette parcimonie est d'autant plus injuste et blessante que nos confrères peuvent tous les jours se rendre compte de la nuée des fonctionnaires inutiles, incapables, sans éducation technique, ne devant leur situation qu'aux recommandations politiques, qui encombrent les régions libérées et y touchent des appointements peu en rapport avec l'insuffisance des services qu'ils sont sensés y rendre. Ils voient l'incurie qui règne dans les bureaux. Au milieu du gaspillage général, ils ne peuvent comprendre le marchandage auquel on veut soumettre leurs honoraires. Sur ce point, nous ne pouvons qu'approuver leur résistance. Mais nous souhaitons de tout cœur le succès et le développement du service d'hygiène sociale des régions libérées, son entente étroite et sa collaboration intime avec les syndicats médicaux, car nous voyons là plus qu'un service éphémère, destiné à disparaître avec la reconstitution des départements dévastés dans un avenir plus ou moins proche ; nous y voyons l'organisme d'une institution

(1) Nous préférerions voir les camionnettes pour les infirmières maintenues et les médecins pourvus d'automobiles.

nouvelle, souple et capable de s'adapter à tous les besoins de la médecine sociale, institution qui devrait s'étendre avant peu sur toute la France,

Il est donc du devoir des Syndicats médicaux des neuf départements dévastés de s'intéresser aux infirmières, de les accaparer, de les diriger, de parfaire, de modifier s'il y a lieu leurs habitudes et leur éducation (1) ; ils rendront ainsi un service signalé aux populations et aussi à leurs confrères, car, nous ne cesserons de le répéter, la médecine en 1920 ne peut plus s'exercer comme en 1880 et le praticien est appelé de plus en plus à ne pouvoir remplir seul sa mission sans être assisté.

J. Noir.

(1) Rappelons à ce sujet un conseil que nous nous sommes permis de donner aux Syndicats médicaux pour s'attacher les infirmières : celui de créer des prix en argent et de délivrer des certificats aux infirmières méritantes et d'une conduite déontologique irréprochable.

PARTIE SCIENTIFIQUE

MÉDECINE LÉGALE

Faculté de médecine de Paris :
M. le professeur Balthazard.

La législation du viol, de l'outrage public et de l'attentat aux mœurs.

Le médecin légiste n'a pas à se préoccuper, d'une façon générale, des questions de droit, mais il est nécessaire cependant qu'il possède quelques notions succinctes de législation sur les sujets médico-légaux qui lui sont soumis. Il importe, en particulier, qu'il comprenne le pourquoi des questions qui lui sont posées par les tribunaux et qu'il emploie un langage dont les termes aient bien la signification que les juges eux-mêmes leur attribuent.

Je vous parlerai donc, aujourd'hui, de la législation du viol, de l'outrage public et de l'attentat à la pudeur, et surtout de l'esprit de cette législation. Il s'agit là de notions — plutôt juridiques que médicales — qu'il est utile au médecin de connaître.

L'ancien droit définissait les attentats aux mœurs : tous les actes qui constituent une immoralité. Il se glissait dans cette définition une idée religieuse qui visait à poursuivre le « péché ». Dans notre conception actuelle, on ne se préoccupe plus de punir le péché. Si la justice intervient maintenant dans ces cas, ce n'est pas pour agir vis-à-vis de la morale, mais pour défendre la société contre le mauvais exemple ou les attentats commis. C'est dans un but de défense sociale.

Avant la Révolution, s'inspirant de l'idée religieuse, on poursuivait le concubinage, la bestialité, l'inceste, le maquerellage, la sodomie, la bigamie, le viol. On poursuit encore la bigamie, mais à titre de danger social et non à titre de péché. On ne punit pas la sodomie, sauf si elle revêt un caractère de publicité ou d'attentat. On laisse vivre leur vie les individus qui pratiquent entre eux le coït anal s'ils y mettent la discrétion suffisante. Tant que le coït anal n'est pas commis avec violence, ou sur des mineurs, ou avec publicité, il reste indépendant de la justice.

Puisque la répression vise la défense sociale, elle n'intervient que si l'immoralité s'est manifestée par des actes matériels dont on possède la preuve. Ainsi, par exemple, voici un individu qui se rend dans un lieu public, à une station d'omnibus, un jour de pluie, je suppose, où les voyageuses relèvent leurs robes pour se protéger de la boue. Cet individu a des idées érotiques : c'est un acte immoral. Et cependant, s'il s'en tient là, et même s'il avoue ses idées érotiques, il ne sera pas inquiété. Un acte matériel est nécessaire pour cela.

Il faut, en plus, que l'acte en question ait causé un préjudice social en lésant le droit qu'a chacun d'être abrité de cette immoralité. Supposez un individu qui prend une fille publique et pratique avec elle le coït anal ; si elle est consentante, il n'y a aucun dommage social, l'acte bien entendu n'ayant eu aucune publicité. Le dommage social est établi par le fait de la publicité qui lèse chacun dans ses sentiments de pudeur, chacun n'étant pas obligé de subir la vue des actes en question. C'est seulement dans ces conditions spéciales que sont punis aujourd'hui la bestialité, la sodomie.

Les attentats aux mœurs sont divisés au point de vue pénal en 3 variétés : l'outrage public à la pudeur, l'attentat à la pudeur et le viol. Comment définir ces trois termes ? Quelles pénalités y sont attachées ?

Quelques notions, d'abord, de droit pénal. Notre organisation judiciaire comporte trois sortes de procédures criminelles : la simple police,

◆◆

la correctionnelle et la cour d'assises. Tout acte qui donne lieu à une répression s'appelle une infraction. On en distingue trois ordres, la contravention, le délit et le crime. La contravention est justiciable du tribunal de simple police. C'est une infraction qui peut donner lieu à une amende et à une peine légères, n'excédant guère 8 jours de prison. Le délit, qui se traduit devant le tribunal correctionnel, est une infraction pouvant comporter jusqu'à 5 ans de prison, sans préjudice de l'amende, s'il y a lieu. Le tribunal, composé de 3 juges, est déjà plus important. Le crime est une infraction passible d'une peine afflictive (mort, travaux forcés, réclusion) ou infamante (bannissement), cette dernière étant surtout d'ordre politique. Il est jugé par la cour d'assises. En somme, la qualité de l'infraction (contravention, délit, crime) et le tribunal qualifié pour en juger (tribunal de simple police, correctionnel, cour d'assises) sont définis surtout par la peine qui peut être appliquée. Les attentats aux mœurs étant, dans certains cas, passibles des travaux forcés, vous comprenez pourquoi ils sont soumis aux cours d'assises, tribunaux où, en raison de l'importance des pénalités, on a pris le plus de précautions. Cela ne veut pas dire que tout individu traduit en cour d'assises sera condamné à la réclusion. Non. D'abord, il pourra, il va sans dire, être acquitté. De plus, le jury pourra lui accorder des circonstances atténuantes.

Avec les circonstances atténuantes, la cour a droit d'abaisser la peine d'un degré (travaux forcés à temps au lieu de travaux forcés à perpétuité) ou même de deux degrés (réclusion au lieu de travaux forcés à perpétuité). Au début, le code Napoléon ne comportait pas de circonstances atténuantes : c'était la mort ou l'acquittement. Il en résultait que le jury, trouvant souvent la peine trop forte, acquittait fréquemment. Les circonstances atténuantes permettent aux magistrats de réduire la pénalité de 1 ou 2 degrés, allant parfois jusqu'à seulement un an de prison.

Quelles sont les pénalités prévues pour les attentats aux mœurs ? Le viol implique toujours la violence, l'attentat à la pudeur comporte ou non de la violence. Pour le viol, les peines prévues sont les travvaux forcés à temps. On a voulu défendre d'une façon particulière les femmes violées sans leur consentement, en tenant compte de la grossesse possible en pareil cas. Il est une catégorie de femmes plus spécialement exposées au viol : ce sont les jeunes filles violentées par des personnes de leur entourage. Le code prévoit pour cette catégorie de cas des peines plus graves. Lorsqu'il s'agit d'ascendants (on entend par là toute personne pouvant exercer un ascendant moral sur la jeune fille, un père, un instituteur, un prêtre, etc.), la peine est celle des travaux forcés à perpétuité. Le viol comporte donc comme condamnation maximum les travaux forcés à perpétuité ou à temps avec des atténuations de un ou deux degrés, s'il y a circonstances atténuantes.

L'attentat à la pudeur avec violence est puni de réclusion (avec les accessoires qu'elle comprend) ou, s'il s'agit d'un ascendant, des travaux forcés à temps.

Il est des cas où l'attentat à la pudeur a été commis sans violence et avec le consentement de la victime. Quand il s'agit d'un enfant, il y a encore dans ces conditions intérêt à ne pas le laisser impuni. Le législateur a admis qu'après 13 ans, l'attentat à la pudeur commis sans violence, avec le consentement de la victime, ne donnerait pas lieu à poursuites. Pour les mineurs de moins de 13 ans, cet attentat peut être frappé de réclusion ou, s'il s'agit d'un ascendant, des travaux forcés à temps. Pour ce qui concerne le viol, le législateur a prolongé l'âge mineur jusqu'à 15 ans. L'homme n'a pas le droit de pratiquer le coït avec une jeune fille de moins de 15 ans, même sans aucune violence et avec son consentement, celle-ci étant considérée comme ne pouvant pas donner son consentement. Lorsqu'il s'agit d'ascendants, l'âge est porté à 21 ans.

En raison des pénalités qu'ils comportent, le viol et l'attentat à la pudeur avec violence sont toujours traduits devant la cour d'assises. L'outrage public à la pudeur, punissable de 3 ans de prison au maximum, relève du tribunal correctionnel,

L'outrage public à la pudeur est un acte de nature à offenser la pudeur et il attteint ce but à la condition qu'il soit public. Un individu qui se masturbe seul dans sa chambre, par exemple, n'offense personne. Mais, si l'acte peut être vu ou s'il a été vu du public, s'il a été commis dans un urinoir, un jardin, un wagon de chemin de fer, un endroit librement accessible au public, en un mot, le délit commence. L'outrage public à la pudeur, en lui-même, donne peu matière à des considérations médico-légales. Ces manifestations exhibitionnistes se jugent surtout par témoignages.

Passons à l'attentat opposé, le viol. Quand celui-ci sera défini, nous arriverons par exclusion à l'attentat à la pudeur, en disant que tout acte de cet ordre qui n'est pas un outrage public à la pudeur ou un viol est un attentat à la pudeur.

Le viol est le coït pratiqué avec une femme non consentante, quel que soit le moyen employé pour y parvenir, force, ruse, terrorisation, soporifique. Il n'est pas nécessaire qu'une violence physique intervienne, il suffit que la femme n'ait pas donné son consentement normal. L'attentat à la pudeur est tout le reste. C'est

un outrage à la pudeur sur une personne non consentante. Il existe certains actes répréhensibles qui cependant ne sont pas qualifiés crimes. On voit, par exemple, dans les foules, certains jeunes gens entreprenants porter leurs mains sur les seins des passantes. Pour ne pas grossir ces faits à l'extrême, on a décidé de ranger ces petits attentats sous le nom de sévices légers, et de les faire juger par les tribunaux correctionnels qui ne prononcent guère alors que des amendes.

Un exemple d'attentat à la pudeur bien caractérisé est l'attouchement sur les petites filles avec les doigts ou la verge. Il est des individus qui, s'adressant à des petites filles de moins de 13 ans, se gardent bien de tenter un coït véritable ; ils font une sorte de coït externe qui, sauf cas plus douteux, ne peuvent pas être considérés comme viol. Ce qui caractérise le viol, c'est l'intromission ou la tentative d'intromission de la verge dans les organes génitaux. Le commencement d'intromission suffit et si l'individu est empêché d'aller jusqu'au bout, par une résistance, l'étroitesse du vagin par exemple, la pénalité prévue est la même.

A ce propos, les médecins légistes n'ont pas toujours parlé le véritable langage juridique. Ainsi, Thoinot dit que le viol comporte l'intromission de la verge, la possession de la femme. S'il n'y a pas intromission, ce serait un attentat à la pudeur. D'autres médecins légistes, Legrand du Saule, Brouardel, ont donné une définition analogue. Je l'ai écrit moi-même. Eh bien, juridiquement. ce n'est pas exact. Juridiquement, le viol est l'intromission de la verge dans les organes génitaux, et la tentative de viol est le commencement d'exécution non suivi d'effet, mais avec l'intention d'y parvenir. L'attouchement sans intention d'introduire la verge dans les organes génitaux est un attentat à la pudeur. Ce sont là des subtilités de langage, sans doute, mais utiles à connaître pour la rédaction d'un rapport médico-légal.

La défloration n'a rien à voir, d'une façon absolue, avec le viol, qui peut être accompli sur une vierge et aussi sur une non-vierge. De plus, la défloration est parfois effectuée autrement, avec le doigt par exemple : c'est un attentat à la pudeur, alors. Pour qu'il y ait viol, il faut que l'acte soit produit par la verge, s'accompagnant d'une éventualité de grossesse possible. La sodomie, même sur une femme avec violence, même sur une petite fille, est un attentat à la pudeur. D'autre part, le viol ne peut être commis que sur une femme. Lorsqu'une femme abuse de la faiblesse d'un jeune garçon pour pratiquer avec lui le coït (viol à rebours de Thoinot), il ne s'agit pas de viol. Le viol à rebours existe sans doute en fait, mais pas comme viol. Il est nécessaire aussi que la femme soit vivante. La nécrophilie, le coït pratiqué sur des femmes mortes, n'est pas du viol. Ce peut être un outrage à la pudeur s'il est vu. Sinon, en dehors de toute publicité, c'est un acte sans nom que le code n'a pas prévu et qui n'a pas de sanction. En pareil cas, je ne sais à quoi aboutirait une poursuite si elle était engagée : probablement à l'internement de l'individu dans un asile d'aliénés. De même, quand un individu déterre un cadavre féminin pour le violer (comme le vampire de Muy), il est punissable pour le délit de violation de sépulture, mais non pour viol. Presque toujours, il est vrai, la question se juge par l'asile d'aliénés.

Il n'y a pas de viol dans le mariage, même la femme non consentante. La femme mariée ne peut se plaindre de ce qui appartient au fait du mariage. Il en serait différemment du coït anal pratiqué sans consentement. Par contre, le viol est possible sur une femme depuis longtemps déflorée et même sur une prostituée. Toutefois, il va sans dire qu'une prostituée semblera mal venue de se plaindre si au dernier moment elle refuse le coït. De même, si une femme qui n'est plus une toute jeune fille commet des imprudences et accuse ensuite son partenaire de viol. Ce qui caractérise ces cas délicats et les juge, c'est l'intention criminelle.

Voici, par exemple, une femme coquette qui se livre à des imprudences, verbales, écrites ou autres. Un homme peut croire qu'elle est consentante. Ses connaissances en psychologie féminine lui ont appris que, assez souvent en pareille circonstance, la femme, même consentante, ne cède qu'après une légère violence, pour ne pas avoir l'air de se donner trop vite, trop facilement. Il importe donc, alors, de savoir non seulement si la femme n'était pas consentante, mais encore si, dans les éventualités de ce genre, l'individu a eu l'intention d'agir sans le consentement de la femme. On puisera dans les imprudences de celle-ci les éléments d'appréciation.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Les dysenteries

On donne le nom de syndrome dysenterique à un ensemble de symptômes comprenant : des douleurs intestinales, des épreintes, du ténesme, et l'émission de selles caractéristiques, glaireuses et sanguinolentes. Ce syndrome peut être réalisé par des causes diverses et l'on doit distinguer, à côté d'états dysentériformes, deux formes distinctes de dysenterie, ou plutôt deux dysenteries : la dysenterie bacillaire, due à un microbe, le bacille dysentérique de Chantemesse et Widal, et la dysenterie amibienne, due à un protozoaire, l'*Amœba histolytica.*

A. *Dysenterie bacillaire.*

Les classiques opposent, au point de vue étiologique, la dysenterie bacillaire, maladie des pays tempérés, à la dysenterie amibienne, maladie des pays chauds, tout en reconnaissant que cette distinction ne présente pas un caractère absolu. Cette réserve s'impose plus encore depuis que la dernière guerre a montré la possibilité du développement de la dysenterie amibienne sous notre climat.

La dysenterie bacillaire est une affection contagieuse et épidémique, dans la propagation de laquelle l'infection du sol joue un rôle important, le germe pouvant être disséminé par des sujets atteints de diarrhée d'apparence non spécifique, ou même par des porteurs sains. Le refroidissement, une alimentation défectueuse (conserves, crudités, aliments grossiers), ou insuffisante, sont autant de causes qui favorisent le développement de la dysenterie, ainsi que toutes les causes de débilitation : surmenage, alcoolisme, maladies antérieures. Aussi, cette dysenterie s'est-elle toujours montrée fréquente dans les armées en campagne.

Le *bacille dysentérique* est un bâtonnet court, de 1 à 3 μ. de longueur, arrondi aux extrémités, immobile, ne prenant pas le gram. On le trouve dans les selles du malade, surtout pendant la première semaine de l'affection. Il a été découvert en 1888 par Chantemesse et Widal. Depuis lors, Shiga, Hiss, Flexner, Strong, ont décrit des races différentes du même bacille ; pendant la guerre d'autres auteurs en ont rencontré de nouvelles, et Ravaut pouvait écrire en 1916 : « Il est troublant pour le diagnostic de la dysenterie bacillaire, et surtout pour son traitement sérothérapique, de voir se multiplier chaque jour le nombre des bacilles dysentériques ». Le bacille de la dysenterie cultive sur divers milieux et ses cultures présentent le phénomène de l'agglutination sous l'action du sérum de dysentérique.

Nous serons bref sur les lésions de la dysenterie bacillaire, et nous rappellerons seulement qu'elles consistent essentiellement en ulcérations siégeant principalement sur le gros intestin.

La dysenterie bacillaire, dans sa forme classique, débute assez brusquement, après une incubation de 24 à 48 heures, par quelques douleurs abdominales, parfois accompagnées de vomissements, par de la diarrhée, par une élévation modérée de la température. Au bout d'un jour ou deux, apparaissent les symptômes dont l'ensemble constitue le syndrome dysentérique.

Les *selles* sont constituées par des mucosités ressemblant, suivant les comparaisons classiques, à du frai de grenouille, à du blanc d'œuf cru, ou encore, lorsqu'un peu de sang vient les teinter, à des crachats de pneumonique ; elles contiennent aussi du sang pur, des fausses membranes courtes ressemblant assez bien, dit Trousseau, à du riz crevé, ou bien des débris de muqueuse intestinale, véritable raclure de boyaux. Enfin, elles peuvent avoir l'aspect d'une sérosité brunâtre ou rougeâtre, très fétide, « lavure de chair ». Au milieu de ces déjections, on peut voir des matières fécales moulées, plus ou moins dures, parfois de véritables scybales, ce qui fait dire à Trousseau que « la véritable dysenterie devrait être plutôt rangée parmi les maladies qui resserrent le ventre. » Les selles dysentériques sont rendues en petite quantité chaque fois, mais avec une grande fréquence : 10 à 20 selles par jour sont des chiffres moyens, mais on peut voir des malades aller 50, 100 et jusqu'à 200 fois à la garde-robe dans les 24 heures, ce qui fait, qu'en définitive, la quantité totale des déjections peut atteindre plusieurs litres.

De violentes *douleurs* sur le trajet du gros intestin précèdent ou accompagnent les évacuations. Le malade éprouve aussi de faux besoins (épreintes), lesquels se compliquent d'une sensation très pénible de constriction anale (ténesme), alors que l'anus, loin d'être contracté, est au contraire largement béant, par suite de la muqueuse rectale boursouflée et rouge, parfois procidente.

L'examen de l'abdomen le montre excavé, douloureux à la pression, surtout sur le trajet des côlons. L'état général est plus ou moins touché suivant les formes. La fièvre est en général peu élevée ; parfois, la température reste normale ; en tout cas, elle ne dépasse guère 39°. Les urines sont rares, il existe du ténesme vésical. La voix est éteinte et cassée. Le malade éprouve des crampes douloureuses dans les membres.

L'évolution de la dysenterie bacillaire est plus ou moins rapide. Dans les cas graves, l'état général va s'altérant de plus en plus : le teint devient terreux, les traits se tirent, les yeux s'excavent, les extrémités se refroidissent, le pouls devient petit et dépressible, et le malade succombe dans le collapsus. D'autres fois, ce sont des phénomènes typhoïdes qui dominent cette scène finale : température élevée, prostration, soif, langue sèche et recouverte de fuliginosités. Dans les cas favorables, ou bien sous l'influence du traitement sérothérapique, la guérison survient, annoncée par l'amélioration progressive de l'état général, et par la transformation des selles qui redeviennent bilieuses et fécales. Il est rare que l'on observe le passage à la chronicité.

On décrit à la dysenterie bacillaire un certain nombre de *formes cliniques*. Certaines se définissent d'elles-mêmes (forme bénigne, ataxo-adynamique, typhoïde, inflammatoire) ; il nous paraît inutile d'y insister. Plus intéressantes sont les *formes larvées*, dont le diagnostic clinique est malaisé, car le syndrome dysentérique

fait ici défaut ; il s'agit de diarrhées en apparence banales, mais de durée anormale (deux ou trois semaines), et s'accompagnant d'une assez grande altération de l'état général. Ces formes larvées sont depuis longtemps connues, mais les travaux que les dysenteries ont suscités pendant la dernière guerre les ont mises de nouveau en évidence et les auteurs ont insisté sur leur fréquence au cours de la campagne. Le diagnostic de ces formes repose sur l'agglutination et les résultats de la sérothérapie. La *forme bilieuse* se caractérise par la congestion du foie, le subictère, le caractère bilieux des matières fécales et des vomissements ; la *forme hémorrhagique*, par les entérorrhagies abondantes, les hémorrhagies gingivales et nasales, les pétéchies, le purpura.

Dans la *forme gangréneuse*, les selles sont roussâtres, verdâtres, très fétides, les troubles fonctionnels et généraux très marqués. Il existe une *forme rectale*, plus douloureuse que grave. Enfin, la *forme chronique* est à rapprocher des formes larvées que nous avons décrites plus haut, en ce sens que le syndrome dysentérique fait souvent défaut, ou n'apparaît que de temps à autre, alternant avec des phases de diarrhée d'apparence banale.

En dehors des hémorrhagies, que nous avons déjà signalées, la dysenterie bacillaire peut présenter diverses *complications*, dont les plus importantes sont les arthrites et synovites (pseudo-rhumatisme dysentérique). Elles peuvent atteindre plusieurs jointures ou une seule, le genou de préférence; dans le premier cas, elles sont généralement sèches et fugaces, dans le second, elles s'accompagnent d'épanchement et la durée en est plus longue. L'abcès du foie est exceptionnel dans la dysenterie bacillaire pure. Rares également sont la péritonite, les paralysies (hémi, para, mono ou quadriplégie), les broncho-pneumonies, parotidites, épididymites, otites, artérites, phlébites, néphrites, etc. Une complication intéressante de la dysenterie bacillaire et dont la notion est récente, c'est *l'insuffisance surrénale*, étudiée en 1915 par Remlinger et Dumas, Oppenheim et Loeper. Ces derniers auteurs en distinguent quatre formes : 1° une forme suraiguë, à type *cholériforme*: algidité, collapsus, faciès péritonéal, refroidissement des extrémités; l'autopsie montre des lésions de surrénalite à type hémorrhagique ; 2° une forme grave, caractérisée par l'abattement, la prostration extrême, l'adynamie, quelle que soit d'ailleurs l'intensité des symptômes intestinaux ; des vomissements alimentaires s'observent parfois, ainsi que des douleurs lombaires et coliques ; le pouls est faible et rapide, la tension artérielle abaissée ; on observe la raie blanche abdominale ; enfin l'origine surrénale de ces accidents est démontrée par les bons effets de l'adrénaline et de l'opothérapie surrénale ; 3° dans la forme moyenne, les symptômes intestinaux restent au premier plan, mais l'asthénie, la prostration, la petitesse du pouls et l'hypotension artérielle décèlent l'insuffisance capsulaire ; 4° dans la forme légère enfin, tout se borne à ces deux signes : asthénie et hypotension.

B. *Dysenterie amibienne.*

Considérée autrefois comme à peu près spéciale aux pays chauds, où elle existe à l'état endémique, la dysenterie amibienne s'est montrée assez fréquente en France pendant la guerre ; non seulement on y a vu des dysenteries amibiennes importées par les troupes coloniales, blanches ou de couleur, et propagées aux troupes métropolitaines, mais on a pu constater des cas autochtones (Ravaut, Cade et Vaucher). A côté de ce fait nouveau, il convient de mettre en lumière la possibilité, signalée également par Ravaut, de l'association, sur le même malade, des deux dysenteries, l'amibienne et la bacillaire. Dopter, Darier, avaient déjà mentionné cette association aux colonies, à Saïgon notamment.

Quoi qu'il en soit, la dysenterie amibienne est favorisée dans son développement, comme la dysenterie bacillaire. par toutes les causes d'affaiblissement de l'organisme : refroidissement, surmenage, mauvaise alimentation ; elle trouve également un terrain particulièrement favorable chez les individus infectés de paludisme.

Le parasite de la dysenterie amibienne est un protozoaire, l'*amœba histolytica* de Schaudinn. L'amibe se reconnaît « à ses grandes dimensions qui dépassent celles des leucocytes qui l'entourent, à ses pseudopodes, à la distinction très nette entre son ectoplasma très réfringent et son endoplasma bourré de globules rouges, à son noyau central petit, peu distinct, à sa mobilité très grande » (Martinet). L'amibe se trouve dans les matières fécales, mais non d'une manière constante. Le *kyste amibien*, forme évolutive du parasite, s'y trouve au contraire en permanence. Sa recherche est donc capitale pour le diagnostic. Les kystes se présentent sous la forme de sphères, avec une enveloppe à double contour, renfermant de 1 à 4 noyaux (jamais plus de 4), ainsi que des agglomérations de gros bâtonnets réfringents. Les dimensions du kyste amibien sont en moyenne de 10 μ. de diamètre, ne dépassant jamais 14 μ. (le globule rouge mesure 8 μ.).

Les lésions de la dysenterie amibienne sont plus limitées, mais plus profondes que celles de la dysenterie bacillaire. Les follicules clos, d'abord tuméfiés et saillants, deviennent le siège d'abcès qui, en s'ouvrant, donnent naissance à des ulcérations profondes à fond sanieux. Le foie est fréquemment touché par la dysenterie amibienne: on connaît l'importance des grands abcès dysen-

◆◆◆

tériques dont cet organe est le siège, et que nous ne pouvons que rappeler ici.

La dysenterie amibienne donne lieu à des *symptômes* analogues à ceux de la dysenterie bacillaire. Mais la marche de la maladie est plus longue et plus torpide, elle affecte des allures chroniques, durant des mois et des années. Au cours de cette évolution, on note des alternatives de diarrhée d'apparence banale et de syndrome dysentérique ; des poussées aiguës ou subaiguës surviennent de temps à autre. Les douleurs sont plus atténuées que dans la dysenterie bacillaire, la température reste souvent normale. Ravaut a insisté sur la fréquence des formes larvées, souvent méconnues et pour le diagnostic desquelles la recherche des kystes amibiens est de haute importance. Ces formes se caractérisent par l'émission de matières abondantes, molles, pâteuses (en « bouse de vache »), quelquefois glaireuses ; les phénomènes subjectifs se bornent à de la lourdeur épigastrique, des coliques au moment des digestions, de la sensibilité du côlon à la palpation. L'insuffisance surrénale peut être observée au cours de la dysenterie amibienne.

Celle-ci, dans sa forme classique des pays chauds, aboutit à la longue à la cachexie, le malade maigrit, la peau se dessèche et prend la « patine du bronze », des escarres se montrent et la mort survient dans 80 % des cas. La complication principale de la dysenterie amibienne est l'*abcès du foie* que nous ne pouvons que signaler.

C. *Diagnostic et traitement des dysenteries.*

Le problème diagnostique qui se pose à propos des dysenteries peut se ramener à ces deux questions :

1° S'agit-il d'une dysenterie ; 2° à quelle dysenterie, bacillaire ou amibienne, a-t-on affaire ? En ce qui concerne la première question, il existe toute une série d'états dysentériformes dus à des causes très diverses : lésions inflammatoires ou spécifiques de l'intestin, intoxications, infections, etc., sans parler des affections cataloguées dysenteries et qui ne sont dues ni au bacille dysentérique, ni à l'*amœba histolytica*, mais à des spirilles, au *lamblia*, au *trichomonas*, ou enfin aux helminthes. Il convient en outre d'avoir toujours présente à l'esprit l'existence des formes larvées, la notion de la possibilité du développement de la dysenterie amibienne dans nos climats, ainsi que des associations amibo-bacillaires. Cela étant, si, dans les cas tranchés, il sera assez facile de faire un diagnostic d'après les seules données cliniques, on devra néanmoins toujours avoir recours aux examens de laboratoire. La dysenterie amibienne se reconnaîtra ainsi par la présence des kystes amibiens dans les selles. Pour la dysenterie bacillaire, on aura recours au séro-diagnostic : le sérum des malades atteints de cette affection agglutine en effet les cultures du bacille, et cette réaction se produit vers le 8e ou 10e jour de la maladie. Notons que les recherches faites pendant la guerre semblent avoir amené les auteurs à faire quelques réserves sur la valeur du séro-diagnostic. Quoi qu'il en soit, le laboratoire aura encore d'autres moyens d'investigation à sa disposition. Ce sont les cultures, la recherche dans le sérum du malade de la réaction de fixation du complément, l'inoculation intra-rectale, chez le chat, de mucosités amibifères, et la formule leucocytaire : polynucléose dans la dysenterie bacillaire, éosinophilie dans l'amibiase.

Nous ne pouvons ici qu'indiquer les grandes lignes du traitement des dysenteries, ou du moins, qu'insister sur les médications spécifiques, laissant de côté le traitement symptomatique, qui est banal.

La dysenterie bacillaire, affection aiguë le plus souvent, commande le régime lacté exclusif, l'administration du sulfate de soude ou du calomel, et surtout la sérothérapie. Le sérum antidysentérique doit être administré à des doses variables suivant la gravité de l'affection : 20 à 80 et même 100 centimètres cubes comme dose initiale, que l'on répétera une ou plusieurs fois en la diminuant progressivement, jusqu'à ce que les troubles intestinaux s'amendent. Pour éviter ou atténuer les accidents sériques, Netter recommande de faire ingérer au malade, le jour de l'injection et les deux jours suivants, 2 à 3 grammes de chlorure de calcium.

Dans la dysenterie amibienne, le régime consistera dans le lait, les œufs, les bouillons, le jus de viande, les pâtes, les féculents ; la médication, en des injections hypodermiques ou intra-musculaires de chlorhydrate d'émétine : 4 à 6 grammes matin et soir. Ravaut y associe les injections d'arséno-benzol.

A. CHABANON.

A TRAVERS LA PRESSE

Des incontinences d'urine chez les enfants et de leur traitement.

Très complète et très lumineuse étude d'un sujet qui met souvent le praticien dans l'embarras, quand il rencontre des enfants incontinents dans sa pratique.

M. A. DUFOURT, à qui nous en sommes redevable (*L'Hôpital*, septembre 1920 B), élimine tout d'abord les incontinences symptomatiques, celles qui accompagnent les lésions médullaires (myélites, mal de Pott, spina bifida), celles qui procèdent d'un réflexe (adhérences balano-préputia-

les, phimosis, hypo et épispadias, polypes du rectum, oxyures), celles qui marquent le début de la tuberculose, celles encore qui sont en rapport avec un réflexe à point de départ sciatique, avec les pieds plats, avec l'épilepsie, celles enfin qui dérivent de la paresse de l'enfant, de son éducation défectueuse, de sa pusillanimité, de ses peurs nocturnes, etc.

Les incontinents essentiels se classent en trois types. Le premier type comprend des enfants à lourde hérédité nerveuse, eux-mêmes dégénérés, pervertis, hyperexcitables, pollakiuriques diurnes, et parfois incontinents diurnes également. Ces enfants ont un sommeil très profond dont il est difficile de les tirer. En outre, ils sont presque toujours en érection. Leur incontinence subit des rémissions spontanées, ou sous l'influence d'une fièvre infectieuse. En grandissant, ils deviennent onanistes et impuissants. Il y a chez eux hyperexcitabilité du muscle vésical et du centre vésical médullaire.

Le deuxième type comprend des incontinents de jour et de nuit par atonie du sphincter strié.

Le troisième type comprend des incontinents qui ne sont en réalité que des rétentionnistes par spasme de l'urèthre postérieur et du sphincter strié.

Ceci étant connu, aux hyperexcités, on prescrira la belladone en pilules d'extrait données le soir, et dont on augmente la dose jusqu'à 0,15 et même 0,20, en surveillant la limite de la tolérance du sujet. Le sulfate neutre d'atropine a des partisans, de même que l'antipyrine.

Aux atones, on ordonnera les excitants, la strychnine dont on peut administrer jusqu'à 0,01 par jour si le médicament est bien supporté. L'ergot de seigle et le rhus aromaticus ont été également recommandés.

A ce traitement médicamenteux, on adjoindra les moyens mécaniques suivants : lavements très chauds le soir, et dilatation au béniqué du sphincter des contractures rétentionnistes.

Les courants galvaniques à haute intensité auraient une influence favorable.

Enfin, l'auteur énonce les trois traitements chirurgicaux suivants : la ponction lombaire, généralement infructueuse ; les injections rétrorectales de 100 à 200 gr. de sérum artificiel, et surtout les injections épidurales, efficaces surtout dans les cas d'atonie du sphincter.

Un traitement général et une excellente hygiène sont en outre indispensables : hydrothérapie, toniques généraux, cures hélio-marines, vie calme, exempte de fatigues et d'émotions, etc.

Ces différents moyens ne réussissent pas partout et toujours et il est des cas qui sont rebelles à tout traitement ou qui récidivent avec une facilité désespérante.........

De l'avenir des néphrectomisés.

Dans quelle mesure un sujet à qui l'on a enlevé un rein se trouve-t-il diminué, et quels risques plus grands court-il que le porteur de deux reins sains ?

Telles sont les questions que pose M. ANDRÉ (*Rev. méd. de l'Est*, 15 septembre 1920) et qu'il résoud de la façon la plus rassurante pour l'avenir des néphrectominés, le pronostic éloigné restant nécessairement lié à la nature de l'affection qui aura motivé l'intervention radicale.

Dans les cas de néphrectomies pour traumatisme, le rein laissé en place étant normal s'hypertrophiera par compensation, et fonctionnera d'une façon équivalente à deux reins.

Si l'opération a été commandée par une tumeur maligne, la récidive à bref étant la règle, les malades n'ont qu'une courte survie.

Quand l'ablation du rein a été faite pour une affection inflammatoire : pyonéphrose, lithiase rénale, tuberculose rénale, si le rein subsistant est tout à fait sain, l'auteur affirme que les sujets ainsi traités ne présentent pas de fragilité plus grande que les sujets porteurs de leurs deux reins.

« Le néphrectomisé dont l'autre rein est sain,
« ou tout au moins s'il a été légèrement touché,
« a pu guérir par un traitement approprié, reste
« capable dans la suite, de vivre comme tout le
« monde, de mener même une existence active
« sans être soumis à des précautions spéciales
« et peut supporter le travail, voire même la
« fatigue aussi bien que l'individu qui possède
« ses deux reins. »

L'auteur estime, d'autre part, que le néphrectomisé peut faire les frais d'une maladie infectieuse aussi bien que le sujet normal, l'hypertrophie compensatrice du rein demeuré en place assurant une dépuration urinaire comparable à celle de l'ensemble de deux organes.

De même, il peut supporter des opérations chirurgicales, avec anesthésie chloroformique.

De même encore, les femmes néphrectomisées peuvent parfaitement bien faire les frais d'une grossesse : c'est dire que le mariage ne leur est pas interdit, à condition nécessairement que l'appareil urinaire privé d'un rein ne présente aucune trace de lésion tuberculeuse.

M. André illustre son exposé du résumé d'un grand nombre d'observations qu'il a recueillies personnellement et dont quelques-unes sont particulièrement démonstratives, en ce qu'elles ntéressent des sujets néphrectomisés qui ont pu supporter les fatigues et les dangers de la guerre.

Les doses suffisantes en thérapeutique iodée.

M. BOUDREAU est le grand protagoniste du traitement de la tuberculese pulmonaire par l'iode. Dans une note récente, il insiste de nouveau, avec

observation à l'appui, sur la nécessité, pour obtenir un résultat satisfaisant, de procéder par doses considérables, par rapport à ce qu'il est d'usage de prescrire, sans avoir à craindre aucun des inconvénients de cette médication. C'est ainsi qu'il a pu faire prendre par jour jusqu'à 4800 (dix-huit cents) gouttes de teinture d'iode à un tuberculeux pulmonaire qui a présenté ensuite les apparences de la plus parfaite guérison.

« L'efficacité de la thérapeutique iodée dans « les cas graves repose essentiellement sur l'im« portance des doses employées. Cet emploi « doit être doucement progressif, fractionné au « maximum et suivi avec un soin attentif. » (*Journ. de méd. de Bordeaux.*, 25 septembre 1920).

G. D.

THÉRAPEUTIQUE

Un nouveau traitement de la constipation habituelle.

Depuis la guerre, ayant repris mes travaux sur la réflexothérapie, j'ai été frappé des excellents effets que j'observais dans la constipation habituelle par la « réflexothérapie vertébrale ».

Mon attention a donc été attirée de ce côté, et comme, par ailleurs, je cherchais des applications faciles, pouvant mettre en évidence l'action réelle de la réflexothérapie, j'ai perfectionné mon effort dans ce sens et je crois très intéressant de communiquer les résultats obtenus.

Au début, en suivant les données d'Abrams, il y avait lieu de classer les constipations essentielles en trois groupes bien caractérisés, celui des entérites spasmodiques, celui des entérites atoniques et celui des entérites mixtes. Les premières relevant des dernières vertèbres dorsales, les secondes des premières vertèbres lombaires, et les troisièmes des deux.

Aujourd'hui, l'expérience nous a montré que ces distinctions d'allure scientifique sont en réalité artificielles, et qu'en tout cas, les choses se passent au point de vue des effets comme s'il n'y avait pas de spasme sans un peu d'atonie et d'atonie sans un peu de spasme. Depuis une année que nous avons adopté ce principe, nous n'avons observé aucun échec de ce traitement de la constipation, même quand cette fâcheuse affection remonte à l'enfance.

Plusieurs objections se présentent à l'esprit quand il s'agit d'attirer l'attention des médecins sur un nouveau traitement de la constipation. La première est celle du traitement de la cause. Il est certain que nous ne parlons ici que de ce qu'on nous permettra d'appeler les constipations sans cause, c'est-à-dire sans cause connue bien entendu.

Une deuxième objection est celle de l'importance des habitudes du malade lui-même dans sa guérison. La constipation est une affection des paresseux et des étourdis et disparaît quand on veut bien se donner la peine de rééduquer son intestin. A celle-là nous répondrons : 1° que cela prouve qu'en général la constipation n'est pas si difficile à guérir qu'on le croirait, et 2° qu'il y a cependant des formes terribles, tenaces, et c'est celles-là qui nous intéressent tout particulièrement, car elles font le désespoir du médecin de la famille, et de la famille elle-même par la fâcheuse répercussion de ces constipations sur l'état général du malade.

Enfin, on peut nous objecter que la constipation se guérit très bien par la physiothérapie, spécialement le massage abdominal, la réflexothérapie nasale ou méthode de Bonnier, et tant de médicaments, comme le disent les prospectus, que l'on ne voit pas le besoin d'avoir un nouveau traitement de la constipation.

A cette dernière objection, nous répondrons qu'il s'agit surtout de la persistance des effets. Cette persistance est indéniable pour les heureux résultats obtenus par les cautérisations minimes de la pituitaire (Bonnier. Réflexothérapie nasale) ; mais cette méthode est loin d'agir dans tous les cas. Quant aux résultats de la physiothérapie, ils se maintiennent tant que se maintient l'effet sur l'état général, c'est-à-dire qu'il est bon de continuer ce traitement tout le temps.

La comparaison des effets obtenus par ces deux méthodes est très intéressante, au point de vue scientifique et pratique. Ainsi, un masseur expert provoquera facilement une selle après une séance de massage abdominal. C'est à titre absolument exceptionnel qu'on observera une selle après la première séance de réflexothérapie vertébrale. Par contre, si au bout de quelques séances de massage, on arrête le traitement, les effets aussi disparaissent, tandis qu'ils durent encore quelque temps après l'interruption de quelques séances de réflexothérapie vertébrale. Quand le traitement a été suivi régulièrement, il semble définitivement acquis pour les personnes traitées pendant un mois ou six semaines, trois séances par semaine.

Il est à remarquer que ce résultat est obtenu par la réflexothérapie vertébrale sans aucun médicament, sans aucun régime, sans toucher au ventre, en agissant exclusivement sur les centres médullaires. Cette action indirecte cause un peu de retard dans les résultats, mais aussi une heureuse accumulation des effets thérapeutiques obtenus.

Cette action sur les centres médullaires peut être facilement obtenue par la percussion des vertèbres, mais cette manière d'agir est un peu douloureuse et insuffisante si le malade ne permet pas qu'on le percute avec assez d'énergie ;

aussi, à l'instar d'Abrams, préférons-nous le courant sinusoïdal rapide, dont l'application est seulement au début un peu désagréable.

A part cela, sans l'ombre d'un inconvénient et au contraire avec les meilleurs retentissements sur l'état général, il se produit dès la 3e ou 4e séance, des selles absolument normales, mais pas encore d'une façon continue. En continuant le traitement, celles-ci se régularisent, deviennent plus abondantes et quotidiennes. Quand la régularité a été établie, ce qui arrive au bout de 4 à 6 semaines, on peut sans aucun inconvénient arrêter le traitement ; la guérison de la constipation habituelle est obtenue définitivement.

Nous nous sommes étendu sur cette question, car nous croyons avoir trouvé une preuve grossière, mais indéniable, de la réalité des actions mises en jeu par la réflexothérapie.

Dr Helan Jaworski.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Les rapports entre le cancer et les tourbières.

(M. Patein. — *Académie de médecine.*)

Pour répondre à une question posée par M. Cauvin, président de la commission extra-parlementaire de la tourbe, l'Académie, après enquête spéciale, a adopté les conclusions suivantes du rapporteur de la commission du cancer, M. Patein :

« Certains sous-produits retirés de la houille, tel que le brai et les goudrons, possèdent des propriétés irritantes et contiennent des principes toxiques capables de provoquer, chez les ouvriers qui les manipulent, des lésions cutanées. Celles-ci seront susceptibles de devenir le point de départ d'affections carcinomateuses ; mais ces accidents ne s'observent pas chez les mineurs qui se livrent exclusivement à l'extraction du charbon.

« La tourbe ne sert pas à l'extraction de dérivés tels que ceux qu'on retire de la houille. L'observation clinique ne démontre pas, jusqu'ici, qu'elle soit par elle-même capable de provoquer des affections carcinomateuses et que sa simple extraction, fût-elle même intensifiée par l'ouverture de nouvelles tourbières, sera suivie d'une recrudescence de néoplasmes. »

Traitement des pleurésies purulentes aiguës,

(M. Maurice Renaud. — *Société méd. des hôpitaux.*)

M. Maurice Renaud envisage le traitement des pleurésies purulentes aiguës à leur période de début. Il condamne, à ce moment, la thoracotomie hâtive, qui n'est pas sans inconvénient pour les lésions pulmonaires sous-jacentes à la pleurésie, lésions encore à l'état d'acuité. Le dogme de l'opération précoce et large dans les pleurésies purulentes aiguës, classique jusqu'à ces toutes dernières années, n'a plus et ne doit plus avoir cours, dit-il.

M. Moutard-Martin estime qu'il faut tenir compte de la nature de la pleurésie purulente. L'ouverture hâtive de la plèvre, dans la pleurésie purulente *métapneumonique*, du moins chez l'adulte, procure de bons résultats.

Erreurs de diagnostic avec l'encéphalite léthargique,

(MM. N. Fiessinger et H. Janet. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. N. Fiessinger signale trois observations où le diagnostic d'encéphalite léthargique fut porté par erreur, l'évolution morbide ultérieure ayant rectifié le diagnostic. Il s'est agi, dans un premier cas, d'une hémorragie méningée ; dans un second cas, de sarcomatose diffuse et dans un troisième cas, de granulie généralisée avec tuberculose cérébrale.

MM. Guillain et Léchelle relatent, à titre de curiosité, l'histoire d'une malade ayant présenté des phénomènes dits hystériques ou pithiatiques, phénomènes qui ont pu, durant quelques heures, laisser supposer l'existence d'une encéphalite léthargique.

M. Sicard remarque que l'encéphalite épidémique, maladie très polymorphe, surtout dans ses modalités monosymptomatiques, se prête beaucoup aux erreurs de diagnostic. On risque, alors, ou de méconnaître l'encéphalite, ou de lui rapporter des maladies qui la simulent. La littérature, déjà si riche, de l'encéphalite épidémique peut comprendre encore des associations avec d'autres états morbides, ce qui rend la situation clinique particulièrement complexe. M. Sicard a observé des encéphalites épidémiques apparaissant au cours d'un tabès et d'un goitre exophtalmique. Le processus tabétique et l'évolution basedowienne ne semblent pas avoir été aggravés.

Scapulectomie dans le traitement des fistules thoraciques.

(M. Dartigues. — *Société des chirurgiens de Paris*

L'auteur rapporte le cas d'un blessé par une balle Mauser qui avait traversé le thorax, de la région sus-claviculaire à la partie moyenne de l'omoplate. Ce blessé présentait une fistule avec suppuration abondante, et état général très précaire.

M. Dartigues fit la résection du tiers interne de la partie sous-épineuse de l'omoplate, qui permit de réséquer la partie postérieure de la 3e côte, d'arriver sur le foyer pleural et de drainer de la région sus-claviculaire à la partie postérieure du thorax, le drain traversant la base du cou, le dôme pleural et la paroi thoracique.

Migration dans la vessie de fils de suture.

(M. Georges Luys. — *Soc. des chirurgiens de Paris.*)

M. Luys relate deux observations de fils de suture

placés à distance ayant migré dans la vessie et dont il a pratiqué l'extraction par les voies naturelles.

Dans le premier cas, un homme avait été opéré de hernie inguinale et le chirurgien, ayant accidentellement ouvert la vessie, l'avait suturée avec un fil de soie. Ce fil, tombé secondairement dans la cavité vésicale, avait déterminé la production d'un calcul phosphatique 4 mois après l'opération.

Dans le deuxième cas,il s'agissait d'une femme qui, ayant subi l'hystérectomie abdominale totale un an auparavant, présentait un calcul phosphatique de la vessie secondaire à la présence d'un fil incrusté dans la paroi vésicale.

Les fils en question furent enlevés par les voies naturelles.

M. Le Fur a vu une anse volumineuse de soie de 30 centim., posée au cours d'une hystérectomie abdominale, migrer, plusieurs mois après, au niveau de la vessie, où elle provoqua une cystite intense. Cette anse fut enlevée par cystoscopie à vision directe. L'auteur a observé plusieurs exemples de volumineux calculs vésicaux développés autour de soies ou de catguts émigrés dans la vessie.

M. Léo rapproche les faits précédents de l'élimination des surjets de soie par la lumière des gastro-entérostomies faites à la soie. Pour son compte, depuis dix ans, il n'emploie, aussi bien en chirurgie intestinale que gastrique, que le catgut.

Reconstitution des ligaments de l'articulation du genou.

(M. Dupuy de Frenelle.— *Soc. des chir. de Paris.*)

M. Dupuy de Frenelle expose l'observation d'un jeune homme de 18 ans atteint d'un genou ballant, suite d'une paralysie infantile. Il rendit à ce genou la solidité, tout en lui conservant sa modalité par l'opération suivante : reconstitution d'un ligament croisé antérieur à l'aide du tenseur fascia lata auquel il fit traverser le condyle interne pour le fixer sur le 3e adducteur ; reconstitution d'un ligament croisé postérieur à l'aide du demi-tendineux, et reconstitution de deux ligaments latéraux à l'aide d'un volumineux tendon de veau auquel il fit traverser en boucle le condyle externe du fémur et du tibia.

Un cas de tuberculose mammaire.

(M. Le Fur. — *Soc. des chir. de Paris.*)

M. Le Fur communique l'observation d'une femme de 44 ans ayant présenté en 1894 un abcès tuberculeux du sein droit diagnostiqué par Lucas-Championnière et qui guérit à la suite d'une seule ponction avec injection d'huile iodoformée.

Vingt ans après la malade eut, en même temps qu'une tuberculose rénale gauche, une récidive d'abcès tuberculeux du sein droit, qui nécessita l'amputation. La pièce enlevée montrait un volumineux kyste à parois lisses et un kyste moins volumineux nettement caséeux. Peu de ganglions axillaires. Quatre ans plus tard, la guérison se maintenait.

Obstruction intestinale par calcul biliaire.

(M. Mauclaire. — *Société de chirurgie.*)

M. Mauclaire montre un calcul provenant d'un malade de 65 ans, entré dans son service avec des symptômes d'occlusion intestinale remontant à 4 ou 5 jours.

La laparotomie révéla l'existence d'un calcul arrêté dans le grêle à six centimètres environ du cæcum. L'entérotomie permit l'ablation facile du calcul, mais le malade succomba ultérieurement. Le calcul mesurait 5 centimètres sur 25 millimètres dans les deux autres sens. La radiographie établit que ce calcul était peu visible sur la plaque, malgré les points calcaires multiples de sa surface. La plupart des radiographes pensent que les calculs biliaires, pour être bien visibles sur plaque, doivent contenir 20 à 25 % de produits calcaires. Un calcul restant longtemps dans le grêle pourrait se recouvrir d'une assez grande quantité de sels calcaires et devenir visible sur une radiographie pratiquée sur le sujet lui-même.

A propos des épilepsies traumatiques.

(M. Lecène. — *Société de chirurgie.*)

M. Lecène, revenant sur une discussion antérieure relative aux épilepsies traumatiques, apporte une observation concernant un blessé de guerre atteint d'épilepsie traumatique guérie par une intervention chirurgicale de minime importance, sans complication de prothèses ni d'autoplastie.

Les avis sur l'opportunité de l'opération en pareils cas étant partagés, cette observation vient à l'appui de l'opinion favorable à l'intervention.

MATIÈRE MÉDICALE MODERNE

La scrofule dans la nosologie moderne. Une synergie médicamenteuse.

L'évolution rapide des sciences médicales, à laquelle nous assistons depuis une vingtaine d'années, a brisé les cadres de l'ancienne nosologie. Les conceptions physio-pathologiques relatives aux néphrites, en honneur au commencement de ce siècle, ont fait place aux doctrines modernes, dont nous sommes redevables notamment à Widal et à Castaigne. Les cardiopathies, sous l'effort des Vaquez, des Lian, etc., sont en train de subir le même sort.

Ainsi en est-il également de certaines diathèses dont le démembrement est aujourd'hui un fait accompli, et dont le nom n'est plus con-



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les cas de Lymphangites et Abcès du Sein.



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les Affections intestinales, utérines, etc.

Antiphlogistine

MARQUE DÉPOSÉE

Glycéroplasme hydrophile, à chaleur constante et durable

(S'emploie chauffée au bain-marie à 40° environ, recouverte de coton hydrophile; après 24 ou 48 heures se détache facilement).

Indications de l'Antiphlogistine

Furoncles; Abcès; Phlegmons; Abcès du sein.
Angines; Laryngites; Bronchites; Pneumonie.
Arthrites; Synovites; Entorses; Rhumatismes.
En Gynécologie.



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les cas de Conjonctivite, etc.



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les cas de Plaies Variqueuses.

En Vente dans toutes Pharmacies. — Vente en Gros : LABORATOIRE de l'*Antiphlogistine*.
B. TILLIER, pharmacien, 116, rue de la Convention, PARIS Téléphone: Saxe 40-89

servé que comme un souvenir de la médecine du passé, dont il serait injuste de répudier toutes les idées, puisqu'elles ont préparé la voie aux acquisitions dont nous nous enrichissons chaque jour.

La scrofule se trouve au premier rang de ces diathèses. Elle sert encore d'étiquette à certains états constitutionnels, à certains troubles humoraux, à certaines lésions même, qui procèdent le plus souvent des hérédités tuberculeuse et syphilitique, isolées ou associées, et qui se caractérisent par un habitus extérieur, des prédispositions morbides et des altérations tissulaires, qu'elle symbolise parfaitement.

Dire d'un enfant qu'il est lymphatique, strumeux, scrofuleux, c'est évoquer une sorte d'échelle de gravité au bas de laquelle se trouvent les excessifs développements ganglionnaires, et dont le dernier échelon est marqué par les fontes glandulaires interminables, et les ulcérations tégumentaires essentiellement chroniques, les écrouelles pour tout dire, que l'ancienne monarchie française passait pour avoir le privilège divin de guérir, rien qu'en les touchant du doigt.

Intermédiaires à ces deux extrêmes, les adénopathies chroniques, périphériques et profondes, les exubérances lymphoïdes telles que les végétations naso-pharyngées, les bronchites à répétition, les gourmes du cuir chevelu et de la face, sont autant d'étapes que connaissent bien comme telles les observateurs. Au-delà du dernier échelon, et comme un aboutissant assez fréquemment inévitable, se trouve la phtisie, qui affecte alors généralement la forme torpide.

Insisterai-je sur la physionomie même des fauteurs de scrofule, en puissance ou en activité ? Rappellerai-je leur teint pâle, la bouffissure de leur visage, le cerne violacé de leurs yeux, au regard morne et éteint, la grosseur anormale de leurs lèvres, dont la supérieure se couvre si facilement de croûtes qu'entretiennent d'une façon constante les irritations dues à l'abondance des sécrétions d'un naso-pharynx chroniquement enflammé ?

Pour tout dire, le tableau que je viens d'esquisser en traits sommaires répond à ce qu'un humoriste de la clinique a baptisé jadis de la pittoresque expression : scrofulate de vérole.

***

Il va sans dire que, si la scrofule est surtout l'apanage de l'enfance, l'âge adulte n'échappe pas à son influence. Mais, si l'enfant a pu résister à ses attaques au point de franchir l'étape critique de la puberté, l'adolescent dont le terrain ne s'est cependant pas suffisamment modifié ni amendé pour acquérir tout au moins les apparences de la santé, présente, en se développant, une individualisation plus marquée et plus nette des troubles pathologiques dont il est l'objet. S'il ne tourne pas nettement à la tuberculose confirmée, son organisme en atteint cependant le seuil ; et, s'il en reste pour ainsi dire à la porte, c'est à titre de candidat prétuberculeux, toujours sous la menace de la terrible échéance.

***

Comment dès lors devons-nous procéder pour amener cette modification heureuse, cet amendement du terrain qui, pour employer une expression courante à cette heure, le désensibilisera, et lui conférera la résistance d'abord, l'immunité ensuite, grâce auxquelles il sortira fort et triomphant de la lutte ?

Les moyens abondent. Ils se réclament tout à la fois de l'hygiène, de la physiothérapie et de la thérapeutique médicamenteuse.

De l'hygiène, je ne dirai qu'un mot : elle doit être sévère et rigoureuse, et faire valoir ses droits prépondérants dans le vêtement, dans l'habitation et dans l'alimentation. Cela ne comporte aucun développement spécial au regard du médecin.

La physiothérapie mettra en œuvre la mer et le soleil, ces deux grandes forces naturelles qui incarnent en elles-mêmes l'essence même de la vie.

La thérapeutique médicamenteuse enfin utilisera l'un des éléments qui font si puissante l'action bienfaisante de la mer, je veux parler de l'iode.

Ecoutons ce que dit, au sujet de l'iode, l'un des maîtres incontestés de la clinique infantile contemporaine, j'ai nommé Jules Simon : « Connu depuis le commencement de ce siècle, « répandu dans la nature, dit-il dans ses remar« quables conférences sur les maladies des en« fants (1), l'iode a conquis le premier rang « comme anti-scrofuleux. Il n'existe pas de « meilleur résolutif.... Aussi, son usage s'est-il « rapidement vulgarisé dans la thérapeutique « infantile. Il n'est pas de succès mieux fondé, « plus légitime.... C'est nn médicament de pre« mier ordre.... La scrofule est une des diathèses « contre laquelle les préparations iodées sont le « plus souvent employées ».

Et il ajoute : « Pendant la saison d'hiver, « elles servent d'auxiliaire très actif à l'huile de « foie de morue et au vin de quinquina. *J'al« terne les préparations phosphatées et arsenicales « avec les sels iodés.* »

A l'époque où il professait si brillamment à l'hôpital des Enfants, Jules Simon n'avait à sa

(1) J. SIMON. — Conférences sur les maladies des enfants, t. II, p. 251.

disposition, pour réaliser son programme, que la teinture d'iode, l'iodure de fer et les iodures alcalins. Il n'est donc pas surprenant qu'au cours de sa leçon, il se soit étendu sur les inconvénients que présente l'emploi prolongé de ces préparations, douées par ailleurs de propriétés si indiscutables.

Ces inconvénients ont disparu depuis que la matière médicale moderne utilise des agents qui, soit parce qu'on a réussi à leur donner la forme colloïdale, soit parce qu'ils se présentent en quelque sorte à l'état organique, sont devenus parfaitement assimilables, et par suite, admirablement tolérés par l'organisme. Tel est le cas de l'iode et de l'arsenic, notamment.

L'alternance dont se réclamait la pratique de ce pédiâtre a, d'autre part, fait place aux associations dont l'expérience a démontré que chacun des éléments qui les composent acquiert une valeur curative plus grande au contact de ses co-composants. De là les synergies médicamenteuses dont nous trouvons un exemple démonstratif dans les solutions poly-antiseptiques.

C'est sur ces considérations qu'a été édifié le tonique et le modificateur puissant connu sous la nom de Sthénophyl.

Le Sthénophyl est, en effet un granulé *fondant* composé d'iode combiné, de tanin du noyer, de rouge de Kola, de méthylarsinate de soude, d'acide phosphorique et de phosphate de soude.

Cette formule harmonieuse lui confère une supériorité incontestable sur l'huile de foie de morue et sur les préparations iodotanniques officinales.

Son goût exquis achève d'accroître encore cette supériorité, en ce qu'il est infiniment mieux accepté par l'enfant.

Enfin, sa forme même, qui en rend l'absorption si facile, le dote d'un maniement élégant qui laisse bien loin derrière lui les artifices employés pour l'administration des huiles, si souvent délaissées en raison de la répugnance qu'elles inspirent aux palais enfantins.

Les indications du Sthénophyl résultent de ce qui précède. Ce sont, dans l'enfance : le rachitisme, la scrofule, les adénopathies, les anémies, etc. ; chez l'adulte : l'anémie, la faiblesse constitutionnelle, les convalescences, la prétuberculose, etc.

En faut-il dire davantage pour le recommander à l'attention du corps médical, parfois si embarrassé pour prescrire une médication nécessaire, mais aussi, si difficile à faire accepter ?

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

Chez MALOINE, Paris.

Dr M. SÉGARD. — **Consultaire.** (Cent consultations de tous les jours), 2e édition.

Epuisé en cinq mois, le Consultaire, transformé, complété, présente aujourd'hui sa 2e édition, en 578 pages. Nous l'avions dit ici, à l'apparition du livre : « Voilà un livre qui comble exactement le vœu des praticiens .....» Rien d'étonnant que ceux-ci aient fait au Consultaire un succès si dignement mérité.

Notons quelques consultations nouvelles : *Les Hépatiques. — L'Oxygénothérapie. — Pour gagner du temps et de la clarté.* etc... Parmi les consultations primitives, il n'en est pas une qui n'ait été peu ou prou remaniée pour être tenue au jour de l'actualité thérapeutique. Parmi les plus modifiées : Les Anxieux ; les Asthmatiques ; la Colique hépatique ; les Nourrissons ; l'Ulcère de l'Estomac ; le Formulaire gynécologique, etc...

Le Consultaire est bien un schéma vivant de clinique thérapeutique ; c'est l'œuvre d'un clinicien et d'un journaliste. Nous verrons bientôt la 3e édition !

Revue des Thèses.

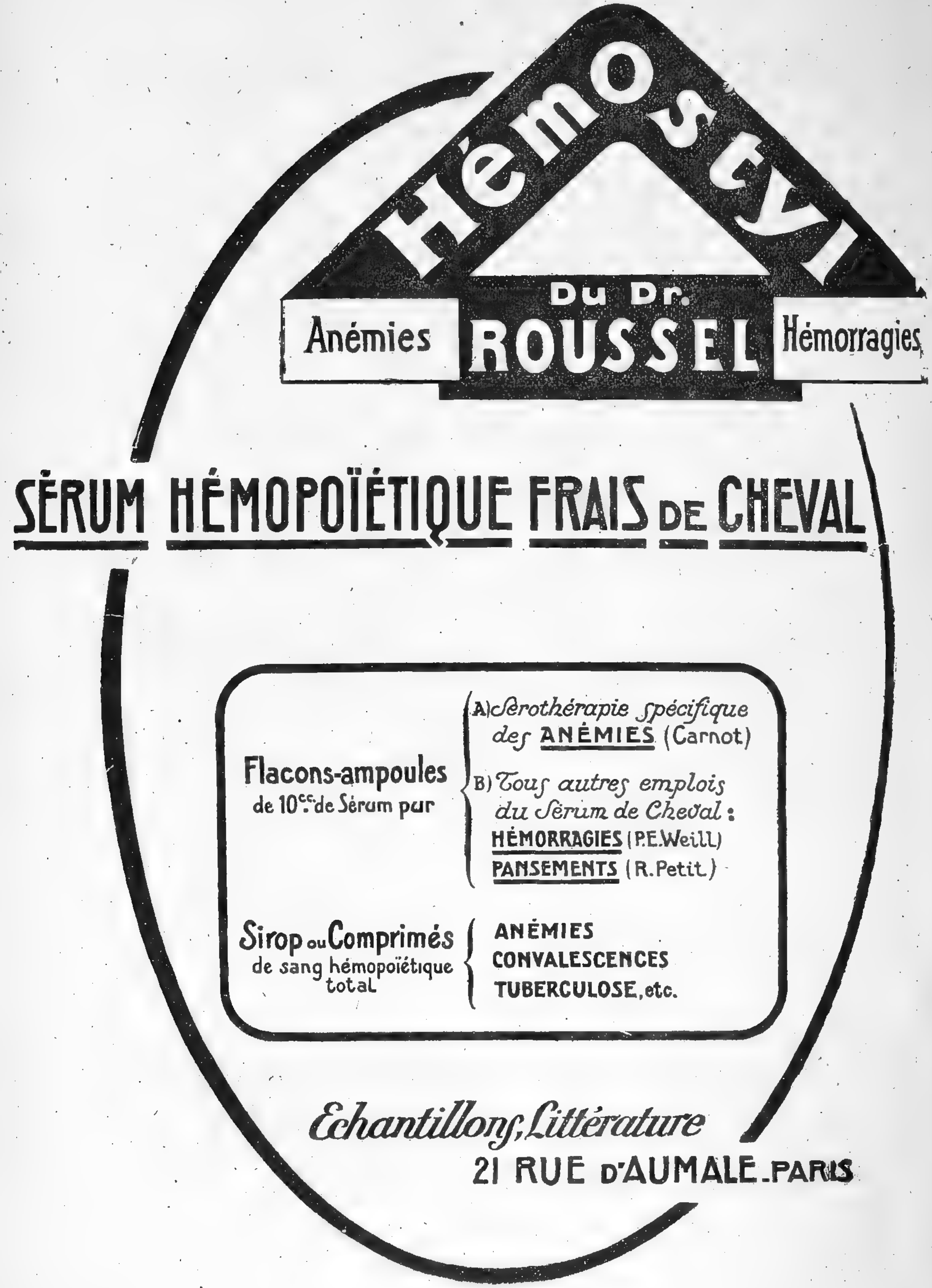
Dr Tony RAYMOND. — **Trois cas de survie chez des blessés présentant un syndrome de section complète de la moelle.** Montpellier, imprimerie « l'Abeille », coopérative ouvrière, 1920.

« Quand un segment de la moelle est lésé en pleine largeur, la paralysie et l'anesthésie portent sur tout le domaine situé au-dessous. » Dans les grands traumatismes comme ceux subis par les blessés observés par l'auteur, il est difficile de localiser la section de la moelle par la paralysie et l'anesthésie, le traumatisme s'accompagnant de lésions juxta-traumatiques.

La régénération de la moelle dans une longue survie serait possible et serait marquée par l'apparition de mouvements volontaires et de réflexes d'automatisme. Mais, par un traitement attentif, il est possible de conduire ces malades à une longue survie.

G. SIGURET.


CHATEL-GUYON
GUBLER
PURGATIVE


Hémostyl
Du Dr.
Anémies
ROUSSEL
Hémorragies
SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL
Flacons-ampoules
de 10cc de Sérum pur
A) Sérothérapie spécifique des ANÉMIES (Carnot)
B) Tous autres emplois du Sérum de Cheval :
HÉMORRAGIES (P.E. Weill)
PANSEMENTS (R. Petit)
Sirop ou Comprimés
de sang hémopoïétique total
ANÉMIES
CONVALESCENCES
TUBERCULOSE, etc.
Echantillons, Littérature
21 RUE D'AUMALE - PARIS

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

L'encombrement.

Deux de nos plus fidèles correspondants reviennent sur cette question.

I

En lisant l'article magistral du confrère Duchesne, j'ai compris qu'on ne pouvait plus rien écrire après cela. Cet article clôt la question de façon irréfutable. J'ai constaté avec un plaisir mêlé du plus légitime orgueil que notre rédacteur préconisait (comme je le réclamais depuis longtemps) la dépréciation organisée, systématique, de la profession médicale non pas au point de vue honorabilité, mais au point de vue possibilité vitale.

L'auteur déplore avec juste raison que l'objection qui nous serait le plus préjudiciable consiste dans l'exemple troublant des médecins dirigeant leurs fils dans la même carrière ingrate, ce qui constitue un encouragement insolite pour les profanes.

Mais je me permets de placer là un petit distinguo :

Dans toutes mes recherches, dans tous mes regroupements, je ne trouve pas un seul médecin de campagne faisant de son fils un médecin de campagne. Certes, je trouve des confrères aiguillant leurs fils dans les spécialités, dans la médecine urbaine, dans les situations paramédiacles ; mais en Calédonie, personne !

C'est déjà un résultat : il est loin d'être suffisant.

Pour la question de publicité auprès des jeunes gens, au lycée, aux institutions, notre seule arme, je suis heureux de me rencontrer en pleine communion d'idées avec le confrère Duchesne. Sans nul doute, il sait comme moi, qu'il y a vingt ans, au moment de la crise des pharmaciens, les comités et syndicats de pharmacie avaient exécuté de cette façon la plus fructueuse chasse aux rats.

Subitement, les étudiants en pharmacie se raréfiaient, puis, le mouvement continuant en vertu de la vitesse acquise, nous arrivons en 1920 avec 16 pharmaciens à la Faculté de Paris.

Mais entre temps, les jeunes potaches (dont j'étais) avaient lu de ces tracts à faire frémir sur les affres de la crise pharmaceutique, distribués par des mains expertes et nullement théoriques . Voilà une idée féconde en résultats et qui a fait ses preuves.

Elle est si bonne que j'ai éprouvé une joie indicible en voyant nos organes de défense la prendre en considération et travailler séance tenante à pied d'œuvre. Sous l'influence de l'*Union des syndicats*, dans chaque département, des brochures imprimées mettant au point la question médicale circulent aujourd'hui sur les bancs de tous les collèges, lycées et institutions. Les rhétoriciens et les philosophes qui tous, sans exception, se destinaient à l'art médical reculent d'horreur et changent de vocation. Dans la Sarthe, nous avons ainsi élaboré des tracts excellemment cuisinés, lancés dans les quelque vingt institutions de jeunes gens. Cela n'était pas surhumain. Vingt institutions, 10 brochures dans chaque ; total : 200 imprimés. Il eût été impardonnable de ne pas faire ce petit effort dont les résultats peuvent être incalculables dans quelques années.

Dites donc, chers confrères, c'est un bateau, vous savez, que je vous raconte-là. Jamais, entendez-vous bien, jamais le corps médical ne fera ce qu'ont fait les pharmaciens avec un succès indéniable. L'an prochain, nous écrirons encore sur l'encombrement. Je recopierai mon article de l'an dernier à cette même place, car je suis tellement ineffable que notre incurie n'arrive pas à me dégoûter radicalement. Je possède une foi, une candeur incalculables.

Dans dix ans, si je ne suis pas mort, je recopierai le même article, et d'autres confrères proposeront des petites modifications, paisibles, théoriques, rationnelles, littéraires.

Mais exécuter un geste simple, allons donc ! Où est notre pouvoir exécutif ?

Dr COLLIGNON.

II

Je n'aurais pas levé ce lièvre, il est bien vieux. Mais puisqu'il reparaît une fois de plus, tirons-le de nouveau sans espoir de le tuer. La médecine ne nourrit pas ses prêtres. Les médecins sont trop nombreux.

Ce sont deux axiomes faux l'un et l'autre. La médecine nourrit et enrichit plus de 100.000 personnes n'appartenant pas au monde médical. Ce sont : les lanceurs d'affaires para-médicales ou para-pharmaceutiques, les financiers qui les commanditent, les courtiers qui les placent, les agents de publicité, les journaux, les professeurs de culture physique, les masseurs, masseuses, instituts de beauté, les spécialistes herniaires, les fabricants et trafiquants d'appareils de maintien, plus ou moins antiphysiologistes, les pédicures, manucures, les marchands d'orviétan de tout poil, depuis le pipi au lit des enfants, l'accroissement de la taille, la fermeté des seins, la suppression des ovaires, la restauration des ulcères et la repousse des cheveux, etc., etc.

Ajoutons pour mémoire : les rhabilleurs, rebouteurs, sorciers, thérapeutes des simples et autres spécialités de médecine vulgaire, végétale et hydrique.

J'ai cité au hasard quelques uns de nos concurrents para-médicaux ; je ne puis exposer en détail les raisons pour lesquelles toutes ces industries devraient être placées sous le contrôle du médecin ou de la justice, je ne prendrai qu'un seul exemple.

Pour améliorer la race chevaline, le poulain est entraîné progressivement sous le contrôle du vétérinaire. Pour améliorer la race humaine, n'importe qui, sans études préalables, sans connaissances spéciales, mû uniquement par un idéal philantrophique ou intéressé, peut s'improviser professeur de culture physique et faire de nos jeunes gens des cardiaques, des asthmatiques , des rénaux, etc.

Vingt mille médecins français ne peuvent vivre d'une médecine qui nourrit à côté d'eux plus de cent mille personnes.

Fils d'Esculape, ton jardin est vaste, le sol en est fertile ; si ta récolte est maigre, c'est qu'il y a trop de terrain en friche, c'est que tu laisses les parasites en devorer la plus grande partie, c'est qu'il est mal gardé des maraudeurs.

Dans la partie même qui est bien tienne, que fais-tu ? Assurément il est plus facile de faire une laparotomie, une appendicite, une hernie, sans parler d'opérations de moindre importance, que de faire un diagnostic. Diagnostic en maladie grave, c'est vie ou mort pour le client. Interrogatoire minutieux, examen complet de tous les organes, effort cérébral considérable, traitement détaillé, il exige tout cela. Son prix commercial est, dans la pratique journalière, cent à cinq cents fois moindre que celui de l'opération facile, sans danger, exigeant peu de temps, un effort plus manuel que cérébral : Le client peut dire « J'ai gaspillé ma santé à toutes les annonces des jourdnaux, cela m'a coûté des sommes énormes ; pour cinq, dix ou vingt francs cet imbécile de ... ce bon docteur voudra bien me la rendre. Si ce n'est qu'un malaise, le pharmacien me dira gratuitement ce qu'il faut prendre. » Ne sortez plus ce vieux cliché de l'encombrement ; au lieu de geindre, agissez.

Dr GOYON.

***

Je n'ai rien à ajouter à la lettre de Collignon, infiniment trop flatteuse pour moi.

Je suis en effet complètement d'accord avec lui sur la campagne que nos groupements professionnels devraient entreprendre dans tous les milieux pour montrer sous son vrai jour la profession médicale.

Eet-ce ainsi que Goyon comprend l'action qu'il préconise, au lieu des gémissements stériles qu'il déplore ? Ou bien espère-t-il qu'il serait possible de détourner le bon public des parasites de la profession médicale, dont il fournit une liste aussi détaillée qu'instructive ?

Je crains alors qu'il coure à d'amères désillusions :

Vulgus vult decipi

Rien à faire, à mon sens, contre un aveuglement qu'on peut déplorer, certes, mais qui trouve son explication, sinon son excuse, dans l'attrait du mirage, que fait jaillir, aux yeux du malade, la promesse d'une guérison qu'il attend toujours, alors même que rien ne peut, humainement, la lui procurer.

G. DUCHESNE.

II

Syndicat local ou Syndicat départemental?

Si j'en juge d'après ce que je viens d'entendre autour de moi, plus d'un confrère, en lisant votre très intéressant article : « Fédération départementale de Syndicats médicaux » (*Concours médical* du 31 oct. 1920, p. 2.692), a dû se demander :

« Quelle est la forme la plus pratique, la plus rationnelle, la plus AGISSANTE des groupements médicaux : « *Syndicats d'arrondissement* (ou de régions groupés « en une Fédération départementale ou *Syndicat départemental* UNIQUE, groupant ou cherchant à grouper tous les médecins d'un département ? ».

Comme bien vous pensez, j'ai entendu soutenir, avec chaleur, l'un et l'autre de ces deux systèmes :

Les uns disent : c'est le syndicat d'arrondissement (ou le syndicat régional) qui répond vraiment aux besoins journaliers du praticien. Ce syndicat est petit sans doute ; mais, il est homogène, composé de confrères qui se connaissent, se fréquentent, se heurtent au même milieu de clientèle et, éventuellement aux mêmes résistances ; ce syndicat est plus actif, car les confrères se rendent plus facilement à ses réunions ; mieux qu'un vaste groupement aux intérêts un peu disparates, le syndicat d'arrondissement ou régional parvient à faire respecter les règles de déontologie, à résoudre rapidement les questions locales, les conflits locaux. Bref, sans oublier les intérêts du corps médical tout entier, dont s'accupent la Fédération départementale et l'*Union des Syndicats*, le praticien a besoin d'un *organisme local pour s'occuper des intérêts* matériels et moraux *locaux*.

Les autres disent : Non, la vraie forme de groupement professionnel utile, c'est le Syndicat du département, unique. Car il est plus nombreux, donc plus puissant ; mieux que des Syndicats d'arrondissement, il peut agir à la préfecture ; sans doute, les confrères que le composent ne se fréquentent pas et, souvent, ne se connaissent même pas de nom ; qu'importe, puisque *le bureau est là pour tout surveiller, tout coordonner, tout défendre.* N'oublions pas que beaucoup de questions se traitent à la préfecture ; seul donc un syndicat départemental y peut intervenir avec efficacité.

L'Action TOTALE de la digitale est réalisée par la

DIGIFOLINE CIBA

Cardio-tonique et cardio-régularisatrice

INGÉRABLE { Comprimés à 0 gr. 10 **INJECTABLE** { Ampoules de 1 cm³ = 0 gr. 10

PRÉPARATION DIGITALIQUE DE TOUT PREMIER ORDRE

Correspond poids pour poids à la feuille de Digitale

Laboratoires Ciba, O. ROLLAND, Pharmacien, *1, place Morand, LYON.*

TÉLÉPHONE 114

PRODUITS PHYSIOLOGIQUES

A. DE MONTCOURT

49, Avenue Victor-Hugo, BOULOGNE-PARIS

EXTRAIT Gstrique MONCOUR	EXTRAIT Hépatique MONCOUR	EXTRAIT Pancréatique MONCOUR	EXTRAIT Entéro-Pancréatique MONCOUR	EXTRAIT Intestinal MONCOUR
Hypopepsie	Maladies du Foie Diabète par anhépathie	Diabète par hyperhépathie	Affections Intestinales Troubles dyspeptiques	Constipation Entérite muco-membraneuse
En sphérulines dosées à 0 gr. 125	*En sphérulines dosees à 30 c/gr. en doses de 12 gr.* *En suppositoires dosés à 3 gr.*	*En sphérulines dosées à 20 c/gr.* *En suppositoires dosés à 1 gr.*	*En sphérulines dosées à 25 c/gr.*	*En sphérulines dosées à 30 c/gr.*
De 4 à 16 sphérulines par jour.	De 4 à 16 sphérulines par jour. De 1 à 4 suppositoires par jour.	De 2 à 10 sphérulines par jour. De 1 à 2 suppositoires par jour.	De 1 à 4 sphérulines par jour.	De 2 à 6 sphéruline par jour.

EXTRAIT de Bile MONCOUR	EXTRAIT Rénal MONCOUR	CORPS Thyroïde MONCOUR	POUDRE Ovarienne MONCOUR	AUTRES Préparations MONCOUR
Coliques hépatiques Lithiase Ictère par rétention	Insuffisance rénale Albuminurie Néphrites, Urémie	Myxœdème, Obésité Arrêt de Croissance Fibrômes	Aménorrhée Dysménorrhée Ménopause Neurasthénie féminine	Extrait de Muscle lisse Extrait de Muscle strié Moelle osseuse Myocardine Poudre surrénale Thymus, etc., et
En sphérulines dosées à 10 c/gr.	*En sphérulines dosées à 15 c/gr.*	*En bonbons dosés à 5 c/gr.* *En sphérulines dosées a 35 c/gr.*	*En sphérulines dosées à 20 c/gr.*	
De 2 à 6 sphérulines par jour.	De 2 à 16 sphérulines par jour.	De 1 à 4 bonbons p. j. De 1 à 6 sphérulines p. j.	De 1 à 3 sphérulines par jour.	

Toutes ces préparations ont été expérimentées dans les Hôpitaux de Paris. Elles ne se délivrent que sur prescription médicale.

Afatyl

MÉDICATION IODÉE SENSIBILISÉE

ASSOCIATION D'IODE ET DE LIPOÏDE THYROÏDIEN

Les indications sont celles de la médication iodée : ARTHRITISME - ARTÉRIOSCLÉROSE - RHUMATISMES

AMPOULES INJECTABLES *(Envoi échantillons sur demande)*

Dépôt Général : Laboratoire de Biologie Appliquée H. CARRION & Cie - V. BORRIEN, Docteur en Pharmacie, Concessionnaire exclusif

54, Faubourg St-Honoré, PARIS - Tél. Elys. 36-64 et 36-45

A quoi les premiers répondent ... ; mais je ne veux pas abuser de vos instants.

C'est votre avis autorisé, qu'il nous faut. Ne craignez pas de donner à la question tout le développement qu'elle mérite : ceux qu'elle intéressera sont très très nombreux. Je crois que la force immédiate et les destinées du syndicalisme médical dépendront, en grande partie, de la forme que revêteront les associations professionnelles initiales.

N.

Réponse.

Tout médecin a, d'une part, des intérêts communs avec les confrères qui exercent, soit dans sa localité, soit dans les environs immédiats, et d'autre part, des intérêts identiques à ceux des confrères, qui, avec lui, pratiquent dans le même département.

1° Intérêts locaux.

C'est, par exemple, le service local de l'assistance médicale gratuite ; n'y a-t-il pas des inscriptions abusives, dues à la politique ? Le maire n'a-t-il pas tendance à inscrire, parmi les indigents, des malades au moment où ils ont besoin d'une opération, qu'ils seraient parfaitement en état de payer et ce, uniquement pour les faire admettre à l'hôpital ?

La commune bénéficie-t-elle de l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893, lui permettant d'avoir son organisation d'assistance indépendante de celle du département ?

Comment doit-on organiser le service médical de l'hôpital local ? Concours ? Roulement ? Qui sera le chirurgien, le spécialiste de l'établissement ?

Comment organiser l'inspection médicale des écoles ? Quels médecins locaux seront désignés ? Daus quelles écoles ? A quel jour ?

Quelle attitude les médecins d'une même localité doivent-ils avoir vis-à-vis d'une mutuelle récalcitrante ?

Quid du tarif local ?

Seuls peuvent résoudre ces questions les praticiens exerçant dans les mêmes conditions. Les autres confrères, disséminés dans le département, ne se soucient pas de ces problèmes locaux, qu'ils ont résolus, ou qu'ils ont à résoudre sous une autre forme, ou qui ne les touchent nullement.

Allant plus loin, l'exercice de la médecine, dans le même département, subit de profondes différences : on n'a pas les mêmes habitudes au chef-lieu qu'à la campagne.

Entre deux arrondissements, se produisent souvent des particularités très marquées. Dans l'un, la clientèle est agricole ; industrielle, dans l'autre ; ici, c'est la plaine, là la montagne ; par ici, chemins de fer, tramways électoraux nombreux, permettant au médecin d'user de ces moyens de locomotion ; dans l'arrondissement voisin, au contraire, celui-ci doit user de ses propres moyens pour desservir sa clientèle.

Enfin, dans certains départements, pour le service des vaccinations, de la protection du premier âge, etc., les confrères sont appelés à se concerter pour établir des circonscriptions interchangeables et se les attribuer à tour de rôle. Seuls, les praticiens locaux sont à même d'apprécier la valeur et les difficultés du service de chacune de ces circonscriptions.

2° Intérêts départementaux.

L'action syndicale se traduit plutôt sous la forme de pouvoir consultatif : le groupe est invité ou prend la liberté de faire un rapport sur le tarif de l'assistance médicale gratuite, sur celui des vaccinations, etc.

L'action auprès du préfet et du conseil général est moins de tous les jours que celle qu'il faut exercer auprès du maire et des collectivités locales.

A quoi doit servir un syndicat ?

1° A rapprocher les confrères. Ceux-ci doivent se voir fréquemment, sinon tous les jours, pour causer en commun de leurs petites difficultés journalières. Cette fréquentation fait tomber bien des préventions, atténue bien des haines professionnelles et sert au plus haut point le bon renom du corps médical.

De plus, tous les confrères doivent être facilement mobilisables, pour arrêter en commun la ligne de conduite à tenir, pour tous les évènements de la vie de tous les jours, pour entendre les doléances communes, pour user de représailles contre le mauvais client, contre l'exploiteur, contre le potard qui exerce illégalement, contre l'usinier qui viole le libre choix pour ses blessés du travail, etc., etc.

2° A servir d'intermédiaire, en tant que représentant légal autorisé, pour la conclusion de contrats collectifs de travail, soit avec chaque mutualité locale, soit avec une usine ou une grande entreprise, soit, demain, avec l'hôpital et les caisses d'assurances obligatoires contre la maladie.

3° A organiser, d'un commun accord, entre tous les confrères de la même ville, ou de la même région limitée, un service de roulement, pour assurer le repos hebdomadaire du médecin, pour décider de la garde du dimanche et des jours de fête, pour le service de nuit, etc.

A organiser, entre confrères, un mutuel appui pour des consultations en commun, des opérations tous ensemble, à l'hôpital, dans un but d'enseignement mutuel ;

4° A organiser, entre les médecins de la même localité, une clinique privée, un arsenal chirurgical, une bibliothèque commune, un petit laboratoire, une installation de rayons X, etc.

Comment voulez-vous que le syndicat départemental puisse s'occuper de tout cela ?

Il faut compter avec l'égoïsme instinctif de chacun, qui ne s'intéresse qu'aux questions qui le touchent de très près.

Le syndicat local est seul qualifié pour grouper les confrères, les réunir très, très souvent, discuter leurs intérêts immédiats et locaux, puis, pour s'opposer, par la force du groupement, aux empiètements venant d'individualités ou collectivités locales.

A la fédération départementale, groupant tous les syndicats d'un même département, d'étudier les questions professionnelles, aux fins de soumettre les revendications collectives du corps médical départemental.

Quant à la force du nombre, c'est une fumisterie ; le groupe est d'autant plus fort qu'il est plus agissant. Le nombre n'est souvent qu'un poids lourd de confrères, qui n'ont de syndiqué que le nom et qui, tout en étant membres du syndicat, sont profondément antisyndicalistes, parce qu'individualistes à outrance, allant jusqu'à l'égoïsme le plus féroce.

Le travail, l'action, l'activité, la confiance mutuelle donnent beaucoup plus de résultats à un groupe résolu, que le nombre de soldats amorphes qui se connaissent mal et ne se voient qu'une ou deux fois par an, au cours d'une réunion où ils bâillent.

Je suis très net, autant que catégorique : si vous voulez faire de bon syndicalisme, voyez-vous très souvent, entre confrères ayant les mêmes genres de clientèle. D'où la conclusion : seul, le syndicat local est capable d'obtenir ce résultat.

Au syndicat local, les questions locales.

A la fédération départementale, l'étude des questions départementales.

A l'Union des syndicats médicaux, le soin de la défense générale des intérêts du corps médical français.

Dr Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Assemblée Générale du 21 Novembre 1920.

M. le Président Maurat, entouré des membres du Conseil d'administration, ouvre la séance à deux heures du soir.

Il présente les excuses de M. Fleury, actuaire, empêché d'assister à la réunion et donne la parole au Secrétaire général, pour la lecture de son rapport.

M. Mignon, Secrétaire général, donne lecture du rapport suivant :

Mes chers Confrères,

Avec l'année qui se termine, nous allons clôturer ce que je pourrais appeler notre dernier exercice du temps de guerre.

C'est un passé qui disparaît ; c'est aussi un avenir qui s'ouvre : je voudrais aujourd'hui voir avec vous comment nous allons pouvoir liquider ce passé, comment surtout nous allons aborder cet avenir, mûris que nous sommes par une expérience laborieusement acquise.

Avant de rédiger mon rapport, et pour bien préciser dans mon esprit tout ce qui s'est passé d'intéressant dans notre Société depuis l'an dernier, j'ai tenu à relire, non seulement toute une nombreuse correspondance, mais aussi et surtout les comptes rendus des réunions de votre Conseil d'Administration et les différents articles concernant notre Société que le journal *Le Concours Médical* a toujours l'excessive amabilité de publier à titre gracieux.

Or, j'ai été frappé, mes chers Confrères, de ce que le *Concours Médical* fait pour nous depuis plus de 25 ans. Voilà un journal qui, à l'heure actuelle, lutte avec les énormes difficultés de publication que vous ne devez pas ignorer ; et, malgré ses frais, malgré ses dépenses hors de proportion avec ses ressources, il n'a pas hésité un seul instant à nous ouvrir, depuis notre dernière Assemblée générale, c'est-à-dire depuis moins d'un an, à l'heure où j'écris, vingt de ses numéros, et cela sans qu'il nous en coûtât un centime, sans un centime non plus de bénéfice pour lui-même, au contraire. Et je songe à ce que nous coûterait à nous un simple bulletin trimestriel paraissant 4 ou 5 fois par an au plus et où nous ne pourrions pas vous exposer le quart de tout ce que nous pouvons écrire dans le *Concours* au sujet de tout ce qui regarde notre Société.

Aussi suis-je profondément étonné qu'il y ait encore parmi nous des sociétaires ignorant le *Concours Médical*, lui refusant un abonnement ou ne le lisant que superficiellement. Oui, il y en a encore; et pas plus tard que la semaine dernière, un des nôtres me réclamait une indemnité pour une maladie qui l'avait arrêté au printemps de 1919, et il alléguait pour ce retard qu'il avait ignoré jusqu'à présent que la M. F. avait repris son fonctionnement ; comme si elle l'avait jamais cessé !

Est-ce que de pareilles ignorances devraient être possibles parmi nous ? Est-ce que nous ne devrions pas tous, sans exception, être d'assidus lecteurs de ce *Concours* qui nous sert véritablement

de bulletin social, car, sachez bien qu'un bulletin qui nous appartiendrait en propre exigerait de nous une surprime au moins équivalente sinon supérieure à l'abonnement de ce journal.

Je suis très à mon aise pour parler aussi franchement et aussi nettement, puisque simple secrétaire-général de la Mutualité Familiale, je n'appartiens, ni de près ni de loin, à l'administration du journal.

Ce que je vous en dis, mes chers Confrères, n'est pas seulement pour vous montrer quelle reconnaissance nous devons au *Concours*, mais surtout pour vous faire remarquer que nous ne pouvons pas accepter des prétextes d'ignorance tels que ceux dont je vous parlais plus haut, essayant de couvrir de regrettables irrégularités statutaires. Trop de sociétaires, depuis quelque temps, pour s'excuser de n'avoir pas payé leur prime, sont venus nous raconter qu'ils croyaient suspendu, pendant la guerre, le fonctionnement de notre Mutualité Familiale ; trop aussi semblent ignorer que notre trésorier a dû, à plusieurs reprises, envoyer des lettres personnelles de rappel à chacun des retardataires. S'ils avaient lu le *Concours* ou les lettres de Gassot, ils auraient vu que notre œuvre continuait d'assurer ses services : je crois d'ailleurs que plus d'un l'a fort bien su et cherche simplement aujourd'hui à s'excuser à l'ombre d'une ignorance simulée.

C'est que la date fatale approche.

Comme je vous le disais en commençant, nous liquidons, et, dans quelques semaines, le 31 décembre prochain, tous les retardataires qui ne se seront pas mis en règle avec la Caisse seront, cette fois, définitivement rayés de nos cadres.

Qu'ils le sachent bien, et qu'ils ne s'en prennent qu'à eux d'une négligence qui leur fera perdre le bénéfice de toutes leurs primes déjà versées, et celui d'une œuvre solide et éprouvée dont ils risquent d'avoir besoin un jour prochain beaucoup plus qu'elle n'aura besoin d'eux pour vivre et progresser.

Mais, comme parmi ces retardataires, il peut se trouver encore quelques situations réellement intéressantes, tristes et pénibles, quelques pauvres honteux, laissez-moi leur rappeler officiellement ici que nous avons une Caisse spéciale alimentée par les dons des sociétaires de l'arrière, de cet arrière si vilipendé, grâce à laquelle nous avons déjà régularisé la situation d'un certain nombre de confrères des pays envahis ou simplement mobilisés qui avaient été durement éprouvés par la guerre.

Grâce à cette Caisse, nous pouvons encore opérer plus d'un sauvetage et d'une façon rigoureusement discrète d'ailleurs, car le Conseil est seul à connaître les noms de nos chers rescapés.

Cela dit, je ne crois pas utile de revenir ici sur tous les sujets que nous avons abordés ou étudiés dans le *Concours* pendant cette année 1920. La grande majorité d'entre vous les a lus, c'est l'essentiel. Mais je dois m'arrêter un instant sur les modifications, provisoires peut-être, mais urgentes à coup sûr, que nous avons dû apporter à nos statuts.

Le 8 mai dernier, s'ouvrait dans les bureaux du *Concours Médical*, une Assemblée générale ordinaire, qui avait pour but la modification des articles 26, 27, 39 et 65 des Statuts, c'est-à-dire le relèvement des frais de poste exigé par les nouveaux tarifs postaux, celui des frais de gestion exigé par la situation générale, et, pour d'autres raisons que j'ai tout au long examinées dans mon rapport de ce jour-là, et enfin l'établissement du droit d'entrée dont le principe avait été voté par vous à l'Assemblée générale extraordinaire de 1919.

Dès le 1er juillet dernier, votre Conseil a mis en application les décisions de l'Assemblée ordinaire et vous avez tous vu votre prime augmentée des 10 % prévus pour la gestion. Tous les nouveaux admis ont eu à payer un droit d'entrée de 25 francs et les confrères qui avaient examiné les candidats ont reçu pour la première fois les honoraires dont vous aviez voté le principe l'an dernier. L'un d'eux, même, a touché les 20 francs, alors que sur ses indications nous avons dû refuser d'admettre le candidat. Nous n'avons donc eu à toucher aucun droit d'entrée correspondant à l'honoraire à verser. Vous voyez qu'il était sage de prévoir 25 francs par admission et j'estime que les honoraires ainsi versés pour rien ne sont pas de l'argent perdu, au contraire, puisqu'un tel examen nous préserve à coup sûr d'un mauvais risque.

Depuis ces trois derniers mois, notre principal souci a été de réaliser votre vœu de l'an dernier, tendant à augmenter l'indemnité maladie. En principe, il eût peut-être été bon d'attendre le résultat du prochain inventaire avant d'apporter à notre œuvre une si profonde modification. Seulement, cet inventaire ne peut se faire que l'an prochain, après la clôture de l'exercice 1920, après la fermeture de tous les comptes d'attente des sociétaires mobilisés en retard pour le payement de leur prime.

La création d'une nouvelle combinaison se serait ainsi retrouvée portée à 1922 et en attendant la vie chère continue à sévir.

Nous avons cru, au Conseil, que nous ne pouvions pas surseoir si longtemps pour mettre sur pied un projet de combinaison nouvelle et il fut décidé qu'une commission de trois membres se réunirait

d'urgence pour élaborer ledit projet. Cette commission s'est réunie le 28 juillet dernier, chaque membre apportant son projet personnel. Vous avez pu lire le compte-rendu de cette réunion et le texte des délibérations prises dans le n° 34 du *Concours* du 22 août suivant. Ceux d'entre vous qui ont suivi le journal depuis ce jour-là ont pu voir exposées différentes critiques qu'on a bien voulu faire à notre projet. Nous remercions bien vivement ceux qui nous les ont faites, car, dans ces sortes de choses, il ne faut jamais hésiter à remuer les idées ; plus d'une de celles qui nous ont été suggérées, si nous avons des raisons provisoires de ne pas les retenir actuellement, seront sûrement reprises après l'inventaire.

C'est ainsi qu'une discussion a été soulevée sur la fixation du taux de la future indemnité à 20 fr. Certains confrères auraient vivement désiré que ce taux fût porté à 30 fr : la vie ayant au moins triplé, il semble juste que l'ancienne indemnité de M. A. soit triplée, elle aussi. D'autres sociétaires nous ont écrit de nous méfier, qu'une indemnité de 30 fr. serait une prime à la paresse, un vaste champ de carottes, que sais-je encore ?

Votre Conseil a longuement mûri la question. Il reconnaît qu'en principe l'indemnité de 30 fr. semble légitime et que dans toute une partie de la France, elle ne serait que juste. Mais il sait aussi que dans d'autres régions cette indemnité pourrait être assez rémunératrice pour encourager la prolongation excessive du repos et des convalescences. Et puis, il faut voir les choses d'un autre point de vue. La nouvelle combinaison que nous voulons ouvrir au 1er janvier prochain ne va partir qu'avec un nombre relativement faible de membres. Vous savez qu'en principe j'avais demandé 300 inscriptions pour débuter. Or, j'en ai tout juste reçu une centaine, dont, laissez-moi vous l'avouer, une bonne moitié est à défalquer pour raisons de santé ou d'âge des candidats.

Comme nous ne voulons pas attendre ce chiffre fatidique de 300, comme les candidats sérieux ne nous viendront que s'ils nous voient fonctionner, il est de toute nécessité, en pratique, d'ouvrir la nouvelle combinaison avec le petit noyau qui se formera d'ici un mois.

Mais vous voyez alors combien, dans ces conditions, nous devons être prudents. Que sur 100 candidats, nous ayons seulement une moyenne de 10 malades dès juillet 1921, jamais les primes touchées ne couvriront les indemnités si nous partons à 30 fr. par jour. Ce n'est pas avec une recette annuelle d'environ 30.000 fr. par exemple pour 100 membres que nous pourrions payer 300 fr. par jour d'indemnité soit 18.000 fr. pour les 2 premiers mois d'exercice seulement.

C'est cette prudence acquise par 25 années d'administration qui nous a fait rejeter pour l'instant le principe de l'indemnité à 30 fr. par jour. Nous estimons que pour commencer il faut nous en tenir à 20 fr. Si dans un an nous avons pour nous le nombre, si notre actuaire, éclairé par l'inventaire de M. A. et de B., nous dit que nous pouvons faire plus, nous en serons enchantés et nous nous empresserons de vous soumettre un projet en conséquence. Pour le moment, contentons-nous de doubler l'indemnité de M. A., ce sera le plus sage.

Nous vous proposerons aussi une combinaison provisoire, uniquement réservée aux anciens membres de A et de B, afin de permettre à ceux de ces derniers qui réuniront les conditions de santé et d'âge voulues de doubler les 10 fr. de leur combinaison actuelle en souscrivant une demi-part à la combinaison nouvelle. Mais, comme je vous le disais, ceux d'entre vous qui voudront souscrire à cette demi-combinaison devront remplir les mêmes conditions de bonne santé que les nouveaux candidats. C'est une condition élémentaire sur laquelle je n'ai pas besoin d'insister, mais qui, d'ores et déjà, empêchera beaucoup d'anciens membres de bénéficier des avantages de la combinaison nouvelle. Ce serait, en effet, trop simple de payer par an 200 francs de plus pour toucher 300 francs de plus par mois ou 1.200 francs de plus par an au bout d'un an ou deux d'adhésion.

Mais il y a une autre de nos propositions qui va gêner beaucoup d'anciens comme de nouveaux : c'est la limite d'âge. Elle empêchera ainsi tous les membres de votre Conseil de souscrire à la combinaison nouvelle. Ce n'est donc pas notre avantage de vous la proposer. Nous avons cru cependant devoir le faire, instruits là encore par notre expérience. Imitant en cela plusieurs sociétés mutuelles et particulièrement notre aînée, la Société Lagoguey, nous avons fixé cette limite d'âge à 45 ans. Notre expérience, nos chiffres, nos archives, nous montrent, comme votre sens clinique vous l'a appris depuis longtemps, que c'est entre 45 et 50 ans qu'on commence à payer à la maladie, et surtout à la maladie chronique, le plus large tribut. Il faut donc que dans une Société comme la nôtre les membres entrent encore jeunes. Si cet âge de 45 ans paraît l'an prochain trop sévère à notre actuaire, rien ne nous empêchera de le modifier et de prolonger ainsi d'une année la possiblité de souscrire à la demi-combinaison à ceux d'entre vous que nous aurions dû écarter cette année uniquement à cause de leur âge. Mais, je le répète, soyons prudents pour commencer : il vaut mieux augmenter l'indemnité l'an prochain que de la réduire dans 5 ans ; il vaut mieux reculer la limite d'âge que d'être mis dans la nécessité de l'avancer.

Vous avez vu aussi que pour cette combinaison nouvelle nous prévoyons après l'admission un stage de 3 mois pendant lesquels chacun de vous pourra nous renseigner sur les stagiaires et nous

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMES DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien*, édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50	5 fr. »
Le 100	8 fr. »
Les 500	35 fr. »
Les 1000 ...	60 fr. »

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, 132, *faubourg St-Denis, Paris.*

apprendre certaines choses intéressantes qui auraient pu échapper ou être cachées à l'examinateur. La faiblesse principale de notre organisation actuelle, c'est la trop grande facilité à l'admission. Plus nous ferons pour nous mettre à l'abri des fraudes ou des erreurs, plus notre œuvre sera solide et prospère et des faits récents nous ont montré la sagesse et la nécessité de cette mesure.

Telles sont, mes chers Confrères, les grandes lignes de la combinaison que, d'ores et déjà, nous appelons entre nous M. A. D., ou simplement D.

Vous allez avoir à en discuter et à en adopter les sept articles statutaires qui en feront la loi. Mais il restera bien entendu que ces articles ne seront que provisoires et devront être ratifiés définitivement l'an prochain après l'étude qu'en aura faite notre actuaire. C'est ainsi, par exemple, que le taux des primes nouvelles a été calculé par votre Trésorier d'une façon approximative et sujette à révision. Si les prix sont trop faibles, les nouveaux membres auront, l'année prochaine, à en payer le surplus ; s'ils sont trop élevés, les sociétaires bénéficieront de la ristourne voulue.

Je crois qu'ainsi, mes chers Confrères, nous aurons fait pour le mieux, nous gagnerons 1 an ; dès juillet prochain, les sociétaires malades commenceront à avoir droit à leur 1re indemnité, mais, exceptionnellement, ils ne la toucheront que fin décembre, après l'organisation définitive et officielle de la combinaison.

En résumé, dès 1922, nous aurons donc enrichi notre Société d'une combinaison nouvelle : M A continuera à assurer l'indemnité de 10 fr. par jour, D assurera celle de 20 fr. Quant à celle de 30 fr., il n'y aura qu'à autoriser le cumul, le jour où, tous d'accord, nous en verrons la possibilité.

Quelques confrères nous ont proposé de profiter des changements actuels pour étudier en même temps le doublement de nos retraites. En principe la chose peut paraître séduisante, mais si l'on serre d'un peu près la question on voit tout de suite qu'elle est tout à fait différente de celle de l'indemnité maladie.

En effet, ce n'est pas le doublement des primes actuelles des combinaisons P ou R qui permettrait d'assurer 2.400 au lieu de 1.200 de pension. Vous savez que pour s'assurer une retraite, il faut 15 ans de participation, et quelle que soit la combinaison trouvée, pour assurer 2.400 francs de pension, les Sociétaires qui s'y inscriraient devraient attendre 15 ans avant de toucher leurs 2.400 fr., même s'ils devaient bénéficier dès l'an prochain de la pension actuelle de 1.200 fr. Dans ces conditions, il n'y a aucun intérêt pressant à étudier dès maintenant un doublement provisoire des combinaisons P ou R, et nous avons pensé qu'il était préférable d'attendre le résultat du prochain inventaire avant d'étudier dans quelles conditions on pourrait prendre soit à P soit à R, 15 parts, 20 parts et même plus.

Ceux qui seraient très pressés de s'assurer dès maintenant une retraite de 2.400 fr. pour leurs vieux jours, peuvent d'ailleurs parfaitement le faire en souscrivant 10 parts à la combinaison P et 10 parts à la combinaison R.

On pourrait en dire autant de notre combinaison V ; certes, il serait fort intéressant, aujourd'hui surtout, d'augmenter la pension à nos veuves, et de la porter à 1.200 fr. Malheureusement, si un effort sérieux de propagande pour cette combinaison ne se produit, nos veuves risquent d'attendre encore fort longtemps cette pension rêvée. Ce qui nous manque pour la constituer, c'est le nombre. Je suis toujours profondément étonné de ne pas voir grossir plus vite le trop petit noyau de ceux qui constituent notre combinaison V. Vraiment, on croirait que le médecin se désintéresse absolument de ce qui peut advenir à ses survivants après sa mort « après moi, le déluge », semblerait être leur devise ; pourtant, je ne le crois pas. Je n'accuse plutôt que leur ignorance ; on oublie et on oublie trop que la M. F. a une Caisse des Veuves et que celle-ci ne pourra s'améliorer que par le nombre de ses adhérents. Le jour où l'on serait 500 au lieu de 50, la combinaison V pourrait certainement faire beaucoup mieux qu'aujourd hui.

Vous le voyez, mes chers Confrères, une fois liquidée la situation de guerre, l'avenir s'ouvre à nous avec de grandes perspectives de travail, d'amélioration de nos services et d'extension dans notre rôle de prévoyance. Nous avons l'ambition de doubler, de tripler même tous les secours, toutes les retraites qui sont le but de notre existence. Mais pour cette œuvre de demain, votre Conseil ne peut rien sans vous, seul le nombre nous donnera la puissance, seule une propagande active, intense et journalière de chacun de vous dans sa sphère nous donnera le nombre d'adhérents essentiel à nos progrès, à notre développement et à notre force.

Songez-y chaque jour. Soyez nos apôtres, près des jeunes surtout, près de tous ceux qui peuvent faire de la prévoyance à bon marché, c'est-à-dire au début de leur carrière, à l'âge où les primes sont les plus légères.

Songez enfin, vous les anciens, que c'est par l'apport des jeunes que vous consolidez votre propre situation à la M F. Et puis enfin, faire de la propagande pour des œuvres de prévoyance comme la nôtre, n'est-ce pas la plus belle façon de faire de la solidarité professionnelle, n'est-ce pas aussi le plus bel altruisme ?

C'est donc par un appel à votre bonne volonté que je veux terminer mon rapport. J'aurais encore bien des choses à vous dire, mais le temps presse et si vous le voulez bien, je continuerai régulièrement à vous entretenir de tout ce qui intéresse notre chère Société dans les colonnes du *Concours*, que vous lirez toujours, j'en suis sûr, maintenant, puisqu'il est le généreux intermédiaire entre vous, les Sociétaires, et votre Conseil d'administration.

A l'œuvre donc, pour demain. A nous, Conseil, le travail administratif ; à vous, camarades, la grande œuvre de propagande pour le plus grand bien de tous.

Le Président donne la parole au Trésorier pour la lecture de son rapport sur l'exercice 1919.

M. Gassot, Trésorier, donne lecture du rapport suivant :

L'abondance des matières nous met dans l'obligation de reporter la publication de ce rapport au prochain numéro.

Au nom des Commissaires aux comptes, M. le Dr Frigaux donne lecture de son rapport :

Le 18 octobre 1920, à 15 heures, la commission de contrôle de la « Mutualité familiale du corps médical français » s'est réunie pour vérifier les comptes du trésorier. Les membres présents ont constaté la parfaite exactitude des comptes et adressent au trésorier leurs félicitations pour son dévouement et sa bonne gestion.

Dr Pavie. Dr Frigaux.

Personne ne demandant la parole, le Président met aux voix l'approbation des comptes de l'exercice 1919.

Ces comptes sont approuvés à l'unanimité.

Le Président invite ensuite les sociétaires qui auraient des observations à présenter ou des explications à demander à le faire.

M. O'Followell, constatant qu'il vient pour la première fois à une Assemblée générale de la Mutualité Familiale, regrette que les membres ne soient pas mieux tenus au courant des faits et gestes de la Société.

M. Mignon, Secrétaire général, répond que le *Concours médical* est l'organe de la Mutualité familiale et publie tous les avis, convocations, procès-verbaux, etc... Il rappelle qu'avant la guerre, les numéros du *Concours* contenant ces procès-verbaux étaient envoyés à tous les membres de la Mutualité, mais que, actuellement, les difficultés d'ordre matériel ne permettent plus ce mode de faire. C'est pour cette raison que, cette année, la convocation et les rapports ont été envoyés spécialement à tous les sociétaires qui ne sont pas abonnés au *Concours médical*.

M. O'Followell remercie M. Mignon de ses explications, mais il voudrait qu'on étudiât le moyen de mieux éclairer les sociétaires.

M. Noir répond que précisément cette question est à l'étude, et qu'on recherche un *modus vivendi*, en attendant qu'il soit possible de reprendre les errements d'avant-guerre.

L'ordre du jour appelle la nomination de trois commissaires aux comptes en remplacement de MM. les Drs Pavie, Carlotti et Kouindjy sortants et non rééligibles.

L'Assemblée générale nomme MM. les Dr Henne, O'Followell et Marcel Mignon, de Paris.

L'ordre du jour appelle l'approbation de la création provisoire d'une combinaison M A D donnant l'indemnité journalière de 20 francs et l'indemnité mensuelle de 200 francs.

M. Gassot, trésorier, donne lecture du rapport de la commission spéciale, rapport qui a été adopté par le Conseil d'administration :

Messieurs,

La Commission nommée par le Conseil d'administration, dans sa séance du 29 juin, s'est réunie sous la présidence du Dr Maurat.

Elle a examiné toute la correspondance reçue par le secrétaire général et le trésorier ainsi que les travaux préparatoires faits par eux en vue d'éclairer la discussion.

Elle a reconnu qu'il y avait le plus grand intérêt :

1° A ouvrir, à la première section de la Mutualité Familiale, une combinaison nouvelle donnant l'indemnité journalière de 20 francs ;

2° A ouvrir cette combinaison dans le plus bref délai possible.

D'autre part, elle a constaté l'impossibilité de créer cette combinaison d'une manière régulière sans le vote d'une Assemblée générale émis en conformité de l'avis formulé par l'actuaire après son inventaire général.

Dans ces conditions, elle a décidé de proposer l'ouverture de la combinaison nouvelle au 1er janvier 1921 mais seulement à titre provisoire, l'organisation définitive étant renvoyée au 1er janvier 1922.

Elle a pensé que cette solution pourrait donner satisfaction au désir légitime de nombreux sociétaires tout en sauvegardant les exigences statutaires.

En conséquence, elle vous propose l'adoption du projet de délibération suivant :

COMBINAISON M A D.

Il est créé, à la section 1 *de la Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français, une combinaison nouvelle M A D donnant une indemnité double de celle qui est spécifiée à l'article* 44 *des statuts,* c'est-à-dire 20 francs pendant soixante jours à partir du 5e jour de la maladie et 200 francs par mois (6 fr. 66 par jour) au delà du 60e jour et quelle que soit la durée de la maladie.

Cette combinaison fonctionnera, à titre provisoire, à partir du 1er *janvier* 1921, *et, à titre définitif, à partir du* 1er *janvier* 1922 *après le vote d'une Assemblée générale extraordinaire qui sera spécialement réunie après l'inventaire actuariel.*

Pendant cette période provisoire, le fonctionnement de la combinaison M A D sera soumis aux règles particulières suivantes :

I

L'admission des membres est prononcée en deux fois par le Conseil d'administration.

La première fois, elle n'est que provisoire ; les noms des sociétaires ainsi admis sont publiés au *Concours Médical*, et, pendant trois mois, tous les anciens sociétaires sont admis à formuler leurs observations. Ce conseil ordonne, s'il est nécessaire, un nouvel examen des candidats et statue d'une manière définitive dans sa séance suivante.

II

Les sociétaires versent, dès leur admission provisoire, le droit d'entrée et la cotisation annuelle. S'ils ne sont pas admis définitivement, cette cotisation leur est remboursée.

Tableau des cotisations annuelles.

Age d'entrée		Age d'entrée	
24 ans	135 fr.	35 ans	168 —
25 —	138 —	36 —	172 —
26 —	141 —	37 —	176 —
27 —	144 —	38 —	180 —
28 —	147 —	39 —	185 —
29 —	150 —	40 —	190 —
30 —	153 —	41 —	195 —
31 —	156 —	42 —	200 —
32 —	159 —	43 —	205 —
33 —	162 —	44 —	210 —
34 —	165 —	45 —	215 —

Ces chiffres sont augmentés de 10 % pour frais de gestion.

III

Les chiffres portés au tableau ci-dessus pourront être modifiés selon les indications de l'actuaire lors de l'établissement définitif de la combinaison.

Dans ce cas, au mois de décembre 1921, les sociétaires admis devront régulariser leur situation en conformité des nouveaux chiffres : s'ils ont versé en moins, ils devront faire le versement complémentaire nécessaire ; s'ils ont versé en trop, la caisse leur tiendra compte de la différence.

IV

La limite d'âge pour l'entrée à la combinaison M A D est fixée à 45 ans.

L'âge de sortie est fixé à 65 ans.

V

Le droit à l'indemnité commence six mois après l'admission provisoire.

Exceptionnellement, les indemnités du 2e semestre 1921 seront réglées seulement fin décembre, après l'organisation définitive de la combinaison M A D.

IV

Une demi-combinaison M A D est ouverte pour les membres actuels de la combinaison M A auxquels elle est exclusivement réservée.

Il est accordé à ces sociétaires un délai d'une année (jusqu'au 31 décembre 1921) pour s'y faire inscrire. Passé ce délai, la 1/2 combinaison M A D sera fermée.

Ils sont soumis, pour l'admission, aux mêmes conditions que les membres de M A D (examen médical, stage, droit d'entrée, etc..). Les membres de la demi-combinaison M A D payent demi-cotisation pour recevoir demi-indemnité.

VII

Les dispositions générales des statuts de la Mutualité familiale et les dispositions spéciales à la combinaison M A sont applicables à la combinaison M A D en tant qu'elles ne sont pas contraires aux présentes règles particulières.

Toutefois :

1° Les sociétaires qui quittent la France cessent de faire partie de la combinaison M A D et n'y peuvent rentrer qu'à la faveur d'une admission nouvelle.

2° Les intérêts que devront payer les sociétaires en retard pour le versement de leurs cotisations seront calculés à raison de 0 fr. 50 % par mois.

3° Les amendes prévues à l'article 47 des statuts pour retard dans les déclarations seront portées à 5 fr. par jour.

M. le Dr HUGUENIN demande si les membres âgés de plus de 45 ans sont exclus de la nouvelle combinaison.

M. MIGNON répond que oui, quant à présent du moins. L'an prochain, si l'actuaire admet la limite de 50 ans, le Conseil sera heureux de la proposer à l'adoption de l'Assemblée.

M. O'FOLLOWELL demande à quels mobiles le Conseil a obéi en proposant cette combinaison.

M. MIGNON répond que c'est à la demande d'un très grand nombre de sociétaires et en raison des conditions actuelles de la vie.

M. ARAGO demande comment sont établis les calculs des actuaires.

M. GASSOT répond que la table de morbidité du Corps médical français n'existe pas et que c'est précisément la Mutualité Familiale qui va l'établir; M. Léon Marie a donc dû procéder par approximation, consultant des tables suisses, italiennes et anglaises et cherchant celles qui pouvaient le plus se rapprocher des conditions de la vie médicale. C'est pour cette raison qu'il faut que des inventaires actuariels périodiques constatent si les données de l'expérience concordent toujours avec les bases sur lesquelles ont été établis les calculs. Les chiffres donnés pour la combinaison nouvelle seront soumis à M. Fleury lors de l'inventaire prochain et seront, l'an prochain, s'il y a lieu, modifiés selon ses indications.

M. O'FOLLOWELL trouve bien compliqué cet ensemble de combinaisons pour l'esprit simpliste des médecins.

M. NOIR répond que c'est une nécessité absolue, que les candidats demanderont soit l'indemnité de 10 fr., soit celle de 20 fr., et que c'est le secrétaire général qui leur indiquera les combinaisons auxquelles ils seront inscrits.

Après des explications complémentaires données par MM. Mignon, secrétaire général, et Gassot, trésorier, le Président met aux voix l'adoption du projet de délibération présenté par le Conseil d'administration.

Cette adoption est votée à l'unanimité.

En conséquence, la nouvelle combinaison commencera à fonctionner à partir du 1er janvier 1921, étant entendu que ce fonctionnement n'est que provisoire et ne deviendra définitif qu'après l'approbation de l'Assemblée générale extraordinaire qui sera spécialement convoquée en 1921.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire, P. BOUDIN. *Le Président*, A. MAURAT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine.** — M. le professeur Lejars a commencé son cours de clinique chirurgicale le samedi 6 novembre 1920, à lhôpital Saint-Antoine, à 9 heures 1/2.

Programment de l'enseignement. — Mardi, à 9 h. 1/2 : Examens cliniques à l'amphithéâtre per le professeur. Jeudi, 9 h. 1/2 : Examens cliniques à l'amphithéâtre par les élèves, sous la direction du professeur. Samedi, 9 h. 1/2 : Leçon clinique par le professeur. Lundi et mercredi, 9 h. 1/2. Conferences de diagnostic chirurgical par MM. Brocq, chef de clinique et Séjourner, chef de clinique adjoint. Mercredi, 10 h. 1/2 : Examens de laboratoire.

— **Hôpital Cochin.** *Service des maladies des voies urinaires*, Dr M. Chevassu. — Lundi 29, 11 h. Examens de malades (testicule et appareil urinaire). Mercredi 1er, 9 h. 1/2. Explorations et opérations urinaires. Vendredi 3, 9 h. 1/2. Opérations de chirurgie urinaire.

— **Hôpital Saint-Louis.** *Consultation d'oto-rhino-laryngologie*, Dr F. Lemaître, chef de service. — Mardi 50 novembre, 9 h. 1/2. Salle de la consultation d'oto-rhino-laryngologie : Examen clinique des malades de la consultation. Samedi 4 décembre, 9 h. 1/2. Amphithéâtre de la Faculté de l'Hôpital Saint-Louis. Notions d'histologie pathologique indispensables à l'oto-rhino-laryngologiste : 4e conférence : Les inflammations, par le Dr F. Lemaître.

— **Clinique obstétricale de la Pitié**, Pr Brindeau. — Mardi 30 novembre, 9 h. 1/2. Consultation de nourrissons. Jeudi, 2 décembre, 9 h. 1/2. Opérations.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

le pied. A l'examen approfondi du membre, je trouve une fracture bi-malléolaire sans déplacement marqué : léger diastasis de l'articulation tibio-tarsienne.

Je cherche aux « fractures » dans le tarif Breton et je n'y vois pas mentionnée la fracture des malléoles. Vous me direz qu'elle ne l'est pas davantage dans le tarif Dubief, mais ici du moins, à l'article 10, C. paragraphe 6, je trouve les fractures simples des côtes, omoplate, sternum, os du crâne, etc.,et cet « etc. » me permet d'y classer toute autre chose. J'ai un autre blessé en ce moment atteint d'une fracture classique de Dupuytren pour laquelle j'ai compté en 2e catégorie 112 fr. 50. Il me semble exagéré de demander cette somme pour une fracture « des deux os de la jambe » si l'on veut, mais pour laquelle j'ai jugé inutile l'application d'un appareil autre qu'une simple bande.

Auriez-vous l'obligeance de me dire dans un prochain numéro du *Concours*, ce que je dois consciencieusement compter pour ce cas ?

Et pendant que je suis en train de comparer les deux tarifs, je vois le tarif Dubief, même article 10, I, paragraphe 1 prévoir, les fractures du cou-de-pied, de la colonne vertébrale et du bassin sur lesquelles le tarif Breton observe un silence prudent. Que ferons-nous le cas échéant ?

Dr P.

Réponse.

1o L'anomalie que vous signalez justement à propos des *actes opératoires faits la nuit* provient de ce que, dans l'esprit de la sous-commission, il s'agissait des actes opératoires importants faits par un chirurgien, avec aide et anesthésiste et non des « interventions » de nuit, dont vous parlez, ressortissant à la petite chirurgie, auquel cas la majoration de nuit, du triple, a semblé suffisante, avec les nouveaux prix de visite, pour indemniser le médecin. Je puis même vous dire que nous avons bataillé pour ces 25 % de majoration. En pratique, le médecin prendra, dans la tarification, ce qui lui semblera le plus avantageux, soit, dans votre exemple, les 30 fr. de la visite de nuit, plutôt que les 18 fr. 75 de la suture simple, ce qui serait ici illogique. Quant au « minimum » que vous indiquez, il pourrait être proposé dans une révision du tarif.

2o Votre « fracture bi-malléolaire » me paraît devoir être comprise dans la « fracture des deux os de la jambe » (art. 18). De même pour votre « fracture de Dupuytren » qui est sous la même rubrique , en toutes lettres. Évidemment, la 2e, est généralement plus difficile à réduire, mais là encore, on a agi suivant le *principe des moyennes* : un « bon » cas balançant un « mauvais » cas. Il est difficile, dans un tarif, de régler tous les cas d'espèce, si nombreux en chirurgie !... Si vous n'avez eu à mettre qu'une simple bande, avez-vous eu vraiment une fracture classique de Dupuytren ? Tout cela est difficile à juger de

loin. Faites votre note dans ce cas suivant votre conscience, vous serez assuré d'avoir suivi le « droit chemin ».

3° Vous dites que le tarif Breton « observe un silence prudent » sur les fractures du bassin et de la colonne vertébrale ? N'avez-vous pas poussé votre lecture du tarif jusqu'à l'art. 28 ? Vous y verrez : « réduction et contention avec ou sans appareillage, des fractures du bassin et de la colonne vertébrale » : de 60 à 100 fr. »

Nota. — Mes remerciements pour la sympathie que vous me montrez dans votre lettre. Celle-ci prouve, en outre, que vous vous rendezcompte des difficultés multiples de la tâche pour tout ceux qui ont contribué à élaborer le nouveau tarif des accidents du travail.

Dr DECOURT.

II

Je me permets de vous demander un renseignement au sujet du nouveau tarif accidents du travail. Il est dit à l'art. 24. (certificats) que l'avis par lequel le médecin indique dans sa dernière consultation la guérison du blessé ne donne pas lieu à indemnité spéciale.

Mais doit-on compter, en établissant la note détaillant les honoraires, la somme de 7 fr. pour cette consultation où le blessé se présente pour la dernière fois, la veille ou le jour de la reprise de son travail ?

Dr N.

Réponse.

L'article 29, alinéa 3, du tarif Breton dit que « l'avis par lequel le médecin indique *dans sa dernière consultation* la guérison du blessé ne donne pas lieu à une indemnité *spéciale.* ».

Il faut comprendre que, si *l'avis,* c'est-à-dire le certificat de guérison pure et simple (le tarif Dubief employait en ce cas le mot « certificat ») ne donne pas droit à une indemnité spéciale, la dernière consultation, au cours de laquelle il a été donné, donne droit à l'honoraire habituel de consultation. Pour qu'il en soit autrement, il faudrait une disposition spéciale, indiquant que cette *dernière consultation* ne sera pas rémunérée, et cette disposition n'existe pas.

III

Je vous serais très reconnaissant de me faire savoir par voie du *Concours médical* à quelle indemnité donne droit un certificat descriptif pour accident du travail, *avec évaluation de la réduction de capacité de travail.*

1° En fin de traitement.

2° Pour un blessé ancien, que je n'ai pas soigné et qu'une compagnie m'adresse en vue d'une révision de pension.

Je ne trouve pas ces renseignements dans le tarif Breton, les certificats se payaient autrefois 20 fr.

Dr B.

Réponse.

Le tarif Breton, comme autrefois le tarif Dubief, n'est applicable, dans les relations entre médecin et patron, que lorsque le médecin a été choisi par le blessé.

Il ne saurait donc être question de son application au second cas visé dans votre lettre, celui où le médecin est chargé, par une Compagnie d'assurances, agissant en lieu et place du patron, d'examiner un blessé du travail en vue, sans doute de la révision de la rente qui lui a été allouée.

Aucun tarif officiel, n'est applicable dans ce cas, et les parties, médecin et Compagnie, peuvent fixer en toute liberté le prix de cet examen et du rapport qui le suivra.

Lorsque, au contraire, le médecin, choisi par le blessé, délivre le certificat de consolidation de la blessure, constatant l'état du blessé et, s'il y a lieu, le degré d'incapacité permanente de travail dont il est atteint, ce certificat lui donne droit à l'honoraire de 10 fr. prévu par l'article 29, paragraphes 2-30 du tarif Breton.

L'entéro-antigène.

ERRATUM. — Dans la réponse publiée dans le n° du 7 novembre 1920, page 2.777, lire Dr DANYCZ, au lieu de Dr Danger, imprimé par erreur.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement du prurit.

Je suis presque honteux de revenir sur cette question du traitement du prurit, page 2.588 du *Concours*; cet article m'avait suggéré des réflexions que vous avez eu l'amabilité de publier page 2.780, avec la réponse de l'auteur. Cette réponse ne me satisfait nullement, et voici pourquoi.

L'auteur soutient l'adjonction de sublimé dans sa formule ; mais pour cela, nous étions d'accord, puisque c'est contre l'acétate de plomb que je partais en guerre. Je soutenais que l'acétate de plomb était entièrement décomposé par le sulfate d'alumine et le bichlorure de mercure, et qu'il valait mieux le supprimer purement et simplement. Faut-il des chiffres ? Reprenons la formule chimique de la réaction.

$$3[(CH^3 - COO)^2 Pb + 3 H^2O] + [(SO^4) Al^2 + 16 H^2O]$$

Acétate de plomb 3 × 379 — Sulfate d'alumine 630

$$= 3 SO^4 Pb + (CH^3 - COO)^{2+3} Al^2$$

Donc, 1137 gr. d'acétate de plomb sont décomposés exactement par 630 gr. de sulfate d'alumine. Les 2 gr. d'acétate de plomb de la formule sont donc largement décomposés par les

2 gr. de sulfate d'alumine, puisqu'il suffit de 1 gr. et quelques centigrammes. Donc, même s'il n'y avait pas de sublimé, tout le plomb resterait sur le filtre : alors, pourquoi en mettre ?

Pourquoi toutes ces discussions, direz-vous, puisque l'efficacité thérapeutique est hors de doute ? Parce qu'il importe que nous, médecins, nous paraissions aussi forts en chimie que le pharmacien chargé de préparer la drogue pour éviter des remarques désobligeantes !

Dr H.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Le médecin praticien peut-il être considéré comme un fonctionnaire ?

CONSEIL D'ÉTAT

Séance du 21 mai 1920.

Vu la requête sommaire et le mémoire ampliatif présentés pour le sieur L., docteur en médecine, demeurant à V.

Considérant que l'article 4 de la loi du 28 pluviôse an VIII dispose que le « Conseil de préfecture prononcera sur les difficultés, qui pourraient s'élever « entre les entrepreneurs de travaux publics et l'administration concernant le sens ou l'exécution des « clauses de leur marché » ;

Considérant que la demande du sieur L. tendait à obtenir une indemnité représentant le préjudice que lui aurait causé la Compagnie parisienne de distribution d'électricité tant en le considérant comme ne faisant pas partie de son personnel et ne remplissant pas, dès lors, les conditions nécessaires pour bénéficier de l'assimilation prévue par l'article 14 du cahier des charges approuvé par le décret susvisé du 8 septembre 1907, qu'en ne le conservant pas ultérieurement comme médecin-visiteur ou en ne le désignant pas pour un poste, auquel il prétendait avoir droit ; que le litige ainsi soulevé portait sur une question de salaire ou de louage de travail entre un médecin et une société ayant fait appel à son concours professionnel dans des conditions déterminées, contrat de droit purement civil, dont il appartient à l'autorité judiciaire seule de connaître ; que fût-il vrai que la solution à intervenir dût comporter l'interprétation d'une clause du cahier des charges imposé par la ville de Paris à la Compagnie parisienne de distribution d'électricité, cette interprétation ne pourrait être donnée que sur renvoi ordonné par l'autorité judiciaire, seule compétente pour statuer au fond ; qu'ainsi c'est à bon droit que le Conseil de préfecture du département de la Seine a rejeté pour cause d'incompétence la demande du sieur L. ;

DÉCIDE :

Article premier.

Le requête susvisée du sieur L. est rejetée

Commentaires.

Voici une nouvelle preuve, donnée par le Conseil d'État, que le médecin, qui contracte avec une collectivité publique, pour donner ses soins aux employés et ouvriers de la dite collectivité, ne saurait être considéré comme un fonctionnaire. On abuse souvent, dans le langage courant, de la terminologie « fonctionnarisation du médecin». Non. Le praticien consent à un louage de services, selon un mode déterminé de nomination et de payement. Mais, qu'il soit nommé par le maire, le préfet, le ministre et qu'il touche des honoraires à la visite, ou au forfait annuel, il n'est pas fonctionnaire, mais bien salarié, et comme tel, soumis non à la juridiction administrative, mais à celle du droit commun.

Le docteur ne peut être considéré comme fonctionnaire que, lorsque représentant l'État, le département, ou la commune, non pour donner des soins, mais pour des missions d'inspection, de contrôle, il détient une parcelle de l'autorité publique. Seront tels les directeurs de bureaux d'hygiène, les médecins inspecteurs de la protection du premier âge, Et encore pourrait-on opposer à certains de ces confrères qu'ils n'émargent pas pour les retenues en vue d'une retraite.

Ce n'est que pour les contestations de l'assistance médicale gratuite qu'en vertu des dispositions spéciales de la loi du 15 juillet 1893, les praticiens doivent soumettre leurs difficultés au Conseil de préfecture, en premier ressort, et au Conseil d'État, en appel.

Médecins praticiens, laissons donc l'épithète de fonctionnaires et la qualification de fonctionnarisation, qui ne saurait nous convenir. Disons plutôt que nous nous acheminons vers un salariat, lorsque nous acceptons de contracter avec une collectivité publique, ou privée, selon un mode de nomination laissé à l'arbitraire de la dite collectivité et suivant une rémunération à forfait. Et c'est contre ce salariat que nos syndicats doivent lutter de toutes leurs forces.

Dr P. Boudin.

FANTAISIE RIMÉE

Evidemment c'est fou !!

Pourquoi payer le médecin
Quand de tous côtés la réclame
En dépit de la loi proclame
La guérison du genre humain ?

Peut-être avez-vous conservé
La vieille goutte militaire ?
Etes-vous nerveux, poitrinaire ?
Prostatique ou bien déprimé ?

Faites-vous au jeu de l'amour
En vain, de folles tentatives ?
Voulez-vous guérir vos gencives ?
Grossir, maigrir en quelques jours ?

Votre enfant mouille-t-il son lit ?
Votre femme a-t-elle des pertes ?
Sa fistule s'est-elle ouverte ?
Manquez-vous de sang, d'appétit ?

Avez-vous renvois ou aigreurs ?
Etes-vous atteints de hernie ?
Souffrez-vous de mélancolie ?
D'étouffements ou de vapeurs ?

Avez-vous les pâles couleurs ?
Cultivez-vous l'ivrognerie ?
Videz-vous mal votre vessie ?
Etes-vous remplis de douleurs ?

Pour le cœur, la rate ou les reins,
L'eczéma, la tuberculose,
Les cors aux pieds, la ménopause,
Écrivez vite au pharmacien.

CAR

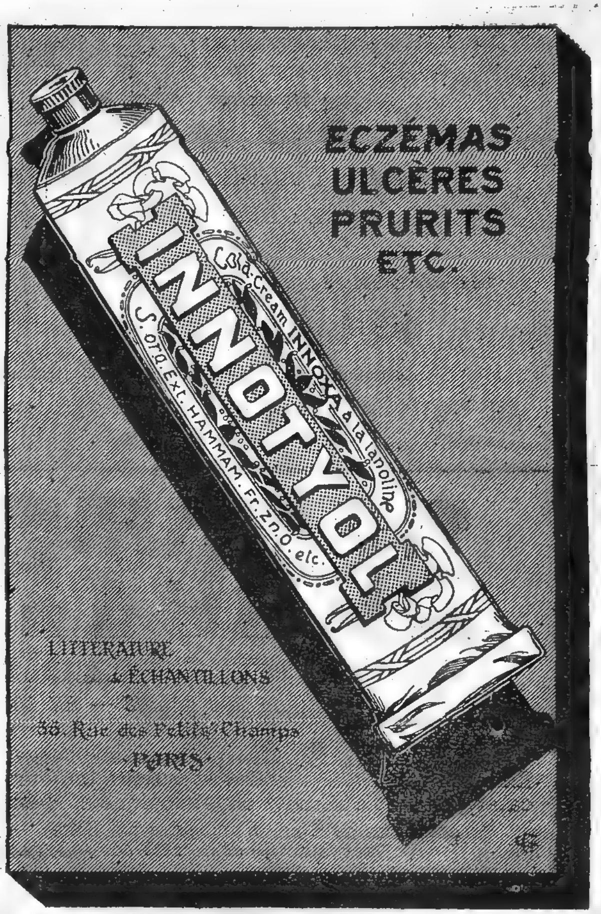
Pourquoi payer le médecin
Quand de tous côtés la réclame
En dépit de la loi proclame
La guérison du genre humain ?

Dr GOYON

P. S. Payer, évidemment, c'est fou,
Quand le journal dans ses colonnes
Quelque soit votre cas vous donne
Le truc pour vous passer de nous.
Allez-y donc de vos cinq sous
Écrivez-leur, et pauvres poires
Quand vous aurez eu des déboires
Peut-être nous reviendrez-vous.

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement, nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit **24 fr.**, par versement à notre compte de chèques postaux Paris 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.



QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 49 — DIMANCHE 5 DÉCEMBRE 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT, DIVERNERESSE et P. CÉZILLY AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arcachon : Cazaban.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon
Beaulieu : Ricoux, Bertier.
Beausoleil : Audoly, Pizard,
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo les Bains : Colbert Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Baradat, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Frank-Duprat, Oudaille, Seytre.
Cap-d'Ail : Lyons.
Frejus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Durond, Permond.
Hyères : La Bonnardière, Milette, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : P. de Langenhagen.
Monaco : Jolivot.
Monte-Carlo : Vivant, Alfonsi.
Nice : Ardoin, Baillon, S. Baudry (*oculiste*), Cauvin, Constant, Delucque - Fourcault, Dormoy, Gruzu, Hemy (*Rayons X*), Larue, Leriche Émile, Liotard, Pietri, Seney, Sorel (*gyn. chir.*), St-fini.
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*), Regnault (*chir., gyn., orth.*)

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr ESCANDE, de St-Etienne, la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux, CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 691. — Algérie. Poste méd. proxim. gd. ville litt. 20 à 25.000 dont 5.000 fixes contre indemn. 2.000 et reprise ph.

N° 692. — A vendre au choix. Cond. int. Zedel, 13 HP., 1920, livr. neuve le 25 nov. 1920, 4 pl., drap gris, écl. et dém. électr., livrab. de suite au prix du coût. 38.500 fr. ou bien Lion Peugeot, 9 HP., 1912, 2 pl. et spider, éclair. parf., moteur rev., à neuf en ce mom., liv. seul. vers 1er janv à partir de 11.000 fr. av. t. acc. Dr Pierson, à St-Mihiel (Meuse).

N° 693. — A céder : lavab. mur. de Rougier av. bouil. cuiv. de 20 l. réchauf. serpent. à gaz, deux boc. de 5 l., un robin. au coude, deux à péd., porte-sav. et port-bros., seau faien. Le tout en parf. ét. Dr Almès, 16, rue de la Chapelle, Paris.

N° 694. — Phar. 1re classe désire utiliser diplôme dans spécialité laboratoire ou industrie pharmaceutique ; pourrait s'intéresser dans affaire.

N° 695. — A vendre moto side-car Indian, 9 chevaux mécanique, état neuf, marche parfaite garantie, prix 5.000 fr. Docteur de la Croix, Le Houga, Gers.

N° 696. — A vendre : machine statique, 2 plateaux, moteur sur c. continu 110 volts, tableau pour continu et faradique sur c. continu 110 volts. S'adresser Dr Thirion, St-Dié.

N° 697. — Jeune médecin cherche une situation à Paris ou en province. S'adresser à : docteur Lebel, 5, rue de Lille, VIIe, Paris.

N° 698. — A vendre, cause cessation exercice, voiturette auto-fauteuil, bon état de marche, 5 HP., 5 lit. aux 100 kil., au plus offrant à partir de 2000 fr. Dr Roux, à Orange.



Nº 699. — Côte d'Or. Occasion : thermocautère Paquelin 2 couteaux, b. état, 190 fr. ; forceps Tarnier neuf, 150 fr. ; pile Chardin « appareil à flotteur pour courant continu 24 piles », boîte acajou, 150 fr.

Nº 700. — A vendre : spiroscope du Dr Pescher, 70 fr. Dr Arin, Beaulieu, M.-et-L.

Nº 701. — Le docteur Payre-Ficot, à Séderon (Drôme), offre à ses confrères son essence de lavande absolument pure et d'odeur exquise.

Nº 702. — A reprendre à Paris, sur la rive gauche, très grand appartement pouvant convenir à médecin ou à chirurgien-dentiste, 7 pièces, loyer 6.000 fr., bail 12 ans. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris.

Nº 703. — Excellent poste dans banlieue immédiate de Paris. Rap. actuel 40.000 fr. minim. Peu de frais de locomotion. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

AVIS
OBLIGATIONS de la Société des EAUX MINÉRALES de CHATEL-GUYON

AVIS AUX PORTEURS

Les porteurs d'obligations de la Société des Eaux Minérales de Châtel-Guyon sont convoqués le 22 décembre 1920, à 15 heures, au tribunal de commerce de la Seine, en Assemblée générale, pour délibérer et voter sur les propositions de règlement transactionnel de la dite Société.

Ceux qui n'auraient pas encore accompli les formalités légales pour que leurs titres soient présentés ou représentés à cette Assemblée sont invités à le faire sans délai : ils y ont le plus grand intérêt.

Demander renseignements et documents (rapport, formule de pouvoir, déclaration de propriété) soit à l'Administrateur - judiciaire, *M. Gatté*, **11**, place Saint-Michel, à Paris, soit à la *Société de Châtel-Guyon*, 6, square de l'Opéra, à Paris.

CORRESPONDANCE

Nomination à la faveur d'un médecin d'hospice.

Il existe dans notre canton un hospice de vieillards depuis fort longtemps.

Depuis cette année, le maire, qui est notre confrère, fait classer cet hospice, qui est maintenant hospice départemental.

Un médecin-chef fut nommé sans que je fusse avisé de quoi que ce soit. C'est naturellement le confrère et maire qui fut désigné.

Ceci me cause un gros préjudice : beaucoup de vieilles gens de campagne échouent dans cet hospice et sont malades *payants*. Quand ce sont de mes clients, ils disparaissent pour moi, le personnel de l'hospice ne connaissant que le confrère.

Je vous demande donc 1º s'il est admissible qu'un médecin d'hospice soit désigné selon le bon plaisir de la préfecture.

2º Si cette place n'est pas incompatible avec la situation de *maire*, je sais que pour un pharmacien maire il y aurait incompatibilité.

3º Si je suis fondé à adresser une réclamation au préfet.

Comme titres spéciaux à faire valoir, je puis simplement dire que je fus retenu cinq ans aux armées,

par mes obligations militaires, tandis que mon confrère et maire du pays exerça seul dans un périmètre assez étendu et ses affaires ont été fructueuses.

Dr R.

Réponse.

L'arbitraire le plus absolu préside à la nomination des médecins et chirurgiens des hôpitaux, et hospices, lorsqu'il n'y a pas concours. En effet, l'article 14 de la loi du7 août 1851, reproduit par l'article 11 du réglement modèle du 15 décembre 1899, décide que : « la commission administrative nomme ... les médecins et chirurgiens, mais elle ne peut les révoquer qu'avec l'approbation du préfet. »

D'autre part, il n'y a pas incompatibilité entre les fonctions de maire et celles de médecin d'hôpital, par analogie avec l'arrêt du Conseil d'État du 3 avril 1908.

Dans ces conditions, votre confrère-maire semble avoir commis une indélicatesse professionnelle, à votre endroit et vous devriez, d'après nous, le citer devant le conseil de famille de votre syndicat.

Juridiquement, il n'y a rien à faire, à moins que vous n'ayez des droits acquis, par une nomination antérieure, par écrit, ce qui vous permettrait de considérer que vous avez été victime d'une révocation déguisée.

Mais, si vous n'aviez pas de nomination régulière, le Conseil d'État vous donnerait tort, car il estimerait que la commission administrative a bien géré le bien des pauvres.

C'est contre cet arbitraire de la nomination à la faveur que les syndicats et l'Association professionnelle des médecins et chirurgiens des hôpitaux civils de France s'élèvent à juste titre, pour obtenir du législateur la modification de la loi de 1851, afin de donner un statut aux docteurs, qui consentent à s'associer à l'œuvre de charité publique. Nous entendons être mis à l'abri des fluctuations de la politique, qui met à la tête de l'hôpital, comme président-né, le maire, alors que ce personnage politique profite des hasards d'une élection, pour chambarder souvent ce qui existe, pour assouvir des rancunes politiques et récompenser des services du même ordre.

Lorsqu'il s'agit de la santé des malheureux, la politique et ses bassesses doivent céder le pas à la bienfaisance et à la charité bien comprises.

Donnez-nous donc le renseignement concernant votre nomination antérieure, pour que nous puissions essayer de vous être utile.

Dr P. B.

Peut-on se récuser en cas de réquisition de justice ?

Depuis 17 ans je suis médecin expert près les tribunaux. A mon retour de la guerre j'ai été nommé comme par le passé. Or, les tarifs étant toujours les mêmes et les transports éloignés étant fréquents ici,

je viens d'envoyer ma démission au Parquet, la justice ne m'intéressant plus du tout à 0 fr. 60 le kilomètre, alors que les garages font payer ici 2 fr. 25 et 2 fr. 50 le kilomètre.

Nous sommes 3 médecins ici dont l'un jeune n'est pas médecin expert. Mon second confrère, empoisonné comme moi par les tarifs, lâche aussi le service de la justice.

Que va-t-il se produire ? Le juge n'ayant plus de médecins experts va nous envoyer des réquisitoires, comme par le passé. Voici où votre avis me devient précieux. En principe, je ne peux pas refuser un réquisitoire, je le sais, mais voici le moyen que je compte employer, si tel est votre avis.

Si le réquisitoire comporte un transport de 10, 15, 20 km. ou plus, j'écrirai au juge que je ne puis exécuter son réquisitoire à cause de l'impossibilité absolue où j'ai été de trouver un moyen de locomotion à 0 fr. 60 le km. Cette réponse peut-elle être soutenue ? Suis-je dans mon droit ? Le cas échéant me soutiendrez-vous ?

Si toutefois il y a un autre moyen d'éviter les corvées ruineuses de la médecine judiciaire, vous seriez bien aimable de me l'indiquer. Il est vraiment scandaleux que l'Etat nous offre de nous rétribuer nos parcours moins cher que ceux des porteurs de dépêches ! c'est à vous dégoûter vraiment et je suis heureux de n'avoir aucune fonction officielle : il ne me restait que la justice et j'en suis enfin délivré ! Vive la liberté !

Dr A.

Réponse.

En matière civile et pour les accidents du travail, un médecin a parfaitement le droit de refuser de se charger d'une expertise.

En matière criminelle, il n'en est plus de même ; l'article 23 de la loi du 30 novembre 1892 spécifie que « tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice. »

Par les mots « réquisitions de la justice », il faut comprendre toute réquisition ayant pour objet la recherche ou la constatation d'un crime ou d'un délit et émanant d'un magistrat, ou d'une juridiction chargée de le rechercher ou de le constater (juge d'instruction, procureur de la République, juge de paix, officier de gendarmerie, commissaire de police, maire ou adjoint agissant comme officier de police auxiliaire du procureur de la République, chambre de mises en accusation, président de Cour d'assises, préfet).

Par conséquent, un tribunal civil ne saurait requérir un médecin.

En second lieu, bien qu'aucun texte législatif ou réglementaire n'ait spécifié que les réquisitions soient faites uniquement par écrit, « constituant une véritable mise en demeure, elles doivent être conçues en termes suffisamment impératifs pour que le citoyen, à qui elles sont adressées, comprenne que le magistrat entend, non pas exprimer un désir, mais user d'un droit fortifié

par une sanction pénale. » (Cour d'appel de Bourges, 4 avril 1895, trois arrêts, Dalloz, 1900, 1, 441). De même, la Cour de Cassation a-t-elle décidé (4 avril 1895, Pand. 1896, 1, 473) que le refus, par un médecin, d'obtempérer à l'invitation d'un commissaire de police de l'assister pour la constatation d'un crime, ne présentait pas les caractères de l'infraction prévue et punie par l'article 23 de la loi du 30 nov. 1892. lorsque l'invitation manquait de netteté et de précision et que d'ailleurs elle n'avait pas été adressée au médecin par l'officier de police judiciaire lui-même, mais seulement transmise par l'intermédiaire d'un tiers, sa domestique en l'espèce.

La sanction de l'obligation d'obtempérer aux réquisitions est une amende de 25 à 50 fr. (loi du 30 nov. 1892, art. 22 et 23).

Un médecin, régulièrement requis, peut faire valoir certains empêchements, que les tribunaux apprécieront souverainement (Cassation, crim., 20 fév. 1857, deux arrêts, Dalloz, 57, 1, 133 ; Cass. crim., 1er fév. 1867, D. 67, 1, 191 ; Cass. 18 déc. 1875, D. 1876, 1, 462.)

Au cours de la discussion de la loi sur l'exercice de la médecine, M. Bardoux, au Sénat, reconnut au médecin la faculté d'alléguer des raisons toutes morales, par exemple, qu'il n'exerce pas la médecine, ou qu'il est appelé auprès d'un malade très grave, en danger. (Sénat, 5 avril 1892, *Journ. Officiel*, 6 av. 1892, débats parlementaires, Sénat, p. 388).

Nous estimons donc que le médecin est parfaitement en droit de demander à l'autorité requérante les moyens de transport nécessaires pour remplir sa mission, car rien n'oblige le praticien à se servir de sa voiture automobile ni à louer lui-même un véhicule à ses frais.

Egalement, tout en acceptant en principe de déférer à la réquisition, le docteur peut se prétendre incompétent pour expertiser en toute conscience le cas qui lui est soumis : il peut exciper de la nécessité de posséder certaines connaissances particulières qu'il n'a pas.

Il peut également invoquer son état de santé, son état de fatigue physique ou morale et intellectuelle, l'obligeant à un repos momentané.

Voici, en principe, ce que nous pouvons vous répondre. A vous de voir localement ce que vous pouvez faire, soit par conversations, soit par lettre (mais écrivez le moins possible, *scripta manent*). Persuadez le procureur, les juges, de l'impossibilité d'accomplir votre mission judiciaire.

S'il vous arrive un conflit, soumettez-le nous immédiatement, pour que nous puissions vous défendre de notre mieux.

Espérons que l'Union des Syndicats médicaux

(*Voir la suite page XXXI*-3041)

CHIMIOTHÉRAPIE ANTITUBERCULEUSE

BACTIOXYNE

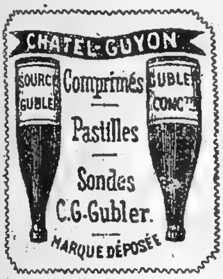
MANGANATE CALCICO-POTASSIQUE

en ampoules :

de 5 cc pour injections intraveineuses | de 3, 5 et 10 cc pour instillations rectales

Littre et Echon USINES CHIMIQUES DU PECQ, 39, Rue Cambon, PARIS

Dépôt à PARIS — Pharmacie BAUDRY, 68, Boulevard Malesherbes



CURE DES MALADIES INTESTINALES
CHATELGUYON-GUBLER

Constipation - Entérites
Dyspepsies gastro-intestinales
Insuffisance du Foie
Maladies coloniales
Déminéralisations



MODE D'EMPLOI

150 gr. à 200 gr., trois fois par jour, une heure avant les repas.
Par périodes de 20 jours, interrompues par 15 jours de repos.

Renseignements et Commandes :

SOCIÉTÉ DES EAUX MINÉRALES DE CHATEL-GUYON, 6, SQUARE DE L'OPÉRA, PARIS.

LES ESCALDES

Station climatique Française à 1.400 mètres

ADMIRABLEMENT PROTEGEE

OUVERTE EN TOUTES SAISONS

Le brouillard y est inconnu, le panorama incomparable

Sources chaudes et froides dans l'Etablissement

S'adresser { Soit aux ESCALDES, par ANGOUSTRINE (Pyrénées-Orientales).
Soit au SANATORIUM DES PINS, à LAMOTTE-BEUVRON (Loir-et-Cher).

PROPOS DU JOUR

Un nouveau contrôle médical : celui des certificats de lait à Paris. Un fâcheux exemple donné par la Société médicale des Bureaux de bienfaisance de Paris.

Il paraît qu'il y a disette de lait à Paris. Les enfants et les malades risquent d'être privés de cet aliment-médicament indispensable à beaucoup d'entre eux. Comment expliquer cette disette ? Le beurre abonde et baisse de prix ; le marché est alimenté de toutes les variétés de fromages ; le toutou de madame se rassasie de lait à son petit déjeuner et l'autorité en permet la vente dans les restaurants, les cafés et les hôtels.

Cela ne paraît pas indiquer une disette bien sérieuse, à laquelle il soit difficile de remédier. On nous dit que la fièvre aphteuse a fait des ravages. Nous voulons bien le croire et il en sera ainsi tant qu'en France, on considérera l'hygiène comme chose négligeable, qu'on laissera son ministère sans ressources et que l'on ne comprendra pas que dans la lutte pour la santé publique comme dans la guerre pour l'indépendance nationale, il faut pour triompher une direction et un commandement uniques.

Quoi qu'il en soit l'administration parisienne a décidé de créer des cartes préférentielles de lait pour les enfants et les malades. Ces cartes officielles ne donnent aucun droit, car aucune sanction ne permet d'obliger le crémier à délivrer du lait à leur détenteur.

Les médecins parisiens accordaient, paraît-il, trop facilement des certificats de lait à leurs malades. Certains jugeaient, en effet, qu'à un bronchitique, un fiévreux, le lait était plus nécessaire qu'au déjeuner du riche M. X. ou au thé de la belle Madame Y. Cela constituait un abus ; il convenait d'y mettre ordre. Il fut décidé d'établir un contrôle des certificats de lait. Pour trouver les médecins contrôleurs, l'administration s'adressa aux médecins de l'Assistance, ou plutôt à la *Société médicale des Bureaux de bienfaisance de Paris* qui en groupe la majorité.

Toujours généreuse quand ce n'est pas elle qui paye, l'Administration pour allécher les médecins de l'Assistance, leur offrit les sommes de six francs et de dix francs par certificat contrôlé selon qu'il aurait été délivré au cabinet médical ou aurait nécessité la visite du contrôleur. Il va sans dire que ces sommes devaient être payées par les malades. Cet appât a produit son effet, et la *Société médicale des Bureaux de bienfaisance*, malgré la protestation des Syndicats médicaux et de toutes les Sociétés médicales parisiennes, a gloutonnement mordu à l'hameçon. Son président et quelques membres anciens ont bien protesté à leur tour, ils ont montré quel fâcheux précédent allait être créé, comment les médecins de l'Assistance allaient se mettre au ban du Corps médical parisien. Ce fut en vain.

Les médecins des pauvres de Paris qui sont en grande majorité, il faut le croire, de bien pauvres médecins, n'ont pas hésité à accepter de contrôler les prescriptions de leurs confrères pour moins de trente deniers.

Le contrôle est pratiquement impossible. Pour les esprits simplistes, ignorant des choses de la médecine, cela paraît naturel, mais pour un médecin qui réfléchit !...

Avec quelle indignation le Corps médical n'a-t-il pas protesté durant la guerre, et publiquement *ex cathedrà*, à la Faculté de Paris (lire la leçon d'ouverture du prof. Duval) contre le contrôle du traitement chirurgical par les grands chefs militaires du Corps de santé au cours des hostilités ? Or le contrôle de la prescription du lait est tout aussi condamnable, c'est, lui aussi, un contrôle thérapeutique.

Nous ne voyons pas sans sourire, le Dr X., sortant frais émoulu du concours de médecin de l'A. P., concours qui vaut ce que valent les concours (nous en savons quelque chose, l'ayant subi et l'ayant fait subir comme membre du jury) allant contrôler la prescription au lait du professeur Widal, de l'Académie des sciences ou de l'un des doyens les plus estimés du Corps médical parisien. Ou il contresignera sans rien contrôler du tout et, dans ce cas, volera les dix francs qui lui sont attribués, ou il prendra son rôle au sérieux et sera tout simplement grotesque.

Nous voulons bien admettre que M. le médecin contrôleur ne formulera jamais de critique sur le diagnostic et le traitement prescrit par ses confrères, qu'il ne profitera jamais de ses nouvelles et passagères fonctions pour détourner les clients d'autrui.

Si la mesure du contrôle ainsi instituée a

été mal prise par les médecins de Paris, elle n'a pas été mieux accueillie par le public. Un de nos amis, maître de conférences à la Sorbonne et dont nous ne sommes pas d'ailleurs le médecin, nous a téléphoné avec indignation, protestant contre cette nouvelle et singulière taxe, imposée aux malades, même peu fortunés, et nous avons reçu de l'avocat très distingué du *Sou médical*, Me Gâtineau, la lettre suivante :

Mon cher docteur,

Un abus de plus à vous signaler. Voyez si le *Concours* ne peut pas dire son mot là-dessus.

Il s'agit du certificat demandé par l'administration pour les cartes de lait.

En dehors sans doute des personnes inscrites au bureau de bienfaisance ou à l'assistance médicale gratuite, toute personne malade ou qui, en raison de son âge a droit à une carte préférentielle, est obligée de déposer 10 fr. à la mairie pour payer la visite d'un médecin, agréé par l'Administration, et de subir la visite de ce docteur pour obtenir ce certificat.

Aucun autre médecin, tel que le médecin de famille, n'est considéré comme digne de la confiance de nos maîtres, c'est-à-dire de la séquelle de fonctionnaires par lesquels nous nous laissons opprimer.

Je connais une famille qui a des ressources très modestes où il y a une vieille mère de 70 ans, soignée par un médecin de famille en qui elle a confiance. Cette dame a dû, sous peine d'être privée de lait, passer sous les fourches caudines de l'administration.

Pour mon compte, mon état de santé, vous le savez, exigerait un régime lacto-végétarien. Je préfère m'exposer à manquer de lait que de me plier aux fantaisies inacceptables de nos tyrans.

Croyez à mes sentiments les meilleurs.

E. GATINEAU,
Avocat à la Cour.

Faites de ma lettre l'usage que vous jugerez bon.

Il est à craindre qu'il en soit en France comme au temps de Beaumarchais :

Or, messieurs, la co-médie,
Que l'on juge en cè-et instant ;
Sauf erreur nous peint la vie
Du bon peuple qui l'entend.
Qu'on l'opprime, il peste, il crie ;
Il s'agite en cent fa-açons ;
Tout fini-it par des chansons...
Tout fini-it par des chansons...

L'affaire du contrôle des certificats de lait vraisemblablement finira par des ordres du jour de protestation, la foôrme que nous donnons aux chansons du *Mariage de Figaro* et le bon peuple de Paris, avec le corps médical parisien, aura subi inutilement un abus de plus. Qu'importe, il n'est pas à les compter !

J. NOIR.

Ce *Propos* était à l'imprimerie quand nous avons pu lire, dans le *Bulletin Municipal* du samedi 27 novembre 1920, le compte-rendu de la discussion du Conseil municipal de Paris sur la crise du lait. M. Luquet, rapporteur, a dit au cours de la discussion (lire page 4.948, 1re et 2e col. du *Bulletin off. municip. de la Ville de Paris*, du 27 nov. 1920).

« Il entre, en effet, assez de lait à Paris pour satisfaire aux cartes de priorité, puisque les statistiques des Compagnies de chemin de fer indiquent des *arrivages quotidiens d'environ* **480.000 litres** *au mois d'octobre* 1920 et que les quantités indispensables aux cartes préférentielles au mois de décembre 1919, c'est-à-dire *au moment où le nombre de ces cartes fut le plus considérable et où elles étaient délivrées plus légèrement, n'était que de* **64.800 litres** *environ par jour.*

Mais il faut bien reconnaître que lorsque la consommation d'un aliment devenu rare, redevient libre, les mesures prises pour assurer les priorités les plus humainement justifiées sont battues en brèche, tenues en échec, réduites à néant par la gourmandise insolente des uns, l'esprit de lucre des autres et les fraudes qu'entraînent, que provoquent, ceci et cela ».

M. Luquet démontre donc qu'*il n'y a pas de disette de lait à Paris pour les enfants, ni pour les malades*, mais un manque total de prévoyance et d'imagination de la part de ceux qui ont la charge d'assurer la répartition du lait à Paris.

M. Paul Fleurot, conseiller municipal du quartier du Jardin des Plantes, a protesté contre le système de contrôle des certificats médicaux qui constitue une injure pour le corps médical parisien et une charge nouvelle pour la population. Nous le remercions vivement de son intervention. Ce que nous pouvons affirmer c'est le fait exact suivant, que nous avons signalé à M. le Directeur de l'Assistance : un vieillard, indigent et malade, n'a pu se procurer du lait avec un certificat médical sur papier administratif.

Si au lieu d'être une indigente, la personne en question avait payé 10 francs pour obtenir un certificat inutile, nous demandons aux hommes de loi de quel nom elle aurait été en droit de qualifier le médecin contrôleur.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

UROLOGIE PRATIQUE

De la conduite à tenir envers un prostatique

Par le Docteur Georges Luys.

Le praticien se trouve souvent en présence de prostatiques qui viennent lui demander conseil Lui rappeler la « conduite à tenir » est une question de pratique courante.

Le prostatique, qui est presque toujours âgé de plus de 45 ans, vient demander conseil dans deux circonstances bien différentes :

1° — Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, il vient consulter son médecin pour des troubles dont il ne s'explique pas l'origine, et qui consistent, la plupart du temps, dans des pesanteurs vagues éprouvées dans le bas-ventre; il se relève fréquemment la nuit pour uriner, et il accuse de la gêne, ou de la difficulté ou de la lenteur de la miction.

Fait aussi très caractéristique : il est obligé d'attendre pour uriner, il a du « retard » dans le début de la miction. Presque toujours, il se plaint que sa dysurie augmente nettement sous l'influence, soit de la station assise prolongée, soit de la pléthore abdominale, soit des rapports sexuels.

La diminution du jet d'urine est aussi caractéristique; celui-ci n'a plus de force, il est lent; au lieu d'être en arc-de-cercle, il s'établit presque à angle droit et, suivant l'expression trop familière, mais consacrée, le malade « pisse sur ses bottes ».

En présence de ces symptômes qui, presque tous, sont accusés par les prostatiques, le praticien doit penser à une hypertrophie de la prostate et alors, pratiquer l'examen local qui lui donnera la confirmation de son diagnostic.

2° — Tantôt, au contraire, le malade vient trouver son médecin dans des conditions beaucoup plus dramatiques, et c'est au cours d'une rétention aiguë d'urine qu'il le consulte.

Cette rétention survient le plus souvent, soit à la suite d'une crise de constipation, soit après un excès de table ou toute autre cause congestionnante. Chacun connaît la phrase célèbre du Professeur Guyon : « C'est en souhaitant la fête à leur grand-père que les petits-enfants déterminent sa première rétention d'urine ».

Le tableau du malade atteint de rétention d'urine est souvent très impressionnant. Il faut avoir vu ces malheureux haletants, ruisselant de sueur et le visage angoissé, se tordre de douleur, dans les positions les plus bizarres destinée à faciliter des tentatives de mictions toujours impuissantes, pour comprendre combien la hantise d'une nouvelle crise de rétention est envisagée par eux avec terreur.

C'est donc surtout dans ces deux circonstances que le praticien est appelé à examiner complètement son malade.

Le premier soin à prendre est de pratiquer le toucher rectal, car c'est un examen qui peut fournir des renseignements précis sur la forme, la consistance et le volume de la prostate.

Nous n'avons pas à entrer ici dans les détails de cet examen, qui ont été décrits dans des traités spéciaux (1). Cet examen est à la portée de tous les praticiens, et lorsque la prostate est reconnue franchement augmentée de volume et que, d'autre part, le malade accuse tous les symptômes sur lesquels nous avons attiré l'attention, il est naturel de penser à l'existence d'une hypertrophie prostatique.

Le toucher rectal n'est cependant pas suffisant pour affirmer l'origine prostatique de la dysurie. Il est indispensable de pratiquer en outre le cathétérisme de l'urètre, et le simple explorateur à boule olivaire permettra d'éliminer, d'une part, les rétrécissements de l'urètre, et d'autre part, il renseignera bien suffisamment sur les dimensions antéro-postérieures de la traversée prostatique (2).

Nous n'indiquerons ici que pour mémoire l'examen de la vessie au cystoscope, qui, bien qu'extrêmement utile, ne peut être confié qu'à des mains de spécialiste.

Toutefois, et pour rentrer plus exactement dans le cadre de la question que nous devons traiter, un autre symptôme est capital, c'est de connaître « quel est le résidu vésical », car c'est de la quantité de ce résidu vésical que devra dépendre, à proprement parler, la vraie conduite à tenir vis-à-vis du protastique.

Pour bien connaître ce résidu vésical, il convient de prier le malade tout d'abord d'uriner à fond le plus possible ; puis, aussitôt qu'il a fait effort pour bien vider sa vessie, il faut alors le sonder et recueillir dans un verre gradué tout ce qui reste dans la vessie et qui constitue ce résidu vésical.

Ce résidu vésical est très variable ; tantôt il est à peine de quelques grammes : 20, 40 gr., d'autres fois, au contraire, il peut atteindre plusieurs

(1) Voir Georges Luys. — Traité de la blennorragie. — Paris, Doin, 1914, p. 194.

(2) Luys. — *Loc. cit.*, p. 146.

litres d'urine. Nous avons observé des rétentions d'urine s'élevant jusqu'à 3 litres 1/2 d'urine.

Et il est de suite naturel de penser qu'un minime résidu vésical ne dépassant pas 100 grammes dictera un traitement simplement palliatif chez le prostatique. Mais au-dessus de 100 grammes de résidu vésical, il faudra certainement penser à une intervention plus sérieuse.

Le traitement palliatif qui convient aux prostatiques de rétention incomplète, dont le résidu vésical est au-dessous de 100 grammes, devra consister tout d'abord dans des soins hygiéniques ayant pour but de décongestionner la prostate, et les meilleurs procédés pour obtenir ce résultat seront d'agir sur le rectum, en purgeant souvent le malade et en lui ordonnant des applications d'eau chaude à 50° sur la prostate.

L'hygiène alimentaire devra être également très surveillée ; tous les aliments congestionnants devront être proscrits et les fruits et les légumes devront être recommandés.

La marche, les exercices de gymnastique suédoise, le massage général, joueront surtout un grand rôle dans la thérapeutique à appliquer à ces malades.

Enfin, dans le traitement de la rétention d'urine proprement dite, c'est le cathétérisme évacuateur qu'il faudra pratiquer d'une manière immédiate ; mais ce n'est là qu'un traitement symptomatique, et il conviendra, une fois la crise de rétention terminée, de penser que celle-ci peut se reproduire et qu'il faut mettre le malade à l'abri de pareils accidents.

Le traitement palliatif du prostatique devra donc aussi consister dans des cathétérismes répétés 3 ou 4 fois par jour, suivis de lavages vésicaux abondants avec les aléas que cette thérapeutique comporte, car chacun sait combien la sonde imprudente, mal conduite ou malpropre, peut amener de désordres chez les prostatiques.

Ces cathétérismes évacuateurs constituent certainement le moyen le plus efficace de décongestionner la prostate, mais pour être vraiment utiles et non nocifs, ils doivent être pratiqués soit par le médecin lui-même, soit par un infirmier très expérimenté et ils constituent pour le malade une sujétion perpétuelle. Aussitôt que ces sondages sont confiés au malade lui-même — les accidents apparaissent inévitables, on peut même dire d'une façon certaine ; ce sont les « fausses routes », ou l'hémorragie prostatique, tantôt grave mais le plus souvent bénigne, ou enfin et surtout l'infection qui transforme en quelques jours des urines claires en une purée blanche et fétide.

Si les cathétérismes doivent être prescrits au prostatique d'une manière temporaire, ils ne peuvent être institués comme méthode thérapeutique définitive, car il n'est pas un malade se sondant lui-même, qui, à un certain moment, ne commettra pas de faute. Trop pressé, il introduira trop rapidement sa sonde et se fera ou une fausse route ou une hémorragie. Insuffisamment soigneux, il commettra des fautes d'aseptie qui lui donneront de la pyurie avec le cortège fébrile habituel de la fièvre urineuse.

Même si ces accidents habituels sont évités, le malade sera encore exposé à une suppuration habituelle de son canal qui déterminera une diminution notable du calibre de l'urèthre, et des sténoses urétrales consécutives.

Ce traitement palliatif de l'hypertrophie prostatique ne peut donc être donné comme un traitement définitif ; on est amené presque toujours à proposer au malade une opération radicale qui, supprimant l'obstacle prostatique, devra permettre des mictions naturelles.

Jusqu'ici, l'intervention typique consistait dans la prostatectomie soit périnéale, soit plus souvent, transvésicale, avec les dangers opératoires qu'elle comporte, même entre les mains des plus habiles.

Une autre intervention a vu dernièrement le jour : c'est le « forage de la prostate » qui ne fait courir aucun risque opératoire au malade et lui permet des mictions naturelles.

C'est la description de ce procédé opératoire qui fera l'objet d'un prochain article.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis :
M. le Prof. agrégé Gougerot.

Les arsenicaux en thérapeutique anti-syphilitique.

Avant d'aborder le traitement de la syphilis, il me reste à vous dire quelques mots complémentaires sur l'hygiène du syphilitique.

Un sujet atteint de syphilis primaire doit cesser tout rapport sexuel, même si son chancre est extra-génital. On a l'habitude de considérer le syphilitique primaire comme contagieux par son chancre seulement. C'est une notion fausse. J'ai pu constater, chez des malades atteints de chancres extra-génitaux, au 15e jour, avant la roséole, la présence de plaques muqueuses précoces de la verge. Une autre notion inexacte est celle selon laquelle le syphilitique tertiaire n'est pas contagionnant. En période tertiaire, lorsqu'il y a des accidents, il est bon de prendre des précautions. Déjà, Landouzy avait signalé, de par la clinique, des exemples de contagion due à des syphilides tertiaires. Roux et Metchnikoff ont pu montrer également la contagiosité de certaines syphilides tertiaires. Bien entendu la contagion

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Mᵉ Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

TARIF BRETON

(ancien TARIF DUBIEF)

Le TARIF BRETON (ancien tarif Dubief), est édité avec son RÉPERTOIRE ALPHABÉTIQUE et mis en vente dans les bureaux du journal au prix de 1 fr., et *franco par poste* au prix de 1 fr. 50.

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. BOULANGER, administrateur du *Concours Médical*, 132, faubourg St-Denis. Paris 10ᵉ, (contre chèques Postaux Paris 167-95).

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien*, édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50..... 5 fr. »»
Le 100....... 8 fr. »»
Les 500..... 35 fr. »»
Les 1000... 60 fr. »»

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du **Concours médical, 132,** ***faubourg St-Denis, Paris.***

est réalisable, alors, dans des conditions beaucoup plus rares, mais il est bon cependant de savoir qu'elle n'est pas impossible.

Autre notion nouvelle. Le malade syphilitique croit volontiers qu'il ne risque rien à fréquenter un autre syphilitique. C'est une erreur. Actuellement, surtout, avec les traitements modernes intensifs, on arrive peut-être à guérir des syphilis, en tout cas à les atténuer souvent jusqu'à une quasi-guérison. Ces syphilitiques à moitié immunisés sont un terrain parfois presque neuf, susceptible de se réinfecter (superinfection des auteurs allemands).

Je pourrais vous signaler des exemples de syphilitiques tertiaires, ainsi réinfectés, qui ont eu des accidents graves, paraissant bien venir de cette réinfection.

On a discuté sur la contagiosité de la salive, des larmes, du sperme. Il est bon de ne pas trop la nier, en période secondaire et au cas d'accidents dans la période tertiaire.

Cela dit, j'arrive à l'étude des arsenicaux dans le traitement de la syphilis. Ces arsenicaux, les uns anciens, les autres nouveaux, sont : le 606, le 914, le galyl, le luargol, le sulfarsénol.

Le 606 et le 914 sont les produits originels. Le 606 fut découvert par Ehrlich, de Francfort, à la suite des travaux français d'Armand Gautier et de Mouneyrat sur l'arsenic organique. Sel complexe, connu en Allemagne sous le nom de salvarsan, et en France sous celui d'arsénobenzol, le 606 contient 31,6 pour 100 d'arsenic. Il n'est pas plus riche en arsenic que le 914, comme on a tendance à le croire. Soluble dans l'eau rapidement, il donne une solution jaune, mais acide. Lorsqu'on ajoute à cette solution un soluté de soude goutte à goutte, il se forme un précipité qui se redissout en alcalinisant encore. Le 606 s'emploie en injections intra-veineuses, en solution alcaline ou hyperalcaline diluée, à raison de un centigr. pour 3 cent. cubes, soit 0 gr. 60 dans 180 cent. c. de dissolvant. Certains auteurs recommandent la solution hyperalcaline.

Le 606 peut s'employer également en injection rectale (solution acide, ou alcaline, qui est préférable) et en injection dans le muscle ou sous la peau. Pour les injections intra-musculaires, on utilise la formule de Bertarelli, de Milan :

606	0 gr. 20 à 0 gr. 30 ctg.
Gaïacol	0 gr. 20
Solution u[illegible]se de glycérine à 20 %	2 cent. c.

Les injections sous-cutanées de 606 se font sur le fascia lata, en choisissant un point (près du grand trochanter) où l'hypoderme est mobile. On y enfonce l'aiguille et l'on s'assure de sa liberté avant de pousser le liquide.

Le 914 est un dérivé de l'arsénobenzol différent du 606. Soluble dans l'eau *en toutes proportions*, il s'utilise en solutions concentrées, 0 gr. 90 centigr. dans 2 ou 3 centim. cubes d'eau.

L'injection est ainsi beaucoup plus facilement faite. Cependant, il y a intérêt à ne pas trop concentrer la préparation, et à se servir d'une dilution dans 5 ou 10 cent. cubes. On peut recourir également, pour le 914, à la voie rectale, chez l'enfant ou l'adulte, mais elle est plus inconstante.

La voie sous-cutanée et intra-musculaire est préférable. Balzer et Beauxis-Lagrave ont donné la formule suivante :

Novarsénobenzol Billon-Poulenc ou galyl Mouneyrat	0 gr. 30 à 0 gr. 45
Gaïacol cristallisé	0 gr. 20
Stovaïne	0 gr. 01
Solution aqueuse de glucose cristallisé à 125 %. (hypertonique)	1 à 2 cent c.

Voici une autre formule de Dumonthier :

914	10 à 45 centigr.
Stovaïne	2 centigr.
Camphre	5 centigr.
Gaïacol	15 centigr.
Solution de glucose cristallisé à 125 %	1 cent. cube

Avec un centim. cube de liquide, vous pouvez injecter 45 centigr. de 914. Il est bon de ne pas employer une solution plus chargée sous peine d'accidents locaux. Rien de plus facile, d'ailleurs, que de faire 2 injections (une dans chaque fesse) le même jour, ou deux injections par semaine, ce qui donne les 90 centigr. de 914 pour une semaine.

Lorsque, pour une raison quelconque, soit que la veine soit difficile à trouver, chez une femme obèse par exemple, soit que vous ne vouliez pas faire d'injection intra-veineuse, chez un artérioscléreux je suppose, soit que vous ne soyez pas assez familiarisés avec l'injection intra-veineuse, vous avez en main la méthode intra-musculaire, qui, à même dose, vous donnera un traitement aussi intense et aussi actif, et la méthode sous-cutanée, sus-aponévrotique, d'injections faites à la région trochantérienne au-dessus du fascia lata. Un auteur qui a pratiqué plus de 700 injections sous-cutanées de novarsénobenzol (1 cent. c. d'eau contenant 0 gr. 75 de 914) a eu dans 60 % des cas une indolence parfaite, dans 25 % des cas une réaction locale supportable, et dans 15 % des cas une douleur vive. Presque toujours, alors, il s'agissait de syphilitiques tertiaires, qui semblent avoir une réaction de sensibilisation. La méthode sous-cutanée se prête ainsi, comme la méthode intra-veineuse, aux fortes doses.

Lorsqu'on pratique des injections sous-cutanées à petites doses, on peut utiliser la technique de Poulard, *qui dissout* 15 ou 20 centigr. de 914

✦✦

dans 1 cent. cube de solution de novocaïne à 1 pour 100, solution aqueuse au lieu de solution dans l'eau bidistillée. L'injection peut alors être faite en n'importe quel point de la fesse, comme une piqûre de benzoate.

Le 914 ou novarsénobenzol contient un peu plus d'arsenic que le 606 ou arsénobenzol : 32 % au lieu de 31 %. C'est donc une erreur de dire que l'on administre le 914 à dose plus forte par ce qu'il renferme moins d'arsenic. Les doses de 606 vont de 10 centig. à 60 centigr., rarement au-delà. Les doses de 914 vont de 0 gr. 15 centigr. à 90 centigr., et exceptionnellement à 1 gr. 15, 1 gr. 50, 1 gr. 80.

Quelques mots sur les mérites respectifs des différentes voies d'absorption de ces arsenicaux et des différents arsenicaux eux-mêmes.

La voie intra-veineuse passe pour la méthode de choix. Néanmoins, certains travaux prouvent que les voies sous-cutanée et intra-musculaire valent au moins la voie intra-veineuse. Ainsi, un auteur anglais, Léonard, s'appuyant sur plus de 600 cas, traités à doses équivalentes, les uns par la méthode intra-veineuse, les autres par la méthode sous-cutanée et intra-musculaire, a obtenu avec la première 88 % de Wassermanns négatifs et avec la seconde 95 %. La voie sous-cutanée et musculaire semblerait donc supérieure à la voie intra-veineuse. Dans ce service, à l'hôpital Saint-Louis, M. Pomaret a fait des travaux qui paraissent confirmatifs de ceux de Leonard. Quand on injecte du 914 dans les veines, une partie seulement a le temps de se fixer. Dans l'injection sous-cutanée et musculaire la fixation serait plus grande. Ne soyez donc pas obnubilés par l'injection intra-veineuse. Sans doute, elle a l'avantage de l'indolence et d'un choc plus vif dans une syphilis débutante. Mais elle n'est nullement indispensable. Le médecin qui hésite à y recourir trouvera une excellente méthode dans les voies sous-cutanée et musculaire.

Les mérites respectifs du 606 et du 914 ont donné lieu à une grande querelle. Le 914 est moins actif, même à dose plus forte. Soixante centigrammes de 606 ont plus d'activité que 90 centigr. de 914. Le 914 est plus altérable et provoquerait des réactions d'Herxheimer plus accusées. L'abandon du 914 semblerait donc logique. Malheureusement, le 606 est d'une préparation longue ; il demande une quantité assez grande de solubilisant, et l'injection nécessite un bock, une technique relativement *compliquée* Le 914, plus facile à injecter (une seringue de quelques centimètres cubes suffit), formera, dans ces conditions le traitement des cas habituels. Dans les cas rebelles, on fera plutôt du 606. C'est ainsi que Queyrat et Marcel Pinard emploient systématiquement le 606 dans la syphilis primaire au début.

Etudions, ensuite, les autres arsenicaux. Le galyl ou 1116. Vous verrez citer aussi le ludyl, moins actif et abandonné. Il est deux sortes de galyls : l'ancien et le nouveau, celui-ci sel sodique du premier et soluble directement dans l'eau bidistillée, comme le 914. Ce galyl s'emploie en injections intra-veineuses, diluées ou concentrées, et également en injections intra-musculaires, en solution glucosée hypertonique. Les doses sont de 15 à 75 centigr., comme celles du 606. C'est un excellent produit, qui, d'après de Beurmann et Balzer, ne serait ni congestionnant, ni neurotrope : il se vante de n'avoir aucun cas de mort à son passif.

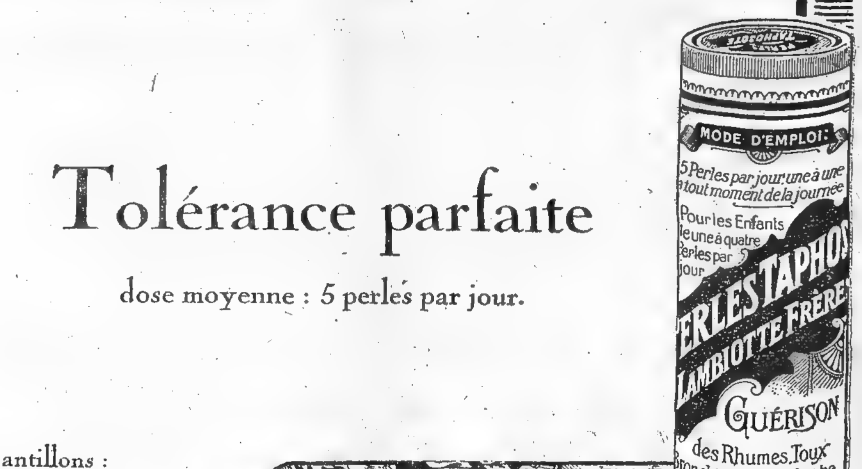
Danycz a étudié, sous le nom de 102, ou luargol, une substance qui se rapproche d'un produit allemand nouveau, le salvarsan à l'argent (silber-salvarsan). Le luargol, disodique, soluble directement, s'administre en solutions assez concentrées. Ces solutions sont plutôt caustiques et foncées en couleur. Le 102 ou luargol a été assez employé à un moment donné et l'est moins actuellement. Son efficacité est équivalente à celle du 606 et du 914. Hudelo et de Montlaur ont publié un cas de mort par cet agent, ce qui est beaucoup pour un corps dont l'usage n'a pas été très répandu.

Un dernier produit arsenical utilisé en France est le sulfarsénol, étudié par Lévy-Bing. Il a l'avantage de ne pas être oxydable, ce qui est intéressant, pour l'emploi hospitalier en particulier où l'on a à se servir d'une certaine quantité du médicament. Un autre avantage est de permettre facilement l'injection sous-cutanée. De même, pour l'injection intra-veineuse, si l'on fait fausse route, la réaction est beaucoup moins vive et moins pénible qu'au cas des autres arsenicaux. C'est un sel nouveau intéressant.

Tel est l'état actuel des arsenicaux français et des arsenicaux allemands anciens. Pendant la guerre, les Allemands ont préparé de nouveaux produits. A l'Institut de Francfort, à la suite de la mort d'Ehrlich, on a étudié une série de corps, deux principalement : le salvarsan sodique (salvarsan natrium) et le salvarsan à l'argent (silber salvarsan).

Le salvarsan natrium, qui porte le n° 1206, est le sel sodique du 606. D'après les Allemands, il aurait l'activité du 606 et les commodités d'emploi du 914. Il peut être utilisé en solution concentrée, avec une petite seringue, aux doses du 914. Il a l'inconvénient d'une certaine causticité locale.

Le salvarsan à l'argent, très étudié en Allemagne, y a provoqué un véritable engouement. Je crois cet engouement injustifié et je pense au contraire que le salvarsan sodique mérite plus d'intérêt. Le salvarsan à l'argent est un produit brunâtre qui donne, comme le luargol, des solutions très foncées, café noir. Il faut bien prendre garde de ne pas en répandre hors de la veine,



MODE D'EMPLOI:
5 Perles par jour une à une à tout moment de la journée
Pour les Enfants de une à quatre Perles par jour
PERLES TAPHOS
LAMBIOTTE FRÈRES
GUÉRISON
des Rhumes, Toux Bronchites, Coqueluche Maladies des Voies Respiratoires
DANS TOUTES LES PHARMACIES
TRAITEMENT

car c'est le plus caustique de tous les arsenicaux. Les travaux allemands le disent ni neurotrope, ni congestionnant ; ils prétendent qu'il agit plus vite et influence plus rapidement le Wassermann. Mais, il donne des réactions locales assez vives et il a eu ses revers : Behring, d'Essen, a eu 1 cas de mort (chez une jeune femme de 22 ans), sur 250 malades.

Que conclure de cette étude ? Deux corps ont actuellement une réputation universelle, le 606, plus actif, plus difficile à employer, et le 914, moins actif, d'un usage plus commode. En règle générale, on s'adresse au 914 (novarsénobenzol de Billon) dans les cas ordinaires et au 606 dans les cas plus rebelles.

A côté du 606 et du 914, il est d'autres arsenicaux, moins utilisés mais intéressants, comme le galyl et le sulfarsénol. Restent, enfin, deux produits allemands nouveaux, le salvarsan sodique et le salvarsan à l'argent. Jusqu'à preuve du contraire, j'aurais quelque méfiance vis-à-vis de ce dernier, malgré l'engouement des Allemands. Le salvarsan natrium me paraît, par contre, mériter une plus grande attention.

Quant à la question des méthodes d'administration, la voie intraveineuse reste la voie habituelle, la plus massive, voie d'attaque du début. Mais, rappelez-vous que des travaux nouveaux ont montré que l'on peut obtenir la même efficacité des injections intra-musculaires et sous-cutanées. Cela permettra de généraliser la thérapeutique arsenicale de la syphilis, qui était restée l'apanage des médecins pratiquant couramment les injections intra-veineuses.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

A TRAVERS LA PRESSE

Le rôle du médecin dans le traitement du cancer du rectum.

Ayant fait un diagnostic aussi précoce que possible et obtenu de son malade qu'il se confie au chirurgien, le médecin n'en devra pas moins surveiller attentivement l'évolution de l'affection, opérée ou non, car il pourra ainsi améliorer considérablement la condition misérable de tels sujets.

MM. Bensaude et Ernst insistent minutieusement sur les détails de cette surveillance et sur la façon active dont elle doit s'exercer.

L'anus iliaque étant pratiqué, soit comme opération d'attente, soit comme intervention définitive, ils recommandent d'enduire les alentours de la plaie de vaseline boriquée, d'isoler l'anse extériorisée au moyen de compresses sèches, de nettoyer souvent la région à l'eau savonneuse, de calmer l'irritation de la peau avec du talc, de l'oxyde de zinc, au besoin du collargol, de la durcir au moyen de lotions quotidiennes à l'eau iodée de plus en plus forte. Le malade sera habitué à faire autant que possible son pansement lui-même.

Le prolapsus du bout afférent de l'intestin sera réduit et maintenu tel par un pansement compressif complété par un bandage de corps. Les bourgeons exubérants seront détruits au nitrate d'argent. Bientôt, le malade pourra reprendre ses occupations, à la condition d'être muni d'un bon appareil destiné à recevoir les matières. On réussit, avec un régime et des soins appropriés, à déterminer seulement une ou deux selles par jour.

Le cancéreux, opéré ou non, doit être alimenté avec des albuminoïdes, des graisses, des hydrocarbones.

On combattra la constipation en réduisant la consommation des œufs et de la viande, en insistant sur les aliments qui favorisent le transit intestinal, en prescrivant les petites doses d'huile de ricin, d'huile de paraffine pure, les petits lavements d'huile d'olive administrée par l'anus artificiel, la teinture de belladone.

La diarrhée, quand elle est d'origine alimentaire, réclame un régime approprié, selon qu'elle est due à l'insuffisance gastrique, aux fermentations hydrocarbonées, aux putréfactions albuminoïdes. Le bismuth, le dermatol, le charbon, le tanin et le tannigène, l'élixir parégorique, complètent l'action du régime.

Chez les cancéreux non opérés, on facilitera le passage des matières dans leur rectum en faisant précéder les garde-robes d'un lavement huileux. On combattra les douleurs et le ténesme avec des suppositoires au phosphate de codéine (0,03) et à l'extrait de belladone (0,01), avec la teinture de belladone, et finalement l'opium, aussi tard que possible.

On tiendra dans le plus grand état de propreté la région ano-périnéale.

Enfin, on pourra agir sur la tumeur cancéreuse elle-même, si elle n'a pu être enlevée chirurgicalement, soit par l'étincelage électrique, dans les formes localisées et limitées, soit par la radiumthérapie, dans les détails de laquelle les auteurs ne craignent pas d'entrer, tant en ce qui concerne ses effets, que la façon dont elle doit être employée pour être efficace.

Enfin, ils insistent sur la nécessité de veiller sur l'état général du cancéreux, à qui l'on recommandera le repos, la tranquillité intellectuelle et morale, les toniques, l'opothérapie (trypsine).

« On peut, disent-ils en terminant, et on doit « soulager le malade, on peut le prolonger considérablement, en un mot le traiter. » (*Journ. de méd. et de chir. prat*, 25 septembre 1920.)

Rôle des alcalins dans la pathogénie des œdèmes.

Le bicarbonate de sodium serait hydropigène, soit par action directe, soit en troublant la régulation des échanges d'eau et de sel dans l'organisme, soit à la faveur de ces deux mécanismes.

Il déterminerait un véritable barrage du rein, grâce auquel le chlorure de sodium serait retenu et provoquerait ainsi la fermation d'œdèmes qui se résorberaient dès que le barrage serait levé.

M. Blum, qui s'est livré à des expériences très intéressantes à ce sujet, a eu l'idée de substituer au bicarbonate de sodium le bicarbonate de potassium, et surtout le chlorure de potassium.

Il en résulte selon lui, que « le chlorure de « potassium peut, dans certains cas de néphrite « hydropigène, être un excellent diurétique qui « surpasse par son efficacité tous les autres mé- « dicaments diurétiques ; à doses modérées, « il peut encore renforcer l'action d'autres diu- « rétiques et trouver son emploi dans les hydro- « pisies d'autre origine. Mais ce sel est loin d'être « inoffensif : dans les affections cardiaques, « chez les hypertendus, avec labilité du cœur, il « peut déterminer des troubles pénibles et alar- « mants, sans compter les accidents moins sé- « rieux (diarrhée, coliques, sensations de froid, « de faiblesse) que son administration peut pro- « voquer. Son emploi doit donc se faire avec une « grande prudence. » (*Presse méd.*, 29 sept. 1920.)

Les hautes doses de cacodylate de soude dans l'eczéma et les dermatoses.

MM. Bonnet et Morenas rapportent (*Lyon méd.*, 25 sept. 1920) 7 observations d'eczéma et de prurigo dans lesquels ils ont employé avec succès les injections de cacodylate de soude à hautes doses. Ces hautes doses vont de 0,25 à 0,50 et même un gramme par jour.

« Ces observations démontrent bien la remar- « quable influence du cacodylate de soude à « hautes doses sur certaines dermatoses et par- « ticulièrement certains cas d'eczémas tenaces « et récidivants. On peut penser qu'il n'agit pas « à titre banal de tonique, de fortifiant, car cer- « tains malades étaient plutôt des pléthoriques « que des débilités. Ces hautes doses de cacody- « late sont admirablement supportées ; nous « n'avons jamais observé le moindre signe d'in- « tolérance. »

A propos de la superfétation.

Une femme fécondée et en voie de gestation peut-elle être l'objet d'une seconde fécondation superfétatoire, les deux fœtus étant d'âge différents ?

Le cas serait extrêmement rare. On ne saurait néanmoins le nier *a priori*. Ainsi, M. Schwaab rapporte l'observation d'une femme qui accoucha dans son service de deux fœtus dont l'un était d'un poids sensiblement inférieur à l'autre, la grossesse étant nettement bivitelline.

Se basant sur l'apparition du point d'ossification de l'extrémité intérieure du fémur pour apprécier l'âge du fœtus, il eut l'idée de soumettre ces deux nouveau-nés à l'examen radiographique. Or, chez le moins lourd des deux, le point d'ossification n'existait pas, tandis qu'il apparaissait très nettement chez l'autre.

Comme l'existence de ce point indique, à la naissance, que l'enfant est à terme, il en conclut qu'il y avait différence d'âge entre les deux sujets qu'il observait et que, dans ce cas, la superfétation n'était pas douteuse (*Presse méd.* 25 septembre 1920.)

Les cultures vieillies de Delbet.

M. N. Fiessinger résume excellement les travaux les plus récents publiés sur l'utilisation en thérapeutique des bouillons du professeur Delbet (*Gaz. des prat.*, 25 septembre 1920).

Ces bouillons se montrent efficaces dans le traitement de l'anthrax, de la furonculose rebelle, des abcès du sein, des lymphangites réticulaires, des infections à streptocoques (érysipèle, adénites, adéno-phlegmons, ostéomyélite, salpingites aiguës), dans les arthrites blennorragiques aiguës, etc.

Les doses habituellement employées sont en moyenne de 4 cmc injectés dans les masses musculaires de la cuisse, l'injection étant renouvelée à deux ou trois reprises à quelques jours d'intervalle. La suppuration consécutive à ces injections est exceptionnelle. Parfois, cependant, il se produit de véritables petits abcès de fixation à évolution torpide.

La réaction est généralement très vive. Localement, la douleur est très violente et il se produit un large placard de lymphangite qu'on peut atténuer préventivement par l'application antérieure d'un grand pansement humide chaud. Au point de vue général, la température s'élève à 39° et 40°, avec des frissons, pour redescendre à partir de la 6e heure qui suit l'injection.

Sur l'efficacité comparée de la méthode de Delbet et des autres procédés de traitement des infections, les avis sont partagés. Cependant, il demeure acquis que, si d'autres thérapeutiques peuvent donner des résultats comparables et même supérieurs à ceux que procurent les bouillons de Delbet, ceux-ci n'en ont pas moins une action telle qu'en ce qui les concerne, la note de toutes les communications et publications dont ils ont été l'objet est, comme le dit l'auteur, « nettement optimiste. »

Rareté de l'ictère infectieux typhique ou paratyphique.

Encore une notion de pathologie qui, long-

temps admise comme démontrée, doit, à la lueur de recherches longtemps poursuivies dans les meilleures conditions, être tenue pour inexacte; s'il est vrai que les bacilles typhiques et paratyphiques se trouvont parmi ceux qu'on rencontre dans les voies biliaires, il s'en faut qu'ils déterminent fréquemment le syndrome ictérique.

C'est ce qu'établit M. GODLEWSKI (*Presse méd.*, 2 octobre 1920), qui termine ainsi son travail :

« Ainsi se trouvent profondément modifiées « nos idées sur les ictères infectieux : les baciles « du groupe typhique ne jouent qu'un rôle effacé « dans leur production ; ils ne sont responsables « que de quelques cas de subictère légers accom- « pagnant une fièvre à allure typhoïde. Le sub- « ictère apparaît donc comme une réaction « banale du tissu hépatique, peut-être particu- « lière à certains sujets et que l'on peut rappro- « cher de la cholémie et de la cholurie qui appa- « raissait, chez le chien tout au moins, sous l'in- « fluence de causes minimes.

« Les ictères infectieux sont dus à des germes « spéciaux qui réunissent deux propriétés fon- « damentales : ils agissent sur les globules rou- « ges et les organes hématopoiétiques et provo- « quent dans l'économie des phénomènes d'hé- » molyse ; ils sont détruits par les éléments de la « bile qu'ils dévient de leur voie normale et » attirent dans le torrent sanguin. »

Le traitement rationnel de l'oxyurase.

M. G. DURAND proclame que bon nombre de gastro-entéropathies reconnaissent pour origine une infestation vermineuse par les oxyures. *L'Hôpital*, octobre 1920 A). Il estime en conséquence qu'il est nécessaire de traiter ce parasitisme d'une façon rationnelle, ce qui demande beaucoup de patience. Les oxyures, en effet, se tiennent dans l'intestin grêle où s'opère la fécondation, et passent dans le gros intestin où a lieu la ponte, puis l'expulsion des vers adultes. Mais, dans la moitié des cas, ils pénètrent dans l'appendice où il est pour ainsi dire impossible de les pourchasser.

Le traitement sera donc prophylactique, en partant de cette notion que la contamination ne se fait pas par l'eau ni les aliments, mais par les ongles souillés, par le linge ou la terre contaminée. Aussi faut-il tenir très courts les ongles des enfants sous lesquels se logent les œufs d'oxyure, et leur apprendre à prendre des soins de propreté intime minutieux.

Quant au traitement proprement dit, aux anciennes médications (calomel, thymol, santonine, semen contra), il convient d'ajouter l'emploi de lavements d'eaux suffureuses (Enghien, Luchon), ou d'argent colloïdal, par cures de cinq jours interrompues par 5 jours de repos.

« L'action parasiticide de l'H. S. du soufre, « l'application méthodique et prolongée d'un « traitement le plus souvent bien supporté, « rendent compte des succès obtenus par cette « nouvelle méthode. »

Le coma frontal.

Il n'existe pas de séméiologie des comas permettant de reconnaître leur origine et leur nature. Ce n'est que quand ils disparaissent qu'on cherche à faire le diagnostic de l'affection ou de la lésion qui a déterminé l'état comateux.

A l'occasion d'une observation recueillie par M. MILIAN (*Paris méd.*, 2 octobre 1920), cet auteur décrit ce qu'il appelle le coma frontal, ainsi dénommé parce que le traumatisme intéressait les lobes frontaux en avant de la zone rolandique.

« La grande caractéristique de ce coma fron- « tal est qu'il simule le sommeil. La malade sem- « ble dormir. Il semble y avoir suspension pure « et simple des fonctions intellectuelles. Les ac- « tes de la vie organique s'accomplissent avec « une régularité absolument normale, sans autre « trouble que leur diminution d'intensité : rien « du stertor, du Cheyne-Stokes, ou autres ryth- « mes respiratoires pathologiques. La respira- « tion est régulière et non précipitée quoique « faible ; le pouls est également régulier et non « précipité, quoique petit.

« Ce coma frontal est le coma vigil par excel- « lence, car bien que la malade urine sous elle, « elle conserve dans sa perte de connaissance « une sensibilité presque normale dont témoi- « gnent les mouvements de défense de la pa- « tiente aux excitations douloureuses ; elle « porte la main au point piqué d'une injection « hypodermique, par exemple. Elle fait à cette « occasion des mouvements inconscients ana- « logues comme spontanéité à ceux du dormeur. « Notons ici la conservation du réflexe cor- « néen des deux côtés, chose rare dans les lé- « sions encéphaliques, la disparition des réflexes « rotuliens. La température enfin n'a jamais « dépassé 38°7 aux moments les plus graves de « l'accident. Cette température est-elle affaire « de localisation ou de pronostic ? C'est ce que « nous ne saurions dire. »

Notions pratiques sur la diphtérie.

D'une étude d'ensemble très complète sur la diphtérie, de Mlle CONDAT et de M. LOUBET (*Toulouse méd.*, 15 septembre 1920) nous extrairons et résumerons ce qui a trait au traitement.

A la base de ce traitement se trouve essentiellement la sérothérapie. Elle doit être précoce et abondante. Il est dangereux d'attendre les résultats de l'examen bactériologique. Le diagnostic clinique doit être suffisant pour justifier l'injection, qui se pratique dans le tissu cellulair sous-cutané du flanc.

« Pour une angine légère en injectera 10 cmc.
« au-dessous d'un an, puis 20 cmc. ; une injection «peut suffire. Pour une angine commune au début, « les doses seront de 10 cmc. au-dessous d'un an, « 20 cmc. jusqu'à 5 ans, 30 cmc. au-dessus. On « répétera l'injection le lendemain ou le surlen- « demain.

« Dans l'angine maligne, il faut frapper fort : « les doses seront de 40, 60, 80 et même quel- « quefois 100 cmc ; on les renouvellera le len- « demain. Deux jours plus tard, on fera au be- « soin une dose moitié moindre, toujours en se « basant sur les signes cliniques, l'état de la « gorge, la chute plus ou moins rapide des faus- « ses membranes. »

Mêmes doses massives dans le croup, surtout à la seconde période, avec 2 à 3 injections en 4 ou 5 jours. La paralysie diphtérique réclame une injection de 20 cmc. tous les 5 jours jusqu'à atténuation des troubles.

La crainte des accidents anaphylactiques, très rares, ne doit pas être une cause d'abstention de la sérothérapie. Les accidents sériques sont de même négligeables au regard des résultats positifs que donne la sérothérapie.

Pas de traitement local au cours de l'angine diphtérique. Ce n'est que les porteurs de germe qui sont justiciables de badigeonnages iodés, d'inhalations à base d'iode et de thymol, des pastilles de sérum et des insufflations de poudre de Martin.

L'alimentation des petits malades doit être assurée d'une façon substantielle.

La digitaline, la caféine, l'adrénaline conviennent aux troubles cardiaques.

Les accidents mécaniques du croup peuvent exiger une intervention d'urgence, qui sera le tubage ou la trachéotomie. Le tubage constitue un progrès par rapport à la trachéotomie. Il demande une surveillance telle qu'il ne peut guère être pratiqué qu'en milieu hospitalier tandis que la trachéotomie s'adresse à tous les cas de la pratique courante.

Les antispasmodiques, la morphine, l'ipéca à doses vomitives sont à rejeter.

A titre préventif enfin, on emploiera la sérothérapie sous forme d'injections de 10 à 20 cmc. selon les âges.

A retenir la phrase terminale de ce magistral exposé : « La sérothérapie sera appliquée de façon « précoce et intensive, sans crainte des accidents ; « En sérothérapie l'anaphylaxie n'existe pas. » (Jousset).

G. D.

Le médecin a l'impérieux devoir d'être prévoyant.

Il doit s'assurer contre l'incapacité de travail que peuvent lui causer la maladie ou les accidents.

Il doit s'assurer une retraite pour ses vieux jours.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

De l'auscultation du tube digestif.

(M. Hayem. — *Académie de médecine.*)

M. Hayem a appliqué l'auscultation au diagnostic des affections des voies digestives. Il se sert d'un stéthoscope ordinaire aussi long que possible et à large embouchure.

Les bruits d'auscultation, susceptibles d'être perçus au niveau du tube digestif, dit-il, peuvent être répartis en cinq sections : 1° bruits pharyngo-œsophagiens, se produisant au niveau du pharynx, le long de l'œsophage, cardia compris ; 2° bruits stomacaux (estomac et pylore) ; 3° bruits intestinaux ; 4° bruits péritonéaux ; 5° bruits transmis, c'est-à-dire produits au niveau des viscères voisins et propagés jusqu'à la paroi abdominale par l'intermédiaire du paquet gastro-intestinal.

L'auteur passe en revue les différents bruits qu'il a pu constater jusqu'à ce jour par l'auscultation digestive, que l'on combinera utilement à la palpation (clapotage ausculté).

Sérums et vaccins de l'Institut Pasteur.

(M. Netter. — *Académie de médecine.*)

M. Netter présente un rapport sur une demande de l'Institut Pasteur de Paris en vue d'autorisation de débit des sérums anti-gangréneux et antipneumococcique, des vaccins antipneumococcique, antityphoïdique et antiparatyphoïdique, antistaphylococcique, antigonococcique et anticholérique. Il émet un avis favorable (qui est adopté par l'Académie) et donne une mention sommaire sur chacun de ces produits.

1° *Sérum anti-gangréneux.*

Le sérum anti-gangréneux, polyvalent, est actif à la fois contre le bacillus perfringens, le B. œdematiens, le B. septicus (vibrion septique) et aussi contre le B. fallax et le B. histoliticus, tous agents rencontrés en association (les trois premiers particulièrement) dans la gangrène. La sérothérapie préventive et curative de la gangrène gazeuse est entrée, avec la guerre, dans la pratique chirurgicale courante et ne fera que se développer.

2° *Sérum anti-pneumococcique.*

La difficulté de préparation d'un sérum anti-pneumococcique tient à la variété des races de pneumocoques. Le sérum préparé avec un pneumocoque donné n'exerce d'action que sur celui-ci et sur les variétés voisines. Il importe donc de faire un choix judicieux des différents types de pneumocoques pour obtenir un sérum efficace dans les cas habituels. C'est ce à quoi est parvenu M. Truche dans le laboratoire de M. Nicolle.

Le sérum anti-pneumococcique en question a été surtout utilisé chez les troupes noires. M. Borel en

a obtenu de bons effets. On y a eu recours également avec avantage pendant la dernière épidémie de grippe.

3° *Vaccin anti-pneumococcique.*

Le vaccin anti-pneumococcique a été employé, pour prévenir la pneumonie, par les médecins anglais au Transvaal et par MM. Borel et Kérandel chez les troupes noires débarquées en France.

4° et 5°. *Vaccin anti-typhique et anti-paratyphique.*

Il est trop connu pour en rappeler l'usage.

6° *Vaccin anti-staphylococcique.*

Utilisé d'abord par Wright, il est définitivement entré dans la pratique pour le traitement de la furonculose et des autres affections causées par le staphylocoque, notamment l'ostéomyélite.

7° *Vaccin anti-gonococcique.*

D'efficacité douteuse dans la blennorrhagie aiguë, il procure de bons effets contre le rhumatisme et les orchites blennorrhagiques. Des doses suffisantes seules permettent des résultats appréciables.

8° *Vaccin anti-cholérique.*

La valeur de la vaccination anti-cholérique, contestée d'abord, a été démontrée par ses résultats pendant la guerre des Balkans et la grande guerre.

Le vaccin du professeur Delbet.

(M. L. MARTIN. — *Académie de médecine.*)

M. L. Martin lit un rapport et présente des conclusions favorables à l'autorisation, demandée par M. Billon, de préparer un vaccin mixte conforme aux indications du professeur Pierre Delbet.

Le vaccin ou bouillon de Delbet, dont on a beaucoup parlé ces temps derniers, consiste en un mélange de cultures de streptocoque, de straphylocoque doré et de bacille pyocyanique. Ce sont des cultures vieillies et stérilisées par la chaleur. On connaît leur action heureuse dans les septicémies et dans les infections locales graves.

Extirpation du cancer du rectum par la voie abdomino-périnéale.

(M. A. SCHWARTZ. — *Société de chirurgie.*)

M. A. Schwartz ne pratique plus que d'une façon exceptionnelle l'amputation périnéale du rectum cancéreux. Il a recours, d'une façon générale à la voie abdomino-périnéale, voie mixte qui permet une ablation plus complète de la tumeur et plus large des ganglions.

M. QUÉNU pense également qu'il convient d'élargir de plus en plus les indications de l'amputation abdomino-périnéale du rectum. Il faut se garder cependant de toute exagération et ne pas croire que cette opération mette complètement à l'abri de toute récidive et suffise constamment à assurer une exérèse complète des ganglions. L'amputation par le périnée, d'autre part, a donné, dans un certain nombre de cas, de bons résultats, des survies prolongées sans récidive.

M. OKINCZYC, d'accord avec M. Schwartz pour admettre que l'opération combinée abdomino-périnéale doit se substituer de plus en plus à l'amputation périnéale, croit cependant que cette dernière a ses indications.

M. BAUMGARTNER verse aux débats deux observations de cancer rectal traités par la voie périnéo-abdominale, avec 2 guérisons, l'une datant de 4 ans, l'autre de plus de 3 ans 1/2.

M. CUNÉO utilise la voie périnéale (moins grave) chez les sujets obèses ou très affaiblis, mais considère l'extirpation périnéo-abdominale comme l'opération de choix. Il associe la radiumthérapie à la cure chirurgicale.

M. MOCQUOT répond par des faits aux reproches opposés à l'opération périnéale d'avoir un danger de récidive plus grand. Il connaît des malades opérés il y a 7 ans et qui sont actuellement vivants. Les risques opératoires de la voie abdomino-périnéale sont notablement plus importants.

M. J.-L. FAURE a assisté à l'opération de deux malades de son service par M. Schwartz, et a été frappé de la simplicité de l'intervention abdomino-périnéale par la technique qu'il préconise. Cependant, on sait que c'est une opération grave. C'est pourquoi, l'ablation périnéale, moins dangereuse et susceptible de procurer des résultats durables, continuera à être employée.

Les applications de radium, dont parle M. Cunéo, lui ont donné une fois ce résultat paradoxal d'accélérer la récidive. Il a semblé à M. Faure également que, pour le cancer de l'utérus, les malades qui ont eu des applications de radium ont offert plus de récidives que celles qui n'en ont pas eu. Sans doute, il s'agit là d'une question de doses. Le radium, appliqué en quantité insuffisante, exerce une action d'excitation sur les élements cancéreux. Il faudra trouver la dose convenable.

M. Pierre DUVAL a suivi, aux côtés de M. Quénu, les débuts difficiles de l'opération combinée abdomino-périnéale. Il a vu sa technique s'améliorer progressivement et il a personnellement tendance à l'adopter de plus en plus. L'amputation périnéale lui paraît néanmoins devoir être conservée. Les cancers anaux et anorectaux ressortissent à la voie périnéale. Les néoplasies sigmo-rectales appartiennent à la voie abdomino-périnéale. Pour les sièges intermédiaires, on choisira, selon les cas, l'une ou l'autre opération.

Etats douloureux hépatiques traités par cholécystogastrostomie.

(M. Paul MATHIEU. — *Société de chirurgie.*)

M. Paul Mathieu présente 3 observations de malades atteintes de crises douloureuses d'origine biliaire, opérées pour calculose probable et n'ayant pas en

réalité de calculs, qu'il a traitées par la cholécystogastrostomie. A la suite de l'opération les crises douloureuses ont cessé. Sans pouvoir établir une pathogénie de ces cas, l'auteur pense qu'il s'agit probablement de phénomènes de stase dans la vésicule biliaire.

M. Dujarier a pratiqué avec succès, dans deux circonstances analogues, la cholécystogastrostomie. Il attribue les douleurs à une mise en tension exagérée des voies biliaires.

M. Tuffier a vu des malades accusant des crises douloureuses offrant les caractères de la colique hépatique, sans calcul à l'opération. La cholécystostomie et la cholécystoentérostomie lui ont procuré de bons résultats. Il est intervenu, d'autres fois, avec la pensée qu'il s'agissait d'une lésion pancréatique.

M. Quénu estime que le syndrome douloureux appelé colique hépatique est loin de correspondre toujours à de la lithiase. Il peut être dû à certaines formes de pancréatite, à une cholécystite non calculeuse, à certaines altérations de la bile qui devient épaisse. Ces derniers cas sont le triomphe du traitement thermal (de Vichy, par exemple). Pour les autres cas, il peut y avoir indication à drainer, par anastomose gastro-vésiculaire ou cholécystostomie.

Sclérose du cou consécutive à un traitement radiothérapique.

(M. Lenormant. — *Société de chirurgie.*)

M. Lenormant présente une jeune malade chez laquelle un traitement radiothérapique mal dirigé a provoqué au niveau du cou une radiodermite avec ulcération. La lésion, actuellement cicatrisée, a laissé une sclérose diffuse de la peau et du tissu cellulaire du cou, avec torticolis cicatriciel, œdème éléphantiasique de la face et compression laryngotrachéale.

Les modifications de la tension artérielle au cours d'une cure thermale.

(M. R. Molinéry. — *Soc. de médecine de Paris.*)

Depuis longtemps déjà, nos confrères des stations spécialisées dans le traitement des affections cardio-vasculaires (parmi eux, le regretté Dr Laussedat et notre distingué confrère le Dr Mougeot, de Royat, entre autres) ont appelé l'attention des cliniciens sur les heureuses modifications survenues chez leurs malades au cours d'un traitement hydro-minéral sévèrement dirigé. D'autre part, en 1909, le Dr de Gorsse et en 1920, le Dr Pelon, de Luchon, publiaient sur cette question d'importantes monographies.

En 1916, dans un mémoire que M. le professeur Albert Robin nous fit l'honneur de présenter à l'Académie de médecine (1), nous donnâmes le résultat de 200 observations de T. A. relevées sur nos malades de Barèges, malades frappés d'affections ostéo-articulaires ou cutanées. Continuant nos recherches, nous avons relevé la T. A. de près de 1,400 de nos malades au cours des années 1917-18-19-20 tant à Barèges que durant la saison dernière de Luchon (1).

Ce sont les résultats, très brièvement résumés, de ces observations que je demande la permission de vous soumettre.

De même que l'on peut tâter le pouls avec le doigt, de même l'on peut « tâter le pouls avec l'oscillomètre » et cette expression de Billard doit être retenue. Mais de même encore que pour examiner le pouls d'un malade, il faut une éducation du doigt et une interprétation des sensations éprouvées par ce doigt (2), de même pour « tâter le pouls à l'oscillomètre », il faut et une éducation et une interprétation. Aussi est-il de notion courante (Étienne May le souligne avec juste raison) que, quel que soit l'appareil employé, dans l'état actuel des choses, deux valeurs d'indice obtenues par deux observateurs différents ne sont pas entièrement comparables. (En clinique, l'examen des sommets ne donne-t-il pas lieu à des interprétations diverses même pour des oreilles très spécialisées ? Un récent article de M. Louis Rénon en publie un très suggestif exemple.)

Et cependant, dans les deux cas, quelque limités que soient ces renseignements, qui oserait dire qu'ils sont négligeables ? Or, comme ces renseignements sont obtenus, dans les observations qui font l'objet de ces notes, avec le même appareil et par le même observateur, il y a comme une mesure, et une saine appréciation clinique peut ainsi être donnée.

Nous rappelons ici, d'après Pachon :

1) Que la pression maxima égale le chiffre obtenu au moment où la première oscillation différenciée (15 à 16 dans la normale) apparaît au cadran.

2) Que la pression minima (8 à 9 dans la normale), égale le chiffre obtenu au moment où les oscillations de large amplitude commencent nettement à décroître.

3) Que la pression différentielle (mesure de l'impulsion cardiaque) est le résultat de la différence entre la P M et la P Min (de 3 à 7 en moyenne normale).

(1) Voir *Concours médical*, mars-avril 1916.

(1) Les médecins de Luchon, constitués en Société d'études médicales, nous ont adressé à l'établissement thermal, dont la direction technique nous a été confiée, un certain nombre de leurs propres malades que j'ai pu ainsi examiner avant et après leurs bains. Chacun de ces derniers malades a été « pachonné » 3 à 4 fois.

(2) Lire à ce sujet les « Recherches sur le pouls », de Th. de Bordeu. Les sept règles données en 1754 par celui qui fut un des grands, sinon le plus grand, des cliniciens du XVIIe siècle n'ont en rien vieilli. A noter aussi que ce savant médecin, aussi brillant écrivain que philosophe critique, signale un *pulsiloge* qu'aurait imaginé Sanctorius. Bordeu émet la possibilité de construire un appareil enregistreur des différents battements de l'artère.

4) Que l'indice est le chiffre qui mesure «l'amplitude maximale » des oscillations.

5) Que le rapport oscillométrique, d'après Étienne May, est le chiffre obtenu « par le rapport $\frac{\text{indice}}{\text{P. Diff.}}$ qui mesure uniquement les facteurs vasculaires du pouls : calibre de l'artère et extensibilité de sa paroi ».

Dans les recherches qui font l'objet de ces notes, nous n'avons pas eu à nous occuper de cette dernière notion.

Résultats obtenus après le traitement hydro-minéral :

	a diminué	a augmenté	est restée égale
La P.Mx. (seule)	dans 57% des cas	28%	14%
La P. min (seule)	54% —	19%	26%
Les deux P (ensemble)	45% —	14%	11%
Le P. Dif.	29% —	24%	45%

Conclusion : au cours d'un traitement thermal, les variations les plus importantes portent, comme il a toujours été remarqué sur la P Mx.

La P. Mn diminue plus facilement qu'elle n'augmente.

Les deux termes Max et Min ont donc diminué dans plus de la moitié des cas et se sont ainsi rapprochés de la normale.

Sur les 28 % des cas qui ont vu augmenter leur P. Mx *après* le traitement thermal, il faut noter que 15 % étaient au-dessous de la normale *avant* tout traitement.

C'est donc 72 % de nos cas dont la cure thermale a influencé l'état, à ne considérer que la T. Art. Par contre, sur les 28 % que nous venons de signaler, 6 % ont vu leur T. Art s'élever de façon telle au cours de leur traitement que, en dehors de tout autre signe, nous avons dû ordonner à ces malades d'abandonner la station.

Est-ce à dire que l'affection pour laquelle ces malades étaient venus à Barèges ou à Luchon a été toujours améliorée ? Non, assurément. Mais l'expérience nous a appris que nous pouvions nous baser sur cette modification favorable de la T. A. pour affirmer l'amélioration locale à brève échéance, à telles enseignes que nous portons un pronostic défavorable quand la T. Art. n'est pas heureusement influencée. Pour nous, la modification de la T. A. a donc une grande valeur pronostique.

Dans le premier cas, celui où la T. Art., de plus élevée s'abaisse vers la normale, il y a élimination de déchets uréogéniques, l'hypertension n'est que temporaire et peut être cataloguée parmi celle que certains auteurs ont désignée sous le nom de « *hypertension, réaction de défense* ».

Dans le second cas, celui où la T. Art., de faible s'élève vers la normale, il y a élimination de toxines hypotensives (la chose nous a paru évidente dans le traitement des plaies de guerre) mais il y a aussi, nous pouvons dire presque certainement, action sur les glandes endocrines, en particulier chez la jeune fille ou chez la femme à la ménopause dont une aménorrhée remontant à 5, 8. 12. 21. 50 mois a cessé au cours du traitement thermal ou à la suite de ce traitement thermal.

N'a-t-on pas le droit, dès lors, d'attribuer ces modifications à l'action profonde du *soufre* dans l'économie ?.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

La méthode du pansement gastrique. Comment la réaliser ?

Avant la guerre, la thérapeutique digestive avait fait une acquisition précieuse dans la méthode du pansement gastrique. Cette méthode consistait essentiellement dans l'ingestion systématique et continue de hautes doses d'une poudre fine, supposée chimiquement inerte, sans réaction secondaire fâcheuse, et destinée à tapisser la muqueuse, à l'isoler des causes d'irritation, à la *panser*.

Étudiée, utilisée, vulgarisée par les spécialistes, les Meunier, Mathieu, Gaston Lyon, Hayem, pour ne citer que les principaux auteurs français, elle était devenue pour la masse des praticiens un traitement classique de toutes les affections douloureuses de l'estomac, depuis la banale brûlure passagère, jusqu'à l'ulcus confirmé, en passant par tous les syndromes hyperchlorhydriques.

Toujours visant le repos, l'isolement, le *pansement* de la muqueuse digestive, la méthode trouvait encore d'autres indications précises dans toutes les hémorrhagies du tube gastro-intestinal, les douleurs des néoplasmes, et enfin dans tous les cas où se manifestait le symptôme « diarrhée » quelle qu'en soit d'ailleurs la cause. Les indications intestinales de la méthode avaient été plus spécialement posées par Debove et Arnozan.

Est-ce à dire que le pansement digestif était une panacée répondant à toutes les éventualités de la pathologie, à toutes les exigences de la thérapeutique et assurant constamment la guérison ? Ce serait singulièrement le déprécier que de lui attribuer cette prétention. Ses prétentions, elles étaient plus modestes et plus scientifiques : une fois la cause de l'affection bien établie, une fois le diagnostic bien posé, le pansement gastrique apportait au thérapeute son valable concours pour lui permettre, avec les autres moyens hygiéniques, diététiques, physiques de rigueur, de réaliser un traitement complet digne de ce nom.

Et pourtant, bien qu'elle soit consacrée par le temps, cette excellente méthode tend à perdre chaque jour du terrain dans la pratique courante. Pourquoi ? Ce n'est pas qu'elle ait failli à ses engagements ; c'est que, depuis la guerre,

l'agent qui servait communément à la réaliser, a perdu sa maniabilité. Cet agent, personne ne l'ignore, était constitué par les différents sels de bismuth, qui donnaient généralement toute satisfaction.

A dire vrai, le bismuth offrait bien quelques inconvénients. Malgré l'opinion classique courante, il arrivait que, même pris à hautes doses, il constipât le malade.

Dans quelques cas, le nitrate acide avait provoqué des accidents d'intoxication assez graves. Ces accidents, dangereux pour le patient, fâcheux pour le praticien, étaient pourtant trop rares pour qu'on pût priver du bismuth les nombreux malades qui pouvaient bénéficier de son usage.

Mais, depuis la guerre, le bismuth est passible d'un reproche beaucoup plus sérieux. Il est parfois assez rare pour qu'on ne puisse pas s'en procurer les quantités nécessaires à une cure suivie. En outre, son prix est devenu tellement élevé que son usage devient littéralement impossible à la grande majorité des malades. Du haut de la tribune de l'Académie de médecine, qui d'ordinaire *de minimis non curat*, le professeur Hayem s'est fait l'écho de cette difficulté, pour en proposer d'ailleurs la solution. Il n'est donc pas inutile de citer des chiffres précis : 20 grammes de bismuth par jour, pendant 15 jours consécutifs par exemple, constituaient une pratique courante. Or, cette pratique représente une dépense de 75 à 80 francs. A ce prix-là, seuls les cas graves chez les malades fortunés peuvent bénéficier de cette thérapeutique de luxe.

Il est donc intéressant, urgent même, de trouver au bismuth un remplaçant. Or, ils existent, les sels capables de réaliser aussi bien, sinon mieux et à moindre frais que le bismuth, la méthode du pansement digestif. Connus depuis longtemps, il fallut être poussé par la nécessité pour provoquer la mise au point et la vulgarisation de ces agents.

C'est d'abord le *silicate hydraté naturel d'alumine* étudié et utilisé en France par L. Meunier, G. Mathieu, Hayem, plus spécialement dans la thérapeutique gastrique.

C'est ensuite le *silicate hydraté naturel de magnésie* étudié, utilisé par Debove, Arnozan, et plus spécialement préconisé pour les indications intestinales.

L'expérience a montré que l'association de ces deux sels ne faisait que compléter et renforcer leurs actions propres.

Nous voilà donc armés pour nous passer du bismuth.

***

Ces produits d'extraction sont assez communs. Malheureusement, l'industrie ne peut les fournir que sous une forme brute et avec des impuretés qui les rendent inacceptables en thérapeutique. C'est ici qu'intervient l'utilité, la nécessité même, de la forme spécialisée de ces produits. Par des manœuvres délicates de lavages et décantages successifs, par un séchage à l'étuve qui stérilise les sels sans les déshydrater, par une porphyrisation poussée aux extrêmes limites possibles, la spécialisation assure au produit une pureté absolue et une activité thérapeutique maxima.

Cette spécialisation s'est faite sous le nom de Gastrocaol et sous la garantie du Laboratoire de la Sulfoléine Rozet. Elle présente donc sous ce nom un mélange à parties égales des silicates hydratés d'alumine et de magnésie, mais purs et traités comme ils doivent l'être.

Les caractéristiques du Gastrocaol peuvent alors se résumer en quelques mots : *jamais toxique, inaltérable, sans aucun mauvais goût, ne constipant pas, au moins aussi efficace que le bismuth aux mêmes doses, s'ingère de la même façon.* Enfin et surtout, même sous cette forme spécialisée, indispensable en l'espèce, il n'exige pour le malade qu'une *dépense 6 à 7 fois moins élevée* que le bismuth.

Le Gastrocaol, succédané du bismuth, et d'ailleurs supérieur au bismuth, arrive donc à son heure. Il permettra aux praticiens de ne pas abandonner ou de reprendre la méthode du pansement digestif avec tous ses avantages. Les malades apprécieront son efficacité et quand ils sauront qu'ils peuvent en éprouver les avantages aux moindres frais possibles, ils en sauront gré à la médecine et aux médecins.

Dr STÉPHANE.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

Chez MALOINE, Paris.

Dr Ernest LIOTARD. — **Formulaire thérapeutique.**

Si l'auteur a cherché à être utile au médecin, on peut dire qu'il y a pleinement réussi. Son livre est de ceux dont l'on peut dire que leur lecture s'impose.

Pr Félix LEGUEU et Dr Edmond PAPIN. — **Précis d'urologie.**

Conçu et rédigé pour les praticiens et les étudiants, ce livre aura, nous en sommes convaincu, le succès auquel il a droit. D'ailleurs, c'est plus qu'un livre utile, c'est un livre nécessaire.

G. S.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LE CONCOURS MÉDICAL

La journée du 21 novembre.

La matinée et l'après-midi ont été consacrées, selon l'usage, aux Assemblées générales du *Concours médical* et de ses Filiales.

Le compte-rendu de chacune d'elles en a été ou sera publié successivement.

Le soir, un banquet confraternel réunissait soixante convives, sous la présidence de NOIR, à la droite de qui s'asseyait M. LEGENDRE, chef-adjoint du cabinet de M. J.-L. BRETON, ministre de l'hygiène, qu'il représentait.

Dans l'assistance se trouvaient MM. BELLENCONTRE, président de l'Association générale des médecins de France ; LAFONTAINE et QUIVY, secrétaires généraux de l'Union des syndicats ; RONDEL, inspecteur général des services administratifs ; AUGER père et fils, avocats à la Cour de Cassation et au Conseil d'État, conseillers juridiques du « Sou médical » ; CHAPON, DECOURT, MIGNON, MOLINÉRY, membres des Conseils des Filiales, etc.

A l'heure des toasts, Noir a prononcé l'allocution suivante :

Mes Chers Amis,

La présidence de cette fête ne devait pas me revenir, nous avons la bonne fortune de posséder deux des fondateurs du *Concours médical*, nos deux doyens, les Drs Gassot et Maurat. Ils ont, sous divers prétextes, décliné la présidence de ce dîner confraternel et m'en ont imposé l'agréable charge. Je les soupçonne de vouloir se réserver pour la présidence, en 1928, des fêtes du cinquantenaire du *Concours médical* où je souhaite de les voir à notre tête et ceci de tout cœur (*Applaudissements.*)

J'ai le repret de vous communiquer les excuses de M. le Sénateur Chauveau, président du groupe médical interparlementaire dont vous avez pu apprécier la bienveillance pour tous ses confrères et le dévouement à tous nos groupements professionnels ; de M. le Dr Doisy qui nous a rendu pendant la guerre des services que nous ne saurions oublier, ces confrères sont absents de Paris. Une malencontreuse maladie empêche notre ami Levassort, secrétaire général de l'A. G., d'être effectivement ce soir des nôtres, nous savons qu'il est avec nous de cœur. Le Dr Cesbron, secrétaire général de l'A. D. R. M., avait accepté notre invitation ; une indisposition que j'espère sans gravité, l'a obligé à s'excuser. Je fais des vœux pour le prompt rétablissement de nos confrères dont nous regrettons vivement l'absence.

Messieurs,

Après 42 ans d'existence, le *Concours médical* est fier d'avoir pu réunir autour de cette table ses amis des grandes associations de médecins praticiens. Avec Bellencontre de l'Association générale, Lafontaine et Quivy de l'Union des Syndicats médicaux, Chapon de la Prévoyance médicale, Combault et Molinéry, de la nouvelle Association des relations médicales internationales, nous pouvons dire que sont ici représentés toutes les forces actives du Corps médical français, tout ce qui est chez lui capable d'énergie, unissant à l'idéalisme nécessaire au progrès futur le sens pratique des réalisations immédiates.

M. le ministre de l'hygiène qui, en diverses circonstances, a publiquement manifesté le désir d'entrer en relation avec les médecins praticiens, qui, mû par un sentiment inconnu jusqu'à lui, nous a laissé espérer la collaboration loyale et effective de nos syndicats et de son administration, nous a exprimé le regret de ne pouvoir répondre à notre invitation car les devoirs de sa charge l'ont appelé ailleurs. Mais il nous a fait l'honneur de déléguer ici pour le représenter son très distingué chef de cabinet, M. Legendre. La désignation de M. Legendre est pour nous flatteuse, car s'il n'est pas médecin, il n'est pas étranger aux choses de la médecine. M. le ministre Breton, désirant s'entourer de savants, est allé arracher ce physiologiste éminent à ses travaux dans le laboratoire d'un illustre médecin, le professeur François Franck. (*Applaudissements.*)

M. le représentant du ministre de l'hygiène, soyez le bienvenu.

Nous espérons que vous apprendrez à nous connaître, que vous vous rendrez compte de toute la valeur de la collaboration des praticiens. *Ici, nous ne demandons rien aux ministres, nous ne désirons ni distinctions, ni honneurs, ni fonctions, ni privilèges* ; nous vous offrons simplement la collaboration de techniciens instruits, plus soucieux du bien public que de leurs propres intérêts, mais conscients de la valeur de leur concours et jaloux de leur indépendance et de leur dignité.

* * *

Jusqu'à ce jour, la valeur de la collaboration du médecin praticien a été systématiquement méconnue, nous voulons bien croire que ceux qui l'ont mal jugée péchaient surtout par ignorance. D'ailleurs, cette collaboration pouvait être gênante pour ceux qui avaient la prétention de monopoliser à leur profit l'hygiène et la médecine sociales, et les critiques que nous ne leur avons pas épargnées ne pouvaient guère bien les disposer à notre égard. Certains d'entre eux avaient cru que l'hygiène était une de

ces sciences mortes que l'on étudie et applique avec des livres, par des circulaires. Ils croyaient pouvoir tout régler autour d'un tapis vert et dans des proclamations et des discours. Il en est résulté la déplorable faillite de notre loi sanitaire, l'inorganisation absolue de l'hygiène et de la médecine sociales en France, situation honteuse pour notre pays, à laquelle M. le ministre Breton, avec un courage que nous admirons, s'efforce de remédier.

Au *Concours médical*, nous avons joué jusqu'ici un rôle qui nous rappelle une anecdote que Platon rapporte dans l'*Apologie de Socrate* :

Chéréphon, un ami d'enfance du philosophe, fut un jour consulter l'oracle de Delphes. Il demanda à la Pythie si elle connaissait quelqu'un de plus savant que Socrate et la Pythie répondit qu'il n'existait personne aussi savant que lui. Et Chéréphon, heureux, se hâta de retourner à Athènes, de rapporter cette réponse au philosophe, son ami.

Socrate demeura perplexe. « Comment, se dit-il, puis-je être le plus savant, moi qui sais que je ne sais rien ou peu de choses. » L'énigme de l'oracle demandait à être déchiffrée. Or, pour cela, Socrate résolut d'interroger tous ceux qui se targuaient d'être de grands savants et de conseiller les gouvernants d'Athènes. Il n'eut aucune peine à s'apercevoir et à les convaincre en public qu'ils ne savaient rien, que toute leur science consistait en belles paroles et en formules creuses. Et Socrate, satisfait, conclut : « L'Oracle a raison, je suis certes le plus savant, car je sais que je ne sais rien, tandis que les conseillers de la cité ne savent rien non plus, mais ignorent leur propre ignorance. »

Si Socrate eut la satisfaction de donner à quelques-uns de ses puissants contemporains une leçon d'humilité, il eut le tort de le faire trop savoir. Et il fut condamné à boire la cigüe.

Nous aussi, nous avons un peu suivi de loin l'exemple de Socrate, nous n'avons pas interrogé directement les Maîtres en médecine sociale, mais indirectement nous avons pu démontrer le vide de leurs discours et l'indigence de leurs conceptions. Il ne nous ont pas condamnés à boire la cigüe, mais ils ne sont pas devenus nos amis.

Il est simple de deviner la cause de leurs échecs, c'est que, dans leur conviction sincère et profonde, ils se figuraient savoir alors qu'ils ne savaient que fort peu, sinon rien. (*Applaudissements.*)

* * *

Messieurs, la guerre a donné une éclatante démonstration de ce que nous venons de dire. Tous les évènements qui se sont succédés, ayant trait aux sciences économiques, politiques, sociales, hygiéniques, j'allais dire médicales, sont une suite d'éloquents démentis aux prévisions sans bases sérieuses, aux prétendues lois imposées comme des dogmes par les économistes et les faux savants de ces vingt dernières années.

C'est que, dans leur infatuation d'eux-mêmes, dans leur mépris d'autrui, ils bâtissaient des systèmes sans tenir compte des faits, sans avoir recours à l'observation ni à l'expérience. Notre méthode à nous est différente. Permettez-moi de vous faire savoir comment nous travaillons. Beaucoup d'entre nous ne connaissent de nous que les apparences et ne se sont pas demandé comment tant d'idées fécondes ont pu éclore au *Concours médical*, comment tant d'œuvres utiles, d'améliorations pratiques, ont pu en sortir prospères.

* * *

Le *Concours médical* est un véritable laboratoire de médecine sociale et professionnelle. Depuis son origine, ceux qui le dirigent n'ont cessé de suivre la bonne méthode, la seule réellement scientifique pour un médecin, la méthode expérimentale.

« Dans la recherche de la vérité par cette méthode, a dit Claude Bernard, le *sentiment* a toujours l'initiative, il engendre l'idée *a priori* ou l'*intuition*, la raison ou le *raisonnement* développe l'idée et déduit ses conséquences logiques, mais si le sentiment doit être éclairé par les lumières de la raison, la raison doit être guidée par l'expérience. »

C'est exactement ainsi que nous procédons dans notre laboratoire de sociologie médicale. Un fait, un évènement observé, éveille une idée chez l'un des nôtres. En un article, parfois en une simple lettre que nous publions dans le journal, l'idée se concrétise et est livrée au raisonnement de nos lecteurs ; une correspondance active en résulte. Chacun de nos amis raisonne sur cette idée. Il s'ouvre une discussion que le Conseil de direction coordonne ; dans des articles, dans des projets, il en déduit les conséquences logiques et éclaire le sentiment, l'idée, des lumières de la raison. Alors, selon les circonstances, un groupement syndical, l'un d'entre nous, parfois un simple praticien, tente la réalisation et s'il réussit, la raison, guidée par l'expérience, triomphe et une création nouvelle, utile, un progrès social ou professionnel est sorti de notre laboratoire.

Ne croyez pas, mes chers amis, que je donne ici cours à une imagination un peu vive, je résume notre méthode dans son exacte réalité. Cette méthode au *Concours* n'est pas de mon invention, elle ne date pas d'hier, elle fut appliquée dès l'origine, il y a quelque quarante ans. Permettez-moi de vous en citer le premier et le plus mémorable exemple :

Le *Concours médical* venait de naître. Son fondateur, Cézilly, reçut le 28 octobre 1879 une lettre de quinze lignes du Dr Margueritte, du Havre, qui émettait l'idée de la création de syndicats médicaux.

Cézilly trouva l'idée originale et publia la lettre dans son journal. Il en résultat une discussion. Chaque lecteur du *Concours médical* voulut donner son avis à ce sujet. Cézilly pria alors Margueritte d'ouvrir une enquête sur la possibilité d'organiser des syndicats de médecins et créa une commission des syndicats au *Concours médical*. Le raisonnement porta

Les Laboratoires du **NÉOL,** *9, rue Dupuytren, Paris, tiennent à la disposition de MM. les Docteurs du*

CODOFORME
BOTTU

Produit solide, défini et stable, rigoureusement dosé en **COMPRIMÉS.** *Les expériences cliniques des Hôpitaux de Paris ont démontré que c'était un* **SÉDATIF NOUVEAU,** *non toxique, quoique très actif, des formes rebelles de la*

TOUX



TOUX
catarrhales et emphysèmateuses



TOUX
émétisante des Tuberculeux

TOUX
nerveuses, spasmodiques et coqueluchoïdes.

NÉOL
en gargarismes

prévient la GRIPPE et guérit l'ANGINE

ses fruits. Mignen, de Montaigu, suivait avec attention les travaux de la commission. Il les synthétise dans un règlement publié le 6 mars 1881, et 2 mois après, le 16 mai de la même année, se réunissait pour la première fois, à Montaigu-en-Vendée le premier syndicat médical de France. L'expérience avait réussi. Inutile de vous exposer ici quelles furent ses conséquences.

Cette méthode a continué d'être suivie chez nous : toutes nos œuvres depuis la Caisse des Retraites, fondée par Lande, depuis la Mutualité familiale jusqu'au « Sou médical », toute notre action pour l'élaboration et la révision des lois professionnelles ou médico-sociales, résultent de son application.

Le *Concours médical* observe, médite, puis provoque l'expérience.

Cuvier a écrit quelque part : « l'observateur écoute la nature, l'expérimentateur l'interroge et la force à parler. »

Au *Concours médical*, en observateurs, nous prêtons l'oreille aux murmures de la nature dans le domaine médico-social ; puis, en expérimentateurs, nous interrogeons et nous obligeons à parler ceux qui peuvent nous instruire, nos confrères. C'est dans cette coopération des idées de tous les médecins praticiens, rompus chaque jour à l'observation, au raisonnement à l'expérimentation, qu'est le secret du succès et de la puissance du *Concours médical*.

Si, comme un arbre vigoureux, il a pu en quarante-deux ans grandir, étendre ses branches au loin, couvrir le domaine du médecin praticien d'une ombre protectrice, si les rameaux les plus élevés de son faite atteignent aujourd'hui les hautes régions de la médecine et de l'hygiène sociales, s'il a pu résister aux vents déchaînés et aux plus terribles tempêtes, nous n'oublions pas, Messieurs, que c'est parce qu'il tire sa substance et sa force de puissantes racines qui s'étendent et pénètrent dans le corps médical, que chacune de ces racines puise sa sève dans le cœur et le cerveau du médecin praticien qui, nourrissant l'arbre, lui a permis de croître et de porter des fruits.

Aussi me permettrez-vous, Messieurs, de lever mon verre à celui qui fait notre force, qui nous nourrit du meilleur de lui-même, au médecin praticien, c'est-à-dire à vous tous. (*Applaudissements répétés, acclamations.*)

M. Legendre, représentant du ministre de l'hygiène, s'est exprimé en ces termes :

Discours de M. Legendre, chef du cabinet et représentant de M. le Ministre de l'Hygiène.

Messieurs,

M. le ministre, empêché d'assister au banquet du *Concours médical* auquel vous aviez bien voulu l'inviter m'a fait l'honneur de me désigner pour le représenter auprès de vous, et vous exprimer tous ses regrets de n'avoir pu venir lui-même.

Il m'a chargé de vous dire tout l'intérêt qu'il porte aux médecins praticiens, et quelle estime il a des services qu'ils rendent.

Vous savez d'ailleurs qu'il n'a pas manqué de consulter les syndicats de praticiens sur toutes les grandes questions soumises à ses services, notamment celles de la revision de la loi de 1902, de l'organisation de la lutte antivénérienne, des questions d'hygiène sociale, etc., il est convaincu, en effet, qu'à côté des avis compétents et éclairés des professeurs et des hommes de laboratoire, il lui importe de connaître aussi, avant de prendre une décision, l'avis des nombreux praticiens, en contact quotidien avec toutes les difficultés de l'exercice de la médecine.

C'est dire que M. le ministre estime tout particulièrement un groupement tel que le vôtre, qu'il tient beaucoup à votre collaboration constante, et que je suis son fidèle interprète en souhaitant au *Concours médical* le succès et la prospérité qu'il mérite.

MM. Bellencontre et Chapon ont bu à l'union et à la concorde du corps médical, réalisées par l'union et la concorde des groupements professionnels représentés au banquet.

M. Lafontaine a porté un toast à Noir, l'un des plus vieux et des plus ardents militants du syndicalisme médical.

Duchesne a porté à la santé de MM. Auger, père et fils, et de Me Gatineau, les distingués soutiens juridiques du « Sou médical », l'un des mieux réussis parmi les enfants du *Concours médical*, et de M. Rondel, un vieil ami de la maison dont les lumières et l'appui ne nous ont jamais fait défaut.

Tous ces toasts ont été chaleureusement applaudis.

***

Ce banquet a rappelé les belles manifestations du même genre qui terminaient, avant la guerre, la journée annuelle du *Concours médical*.

Nous y voulons voir le prélude d'une ère de confiance et de collaboration mutuelle, au cours de laquelle, les praticiens solidairement groupés, d'un côté ; les pouvoirs publics, mieux éclairés et plus accessibles, de l'autre, travailleront d'un commun accord à la défense et à la protection de la santé publique, nécessaire au relèvement et à la prospérité du pays.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Syndicat médical de Pontoise

(*Réunion du* 31 *octobre* 1920.)

Le Syndicat accepte la convention établie entre le Préfet de Seine-et-Oise et la Fédération, fixant pour le tarif des soins aux victimes de la guerre les prix de 8 fr. la visite, 7 fr. la consultation, et 2 fr. 25 le kil. aller — prend note que pour 1921 le service de l'A. M. G. sera établi sur le type de celui des mutilés, avec un carnet à triptique permettant le contrôle — donne comme directive à ses représentants à la Fédération de refuser le forfait demandé par le Préfet pour les pupilles de la Nation.

Indique comme directives à ses représentants à l'Assemblée générale de l'Union sur la question de l'assurance obligatoire maladie-invalidité : libre choix, tarif à la visite, tarif médical moyen, tarif chirurgical Breton.

Indique le tarif chirurgical Breton comme applicable aux membres des sociétés de secours mutuels, pour s'ajouter, le cas échéant, aux demandes pour visites ou consultations.

Adopte les résolutions suivantes, que leurs représentants devront défendre à la Fédération en vue de l'établissement d'un tarif départemental à partir du 1er janvier 1921 — résolutions qui constitueront le tarif syndical s'il est impossible de fixer un tarif départemental.

Le prix moyen de la visite, de 9 h. à 7 heures sera de 10 fr. Celui de la consultation 8 fr. L'examen et les prescriptions pour un malade présenté, au cours ou à l'occasion d'une visite, seront comptés comme une consultation. Aussi bien pour les sociétés que pour la clientèle privée et les administrations, seront doublées : visites d'urgence, visites des dimanches et jours de fêtes, consultations du dimanche ; seront triplées : visites et consultations de nuit. Le prix moyen d'un accouchement sera de 200 fr. et, pour toute autre classe que la plus modeste, les visites seront comptées en plus. Les certificats pour coups et blessures, sur timbre, seront payés 20 fr. et toujours comptant. Les examens et certificats pour assurances-vie 40 fr.

L'indemnité kilométrique est fixée actuellement à 1 fr. 50 par kil. parcouru. Ce prix sera revisé tous les six mois. Elle sera comptée à l'aller et au retour pour le malade qui demande le déplacement ou pour lequel le médecin a jugé nécessaire le déplacement spécial. Elle sera comptée seulement à l'aller pour chacun des autres malades de la même localité. Elle sera comptée pour tous seulement à l'aller si le village est visité en tournée régulière.

Le paiement comptant sera toujours accepté, et même demandé dans tous les cas où il sera normalement possible. Pour le reste, les notes seront établies fin juin et fin décembre. Le paiement en sera demandé au cours du mois suivant, de préférence au moyen d'un mandat-carte, de chèques postaux, joints à la note. A la fin de ce mois, toute note non payée fera l'objet d'une information sur libellé uniforme, annonçant qu'à 15 jours de date, elle sera remise à un agent de recouvrements.

Le tarif départemental admis par la Fédération, après examen et discussion des propositions faites par chaque syndicat, sera publié dans les presses locales, affiché dans les salons et cabinets d'attente. Un extrait en sera joint à chaque note de 1920 et 1921.

Au début de chaque année, la Fédération devra examiner les modifications demandées par tout Syndicat adhérent au cours de l'année précédente et son bulletin renseignera tous les médecins du département sur les décisions prises. Au début de chaque semestre, elle fixera le prix de l'indemnité kilométrique.

Le secrétaire,
Dr OPPENOT.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

La Grand'Pitié des S. S. M.

Le numéro du *Concours médical* daté du 9 octobre 1920 contient une véritable leçon de notre confrère Vimont sur la nécessité où sont les Sociétés de Secours Mutuels de limiter les risques qu'elles couvrent.

En fait, dit l'auteur, une assurance-incendie ne rembourse au sinistré qu'une partie de la valeur des choses, meubles ou immeubles, brûlées. L'assureur a raison *au fond* quand il laisse une partie des dégâts à la charge de son client : à tout le moins il est indiscutable que cette disposition incite cet assuré à la prudence.

Dans *la forme*, cet assureur a cependant tort : dans aucun des contrats que je connais, au moins, cette réalité n'est clairement exposée. Le client est tout étonné d'apprendre, le lendemain de l'incendie, que tout le risque n'était pas couvert. *Inde, iræ* !

Il en va de même pour le sociétaire vis-à-vis de sa société de Secours mutuels.

Mais il y a une nuance : tandis que l'assureur contre l'incendie sait fort bien les limites de sa responsabilité, l'administrateur de la S. S. M. veut ignorer son propre cas. Et cette ignorance voulue n'améliore point les choses à des règlements de compte.

Cependant, — sous le coup, par la pressante nécessité, — voici que l'état des esprits évolue.

Déjà, autour de moi, les S. S. M. avouent leur impuissance partielle : elles suppriment le secours journalier ; elles laissent la moitié du prix de la visite à la charge du malade ; elles publient ces nouvelles décisions pour se défendre.

Enfin voici que deux maires, — administrant en cette occasion, non pas une S. S. M., mais bien un bureau communal d'assistance au compte de l'A. M. G. — ont trouvé une solution originale qui vaut, me semble-t-il, qu'on lui fasse quelque publicité.

Au début, ça n'a pas été tout seul, au moins de mon côté. J'ai même manqué complètement de charité chrétienne. Voici comme :

Sur ma demande, Lucien Bébart, 17 ans, chétif, rhumatisant *en fin de moisson*, — rhumatisant récidivant, — a été admis aux secours publics ; mais, et je n'avais pas prévu ceci, il a été admis A MOITIÉ COMPTE.

Un demi-indigent.

« La famille payera pour la moitié ! » telle est notre décision.

Quelle moitié ? » « Choisissez-vous le côté gauche ou le côté droit ? » C'est très important « à savoir, parce qu'un rhumatisme ça se déplace : ça passe de l'épaule gauche au genou « droit... et puis il y a le cœur que nous devrons, « en bonne justice, placer hâtivement au milieu. »

« Mais non ! La moitié de vos honoraires ! et « la moitié des notes du pharmacien ! ?

« Halte ! Le règlement de l'A. M. G. est formel « en ce qui concerne le médecin : quand un individu est assisté, je ne dois, sous aucun prétexte, « recevoir argent de lui en sus de l'indemnité « que nous m'allouez. » « Lisez d'ailleurs ! »,

Le texte est clair et ne prête à aucune ambiguïté. Alors ? Alors, le bureau d'assistance en a délibéré et il a trouvé l'élégante façon qu'on trouvera plus loin de *limiter l'étendue du risque couvert*.

C'est une solution *pratique*. Si ça n'est pas une solution administrative, à l'heure actuelle, — si même ça n'est pas une solution empreinte d'un esprit *administratif*, — je la vois si réellement pratique, efficiente et même moralisatrice, que je crois devoir la recommander à mes confrères.

Je veux dire : à ceux de mes confrères qui se rendent compte que la gêne pécuniaire contemporaine n'est pas un cas particulier aux seuls médecins ; — que, en particulier, les bureaux d'assistance d'un côté, — les S. S. M. de l'autre, — sont des organismes d'utilité publique qui méritent que *nous* les aidions à sortir du pétrin.

Il ne faut pas oublier, en outre, que nous allons être appelés à négocier avec l'assurance-maladie (une nouvelle lisière à la liberté des mouvements de l'oncle Tom, comme dit Desfosses : 1re page de la *Presse méd.*, du 29 septembre) et que le budget de cette institution ne sera pas indéfiniment élastique.

Qu'ont donc décidé, en leur prudent bon sens, MM. du bureau d'assistance à la commune de S. pour obliger Lucien Bébart à être économe du denier public, — sans, eux, s'écarter trop brutalement de la lettre du règlement.

Ils ont décidé, — le médecin ne se pouvant partager, — que Lucien Bébart payerait toute sa pharmacie, tandis que l'A. M. G. me payerait l'intégralité de mes visites, déplacement compris.

Ça ne fera pas exactement la moitié, mais comme ça limite efficacement le risque. Je me suppose, bien entendu, — le bureau d'assistance a la même pensée, — incapable de faire des visites à tour de bras ni seulement chaque fois que *ma tournée* passe devant la porte de Lucien B.

Je me place dans l'hypothèse commune : dans le cas ordinaire d'un garçon qui souffre, qui trouve que ça dure bien longtemps, — et qui, n'ayant rien à payer, m'appelle plus qu'il n'est *indispensable*, réclame une nouvelle potion, un autre liniment à chaque fois, — gâchant le coton cardé, etc.

MM. du B. d'A. ont, il faut bien le reconnaître, placé ce jour-là le topique exactement sur le mal. Ils m'ont abrité, par dessus le marché, du plus gros inconvénient connu, — proclamé dans tous nos journaux professionnels, — qui est l'*abus* fait par l'intéressé du secours totalement gratuit.

Or, au fond, cet abus étant la raison principale de notre éternelle querelle avec la médecine socialisée, c'est à moi, médecin, qu'ils ont surtout rendu service, tranchant le différend coutumier entre ma bienveillance pour le malade et mon devoir de surveillance en tant que dépensier des deniers publics.

Quand donc, mon confrère et ami D. est venu trouver le président du syndicat (que je suis *actuellement) pour lui* demander un avis *provisoire* sur le cas du maire, président de la S. S. M. de T. qui a appliqué ce système à la fois à ses indigents et à ses mutualistes, je n'ai pu que dire combien *ce maire-président* me paraissait avoir raison.

Notre syndicat sera saisi, dès sa prochaine réunion, de la question. Il décidera en dernier ressort.

Si, cependant, je demande aujourd'hui que ces lignes-ci soient publiées, c'est seulement pour éviter la surprise. Il s'agit de ne pas nous embarquer à faux — *impromptu*, ou même *ab irato* — dans cette affaire aux conséquences vraisemblablement indéfinies : une solution élégante au problème plein de difficultés morales posé par la tendance actuelle à la socialisation des risques, ça n'est pas une petite affaire.

Dr CAMESCASSE.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Cession de clientèle médicale.

TRIBUNAL CIVIL DE DIGNE (18 juin 1920).

Attendu que suivant acte sous seing privé en date du 19 janvier 1919 les hoirs L. ont autorisé le Dr D. à reprendre librement et à son gré le cabinet médical et la clientèle de leur fils et frère, le Dr L., décédé le 24 octobre 1918, et encore à reprendre à son compte le bail d'une villa, sise au C., louée et habitée par le Dr L., moyennant le prix de cent cinquante francs par mois ; que, par un écrit du même jour, le Dr D., en échange des avantages consentis par les hoirs L. à son profit dans l'acte susvisé, s'est reconnu débiteur vis-à-vis d'eux de la somme de huit mille francs, stipulée payable à des échéances déterminées, et sur laquelle il leur a versé, le douze février suivant, un premier acompte de mille francs ;

Attendu qu'à la date du 27 mai 1919, le Dr D. a, par exploit de Reymond, huissier à Nice, notifié aux consorts L. qu'ils aient à tenir comme nuls les accords intervenus entr'eux et lui comme portant exclusivement sur la clientèle d'un médecin, chose hors du commerce et ne pouvant, dès lors, faire l'objet d'une cession et leur a fait sommation d'avoir à lui restituer les mille francs par lui versés, ce paiement ayant eu lieu sans cause légale et, en outre à lui payer la somme de cinq mille francs à titre de remboursement des dépenses par lui engagées en vue de son installation au C. et auxquelles l'ont entraîné leurs agissements dolosifs ;

Attendu que les hoirs L. ayant refusé d'obtempérer à cette mise en demeure, le Dr D. les a par ajournement du 21 janvier 1920, fait assigner devant le tribunal de céans aux mêmes fins que celles renfermées dans l'exploit précité.

Attendu que, pour justifier sa demande, le Dr D. soutient que la cession qui lui a été consentie est nulle et sans effet juridique, l'un des éléments substantiels du contrat qui la consacre, l'objet, faisant défaut ;

Attendu qu'il est de doctrine unanime et de jurisprudence aujourd'hui à peu près constante que la clientèle médicale, reposant uniquement sur la confiance personnelle qu'inspire le médecin, est une chose hors du commerce, et comme telle, insusceptible de faire légalement l'objet d'une vente ; mais que, toutefois rien ne met obstacle à ce qu'un medecin ne s'engage valablement, contre une indemnité pécuniaire, à ne plus exercer la médecine dans un rayon déterminé et à recommander à ses clients le confrère qui doit le remplacer ;

Que, par suite, lorsque l'acte de cession porte à la fois et sur la clientèle et sur des avantages matériels, le cessionnaire est tenu de payer tout au moins la part du prix correspondant au profit pécuniaire qu'il a retiré du contrat ; mais que l'éventualité envisagée ci-dessus ne peut se produire que si le cédant est le médecin lui-même, ses héritiers étant sans qualité ni pouvoir pour prendre des engagements de même nature que les siens ;

Attendu que, faisant application de ce principe à la cause, il y a lieu de retenir que si les hoirs L. qui n'ont jamais habité le C. et qui ne connaissaient pas les clients de leur fils, ont pu cependant recommander à quelques-uns d'entre eux le Dr D., cet acte de leur part ne saurait raisonnablement être assimilé à une présentation effective qu'aurait faite le Dr L. cédant lui-même en plein exercice de sa profession ;

Qu'ainsi que l'a jugé la Cour de cassation dans son arrêt du 17 mai 1885, la mise en possession de la clientèle d'un médecin ne peut se réaliser au profit du cessionnaire lorsque ce médecin est décédé avant la cession ;

Attendu qu'il n'est pas dénié que non seulement le contrat litigieux mais encore les pourparlers qui l'ont précédé ne sont intervenus que postérieurement au décès du Dr L., celui-ci, de son vivant, n'ayant jamais manifesté l'intention de se retirer ;

Attendu encore que, dans la cession, n'ont pas été compris les appareils et la bibliothèque ayant appartenu au Dr L. ; que, dans sa lettre du 4 janvier 1919, le Dr D. parle seulement du rachat éventuel par lui de quelques instruments ou livres de son prédécesseur et offre aux hoirs L. de leur servir d'intermédiaire auprès de ses confrères ou dans les journaux médicaux pour les aider à se débarrasser dans les meilleures conditions possibles de ce qui ferait pour lui, un double emploi ;

Attendu, de plus, que le Dr L., n'ayant tenu aucune comptabilité, ni répertoire au nom de ses clients, le Dr D. s'est vu dans l'impossibilité de se mettre en relation directe avec la clientèle de son prédécesseur ;

Attendu qu'il est enfin allégué par les consorts L. qu'ils ont procuré au demandeur le bénéfice du bail de la villa qu'habitait leur fils au C. ;

Attendu qu'il n'est pas douteux que le Dr D. a trouvé dans la continuation à son compte de ce bail, encore que la durée de celui-ci restant à courir ne fût que de quelques mois, un avantage assez appréciable, que son entrée dans le logement de son prédécesseur, dès son arrivée au lieu de sa nouvelle résidence, où il était un inconnu, a incontestablement facilité son installation et son premier contact avec les personnes appelées à devenir ses clients, mais qu'à ce même point de vue, il convient de retenir aussi que cette cession de bail a eu pour résultat de procurer également aux hoirs L. un bénéfice, car elle les a déchargés d'un loyer dont ils ne devaient retirer aucun profit, puisqu'ils n'habitaient pas la maison de leur fils, leur résidence n'ayant jamais cessé d'être à Nice ou à C. ;

Attendu que des faits ci-dessus analysés il ressort que le seul avantage qu'a retiré le Dr D. de ses accords avec les consorts L. et en retour duquel il soit tenu vis-à-vis d'eux à une indemnité pécuniaire a été la cession du droit au bail de son prédécesseur ;

Qu'il convient donc d'opérer sur le prix de la cession en litige une ventilation permettant d'en retrancher tout ce qui n'a pas trait à ladite cession du bail, le contrat intervenu entre les parties n'ayant de valeur juridique que dans les limites où le tribunal vient d'en reconnaître la validité ;

Sur les dommages-intérêts demandés par le Dr D. :

Attendu que si, dans la correspondance échangée entre les parties préliminairement à leurs accords définitifs, les défendeurs ont présenté sous des aspects peut être un peu trop séduisants la situation qu'occupait au C. et dans la région le Dr L., que si, notamment, l'assurance donnée par eux que la brillante extension de la clientèle de leur fils n'était en rien due au fait de la guerre, est sans nul doute empreinte de quelque exagération ; de son côté, le Dr D. ne doit s'en prendre qu'à lui de s'en être tenu exclusivement à ces affirmations et d'avoir fait une trop grande confiance à des renseignements qui lui étaient fournis par les intéressés eux-mêmes, alors qu'il lui était extrêmement facile de s'éclairer par ailleurs et qu'il n'était ignoré de personne que la mobilisation d'un grand nombre de médecins avait nécessairement faussé certaines situations ;

Attendu, au surplus, que les hoirs L., ne se sont livrés à l'encontre du demandeur à aucune manœuvre dolosive caractérisée pour surprendre sa bonne foi ; que dans leurs négociations avec lui au début des pourparlers engagés, aussi bien que plus tard dans leur résistance à souscrire à ses revendications, ils ont cru agir dans le plein exercice de leur droit, que dès lors, ils ne sauraient raisonnablement être tenus à des dommages-intérêts.

Sur les dépens :

Attendu que les parties succombant sur divers chefs de leurs prétentions respectives, il y a lieu de mettre à la charge de chacune d'elles une portion des dépens ;

Par ses motifs :

Le Tribunal civil de l'arrondissement de Digne, après en avoir délibéré conformément à la loi,

Prononce la nullité des conventions intervenues le 19 janvier 1919 entre les hoirs L. et le Dr D. dans la partie qui vise la cession de la clientèle du Dr L., celle-ci considérée comme chose essentiellement hors du commerce ; les valide dans la partie qui porte sur la cession du droit au bail des locaux occupés de son vivant par le Dr L., et fixe à mille francs l'avantage qu'a retiré de cette cession le Dr D ;

Dit en conséquence, que la somme de mille fr. versée le 12 février 1919, aux hoirs L. par le Dr D. leur a été valablement et légitimement payée et leur reste définitivement acquise.

Déboute les parties de toutes leurs autres fins et conclusions et notamment le Dr D. de sa demande en dommages-intérêts.

Fait masse des dépens et dit qu'ils seront supportés trois quarts par les hoirs L. et un quart par le Dr D.

Commentaires.

Ce jugement met en lumière les points suivants :

1° Est proclamée une fois de plus la nullité d'une vente de clientèle médicale proprement dite : la confiance qu'un médecin inspire à ses clients ne peut être dans le commerce et par suite est invendable : cette confiance ne se délègue pas. Nous ne citerons pas ici les très nombreuses décisions de jurisprudence en ce sens et auxquelles s'ajoute encore le jugement ci-dessus.

2° Mais est parfaitement licite et valable le contrat selon lequel un médecin cède à un confrère son droit au bail (son pas de porte), ses instruments et bibliothèque, etc.

3° De même, une obligation de faire ou de ne pas faire donne toute validité à la convention : le cédant s'oblige à ne pas exercer la médecine, dans un périmètre déterminé, ou pendant une durée de x années : il s'engage à présenter son successeur à ses clients, à leur envoyer une lettre les priant de reporter sur son successeur toute la confiance qu'ils ont bien voulu lui accorder jusqu'alors ; il lui donne ses livres, adresses de clients, etc. etc.

En un mot est considéré comme réalisable, licite et par suite vendable le fait, pour un cédant, de placer son successeur dans de telles conditions et de faire jouer à son profit de telles influences que les débuts du confrère seront beaucoup facilités : ce dernier en doit donc rémunération, ce qui n'a aucun caractère immoral.

Aussi conseillons-nous toujours à nos confrères ou de s'adresser au « Sou médical », ou de suivre les conseils que nous donnons dans « l'Agenda du *Concours* », pour rendre valable toute cession de clientèle.

Par conséquence, si le vendeur ne tient pas ses engagements, ou s'il s'est porté fort pour la jouissance d'avantages matériels et moraux, qui, par la suite, ont fait défaut au cessionnaire, celui-ci est en droit de réclamer à son cédant, soit des dommages-intérêts, soit la rescision, ou l'annulation du contrat de vente.

4° La clientèle, dont la vente constitue le fond du procès, était surfaite, d'autant que les héritiers du cédant, n'habitant pas la localité, n'ont pas pu présenter le successeur d'une manière utile et profitable à ce dernier. Mais le tribunal fait grief à l'acheteur de ne pas s'être enquis lui-même de la valeur du poste et du profit qu'on pouvait en retirer.

Aussi, souhaiterions-nous voir les syndicats médicaux être plus souvent consultés, car ils pourraient mettre en garde surtout les jeunes confrères contre les trompe-l'œil, les promesses fallacieuses, dont on ne reconnaît que trop tard l'inanité.

Dr Paul Boudin.

MUTUALITÉ FAMILIALE
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Rapport du Dr Gassot, *trésorier sur le compte de l'exercice* 1919.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier sur l'exercice 1919.

Cette année n'est pas encore une année normale ; elle forme transition entre les années de guerre et l'année 1920, qui est plus régulière.

SECTION I.

Indemnité-maladie-accident.

Combinaisons MA et B.

Au 31 décembre 1918, le nombre des membres était de 1.578 ; au cours de l'année 1919, le Conseil a prononcé 23 admissions, mais, d'autre part, nous avons perdu 33 membres, savoir 14 par décès, 5 par démission, 6 par radiation et 8 par sortie à 65 ans, de telle sorte qu'au 31 décembre 1919, nous restons 1.568 membres ainsi répartis :

1.214 inscrits à la combinaison MA ; 10 inscrits à la combinaison 1 /2 MA ; 337 inscrits à la combinaison B ; 7 inscrits à la combinaison 1 /2 B.

Ces chiffres, il faut le dire immédiatement, n'ont rien d'absolu, car un certain nombre de sociétaires n'ont donné aucune nouvelle depuis 1914.

On constate cependant que le nombre de cotisants va en augmentant et que nombreux sont les sociétaires qui régularisent leur situation.

1° *Compte de l'année* 1919.

Recettes :

Les recettes se sont élevées à la somme de 292.122 fr. 94, savoir :

Cotisations	107.632 50
Intérêts	18.007 74
Remboursements de valeurs	1.972 70
Réalisations de valeurs	164.510 »
	292.122 94

Dépenses :

Elles ne comprennent que les indemnités-maladie et s'élèvent à 96.699 fr. 75.

Balance :

Avoir au 31 décembre 1918 :		
Espèces à la Société Générale	13.489 94	4.799 30
Moins dû au trésorier	8.690 55	
Recettes de l'année 1919		202.122 94
		296.922 33
Dépenses de l'année 1919		96.699 75
Reste avoir		200.222 58
Dont emploi :		
Achats de valeurs		190.099 45
Espèces à la Société Générale	4.497 20	10.126 13
Espèces en caisse	5.625 93	
Total égal		200.222 58

2° *Compte général*

Avoir général au 31 décembre 1918		451.276 94
Recettes de l'année 1919 :		
Cotisations	107.632 50	125.796 22
Intérêts	18.007 74	
Boni sur remboursement de valeurs (1)	155 98	
Dépenses de l'année 1919		577.073 16
Indemnités-maladie		96.699 75
Reste avoir		480.373 41

Représentés par :

1° Portefeuille : valeur de 1918		446.477 55	280.150 83
Moins valeurs remb. (prix d'achat)	1.816 72	166.326 72	
et réalisations	164.510 »		
Plus achats de 1919			190.099 45
			470.250 28
2° Espèces à la Société Générale		4.497 20	10.123 13
en caisse		5.625 93	
Total égal			480.373 41

Cette somme est ainsi répartie :

Combinaison MA et 1 /2 MA	309.862 30
Combinaison B et 1 /2 B	170.511 11
	480.373 41

3° *Portefeuille des Combinaisons MA et B.*

	Prix d'achat
29 Obl. Tunisiennes 1892	13.935 06
10 Obl. Tunisiennes 1902	4.500 »
10 Obl. Gouv. Gén. de Madagascar	4.637 50
40 Obl. Gouv. Général de l'Algérie	18.200 »
19 Obl. Département de l'Aude 3,44 °/o	9.388 76
19 Obl. Ville de Paris 1899	7.805 15
32 Obl. Chemin de fer Est 3 °/o ancien	14.290 83
10 Obl. Chemin de fer Est 3 °/o an nouv.	4.683 41
83 Obl. Chemin de fer P. L. M. fusion 3 % anciennes	40.169 90
17 Obl. Chem. de fer P.L.M. 3 °/o nouv.	7.996 88
17 Obl. Chemin de fer du Dauphiné 3%	6.473 65
16 Obl. Chemin de fer du Bourbonnais 3 %	7.873 88
50 Obl. Chemin de fer Midi 3 °/o anc.	22.297 76
20 Obl. Chemin de fer Midi 3 °/o nouv.	8.708 60
14 Obl. Chemin de fer Nord 3 % anc.	5.867 »
20 Obl. Chemin de fer Nord 3 % nouv.	8.841 15
40 Obl. Chemin de fer Orléans 3 % anc.	17.853 45
20 Obl. Chemin de fer Orléans 3 % anc.	8.547 85
58 Obl. Chemin de fer Grand Central 3 %	26.461 55
18 Obl. Chem. de fer Ouest 3 % anc.	7.523 45
19 Obl. Chem. de fer Ouest 3 % anc.	8.273 17
120 Obl. Chem. de fer Ouest 2,5 %	49.320 »
30 Obl. Chemin de fer Est Algérien 3 %	13.037 35
30 Obl. Chem. de fer Ouest Algérien 3 %	12.900 »
15 Obl. Banque Hypothéc. 3 % 1880	8.493 »
19 Obligations Foncières 1883	8.738 48

(1) Une obligation foncière 1883 remboursée à 498 fr. 90 achetée à 459 fr. 92. Boni 36 fr. 98.

Deux obligations Grand Central remboursée à 988 fr. 60, achetée 919 fr. 17. Boni 69 fr. 43.

Une obligation Dauphiné remboursée 487 fr. 20, achetée 437 fr. 63. Boni 49 fr. 57. Total : 155 fr. 98.

38 Actions Société Générale	21.551 45
12 Obl. Crédit National 5 %	5.940 »
101 Bons de 1.000 fr. de la Défense Nationale à un an	95.950 »
Total	179.259 28

SECTION II

Pensions de Retraite.

COMBINAISON P (RETRAITE A 60 ANS).

Au 31 décembre 1918, la combinaison P comptait 98 membres ; en 1919, le Conseil a admis 11 membres, mais deux ont disparu, l'un par décès, l'autre par démission.

Au 31 décembre 1919, la combinaison P comprend donc 102 membres.

1° *Compte de l'année* 1919.

Recettes.

Les recettes se sont élevées à la somme de 43.276 fr. 79, savoir :

Cotisations	23.119 90
Intérêts	8.944 49
Réalisations de valeurs	11.212 50
	43.276 79

Dépenses.

Il n'y a pas eu de dépenses en 1919.

Avoir au 31 décembre 1918 :

Espèces au Crédit Lyonnais	1.198 94	1.732 62
Espèces en Caisse	533.68	
Recettes de l'année 1919		43.276 79
Avoir		45.009 41

Dont emploi :

Achat de valeurs		42.201 23
Espèces au C. Lyonnais	2.450 73	2.808 18
Espèces en caisse	357 45	
Total égal		45.009 41

2° *Compte général.*

Avoir général au 31 décembre 1918		158.711 58
Recettes de l'année 1919 :		
Cotisations	23.119 80	32.064 29
Intérêts	8.944 49	
Avoir		190.775 87

Représentés par :

Portefeuille :

Valeur en 1918	156 978 96	187.967 69
Moins réalisations	11.212 50	
	145.766 46	
Plus achats de 1919	42.201 23	
Espèces : en caisse	357 45	2.808 18
Au Crédit Lyonnais	2.450 73	
Total égal		190.775 87

3° *Portefeuille de la Combinaison P.*

	Prix d'achat
3.090 f.r. de Rente 5 %	44.122 »
800 fr. Rente Française 4 % 1917	13.720 »
500 fr. Rente Française 4 % 1918	8.850 »
10 Actions Crédit Lyonnais	15.367 35
12 Actions Mobilier Français	7.602 40
5 Actions Le Nickel	5.714 30
3 Actions Le Nickel	939 50
5 Actions Télégraphes du Nord	4.126 80
20 Obl. Chem. de fer Nord 3 % anc.	8.381 »
20 Obl. Chem. de fer P.L.M. 3 % anc.	15.980 30
27 Obl. Chem. de fer P.L.M. 3 % nouv.	10.895 15
15 Obl. Ch. de fer de l'Ouest 3 % nouv.	6.137 40
4 Obligations de 1.000 fr. de la Défense Nationale	3.810 40
3 Obl. de 500 fr. de la Défense National	1.427 06
19 Obl. décennales de 1.000 fr. de la Défense Nationale	17.990 63
1 Obl. décennale de 500 fr. de la Défense Nationale	471 10
23 Bons de 1.000 fr. de la Défense Nationale à un an	21.850 »
2 Bons de 500 fr. de la Défense Nationale à un an	950 »
	188.455 19
Dû au trésorier un bon de 500 fr. à six mois	487 50
Total	187.967 69

COMBINAISON R (RETRAITE A 65 ANS).

La combinaison R, au 31 décembre 1918, comptait 182 membres ; en 1919, le Conseil a prononcé 4 admissions, mais un membre est décédé ; le nombre des membres reste donc de 185 au 31 décembre 1919.

1° *Compte de l'année* 1919.

Recettes.

Les recettes se sont élevées à 52.928,27, savoir :

Cotisations	29.468 55
Intérêts	18.097 22
Réalisations	5.362 50
	52.928 27

Dépenses.

Les dépenses se sont élevées à 2.096 fr. savoir :

Pension	1.200 »
Remboursements de cotisations contre-assurées	836 »
	2.096 »

Balance.

Avoir au 31 décembre 1918 :

Esp. au Créd. Lyonnais	9.202 18	10.561 62
Espèces en caisse	1.359 44	
Recettes de l'année 1919		52.928 27
		63.489 89
Dépenses de l'année 1919		2.096 »
Reste avoir		61.393 89

Dont emploi :

Achats de valeurs		56.855 16
Esp. au Créd. Lyonnais	2.952 05	4.538 73
Espèces en caisse	1.586 68	
Total égal		61.393 89

2° *Compte général.*

Avoir général au 31 décembre 1918		417.208 87
Recettes de l'année 1919 :		
Cotisations	29.468 55	47.565 77
Intérêts	18.097 22	
		464.774 64

Dépenses de l'année 1919 :

Pension	1.200 »	2.096 »
Remboursements de cot.	896 »	
Reste avoir		462.678 64

Représentés par :

Portefeuille :

Valeur en 1918	406.647 25	401.284 75
Moins réalisations	5.362 50	
Plus achats de 1919		56.855 16
		458.139 91

Espèces :

Au Crédit Lyonnais	2.952 05	4.538 73
En caisse	1.586 68	
Total égal		462.678 64

3° Portefeuille de la Combinaison R.

	Prix d'achat
4.680 fr. de Rente Française 5 %	86.965 »
1.800 fr. de Rente Française à 4 % 1917	30.870 »
1.000 fr. de Rente Franç. 4 % 1918	17.700 »
10 Obl. Ville de Paris 1919	4.940 »
80 Obl. Chem. de fer Est 3 % nouvelles	34.895 65
34 Obl. Chem. de fer P. L. M. 3 % anc.	15.060 22
42 Obl. Chem. de fer P.L.M. 3 % nouv.	17.023 90
20 Obl. Chem. de fer du Dauphiné 3 %.	8.143 10
20 Obl. Ch. de fer Bône à Guelma 3 %.	8.113 05
156 Obl. Ch. de fer Ouest 3 % nouvelles	67.394 57
10 Obl. Ch. de fer Nord 3 % anciennes	12.754 65
30 Obl. Foncières 1883	4.190 55
13 Actions Banque de Paris et des Pays-Bas	21.865 09
3 Actions Banque de Paris et des Pays-Bas	3.750 »
7 Actions Comp. Gén. des Eaux de Paris	14.390 85
28 Actions Crédit Mobilier Français	17.948 90
10 Actions Le Nickel	11.488 65
12 Actions Télégraphes du Nord	9.433 20
17 Obl. de 1.000 fr. de la Défense Nationale	16.202 72
4 Obl. de 500 fr. de la Défense Nationale	1.904 65
26 Obl. décennales de 1.000 fr. de la Défense Nationale	24.605 16
30 Bons de 1.000 fr. de la Défense Nationale à un an	28.500 »
Total	458.162 65

SECTION III

Pensions aux veuves et aux orphelins.

COMBINAISON V

La Combinaison V, au 31 décembre 1918, comptait 48 membres ; en 1919, le Conseil a prononcé 4 admissions, mais un membre est mort et un autre a démissionné : le nombre des membres est donc de 30 au 31 décembre 1919.

1° Compte de l'année.

Recettes.

Les recettes de l'année 1919 se sont élevées à la somme de 19.893,44, savoir :

Cotisations	13.369 90
Intérêts	4.573 54
Réalisations de valeurs	1.950 »
	19.893 44

Dépenses.

Les dépenses qui ne comportent que des pensions, se sont élevées à 1.200 fr.

Balance.

Avoir au 31 décembre 1918 :

Espèces au Comptoir National d'Escompte	1.296 76	1.720 54
Espèces en caisse	423 78	
Recettes de l'année 1919		19.893 44
		21.613 98
Dépenses de l'année 1919		1.200 »
Reste avoir		20.413 98

Dont emploi :

Achats de valeurs		14.207 91
Espèces au Comptoir d'Escompte	2.377 20	6.206 07
Espèces en caisse	3.828 87	
Total égal		20.413 98

2° Compte général.

Avoir général au 31 décembre 1918		87.199 38
Recettes de l'année 1919 :		
Cotisations	13.369 90	17.943 44
Intérêts	4.573 54	
		105.142 82
Dépenses de l'année 1919 : pensions		1.200 »
Reste avoir		103.942 82

Représentés par :

Portefeuille :

Valeur en 1918	85.478 84	83.528 84
Moins réalisations	1.950 »	
Plus achats de 1919		14.207 91
		97.736 75
Espèces au Comptoir d'Escompte	2.377 20	6.206 07
Espèces en caisse	3.828 87	
Total égal		103.942 82

3° Portefeuille de la Combinaison V

	Prix d'achat
1.015 fr. Rente Française 5 %	17.740 50
400 fr. Rente Française 4 % 1917	6.860 »
250 fr. Rente Française 4 % 1918	4.425 »
20 Obl. Ch. de fer Ouest 3 % anciennes.	8.357 49
20 Obl. Ch. de fer Ouest 3 % nouvelles	8.800 61
15 Obl. Ch. de fer du Nord 3 % ancien.	5.295 60
25 Obl. Ch. de fer Nord 3 % nouvelles	10.311 90
1 Obl. Ch. de fer P. L. M. 3 % ancien.	3.710 95
1 Obl. Ch. de fer P. L. M. 3 % nouvel.	3.836 85
6 Act. Comptoir National d'escompte	5.649 35
121 fr. 10 Emprunt Norvégien 3 % 1886	3.735 90
5 Obl. de 1.000 fr. de la Défense Nationale	4.774 69
9 Obl. décennales de 1.000 fr. de la Défense Nationale	8.508 51
1 Obl. décennale de 500 fr. de la Défense Nationale	474 40
5 Bons de 1.000 fr. de la Défense Nationale à un an	4.750 »
1 Bon de 500 fr. de la Défense Nationale à six mois	474 »
Total	97.736 75

CAISSE AUXILIAIRE

Avoir au 31 décembre 1918		21.238 30
Recettes de l'année 1919 :		
Cotisations des membres honoraires	40 »	
Cotisations des membres bienfaiteurs	216 »	3.122 65
Intérêts	853 75	
Dons	1.892 90	
Amendes	120 »	
		24.360 95
Dépenses de l'année 1919 :		
Cotisation à des sociétaires	2.168 40	
Rembours. à la Com. MA.	220 »	2.396 40
Frais généraux	8 »	
Reste avoir		21.964 55
Représentés par :		
8 Bons de 1.000 de la Défense Nationale à un an		7.600 »
7 Bons de 1.000 fr. de la Défense Nationale à six mois		6.842 50
7 Bons de 500 fr. de la Défense Nationale à six mois		3.421 25
Espèces à la Société Générale		1.600 »
Espèces en caisse		2.500 80
Total égal		21.964 55

Sur cette somme 11.656 fr. 75 représentent l'avoir du fonds spécial de secours aux sociétaires mobilisés et victimes de la guerre.

COMPTE DE GESTION

Avoir au 31 décembre 1918		1.849 80
Recettes de l'année 1919 :		
Cotisations	7.120 25	
Intérêts	130 »	9.373 40
Recouvrements rappels et timbres	2.123 15	
		11.223 29
Dépenses de l'année 1919 :		
Frais de poste	406 25	
Frais d'envoi d'argent	265 90	
Timbres quittances	575 60	
Frais de recouvrements et rappels	384 05	
Frais de banque	326 85	8.009 80
Matériel	55 90	
Impressions	145 25	
Frais d'insertions	250 »	
Secrétariat général	2.400 »	
Trésorier	3.200 »	
Reste avoir		3.213 49
Représentés par :		
Un bon de 1.000 fr. de la Défense Nationale à un an		950 »
Un bon de 500 fr. de la Défense Nationale à six mois		488 75
Espèces à la Société Gén.	2.059 50	1.774 74
Moins dû au trésorier	284 76	
Reste égal		3.123 49

AVOIR GÉNÉRAL DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

Comptes	Portefeuille	Banque	Caisse	Crédit	Débits	Totaux
Combinaisons MA et B	470.250 28	5.625 93	4.497 20	»	»	480.373 41
Combinaison P	187.967 69	2.450 73	357 45	»	»	190.775 87
Combinaison R	458.139 91	2.952 05	1.586 68	»	»	462.678 64
Combinaison V	97.736 75	2.377 20	3.828 87	»	»	103.942 82
Caisse auxiliaire	17.863 75	1.600 »	2.500 80	»	»	21.964 55
Compte de gestion	1.438 75	2.059 50	»	»	284 76	3.213 49
Totaux	1.233.397 13	17.065 41	12.771 »	»	284 76	1.262.948 78

Les dépôts de titres et les comptes courants sont toujours :

A la *Société Générale* pour les combinaisons A et B, la caisse auxiliaire et le compte de gestion ;

Au *Crédit Lyonnais*, pour les combinaisons P et R ;

Au *Comptoir National d'Escompte* pour la combinaison V.

Messieurs,

La situation de la Mutualité Familiale n'a pas été ébranlée par la guerre ; l'an prochain, un inventaire actuariel complet nous montrera quelle est exactement notre situation et nous indiquera les modifications qui pourraient être nécessaires.

C'est avec une entière confiance que nous pouvons envisager l'avenir. A. GASSOT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — M. le Dr INFROIT, radiologiste à la Salpêtrière, vient de mourir, à 46 ans, des suites de lésions répétées produites par les Rayons X.

Nous nous inclinons tristement sur cette tombe prématurément ouverte et nous saluons respectueusement cette victime du devoir professionnel, tombée sur le champ de bataille de la science, dans l'une des plus nobles et des plus hautes de ses applications : le soulagement des misères humaines.

— **Hôpital Cochin.** *Service des maladies des voies urinaires.* (Dr CHEVASSU.) — Lundi 6 déc., à 10 h., amphithéâtre de la clinique chirurgicale du Pr Delbet : Présentations de malades et de pièces de chirurgie urinaire. — Mercredi 8, à 9 h. 1/2. Explorations et opérations urinaires. — Vendredi 10, à 9 h. 1/2, Opérations et chirurgie urinaire.

— **Hôpital Saint-Louis.** *Consultation d'otorhino-laryngologie.* (Dr F. Lemaitre). — Mardi 7 déc., 9 h. 1/2, Salles de la consultation d'otorhinolaryngologie, Hôpital St-Louis, Examen clinique des malades de la consultation. — Samedi 11, 9 h. 1/2, amphithéâtre de la Faculté, Hôpital St-Louis. — Notions d'histologie-pathologique indispensables à l'oto-rhino-laryngologiste. 5e conférence : La biopsie, par le Dr F. Lemaître.

— **Hôpital Broussais,** 96, rue Didot, Service du Dr Dufour. — Salle Delpech. — Lundi 6, 10 h., Examens radiologiques. — Mercredi 8, 10 h. Consultation exerne, — Vendredi 10, 10 h. 1/2, Conférences cliniques et thé apeutiques. — Mardi 7 et Jeudi 9 et Samedi 11, à 10 h., Examens des malades nouveaux.

— **Hôpital Necker.** Srvice du Dr Robineau (*chirurgie*). — Lundi 9 h. à 12 h. Examen des malades. — Mercredi et Vendredi à 9 h., Consultation externe. — Mardi, jeudi et samedi, 9 h., à 12 h. Opérations. — Dimanche 10 h., Leçon de clinique chirurgicale. — *Leçon du dimanche* 5 *décembre* : Les pancréatites aiguës. — *Leçon du dimanche* 12 *décembre* : Diagnostic des tumeurs du genou,

— **Hôpital Laënnec** (Dr Auvray). — Vendredi 10 à 11 h., Amphithéâtre Landouzy : Conférence clinique avec présentation de malades.

— **Hôpital Lariboisière.** — Lundi 6, à 9 h. 1/2, Cours du Dr Demelin, sur la grossesse normale et l'expulsion prématurée de l'œuf. — Mercredi 8, à 9 h. 1/2, Cours de M. le Dr Guéniot, sur l'accouchement normal et les présentations. — Vendredi 10, 9 h. 1/2, Cours de M. le Dr Devraigne, sur la grossesse pathologique. — Les autres jours, visites et examens de femmes enceintes et en travail.

— **Hôpital de la Pitié.** (Dr Arrou, chirurgien). — Lundi et vendredi, 6 et 10 déc., à 9 h., Examen clinique de malades du dehors (consultation particulière). — Jeudi 9, à 9 h. 1/2, Opérations et explications avant et après chacune d'elles.

— **Hôpital des Enfants-Malades.** (Dr Broca). — Lundi 6 et Mercredi 8, à 9 h. 1/2, Opérations. — Vendredi 10, 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2, Consultation orthopédique spéciale avec entretien clinique, puis leçon sur projections de radiographies. — Mardi 7, jeudi 9 et samedi 11, 10 h., consultation avec interrogation des élèves.

— **Clinique obstétricale de la Pitié.** (Pr Brindeau). Mardi 7 à 9 h. 1/2, Consultation de nourrissons. — Jeudi 9, à 9 h. 1/2, Opérations.

— **Hôpital des Ménages.** — Dr Alglave. — Consultation rattachée au service : tous les matins à 9 h. — Operations tous les matins à 10 h. — Jeudi 9, à 10 h., Opérations de chirurgie abdominale. — Vendredi et samedi matins, Visite générale des malades et explications cliniques. — Mercredi 8 et samedi 10, Radiologie, à 9 h. — vendredi 9, Radiumthérapie.

— **Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.** — *Programme de l'enseignement médical.* — Le **vendredi, à 10 h. 1/2. Leçon clinique à l'amphithéâtre, par le professeur M. A. Chauffard.**

Tous les jours, à 9 h. 1/2. Examen des malades au point de vue du diagnostic clinique, de l'emploi des moyens de laboratoire, des indications thérapeutiques. Après la visite les examens de laboratoire seront pratiqués sous la direction des chefs de laboratoire, MM. Grigaut, Ronneaux et Troisier.

Le mardi, à 10 h. 1/2. Leçon à l'amphithéâtre sur des questions d'actualité.

Un cours élémentaire de séméiologie clinique en 30 leçons, par MM. N. Fiessinger, agrégé ; Brodin, chef de clinique ; Huber, chef de clinique adjoint : Grigaut, Ronneaux et Troisier, chefs de laboratoire, sera fait à l'amphithéâtre les lundis et mercredis, de 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2, à partir de lundi 15 novembre 1920. Les mardis, jeudis et samedis, à la même heure, l'agrégé dirigera au lit du malade un exercice de propédeutique et d'examen clinique.

Comme cours de perfectionnement, il sera fait en avril 1921 un cours de biologie médicale avec exercices pratiques ; en juin 1921, un cours de thérapeutique pratique sur les grandes questions d'actualité.

— **Clinique des maladies des voies urinaires de l'hôpital Necker.** — *Programme de l'enseignement.* Leçons cliniques à l'amphithéâtre, par M. Legueu, le mercredi à 10 h. 3/4. Polycliniques à l'amphithéâtre. par M. Legueu, le vendredi, à 10 h. 3/4. — Opérations, par M. Legueu, le lundi, de 9 heures à midi ; le mercredi et le vendredi, avant la clinique. — Visites et consultations, par M. Legueu, les mardis et samedis, à 10 heures. Opérations cystoscopiques, par M. Legueu, le jeudi, à 10 heures. — Examen des malades dans les salles, par M. Marsan, chef de clinique, les lundis, mercredis et vendredis, à 9 heures. — Examen des malades de la consultation et traitement des malades externes, par M. Fouquiau, tous les jours, à la Terrasse, de 9 heures à 11 heures, et par M. de Berne-Lagarde, chef de clinique adjoint à la consultation des femmes, les mardis, jeudis et samedis, à 9 heures. — Conférences pratiques sur l'examen chimique des urines, par M. Chabanier, chef du laboratoire de chimie, le mardi, à 11 heures — Présentation de pièces anatomiques et histologiques et examens bactériologiques, par M. Verliac chef du laboratoire d'anatomie pathologique, le samedi, à 11 h. 1/4. — Examens cystoscopiques et urétroscopiques. par M. Papin, ancien chef de clinique, les mardis et samedis, à 10 heures. — Notions d'électrothérapie et d'électrolyse, par M. Courtade, le jeudi, à 11 heures.

Enseignements complémentaires du soir. — Un cours complémentaire complet de clinique et de thérapeutique urinaires sera fait, le soir à 2 h. 1/2, par les chefs de clinique et de laboratoire. Le cours aura lieu tous les jours et sera complet en cinq semaines (30 leçons). Des cours complémentaires de cystoscopie à deux degrés (élémentaire et supérieur) et d'urétroscopie seront faits dans l'après-midi, toute l'année, à 4 h. 1/2, par les chefs de clinique.

Le Directeur Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON,
Thiron et Franjou Successeurs,
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement, nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit **24 fr.**, par versement à notre compte de chèques postaux PARIS 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

prendra en mains la défense de nos confrères, qui accomplissent honnêtement une besogne pour laquelle on leur offre des salaires dont nos domestiques ne veulent plus aujourd'hui.

Dr Paul BOUDIN.

Application du Tarif Breton

I

Je m'adresse à votre habituelle complaisance et vous serais très obligé de vouloir me répondre à la question suivante :

Je soigne un blessé du travail atteint d'une brûlure du 2e degré de tout un membre. A la suite d'une lettre de convocation du médecin de la Cie d'assurance, je me rends avec le confrère au domicile du blessé pour la contre-visite de ce dernier. Comment dois-je tarifer mes honoraires ce jour-là ? Est-ce de la façon suivante :

Brûlure d'un membre, tarif spécial	50 fr.
Visite à domicile, 15 fr. + 50 % (7 fr. 50)	22 fr. 50
Total	72 fr. 50

Ou bien :

Tarif spécial + 50 % = 75 francs.

Dr S.

Réponse.

Il n'apparaît pas que l'une ou l'autre de vos deux solutions soit valable.

La première parce qu'il est dit, art. 13 : « Ce tarif ne comporte *pas le cumul* de la visite avec un acte opératoire quelconque. Chaque intervention est tarifée à part sans adjonction d'un prix de visite. »

La deuxième parce qu'il est dit, art. 3 : « Le prix de la visite est augmenté de 50 %, et... » Et *il n'y est pas noté*, dans cette majoration, soit le prix d'une consultation au cabinet (comme à l'art. 14), soit le prix d'une *intervention* à tarif spécial, ce qui n'a lieu, pour ce dernier cas, que pour les actes opératoires *de nuit* (art. 8, majoration de 25 %).

En résumé, pas de cumul : Vous avez le choix entre le tarif spécial à 50 fr., ou la visite majorée à 22,50, et naturellement vous n'aurez qu'à prendre le plus rémunérateur, soit 50 fr. Il faut marquer, toutefois, cette consultation sur votre note d'honoraires « pour mémoire ».

Nota. — Mais, direz-vous, alors ma consultation avec le médecin de l'assurance n'est pas payée... Non, en effet, dans ce cas spécial. Et cela parce que 50 fr. sont déjà une rémunération suffisante et l'addition formerait un abus de taxation que vous ne vous permettriez pas en clientèle ordinaire d'ouvrier... Telle est la réponse

qui résulte des discussions qui eurent lieu, à ce sujet, à la sous-commission.

Dr F. Decourt.

II

D'après le tarif Breton, art. 9, nous ne pouvons effectuer une opération de grande chirurgie non urgente sans être d'accord avec le médecin de l'assureur. Mais où commence la grande chirurgie ? Un assureur me conteste le droit d'effectuer avec mon chirurgien habituel, choisi aussi par le blessé, une suture d'un tendon fléchisseur de l'index, sans m'être concerté avec son chirurgien d'assurance, qu'il veut d'ailleurs imposer pour l'opération bien minime. L'art. 9 est insuffisamment clair et les assurances pourront en arguer pour refuser le payement de toute intervention qu'elles jugeront être de grande chirurgie, si on ne les a pas prévenues ; doit-on prévenir pour le cas qui m'occupe et ensuite qui doit opérer ? J'ajoute que cet assureur me conteste même le droit de faire une consultation avec un chirurgien, auprès du blessé, sans prévenir, en regardant le chirurgien comme un « spécialiste » (art. 7).

Dr F.

Réponse.

1° Un chirurgien n'est pas considéré comme un spécialiste, attendu qu'à l'article 15, § 2, il est dit : « Les soins qui font l'objet des tarifs de chirurgie *ou* de spécialité, etc... », ce qui différencie nettement les deux. Un chirurgien peut donc être appelé en consultation (art. 5) sans que doive jouer l'article 7.

2° L'article 9 ne peut jouer non plus dans le cas du confrère, la suture d'un tendon fléchisseur de l'index ne pouvant décemment être considérée comme une « opération mutilante ou de grande chirurgie. »

C'est donc l'art. 5 qui semble devoir être visé en l'espèce. Le médecin traitant touchera le prix de trois visites ou consultations et le chirurgien le prix (sans cumul de consultation ou visite triplée) de l'intervention qu'il aura pratiquée, soit, pour cette suture de tendon fléchisseur du doigt (art. 17), 150 francs ou 112,50 suivant la catégorie.

Dr F. Decourt.

Impôt sur les automobiles

Abonné du *Concours médical* et membre du « Sou médical », je me permets de vous demander votre avis sur le document suivant que j'envoie à votre appréciation, en vous priant de me le retourner :

Possesseur d'une voiture 5 H. P., 2 places.

Voici la somme qui m'est demandée par le receveur des contributions indirectes de ma circonscription.

Ne connaissant pas le texte de la dernière loi imposant les automobiles, je viens vous demander votre avis à ce sujet, afin de savoir si ce fonctionnaire ne cherche pas à m'estamper, particulièrement en me comptant la taxe entière de circulation (et non la demi-taxe.)

Dr C.

Réponse.

Vous n'avez pas été imposé au-delà de ce que vous devez légalement.

En effet, les droits auxquels étaient assujetties les automobiles servant au transport des personnes, antérieurement à la guerre ont d'abord été majorés de 100 % par la loi du 30 décembre 1916.

Puis les droits ainsi majorés l'ont encore été de 50 % par la loi du 25 juin 1920.

Et enfin, la même loi a frappé d'une autre majoration de 25 %, en vue de constituer un fonds commun à répartir entre les départements, les droits perçus par l'État, ainsi fixés.

Avant la guerre, vous auriez payé, dans une commune de moins de 10.000 habitants, pour une voiture à deux places, de 5 H. P.

Un droit fixe de	20 fr.
5 fr. par cheval-vapeur, soit........	25 fr.
Ensemble	45 fr.

L'augmentation de 100 %, puis de 50 % du produit équivaut à la multiplication par 3 du chiffre primitif, soit .... 135 fr.

Bénéficiant de la demi-taxe sur ce total 1/2 vous êtes donc imposé pour .... 67,50 somme qui vous est en effet demandée en principal, et sur laquelle vous avez à subir la majoration de 25 % pour le fonds commun soit 16,88

Quant à la taxe de circulation créée également par la loi du 25 juin 1920, et qui est bien de 100 fr. pour les voitures de 12 H. P. et au-dessous, elle est applicable intégralement, ainsi que l'indique le receveur.

Il est également exact que les droits fixés par la loi du 25 juin 1920 sont exigibles depuis le 1er janvier de ladite année.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la fièvre typhoïde en clientèle

Propreté du linge, de la literie, des téguments.
Si possible, bain *tiède* quotidien.

Humecter fréquemment les lèvres et les narines avec un mélange à parties égales d'eau et de glycérine.

Nettoyer les dents, les gencives, la langue, la face interne des joues, la voûte palatine, avec de petits tampons d'ouate, imbibés d'eau de Vichy ou d'un collutoire glycériné et boraté.

Désinfecter la bouche et le tube digestif en faisant prendre, dans les 24 heures, une dizaine de comprimés, dosés à un centigramme chacun, de fluorure de sodium.

Lotions vinaigrées fraîches, toutes les trois heures, pour élever la pression artérielle.

Vessie de glace, simple ou double, en permanence sur le ventre (interposer une épaisseur de flanelle).

Changer le malade de position assez fréquemment.

Saupoudrer le drap, usagé autant que possible, avec le mélange :

Poudre de quinquina ...}
Poudre de talc ....} ââ p. é.

Diététique. — Lait écrémé ; bouillon de légumes ; jus de fruits ; thé légèrement alcoolisé (une cuillerée à café de rhum dans une tasse) ; limonade vineuse ; citronnade ou orangeade.

Traitement. — Goutte à goutte intra-rectal : 60 gouttes par minute d'une solution de glucose à 50 p. 1.000, pour exalter les fonctions hépatiques antitoxiques et les fonctions rénales d'élimination.

Trois fois par jour, dans un peu d'eau, donner de V à X gouttes de : solution alcoolique d'adrénaline au 1/1.000, conservée dans un flacon en verre coloré, à l'abri de l'air.

En plusieurs fois, dans la journée, donner, par gorgées régulièrement espacées, la préparation suivante (à renouveler quotidiennement) :

Teinture d'iode .... XXV gouttes.
Vin de quinquina ou malaga 90 gr.

Concurremment :

Vaccinothérapie précoce, par la voie sous-cutanée ;

Injections quotidiennes d'huile éthérée-camphrée ;

Matin et soir, un des cachets suivants :

Hexaméthylène-tétramine .... 0 gr. 50.

N° 20.

Faibles doses (0 gr. 15) de pyramidon, le soir, en cas d'hyperthermie et de délire, pour assurer le repos de la nuit.

Dr A. SATRÉ.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Les médecins et les chirurgiens-dentistes et la taxe sur le chiffre d'affaires.

4704. — M. *Bouilloux-Lafont*, député, demande à *M. le Ministre des finances* si les médecins et les chirurgiens-dentistes sont assujettis à la taxe sur le chiffre d'affaires instituée par la loi du 25 juin 1920 et réglementée par les décrets du 21 et 26 juillet 1920. (*Question du 25 septembre* 1920).

Réponse. — L'article 59 de la loi du 25 juin 1920 ne soumet à l'impôt sur le chiffre d'affaires que les personnes achetant pour revendre ou accomplissant des actes relevant des professions assujetties à l'impôt cédulaire sur les bénéfices industriels et commerciaux, institué par le titre 1er de la loi du 31 juillet 1917. Les médecins et chirurgiens-dentistes qui se bornent à l'exercice de leur profession libérale, sans y joindre une exploitation commerciale, telle que la vente de médicaments, de rateliers ou fournitures dentaires à des personnes autres que celles qu'ils soignent, ne sont donc pas redevables de l'impôt sur le chiffre d'affaires puisqu'ils sont assujettis, non à l'impôt cédulaire sur les bénéfices industriels et commerciaux, mais à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales institué par le titre IV de la loi du 31 juillet 1917. (*J. O.*, 23 *novembre* 1920.)

Le libre choix du pharmacien n'est pas garanti par des sanctions pénales.

5352. — M. *Delmas*, député, demande à *M. le ministre du travail* si les compagnies de chemins de fer, qui imposent aux employés, victimes d'un accident, un pharmacien de leur choix, violent les dispositions de la loi du 9 avril 1898, qui accorde aux ouvriers blessés le libre choix du pharmacien. (*Question du* 8 *novembre* 1920.)

Réponse. — Aux termes du 2e alinéa de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par les lois des 31 mars 1905, 5 mars 1917 et 17 octobre 1919, la victime d'un accident du travail peut toujours faire choix elle-même de son pharmacien. Il lui est donc loisible, s'appuyant sur ce texte, de refuser de s'adresser, pour la fourniture des médicaments et des produits pharmaceutiques, au pharmacien que lui désignerait le chef d'entreprise. Si l'article 30 de la loi du 9 avril 1898 prévoit des sanctions pénales contre toute personne « qui aura porté atteinte ou tenté de porter atteinte au droit de la victime de choisir son médecin », cet article ne vise pas l'atteinte qui pourrait être portée, dans les mêmes condi-

tions, au droit de l'ouvrier de choisir son pharmacien. La loi pénale devant être interprétée restrictivement, cette atteinte ne paraît pas constituer un délit punissable.

(*J. O.*, 16 *novembre* 1920.)

Avis de Concours pour l'emploi d'inspecteur départemental d'hygiène des Ardennes.

Un concours sur titres pour l'emploi d'inspecteur départemental des services d'hygiène des Ardennes aura lieu à Paris.

Les candidats devront être Français, âgés de vingt-huit ans au moins et de cinquante ans au plus, au 31 décembre 1920, et pourvus du diplôme de docteur en médecine.

Les demandes tendant à prendre part à ce concours, établies sur papier timbré, devront être adressées à M. le préfet des Ardennes et accompagnées :

1° De l'acte de naissance du candidat ;

2° D'un certificat médical d'aptitude physique ;

3° D'une copie certifiée conforme, de son diplôme de docteur en médecine ;

4° D'un exposé des titres du candidat comprenant ses états de services et le résumé de ses travaux ;

5° D'un exemplaire de chacune de ses principales publications ;

6° De l'engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à ses fonctions, de ne prétendre en conséquence à aucune autre fonction ou mandat public.

Le registre portant inscription des candidats sera clos vingt jours après la date de la publication du présent avis (1).

Le traitement annuel attaché à cette fonction est fixé à 15.000 fr., auxquels s'ajouteront des frais de déplacement (le crédit est prévu au budget départemental pour une somme de 6.000 fr.) et diverses indemnités.

(1) Cette publication a été faite au *Journal Officiel* du 21 novembre.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE N° 50 DIMANCHE 12 DÉCEMBRE 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France........ 24 fr.
Étranger........ 28 »
Étudiants (France)........ 12 »
Le numéro........ 50 cent.
Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT, DIVERNERESSE et P. CÉZILLY AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. N° 50 12 Décembre 1920

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arcachon : Cazaban.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu : Ricoux, Bertier.
Beausoleil : Audoly, Pizard.
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles, Baradat, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Frank-Duprat, Oudaille, Seytre.
Cap-d'Ail : Lyons.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Durond, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : P. de Langenhagen.
Monaco : Jolivot.
Monte-Carlo : Vivant, Alfonsi.
Nice : Ardoin, Baillon, S. Baudry (*oculiste*), Cauvin, Constant, Delocque - Fourcaud, Dormoy, Gruzu, Henry (*Rayons X*), Larue, Leriche Emile, Liotard, Pietri, Seney, Sorel (*gyn. chir.*), Stefani.
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*), Regnault (*chir., gyn., orth.*).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr BOURIENNE, de Caen, la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

AVIS

Le docteur Georges Fassina, 124, boulevard Richard-Lenoir, Paris, fait appel à tous ses confrères mutilés et réformés de la guerre en vue d'un groupement d'entre-aide, de défense et de placement.

Thermomètres contrôlés.

Le Comptoir de thermométrie, 132, faubourg Saint-Denis, à Paris, informe les lecteurs du *Concours médical*, qu'ils peuvent se procurer dans ses magasins, des thermomètres médicaux à maxima *aseptisables, contrôlés* et *estampillés* par le Laboratoire d'essais du Conservatoire des arts et métiers, au prix exceptionnel de 7.50 la pièce.

Le Comptoir expédie dans toute la France même un seul thermomètre, franco de port et d'emballage, au même prix, contre remboursement.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux*, CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**.

No 701. — Au plus offrant, besoin argent avant 31 déc., Citroën torpedo, 4 places, roulé 1.200 kil., état de neuf, essais volonté.

No 705. — A vendre : instruments d'ophtalmologie, de chirurgie, un thermocautère de poche avec un cautère et une pointe, 1 forceps de Pajot, neuf, et de Sloiz avec manche nickelé. Le tout très bon état.

N° 706. — A vendre, mono de Dion, 9 HP., 1910, parfait état de marche, prix plaira. S'adresser Dr Laffay, Balbigny (Loire).

N° 707. — Serais reconnaissant à confrère indiquerait appart., 5, 6 à 7 pièces, Paris. Si on désire, peux donner en échange villa près gare Raincy, 7 pièces, 2.400 fr. loyer.

N° 708. — A vendre auto Clém.-Bayard, 7 HP., 4 cyl., 1914, Bosch-Zénith, éclair. Magondeaux, excellent état, pas roulé guerre. 7.000 fr. Dr Gaillard-St-Didier, au Mont-d'Or (Rhône).

N° 709. — Le docteur Payre-Ficot, à Séderon (Drôme), offre à ses confrères son essence de lavande absolument pure et d'odeur exquise.

N° 710. — Appareil téléph. luxe portatif, venant d'être poinçonné et contrôlé, à vendre 150 fr. Dr Diot, 54, rue Jacob, Paris.

N° 711. — Jeune docteur installé banlieue immédiate, prendrait succession clientèle assez importante Paris. Céderait au besoin son pavillon avec bail.

N° 712. — Torpedo Hupmobile, 4 places, 1914, 12 HP., bon état, à vendre. S'adresser Dr Vassel, Le Puy, Hte-Loire.

N° 713. — Chambre parfait état 888 × 120, à céder au plus offrant. Dr Ribon, Liancourt, Oise.

N° 714. — A vendre selle d'homme en bon état, sauf un étrier manquant, 150 fr.

N° 715. — Algérie. Poste méd. proxim. gd. ville litt. 20 à 25.000 dont 5.000 fixes contre indemn. 2.000 et reprise ph.

N° 716. — Phar. 1re classe désire utiliser diplôme dans spécialité laboratoire ou industrie pharmaceutique ; pourrait s'intéresser dans affaire.

N° 717. — 1 bobine 25 cm. avec condensateur ; 1 rhéostat de Radiguet ; 1 interrupteur mercure et alcool moteur 110 v. continu ; 1 écran fluorescent 18 × 24 ; 1 pied simple et ampoule américaine, 1.200 frs.

2° 1 appareil haute fréquence sur table, 350 frs.

3° 1 machine statique, 6 plateaux, moteur 110 v. cc, 1.200 frs.

S'adresser Loreau, 3 bis, rue Abel, Paris, XII.

N° 718. — Ford 1918, torpedo, 4 places, carrosserie française neuve, disponible immédiatement, 12.000 fr. Dr Mathieu, Chinon.

N° 719. — On recherche personne acceptant de surveiller et remplir les fonctions de dame de compagnie auprès de jeune fille âgée de 25 ans, atteinte d'hystérie. Indemnité mensuelle est offerte en plus des avantages matériels.

N° 720. — Bon poste médical à prendre de suite, sans indemnité, dans chef-lieu de canton de l'ouest.

N° 721. — Vinot 10 HP., 1914, parfait état, revue usine, conduite intérieure, décapotable, coffre pour médicaments arrière conducteur, éclairage Magondeaux, non emploi cause vente, 15.000 fr. Drouet, 38, Bd. Richelieu, 5 Rueil. Tél. 90.

N° 722. — Pour cause double emploi à vendre : 1° Zedel 1910, conduite intérieure, 3 places, 4 cylindres, 10 HP., entièrement remise à neuf, prix : 12.000 fr. ; 2° de Dion, 8 HP., monocylindrique, 4 pl., glace et capote, prix : 3.000 fr.

N° 723. — Excellent poste à reprendre dans ville agréable, près de Paris. Rapp. 50.000 fr., fixes importants, très belle maison d'habitation, convient spécialement à ancien interne faisant chirurgie. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 724. — Dans petite localité du sud-ouest, voisine de grande ville, bon poste d'un rapport de 20.000 fr. env. Pas de frais de locomotion. Indem. 3.000 fr. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

Prescription des honoraires accidents

I

J'ai un litige qui traîne avec un accidenté du travail.

J'ai une lettre du patron s'engageant à me payer et l'assurance m'oppose le tarif Dubief que je refuse.

Or, j'ai donné le certificat de guérison le 7 décembre 1919 et je voudrais interrompre la prescription pour suivre l'affaire.

J'ai recours à votre obligeance pour savoir quel acte extra-judiciaire je dois faire.

Dr X.

Réponse.

Pour interrompre la prescription, une citation en justice est nécessaire, et l'avertissement en conciliation serait insuffisant.

Vu la proximité de l'échéance du délai d'un an, il est donc nécessaire de vous hâter.

Si vous ne pouviez arriver en temps utile en passant par le préliminaire de conciliation, il y aurait lieu de présenter au juge de paix une cédule afin qu'il vous permette d'assigner à bref délai et sans préliminaire de conciliation.

Le greffier de la justice de paix vous renseignera sur la date à laquelle pourra avoir lieu la tentative de conciliation et, muni de ce renseignement, vous pourrez choisir la procédure à suivre.

II

Depuis août 1919, une Cie d'assurances ne règle pas mes notes d'honoraires pour accidents du travail à l'Usine A... J'ai une *dizaine* de mémoires.

Le patron se refuse au payement.

La Cie ne répond pas.

Le total des mes honoraires — tarif Bienvenu-Martin — dépasse pour les notes 600 fr.

Je voudrais éviter la citation au Tribunal civil, n'étant guère bien vu par là.

1° Alors, ai-je droit de citer en justice de paix le patron, séparément pour chaque mémoire— malgré que la somme totale due dépasse 600 fr. pour l'ensemble.

2° Dois-je assigner — si j'ai le droit d'assigner le patron en justice de paix — le patron *séparément pour chaque sinistre* ou une seule assignation pour la somme globale, en assignant chaque ouvrier blessé et soigné en même temps ?

3° Si je dois assigner au tribunal civil, est-il nécessaire d'assigner les ouvriers en même temps ? — Il y en a plusieurs qui ont quitté le pays sans adresse.

Dr M.

Réponse

Nous craignons beaucoup pour vous que les tergiversations de la Cie ne soient un stratagème pour arriver à la prescription et que ce stratagème n'ait déjà réussi, au moins en partie.

En effet, vous savez que, en cette matière, la Cour de Cassation a décidé que la prescription

applicable était celle d'un an édictée par l'art. 18 de la loi de 1898. Cette prescription, comme toutes les autres en matière civile, ne courait pas pendant la durée des hostilités, mais elle a recommencé à courir depuis leur cessation, c'est-à-dire depuis le 24 octobre dernier. Elle peut donc, dès maintenant, être acquise à vos adversaires pour les honoraires s'appliqueant à des accidents dont le jour, celui de la clôture de l'enquête du juge de paix, ou celui de la cessation du payement de l'indemnité temporaire, remontent à plus d'un an.

Pour ees honoraires prescrits, nous vous conseillerions de ne pas même tenter le sort en en poursuivant judiciairement le recouvrement. Mais il est probable que toutes vos notes ne seront pas dans ce cas.

Vous pourrez donc citer le patron (et non la Compagnie, avec laquelle vous n'avez pas de lien de droit) devant le juge de paix du lieu de l'accident, qui est compétent quel que soit le montant de la demande, même s'il est supérieur à 600 fr., à charge d'appel, interjeté dans les quinze jours de la *date de la décision* (et non de la signification) si ce montant dépasse 300 fr.

Puisqu'il s'agit d'un seul patron, vous pouvez le citer devant le même juge de paix, par une seule action, pour tous les accidents qui sont survenus dans le ressort de la justice de paix.

Quant à citer en même temps les ouvriers blessés, cela pourrait être inutile si la responsabilité de l'accident n'est pas contestée.

Nous sommes à votre disposition pour tous renseignements et notamment pour l'examen de vos notes. Mais nous vous recommandons de ne pas perdre de temps, vu la menace de la prescription et de vous rappeler que la citation en justice seule interrompt ladite prescription, l'avertissement en conciliation étant sans effet à ce point de vue.

Une suggestion pour la modification du Tarif Breton

Le nouveau tarif Breton applicable aux mémoires d'honoraires dans les accidents du travail paraît dans l'ensemble suffisamment rémunérateur et d'une traduction assez commode.

Le défaut d'accoutumance surtout nous le fait, je pense, envisager avec un enthousiasme quelque peu modéré.

Un seul fait, basé sur un anachronisme, semble exiger toutefois une révision et une transformation prochaines

Je veux parler de l'article premier. Je discerne

bien que la différence de 25 % en moins qu'il spécifie dans les prix ruraux tend à compenser le fait — exact dans les temps anciens et « prépolémiques » — que le coût de l'existence était moins élevé dans les petites villes et dans les bourgs que dans les grandes cités.

Mais aujourd'hui cet antique axiome est devenu faux ; j'en appelle sur ce fait à tous mes confrères cantonaux ?

Peut-être y aurait-il un moyen (il n'est pas de moi) de rétablir ici un peu plus d'équité tout en maintenant le principe énoncé par ce fameux article premier ; article dont l'esprit financier est à juste raison l'objet d'une faveur toute particulière de la part de Messieurs les Assureurs !

Le 23 octobre, l'*Officiel* a publié un décret du Ministère des Finances, aux termes duquel :

« L'Impôt sur les traitements, indemnités, émo-
« luments et salaires sera proportionné à la cherté
« de la vie évaluée sur le prix des douze denrées
« suivantes : viande fraîche, viande salée ou fumée,
« poisson frais, poisson salé ou fumé ; pommes de
« terre et autres légumes frais ; lait, œufs, pâtes
« alimentaires, boissons hygiéniques en usage dans
« la localité, huile, beurre, saindoux.

« De la sorte, les communes dans lesquelles le
« prix de ces denrées de première nécessité et celui
« des loyers d'habitation sont aussi élevés que dans
« les communes situées dans un rayon de 15 km.
« d'une grande ville ou dans la banlieue de Paris
« seront assimilées au point de vue de l'impôt à
« ces dernières. »

Par analogie, ne serait-il pas normal qu'à la prochaine révision semestrielle du tarif Dubief-Breton, il soit décidé que les deux catégories spécifiées à l'article premier dudit tarif seront elles aussi déterminées par la même évaluation de ces denrées de première nécessité et du prix des loyers.

Ce serait, je le répète, à l'heure actuelle, plus logique et plus exact que la catégorisation par nombre d'habitants. Cette évaluation demeurant purement administrative, échapperait par son origine même à toute contestation possible entre médecins et assureurs.

A ces douze denrées, ne faudrait-il pas ajouter le prix de l'essence, produit indispensable, mais, hélas ! non gratuit, pour les médecins de campagne et ceux des petites villes ?

Dr LAURANS.

Réponse

Suggestion fort intéressante, et à ne point perdre de vue, lors d'une révision du Tarif. Le seul inconvénient ... moral est d'adapter le prix des soins aux blessés au prix de la viande fraîche, salée ou fumée, etc... et cela dans un tarif ministériel. Vous voyez d'ici les laïus possibles des

(*Voir la suite page XXXV-3113*)

PANSEMENTS STÉRILISÉS

TETRA

Stérilisation " Celer " pour la Chirurgie

COMPRESSES TISSEES, 4 épaisseurs, 4 lisières, en boîtes cylindriques, soudées, vernies or, à bande métallique de décollage, par

10, 15, 20 compresses moyennes 20 × 20
15, 20, 30 — grandes 25 × 25

Tous les Pharmaciens doivent avoir des

NECESSAIRES DE PETITE CHIRURGIE

Nos 1 & 2

particulièrement indispensables aux **MÉDECINS** exerçant à la campagne ou en banlieue et contenant : champs, compresses, fil de lin et aiguilles, coton hydrophile, bandes de crêpe, c'est-à-dire tout ce qui est utile pour leur permettre d'assurer dans les conditions les plus pratiques leur service de petite chirurgie ou de grande chirurgie d'**URGENCE.**

LITTÉRATURE ET TARIFS SUR DEMANDE :

12, rue du Hanovre, PARIS — *Tél.* : **Louvre 24-41**



Médication Infantile

ANÉMIE
SCROFULE
RACHITISME
ÉTATS GANGLIONNAIRES

STHÉNOPHYL VIGAN

Granulé fondant

(très supérieur aux huiles de foie de morue et sirops iodotanniques)

Doses
- Enfants au-dessous de 5 ans: 1/2 cuillerée à café avant chaque repas.
- Enfants au-dessus de 5 ans: 1 cuillerée à café.
- Adultes: 2 cuillerées à café avant chaque repas.

Goût exquis - Efficacité constante

Echantillon et Littérature: Laborat.res VIGAN, 103-105, Rue St-Lazare, PARIS (IXe)


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René Vincent
DRAEGER

PROPOS DU JOUR

Après les Assemblées générales syndicales. Le nouveau langage d'un Préfet.

Les assemblées générales du Syndicat des Médecins de la Seine, puis de l'Union des Syndicats médicaux de France, qui viennent de se tenir avec une affluence de bon augure, ont démontré nettement que l'éducation syndicaliste des médecins a de grands progrès à faire avant que le corps médical ait atteint ce degré de cohésion, cet esprit de solidarité indispensables pour obtenir de réelles et durables victoires. Il est évident que le but actuel du syndicalisme médical est d'arriver à traiter de puissance à puissance avec les collectivités : Etat, département, communes, Sociétés diverses, qui ont besoin du concours des médecins praticiens. Il n'est pas douteux que ce genre de tractation ne sera possible que si les exigences des médecins sont raisonnables et que s'ils démontrent par leur discipline, la bonne organisation de leurs syndicats et leurs actes antérieurs qu'ils sont capables de tenir leur parole et de bien exécuter leurs promesses. Il faut, en outre, qu'ils réunissent dans leurs groupements la presque unanimité des praticiens et que le fait de ne pas être inscrit dans leurs cadres soit, pour le dissident, sinon une tare, tout au moins un motif de suspicion. Or, ces conditions, il le faut bien constater, ne sont pas encore réalisées, d'une façon suffisante, surtout à Paris. Il est nécessaire de faire encore de grands efforts de propagande, de grands progrès d'organisation, pour arriver au point où le syndicalisme médical s'imposera comme une force effective, une autorité utile, nécessaire, bienfaisante, offrant toutes les garanties aux Pouvoir publics et à la nation tout entière.

Si nous n'avons pas atteint cet état de perfection, nous sommes heureux de constater que nous nous acheminons vers lui à grands pas. La violence même des discussions de nos assemblées, le heurt passionné des idées, qui souvent diffèrent plus en apparence qu'en réalité, loin de nous effrayer, nous rassurent.

Il n'y a de mauvais que l'indifférence et le scepticisme, générateurs de l'inaction. Tous les syndiqués poursuivent le même but, ils peuvent différer sur la méthode à suivre pour l'atteindre, sur la tactique à adopter, mais ils finiront bien par trouver un jour un terrain d'entente, et ce jour-là la partie sera gagnée.

Nous qui, depuis plus de 25 ans, avons pris une part active au mouvement professionnel et qui, grâce à notre âge, à notre passé et à la petite expérience que nous avons laborieusement acquise, pouvons contempler la situation avec plus de calme, nous tenant le plus souvent au-dessus de la mêlée, nous pouvons nous rendre compte assez exactement des progrès réalisés et affirmer qu'ils sont considérables.

Le nombre des syndiqués s'est très fortement accru. Les liens entre syndicats se sont resserrés au point qu'à l'heure actuelle tous sont fédérés. Les ressources de l'Union des Syndicats médicaux, jadis insignifiantes, sont devenues suffisantes.

Mais tout ceci ne serait rien, si nos groupements n'étaient pas animés. Or, il n'est pas douteux que la plupart des syndicats deviennent actifs ; que, mus par la nécessité, ils discutent, s'intéressant à toutes les questions d'ordre professionnel ; qne les membres de leurs bureaux travaillent ; et le fait que les délégués à l'Union n'approuvent pas sans discussion, qu'ils réclament des explications, émettent des objections, avec vigueur, parfois, provoquant au cours des débats quelque désordre, loin de nous contrister, nous rassure. Nous n'avons nulle confiance dans ces groupements grégaires qui n'ont qu'une force d'inertie à opposer dans la lutte.

Si nous constatons les progrès que nous avons accomplis, nous sommes heureux de voir que, dans d'autres milieux, l'on s'en rend parfaitement compte. Les invectives peu courtoises des mutualistes à Angers nous ont démontré que ces gens, avec leur mentalité fruste et leur éducation précaire, s'apercevaient que, désormais, il fallait compter sérieusement avec le syndicalisme médical.

Le désir de collaboration maintes fois exprimé par M. le Ministre de l'hygiène, Breton, et la place qu'il a marquée dans toutes les Commissions de son département aux délégués des syndicats médicaux, prouvent qu'il s'est rendu aussi un eompte exact des services que

seuls les syndicats peuvent lui rendre dans l'accomplissement de sa lourde tâche.

Mais où nous constatons le plus nettement les progrès que nous avons faits, c'est, dans la lecture du discours d'un préfet qui, certes, n'aurait pas songé à tenir, il y a dix ans, pareil langage.

Notre nouveau confrère, *L'Evolution médico-chirurgicale*, à qui nous sommes heureux de souhaiter la bienvenue dans la presse médicale française, publie en entier le discours de M. Henri Borromé, préfet de Maine-et-Loire, prononcé à la séance de rentrée de l'Ecole de médecine d'Angers, le 4 novembre 1920. Ce discours a trait à la médecine sociale.

Après avoir exposé l'immensité de la tâche qu'exige la résolution des grands problèmes d'hygiène, avoir montré l'insuffisance de ce qui a été fait, M. le Préfet cite quelques chiffres impressionnants : Toutes les six minutes, par exemple, un Français meurt de la tuberculose. 90.000 enfants de moins d'un an succombent chaque année, et la moitié sans doute pourrait être sauvée, la gastro-entérite étant une maladie évitable. La France n'a que 3 millions de garçons de 9 à 12 ans, l'Allemagne en a 11 millions.

Notre budget d'hygiène ne dépasse pas **2.730.000 francs** quand celui de l'assistance atteint **106.000.000 francs**.

Tout cela ne donne-t-il pas sujet à de très sérieuses réflexions pour tous ceux qui s'intéressent à l'avenir de la France ?

Or M. le préfet Borromée, qui considère qu'en faisant de l'hygiène l'on pourrait faire de sérieuses économies en assistance et définit l'hygiène une *caisse d'épargne*, désire voir se vider une fois pour toute la vieille querelle du médecin et du fonctionnaire. Pour lui, l'entente est dans les cœurs, il faut la transcrire dans les actes.

Il commence par poser en principe que *médecine sociale ne signifie pas médecine au rabais*. Il n'est partisan, ni de l'*Etat médecin*, ni du *médecin fonctionnaire* et il cherche à accorder ces trois termes d'une bonne organisation sanitaire : l'*individu à préserver ou à guérir*; *le médecin qui dépiste, qui conseille, qui soigne* ; *l'Etat qui met à leur disposition son armature défensive, son outillage administratif et technique, ses ressources.*

L'Etat, le département, la commune, peuvent seuls fournir au médecin les instruments de la lutte, édifier la maison du médecin où tous auront libre accès, mais, souligne M. le préfet Borromée, le *médecin praticien est la pierre angulaire de tout l'édifice* ; à lui non seulement de guérir le malade, mais de préserver l'homme sain, de protéger la race. Toute l'hygiène publique dépend de lui... Toute notre action, continue M. le préfet de Maine-et-Loire, repose sur le maintien du rôle normal du médecin traitant dont nous sommes soucieux de respecter tout à la fois l'*intérêt matériel et l'indépendance.*

« Sur ces bases l'entente est proche, si elle n'est faite, continue-t il ; *ni étatisme, ni fonctionnarisme oppresseur* ; j'ajoute si vous le voulez bien, ni *syndicalisme tyrannique* ; mais le concert ordonné des volontés et des bonnes volontés. L'Etat moteur — et non pas frein — et le médecin au volant, pour toute la partie technique. Le médecin détient l'expérience, source unique de la vérité. »

En lisant ce discours, en hâte, nous avons cru d'abord qu'il avait été prononcé par Lafontaine ou quelqu'autre de nos syndicalistes notoires, et ce ne fut pas sans surprise que nous nous aperçûmes qu'il sortait de la bouche de M. le préfet de Maine-et-Loire.

L'on objectera : ce sont là encore des mots, attendons des actes. N'empêche que ces mots n'avaient pas encore été prononcés par un préfet avec pareille netteté et que nous entendons là un nouveau langage.

J. Noir.

Nous constatons avec plaisir que l'Union des syndicats médicaux a accueilli dans son sein les syndicats du Rhône, du Nord, de Toulouse, (la famille est donc au complet) ; que le budget annuel atteint 150.000 francs ; que le secrétaire général, Lafontaine, a été réélu à l'*unanimité* par l'assemblée générale ; que la confiance mutuelle règne entre nos divers groupements, et que les malentendus ne résisteront pas à la collaboration loyale que tous désirent voir s'établir entre eux. L'Union des Syndicats restera, comme nous l'avons toujours demandé, seule maîtresse de l'action en matière de défense professionnelle, et seule pourra élever la voix au nom du corps médical.

J. N.

Pour les étudiants en médecine, pour nos confrères de demain dans la détresse.

Nos confrères de demain, les étudiants en médecine d'aujourd'hui, sont parmi les plus intéressantes victimes de la vie chère.

Il en est encore beaucoup qui ont fait la guerre et pour qui la profession médicale est là seule qui reste ouverte.

Fils pour la plupart de médecins, d'avocats, de professeurs, de fonctionnaires, de petits propriétaires, tous gens totalement ou tout au moins à demi ruinés par la guerre, ils ne peuvent recevoir de leurs familles que des pensions réduites, souvent insuffisantes, car il faut être actuellement millionnaire pour entretenir un fils étudiant à Paris.

Ces jeunes gens sont pour le plus grand nombre des hommes de cœur et il leur est très pénible de savoir que c'est au prix des dures privations que s'imposent leurs familles, qu'ils reçoivent la maigre pension indispensable à la continuation de leurs études.

Ne pourrait-on pas leur venir en aide ? Mademoiselle Grappin, qui, à la Sorbonne, s'efforce de trouver aux étudiants peu fortunés des emplois leur permettant de gagner leur vie, nous faisait remarquer la situation plus difficile de l'étudiant en médecine. L'étudiant en droit n'est pas accaparé par les stages hospitaliers, les travaux pratiques, il dispose de plus de temps et peut facilement remplir les fonctions de secrétaire d'hommes politiques, trouver des emplois rétribués dans des études de notaire ou d'avoué. Il n'en est pas, hélas ! de même pour l'étudiant en médecine.

Il serait urgent de créer un office spécial qui centraliserait tous les emplois qui pourraient être offerts à nos étudiants peu aisés et méritants.

Nous pensons que l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris devrait s'entendre avec la Faculté de médecine, les grandes associations médicales : Association générale, Union des Syndicats médicaux, Syndicat des médecins de la Seine, Syndicat médical de Paris, etc., etc. pour former un comité peu nombreux et actif qui s'efforcerait d'organiser cet office de l'Association confraternelle par le travail pour les étudiants, nos confrères de demain.

On nous objectera qu'il y a encore trop de médecins en France et que l'étudiant en médecine nécessiteux n'a qu'à choisir une autre profession dans le commerce ou l'industrie qui lui permettra de gagner plus rapidement sa vie. Ceci est exact pour les jeunes étudiants de première année, mais nous ne saurions admettre cette réponse, cruellement égoïste, au cri de détresse des étudiants en médecine en cours de scolarité.

Il est du devoir étroit de tous ceux qui s'occupent d'œuvres professionnelles, de tous ceux qui ont souci de l'avenir du corps médical français, de venir en aide aux étudiants en médecine, de leur faire apprécier avant la lettre les avantages de la solidarité confraternelle.

Le *Concours médical* qui a aujourd'hui l'honneur de faire le premier appel en faveur des étudiants, s'efforcera de seconder de tout son pouvoir ceux qui voudront bien coopérsr au sauvetage de nos confréres de demain.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

SÉMÉIOLOGIE CLINIQUE

Le diagnostic des hémorragies intestinales.

Par M. J. P. Tourneux.

Chir rgien des hôpitaux de Toulous .

L'émission de sang au niveau de la muqueuse intestinale peut, quelle que soit sa cause, se manifester sous deux aspects cliniques totalement différents, suivant que le produit hémorragique reste dans l'intestin, ou qu'il est évacué par l'anus. Si le sang n'est pas rejeté au dehors fait assez rare, qui s'observe dans les cas d'hémorragies extrêmement abondantes ou encore chez des sujets épuisés, le diagnostic ne pourra être résolu que par la constatation des signes généraux des grandes hémorragies internes, à savoir : de la pâleur des téguments, des sueurs, froides, de l'angoisse, de la sensation de défaillance, des troubles sensoriels (bourdonnements, éblouissements), du refroidissement des extrémités, coïncidant avec un pouls petit, un ventre ballonné et une chute brusque de la température.

Dans le cas contraire, qui est le plus fréquent,

l'hémorragie se déclare brusquement après quelques phénomènes initiaux assez vagues. Si le sang est immédiatement évacué au dehors, il est de couleur rutilante, liquide, et contient parfois de volumineux caillots ; s'il séjourne quelque temps dans l'intestin, il se modifie de couleur et d'aspect, acquérant alors soit l'allure de grumeaux noirâtres siégeant dans un liquide clair, soit l'apparence de masses visqueuses, foncées, plus ou moins semblables au goudron, soit enfin l'aspect rouillé. Ce liquide, examiné par les méthodes chimiques et histologiques, donne les réactions caractéristiques du sang.

Lorsque l'hémorragie est extrêmement abondante, elle peut entraîner la mort, rapidement ou même subitement, par syncope ; moins abondante, mais répétée, elle détermine de l'anémie

Avant de rechercher la cause d'une hémorragie intestinale, et de se prononcer sur elle, il faut s'entourer d'un certain nombre de renseignements indispensables, afin d'éviter toute cause d'erreur. C'est ainsi qu'il faudra s'assurer que l'aspect particulier que revêtent les selles ne tient pas à une constipation intense, à la présence de bile, de certains fruits non digérés, ou encore, à certains médicaments tels que le bismuth, le perchlorure de fer, le ratanhia ou le charbon. On devra également, une fois que l'on est certain de l'existence d'un liquide hémorragique, s'assurer qu'il vient bien de l'intestin et non d'un autre organe ; ainsi, faudra-t-il éliminer le sang dégluti provenant d'une stomatorragie, d'une hémoptysie, d'une épistaxis postérieure, d'une lésion œsophagienne, varices ou cancer, ou encore d'une gastrorragie. Il sera bon également de reconnaître qu'il s'agit bien, chez la femme, d'une hémorragie par l'anus et non par l'urètre ou le vagin.

Une fois en possession de ces divers renseignements, le médecin, appelé auprès d'un malade présentant une hémorragie intestinale, n'oubliera pas d'examiner les caractères du sang, qui pourront déjà lui donner quelques éléments de diagnostic, suivant l'abondance et la coloration qu'il présentera ; puis, le praticien s'informera des antécédents du malade, de la manière et des conditions dans lesquelles l'émission sanguine s'est effectuée, et procèdera finalement à l'examen physique, palper abdominal et toucher rectal. Comme l'hémorragie intestinale dépend pendant les premières années de causes un peu spéciales, et qu'elle affecte bien souvent des caractères particuliers, il est nécessaire d'étudier séparément la question du diagnostic suivant que l'on se trouve en présence d'un adulte ou d'un enfant.

I. Enfant. — Chez le nouveau-né, le sang se présente dans les selles sous la forme de mélæna, et le premier soin du médecin devra être de s'assurer qu'il s'agit bien de *melœna vera* et non de *melæna spuria*, c'est-à-dire de sang ingurgité par l'enfant au moment de l'accouchement, de sang dégluti à la suite d'une hémorragie pulmonaire ou provenant d'une gerçure du sein de la nourrice. Le mélæna vera est une affection qui survient habituellement dans les premiers jours de la vie, et qui s'accompagne souvent d'hématémèses. L'apparition de ce symptôme est surtout très précoce (trois premiers jours) quand il résulte d'une maladie fœtale, d'un accident de l'accouchement ou encore, de syphilis héréditaire ; en dehors de ces cas, il dénote une lésion locale du tube digestif, relevant le plus souvent d'infection. Le pronostic est toujours sérieux ; il devient fatal quand l'hémorragie persiste abondante pendant 48 heures.

Plus tard, au cours de la première et de la seconde enfance, l'entérorragie se traduit par du mélæna, des stries rougeâtres recouvrant les matières fécales, ou encore, par du sang pur, il se trouve sous la dépendance de multiples causes, dont le diagnostic sera facile dans la plupart des cas, car l'émission sanguine sera presque toujours accompagnée d'un ensemble de symptômes qui ne pourront laisser de doutes sur l'affection causale.

C'est ainsi qu'on ne pourra guère hésiter sur la signification d'une entérorragie constatée au cours d'une *fièvre éruptive hémorragique*, de la *fièvre jaune* ou du *scorbut*, dont elle ne constitue qu'un symptôme tout à fait secondaire, et que la constatation d'éruption purpurique, d'hémorragies multiples, de troubles gastro-intestinaux ou de douleurs articulaires fera reconnaître facilement l'entérorragie relevant du *purpura*, qu'il soit infectieux primitif, rhumatoïde ou hémorragique.

On n'éprouvera de même aucune difficulté à rapporter à leur véritable cause les hémorragies observées pendant l'évolution d'une *entéro-colite muco-membraneuse*, d'une *gastro-entérite aiguë*, ou d'une *dysenterie*, ainsi que les filets de sang qui recouvrent les scybales de la *constipation opiniâtre* et l'écoulement sanguin d'un *prolapsus rectal* dont le simple examen entraîne le diagnostic.

Dans d'autres cas, il sera un peu plus délicat de reconnaître la cause de l'entérorragie.

Un état constitutionnel qui se traduit par des hémorragies multiples, tenaces, abondantes, rebelles, survenant spontanément ou sans provocation suffisante et qui, en dehors des périodes de pertes sanguines laisse les sujets dans un état de santé parfaite, ne pourra être que *l'hémophilie*, et la connaissance d'accidents héréditaires dissipera les derniers doutes.

Dans le cas de diarrhée chronique, durant sans interruption, s'accompagnant de ballonnement du ventre, d'amaigrissement, de poussées fébri-


OVULES "ROCHE" AU THIGÉNOL dosés à 30%
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie PARIS
THIGÉNOL "ROCHE"
Inodore, non caustique, non toxique, soluble eau, alcool, glycérine.
Thigénol Roche
EN GYNÉCOLOGIE
Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique
EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux
RÉSULTATS RAPIDES
Echantillon et Littérature
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges : PARIS.


SIROP "ROCHE"
au THIOCOL
administration prolongée
de
GAÏACOL
INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
Sirop Roche
COMPRIMÉS DE THIOCOL ROCHE
Echantillon & Littérature F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges PARIS

les et parfois, de lésions des sommets, et où les matières renferment du mélæna ou sont recouvertes de stries sanguinolentes, on devra penser à *l'entérite bacillaire.*

S'il s'agit d'entérorragie dépendant de la *lymphadémie leucémique* on constatera, en dehors de phénomènes dyspeptiques et de diarrhée répétée, de la tuméfaction abdominale due à l'augmentation de volume de la rate, de l'hypertrophie des différents groupes ganglionnaires, ainsi que des troubles de la respiration (dyspnée, angoisse, sténose trachéale) dus au thymus et aux ganglions bronchiques hypertrophiés.

L'invagination intestinale, toujours primitive et relevant de l'entéro-colite avec spasmes, fonction d'une mauvaise alimentation, est une véritable occlusion intestinale, à début soudain par des cris et de l'agitation. La douleur est intermittente et par intervalles, l'enfant ne paraît pas malade, mais bientôt, dans les heures qui suivent, il se produit une évacuation de mucosités sanguinolentes en même temps qu'apparaissent des vomissements répétés. Le ventre est parfois ballonné, souvent mou et aplati ; mais si on l'explore, on voit une tumeur en forme de boudin, sur la ligne médiane ou dans le flanc gauche, que l'on peut quelquefois percevoir par le toucher rectal où le doigt se recouvre de mucosités sanglantes à odeur de poisson. La présence d'évacuations sanguinolentes coïncidant avec une tumeur en boudin et un syndrome d'occlusion intestinale est caractéristique et indique une invagination,

On songera à un *polype du rectum,* si l'enfant, à la suite de symptômes d'abord assez vagues de diarrhée, ténesme, envies fréquentes d'aller à la selle, écoulements muco-sanguinolents, présente des hémorragies légères mais continues, augmentant au moment de la défécation et s'accompagnt de faux besoins et de douleurs périnéales. La constatation d'une petite tumeur, soit au toucher, soit au speculum, confirmera le diagnostic, qui s'imposerait d'ailleurs en cas de procidence du polype au moment d'une garde-robe.

Enfin, dans les cas à pathogénie obscure, il faudrait encore songer à la possibilité d'une *tumeur maligne de l'intestin,* cas tout à fait exceptionnel, à celle d'un *corps étranger,* dégluti par la bouche et ayant provoqué une attrition plus ou moins marquée des tuniques intestinales, ou à l'*anémie pernicieuse progressive* dont le diagnostic, toujours très délicat, ne devra être fait que par exclusion et après examen du sang.

II. Adulte. — L'hémorragie intestinale relève, chez l'adulte comme chez l'enfant, de très nombreuses causes, et si dans un certain nombre de cas, elle va constituer un syndrome de grande importance au point de vue diagnostic, dans d'autres, elle n'aura qu'un caractère tout à fait accessoire, n'étant qu'une simple complication d'une maladie évoluant depuis un certain temps : elle ne présentera donc pas toujours la même importance ni le même intérêt.

Le premier soin du médecin sera de s'assurer si l'hémorragie dépend d'une lésion locale du tube digestif ou d'une affection générale de l'organisme (maladies générales, lésions abdominales, traumatiques).

A. *Affections générales.* — L'entérorragie est un symptôme fréquemment observé au cours d'un certain nombre d'*affections générales,* et qui traduit les altérations de l'appareil circulatoire. C'est une complication parfois précoce, plus souvent tardive, que l'on n'attend pas pour poser un diagnostic, et qui vient seulement révéler une aggravation de l'affection causale et en assombrit le pronostic.

On l'observe au cours d'un certain nombre d'*affections dyscrasiques,* telles que la leucémie, l'anémie pernicieuse, l'hémophilie et l'urémie, comme au cours de *certaines intoxications hémorragipares,* par l'arsenic, le plomb, le phosphore et l'alcool. De même, on constate également des entérorragies pendant l'évolution de certaines *maladies infectieuses,* les fièvres éruptives (variole hémorragique), l'érysipèle, l'endocardite aiguë, le typhus, le purpura, la fièvre jaune, le scorbut et le paludisme. Dans tous les cas, que l'émission sanguine soit due à des obstructions emboliques des branches de la veine porte, comme cela a lieu dans les fièvres intermittentes, ou qu'elle provienne des modifications profondes apportées par la maladie à l'état du sang, comme dans les affections toxiques et dynamiques, le diagnostic s'impose et ne souffre aucune difficulté.

Parmi ces maladies infectieuses, c'est la *fièvre typhoïde* qui joue le rôle le plus important dans l'apparition de l'entérorragie : elle agit par les ulcérations qu'elle provoque, et de toutes les affections à manifestations ulcéreuses aiguës, c'est elle qui constitue la cause la plus fréquente.

Au cours de la fièvre typhoïde, l'entérorragie peut apparaître à deux périodes très différentes de la maladie. Tantôt c'est à la fin du premier septénaire, ou au commencement du deuxième : c'est l'*hémorragie précoce,* sans grande importance, d'origine purement congestive, comparable aux hémoptysies du début dans la tuberculose pulmonaire. Tantôt c'est dans le cours du troisième ou quatrième septénaire ; : en ce cas, elle est grave, abondante, coïncide avec la chute des eschares : c'est l'*hémorragie tardive,* analogue à l'hémoptysie de la bacillose cavitaire. Elle s'accompagne de phénomènes généraux graves, et son pronostic est toujours sérieux.

L'entérorragie se voit également à la suite de certains *troubles circulatoires*, soit d'origine générale, comme dans l'*asystolie*, soit d'origine portale, dans un certain nombre d'*affections hépatiques*, cancer, syphilis, cirrhose atrophique et alcoolique : on note dans tous ces cas un ensemble de symptômes suffisants pour permettre le diagnostic de la lésion dont l'hémorragie n'est qu'une complication tardive.

Il existe encore toute une série de faits dans lesquels l'entérorragie sera aisément rapportée à sa cause : telles sont les *plaies pénétrantes de l'abdomen*, *les contusions de l'abdomen* où elle indique une lésion du gros intestin ; les *brûlures étendues* déterminent des ulcérations duodénales, les *corps étrangers* ou les *liquides corrosifs* entraînent l'attrition ou la destruction d'une partie du revêtement intestinal.

On note parfois l'apparition de selles sanglantes à la suite de la *réduction des hernies étranglées* soit par taxis, soit par kélotomie. Cette entérorragie ne présente pas alors la même signification ni la même importance suivant l'époque de son apparition. Quand elle est *précoce*, c'est-à-dire lorsqu'elle survient dans les 2 ou 3 premiers jours qui suivent l'intervention, elle est due soit aux manœuvres du taxis ayant déterminé des effusions sanguines au niveau de l'intestin, soit à la striction causée par l'agent d'étranglement (éclatement capillaire de Schnitzler) : son pronostic est alors tout à fait bénin. Il n'en est pas de même lorsque l'entérorragie est *tardive*, ne se manifestant que du 8e au 15e jour post-opératoire : son pronostic doit être beaucoup plus réservé, car l'émission sanguine traduit alors soit la chute d'une eschare (gangrène herniaire limitée) soit une thrombose artérielle ou veineuse (gangrène de tout le segment herniaire), cas presque désespéré.

Les *interventions abdominales* se compliquent aussi parfois d'entérorragies qui sont alors sous la dépendance de causes locales, *lésions de l'intestin* (erreur de technique, traumatisme, ulcère par distension, hémorragies de décompression) ou de l'*épiploon* (thrombose des artères et des veines épiploïques) et de *causes générales* (intoxication par antiseptique, par anesthésique ou par infection post-opératoire entraînant des embolies septiques ou des ulcérations du duodénum). Le diagnostic causal de l'émission sanguine ne souffre dans ces différents cas aucune difficulté.

B. *Lésion du tube digestif.* — Si le diagnostic causal de l'entérorragie était relativement facile dans les différents états morbides énumérés jusqu'ici et ne présentait même parfois pas de bien grande valeur, étant donné que cette émission sanguine, sauf dans quelques cas, n'était qu'un symptôme tout à fait secondaire d'une affection à étiologie nette, il n'en est pas de même dans d'autres cas, où elle traduit une lésion primitive de l'intestin. Elle acquiert alors une toute autre valeur et devient même souvent un élément de diagnostic de premier ordre, car elle ne permet pas seulement de poser le diagnostic de l'affection, mais encore dans certains cas, de préciser dans quelle portion de l'intestin elle s'est produite. Un sang rouge plus ou moins abondant, non mélangé aux matières fécales, indique presque toujours une lésion du rectum ; un sang noir, digéré, révèle au contraire une hémorragie produite loin de l'anus.

1) *Le sang se présente dans les selles sous la forme de mélæna.*

Si l'entérorragie se traduit par du mélæna avec parfois apparition de sang rutilant, liquide, en caillots, ou en stries, on se trouve en présence d'une hémorragie de l'intestin grêle ou du gros intestin : en général, les hémorragies de l'intestin grêle sont plus abondantes et plus mélæniques que celles du gros intestin.

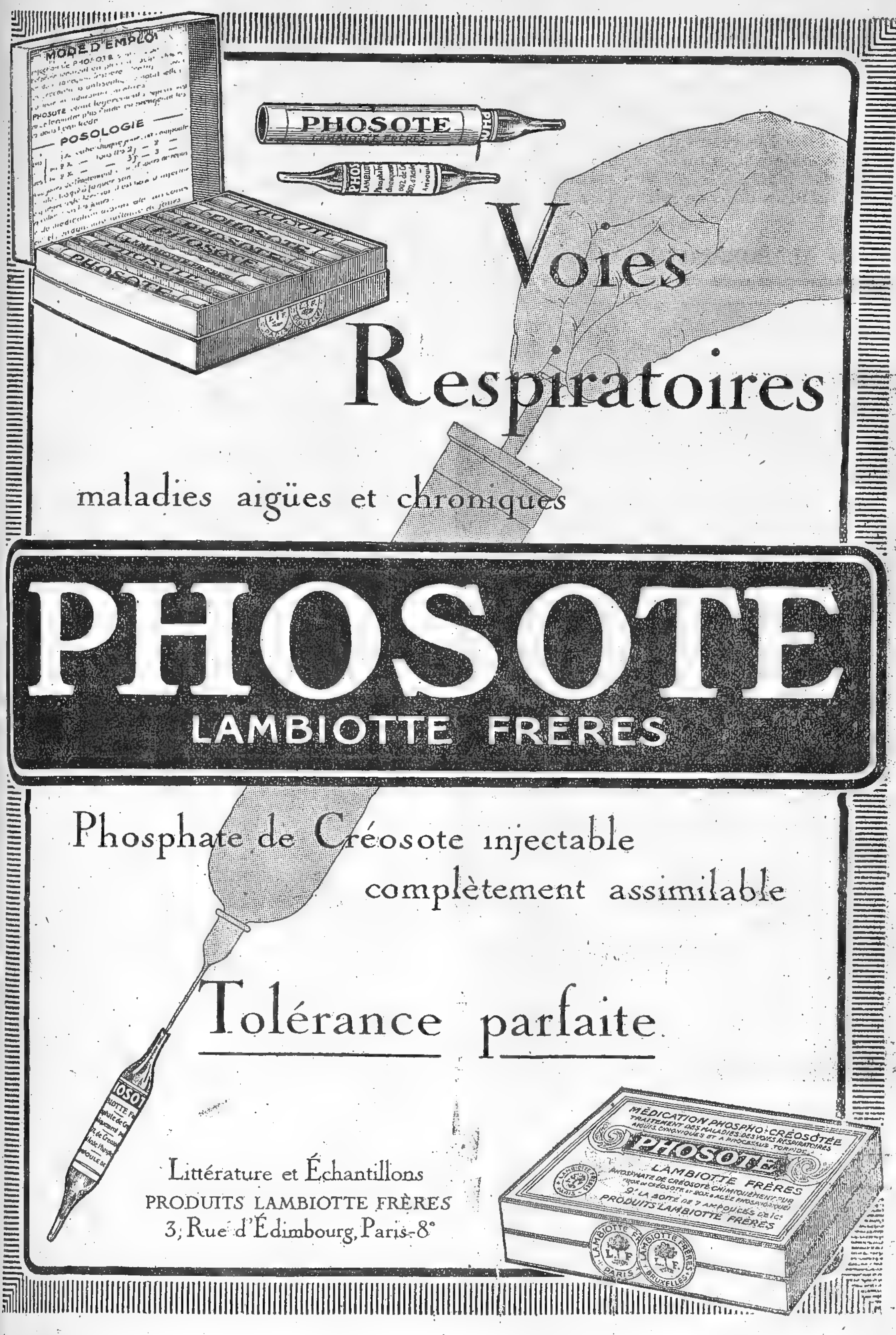
Il existe un certain nombre de cas où le diagnostic n'offre guère d'hésitation. L'existence de coliques, de ballonnement du ventre, de langue saburrale, de douleurs gastriques, de vomissements et d'adynamie, coïncidant avec de légères traces de mélæna dans des selles diarrhéiques, indiquera une *entérocolite grave.*

Des douleurs abdominales spontanées apparaissant au moment des garde-robes, ou provoquées par la palpation des côlons, s'accompagnant de ténesme, de symptômes généraux graves, avec des selles fréquentes, d'abord muqueuses et glaireuses, puis séro-sanguinolentes, avec des débris membraniformes de couleur pâle, révèleront une *dysenterie*, à forme hémorragique, s'il y a en plus des accidents purpuriques ainsi que de de véritables hémorragies muqueuses et viscérales.

Un état général mauvais, avec amaigrissement et asthénie du sujet, des douleurs spontanées ou provoquées par ingestion des aliments et par pression de l'abdomen existant avec une diarrhée liquide, fétide, souvent lientérique, de teinte noirâtre ou couleur de suie, éveillera l'idée d'une *tuberculose intestinale* dont le diagnostic devra être confirmé par la recherche du bacille de Koch. Lorsque les lésions prédomineront sur le gros intestin, les selles seront striées de sang et même sanguinolentes.

On songera à un *ulcère du duodénum*, si le malade présente subitement, ou après une période de douleurs épigastriques survenant par crises, une hémorragie abondante 3 ou 4 heures après le repas, hémorragie donnant des selles mélæniques ou ne s'extériorisant pas et se traduisant alors par des symptômes généraux graves d'hémorragie interne.

Une série de crises d'occlusion passagère crises augmentant peu à peu de durée et d'in-



Voies
Respiratoires
maladies aigües et chroniques
PHOSOTE
LAMBIOTTE FRÈRES
Phosphate de Créosote injectable
complètement assimilable
Tolérance parfaite
Littérature et Échantillons
PRODUITS LAMBIOTTE FRÈRES
3, Rue d'Édimbourg, Paris-8°

AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES

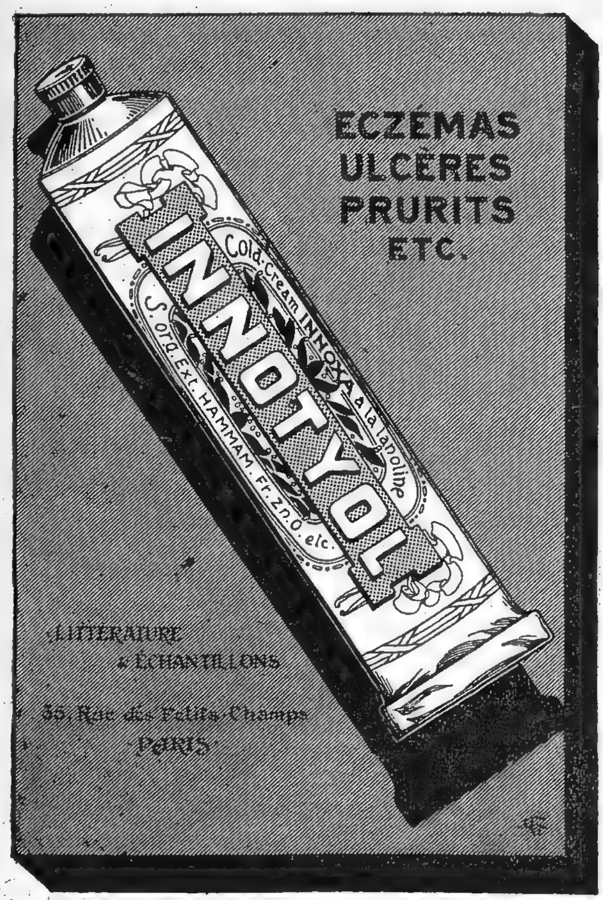
Ovules au VIOFORME Ciba

Antiseptiques, Décongestionnants, Désodorisants

« Les résultats obtenus dans les affections gynécologiques seront d'autant meilleurs qu'on se rapprochera davantage de la stérilisation idéale des organes. Le **VIOFORME** représente à ce point de vue l'agent le plus actif de ceux utilisés dans ce but ». (*Journal de Médecine Interne*, 20 mai 1913).

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

LABORATOIRES CIBA -:- O. ROLLAND, 1, place Morand, LYON



BRONCHITES
ASTHME · TOUX · GRIPPE

GLOBULES du Dr DE KORAB A L'HÉLÉNINE DE KORAB

EXPÉRIMENTÉS DANS LES HOPITAUX DE PARIS
2 à 4 par jour

L'HÉLÉNINE DE KORAB calme la toux, les quintes même incoercibles, tarit l'expectoration, diminue la dyspnée, prévient les hémoptysies. Stérilise les bacciles de la tuberculose, et ne fatigue pas l'estomac

CHAPÈS 12, RUE DE L'ISLY **PARIS**

MENTON — *"L'Hermitage"*

Maison de Cure climatique des Drs Gallot et Coubard



Convalescences
Tube digestif
Maladies de la nutrition

Contagieux exclus

Cures d'air et de soleil
Hydrothérapie
Régimes

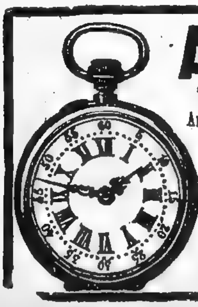
URACÉTOSE

GRANULÉE

Lycétol, Héxaméthylènetétramine. (Syn. Urotropine) Sels de Lithine, etc.

Le plus complet dissolvant de l'ACIDE URIQUE
et le plus puissant des Diurétiques antiseptiques
(2 à 6 cuillerées à café par 24 heures)

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
Laboratoires de l'**URACETOSE**, **26, Rue de Sévigné, PARIS**



AUX FABRIQUES DE GENÈVE

Téléph. 1007.82. Antérieurement au 137. — ***104, Boul. Sébastopol, 104*** — 1er étage. **PARIS** 1er étage. — Téléph. 1007.82. Antérieurement au 137.

HORLOGERIE — BIJOUTERIE — JOAILLERIE — ORFÈVRERIE

Catalogue illustré franco sur demande adressée à

M. MAUPOMÉ, Directeur.

Escompte spécial sur les prix du Catalogue à MM. les Membres du Concours Médical.

Envoi franco et conditionnel d'un Choix Complet de tous Articles.

INDIQUER LES ARTICLES ET LE PRIX QUE L'ON VEUT METTRE A CHACUN D'EUX.



tensité, entrecoupées de débâcles diarrhéiques sanguinolentes, seront caractéristiques d'une *invagination chronique*, si la palpation abdominale révèle la présence d'une tumeur allongée.

En présence d'un malade offrant, à la suite d'une période de constipation, une diarrhée sanguinolente, et chez lequel on sent l'existence d'une tumeur ilio-pelvienne, s'accompagnant de phénomènes douloureux dans la fosse iliaque gauche, tendant à s'irradier en arrière de la vessie, on devra songer à une *sygmoïdite ulcérée*.

Le diagnostic de *polyadénome de l'intestin* ne pourra être posé que si, chez un sujet dont l'état général s'altère rapidement, en proie à des phénomènes douloureux intenses et à une diarrhée abondante (mucus et sang), on perçoit, au toucher rectal ou à la recto-sygmoïdoscopie, l'existence de polypes multiples indépendant les uns des autres.

On n'aura qu'assez rarement à penser au *cancer de l'intestin*, car cette lésion ne s'accompagne pas fréquemment d'hémorragie, qui ne revient même presque toujours que lorsque la tumeur, très accusée dans son développement, est en partie ulcérée : il y aura alors de l'anorexie, des vomissements irréguliers. des signes de sténose intestinale avec ou sans tumeur, et de la diarrhée tardive avec un peu de mélæna dans les lésions de l'intestin grêle. Si la localisation se fait au niveau du duodénum, il y aura en plus de l'ictère, et en cas de tumeur du gros intestin, des crises côliques, de la constipation avec quelques évacuations glaireuses noirâtres ou teintées de sang.

Il en sera de même de la *thrombo-phlébite mésentérique*, presque toujours méconnue et difficile à reconnaître, car le sang est généralemen retenu dans l'anse dilatée et n'est pas en quantité suffisante pour assurer une modification du pouls et de la température. Il faudrait envisager ce diagnostic chez des sujets hépatiques, typhiques, urémiques, ou hémorroïdaires à poussées phlébitiques, qui présenteraient une hémorragie survenant à la suite d'une crise abdominale atrocement douloureuse, à début brusque, diffusant rapidement et s'accompagnant d'une diarrhée profuse, liquide et aqueuse.

Enfin, si l'étiologie reste obscure, il faudra songer, en cas de certaines anémies progressives (minimes), aux *parasites de l'intestin* (ankylostome duodénal) et dont la présence à l'état d'œufs dans les selles sera pathognomonique, ou encore à l'*ulcère chronique simple du gros intestin* si l'hémorragie est peu abondante et s'il existe des crises côliques (diagnostic d'exclusion).

B. *Les selles contiennent du sang rutilant*. — Lorsque les matières fécales sont recouvertes de stries rougeâtres, ou lorsqu'il y a un écoulement de sang rutilant en dehors de la défécation, on peut être à peu près certain qu'il s'agit d'une hémorragie d'origine rectale.

Il n'y a pas lieu d'insister sur le diagnostic des émissions sanguines causées par les *plaies et ruptures du rectum*, diagnostic qui s'impose, comme celui de l'hémorragie du *prolapsus*, de l'*ulcère variqueux anorectal* des veines hémorroïdaires, ou des *hémorroïdes externes* : il sera bon dans ce dernier cas de bien se rendre compte qu'il ne s'agit pas d'une production symptomatique d'une autre lésion rectale (cancer, rétrécissement).

L'hémorragie due à la présence d'*un corps étranger* ayant ulcéré la muqueuse du rectum, sera isolée facilement en cas d'aveu du malade ; dans le cas contraire, le toucher rectal, qu'il faut d'ailleurs pratiquer dans tous les cas de rectorragie, en révèlera la cause.

L'origine *hémorroïdaire interne* de l'émission sanguine s'imposera en cas de préexistence des paquets variqueux ; elle sera également évidente lorsque, par l'éversion de la muqueuse anale, ou par le toucher rectal, on reconnaîtra toute une série de saillies mollasses siégeant sur la muqueuse, à environ 12 à 15 millimètres de l'anus.

On songera à une *tumeur maligne* du rectum (sarcome ou cancer) chez un sujet d'une cinquantaine d'années, se plaignant d'amaigrissement, de douleurs anales, de troubles de la défécation (constipation et débâcles diarrhéiques) et d'hémorragies plus ou moins abondantes. Le toucher rectal, ainsi que la rectoscopie, montreront en un point du rectnm une plaque indurée, une ulcération à bords indurés et durs, ou une masse largement molle et friable : dans tous ces cas, le rectum a perdu sa souplesse caractéristique.

Un rétrécissement rectal sera soupçonné à un âge moins avancé : le malade aura eu un passé de rectite, et se plaindra de troubles de la défécation. Les garde-robes sont rares, pénibles, nécessitant de grands efforts, s'accompagnant de ténesme avec des intervalles d'écoulements muco-purulents sanguinolents. L'examen [de la région anale montre fréquemment des condylomes, et le toucher conduit dans un canal rigide à calibre diminuant progressivement de bas en haut.

Le *polype simple* du rectum est une affection plutôt rare chez l'adulte ; il se traduit par les mêmes symptômes que celui de l'enfant, et son diagnostic ne présente pas de difficultés, pour peu qu'on songe à cette lésion.

Il ne sera pas non plus malaisé de reconnaître l'origine *tuberculeuse* d'une rectorragie : cette dernière, peu abondante, provient d'une ulcération partant de l'anus et s'étendaut dans l'intérieur du rectum, ulcération à bords festonnés, décollés, à fond atone recouvert d'un enduit

muco-purulent sous lequel apparaissent des bourgeons mollasses parsemés de points jaunes.

Enfin, ce n'est que rarement que l'on aura à envisager le diagnostic *rectite,* car dans la plupart des cas, il n'y a pas d'hémorragie : quand elle existe, il s'agira de *rectite aiguë* lorsque chez un malade présentant des douleurs très rares continues, localisées à l'anus, marquées dans la station debout et s'exaspérant à la défécation, on constatera un écoulement muco-purulent légèrement sanguinolent ; si l'hémorragie est un peu plus abondante et si, par le toucher rectal, on constate des végétations abondantes à la surface de la muqueuse, on se trouvera en présence d'une *rectite chronique.*

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le professeur HARTMANN

Ponction lombaire et ponction épidurale, appliquées à l'anesthésie régionale.

Je vous ai montré, dans une précédente leçon, que si un tronc nerveux se trouve baigné par une solution analgésiante, l'agent analgésiant pénètre à l'intérieur du tissu nerveux et entraîne une sorte de section physiologique du nerf. Ces constatations, faites au niveau des filets nerveux, peuvent être appliquées également à la moelle. La moelle, vous le savez, est constituée par une substance grise et des cordons verticaux qui sont en continuité avec les nerfs périphériques et remontent jusqu'au cerveau. C'est grâce à ces cordons qu'une impression partie d'un point du corps, du pied par exemple, arrive jusqu'au centre cérébral. Que vous baigniez cette moelle dans une solution analgésiante, de cocaïne, de stovaïne, de novocaïne, et il se produira dans cet organe, qui n'est qu'une association de troncs nerveux, ce qui se produit au niveau d'un nerf : toutes les parties sous-jacentes seront anesthésiées.

La question était de savoir s'il était possible de toucher ainsi, sur le vivant, la moelle. Envisageons quelques points d'anatomie. Voici le canal rachidien avec son corps vertébral en avant, les deux lames vertébrales en arrière. Dans le canal ainsi délimité, nous trouvons, de dehors en dedans, successivement une couche de tissu cellulaire lâche avec réseau veineux, puis le sac fibreux dure-mérien enveloppant la moelle. Celle-ci n'est pas en contact direct avec la dure-mère. Elle en est séparée par la pie-mère, accolée contre elle, et par l'arachnoïde, séreuse à deux feuillets, dont l'un adhère à la face interne du sac dure-mérien. Entre l'arachnoïde et la moelle, existe un espace, décrit sous le nom d'espace sous-arachnoïdien, qui est rempli de liquide (liquide céphalo-rachidien.)

Vous avez donc, autour de la moelle, une première enveloppe, la pie-mère, perméable, puis l'espace sous-arachnoïdien contenant le liquide céphalo rachidien. Cet espace constitue une région où vous pouvez injecter une préparation analgésiante qui arrive ainsi à la pie-mère et à la moelle.

La question de l'analgésie rachidienne est liée à la question de la ponction lombaire. Comment pratique-t-on cette dernière ? Chez l'enfant la moelle descend tout le long du canal rachidien. Mais, le développement de la moelle en longueur se faisant moins vite que celui du squelette, peu à peu la moelle s'élève dans le rachis. Elle arrive à n'en occuper qu'une partie et à se terminer chez l'adulte, au niveau de la deuxième vertèbre lombaire. Elle s'arrête en ce point pour se prolonger simplement par des filets nerveux. Si la moelle ne descend pas plus bas que la 2e lombaire, il n'en est pas de même du sac dure-mérien qui se prolonge au-dessous, jusqu'à la dernière vertèbre lombaire et plus exactement jusqu'à la deuxième vertèbre sacrée. De la 2e vertèbre lombaire à la 2e vertèbre sacrée, vous avez un espace sans moelle mais contenant du liquide céphalo-rachidien se continuant avec l'espace sous-arachnoïdien. Vous pouvez donc piquer dans cette région, à volonté, avec la certitude de ne pas léser la moelle. C'est en effet en cette région où se pratique la ponction lombaire. Il ne faut pas la faire ni au-dessus de la 3e lombaire, ni au-dessous de la 2e sacrée. Cette région elle-même offre d'ailleurs des points plus ou moins favorables. La partie inférieure est inaccessible, le sacrum barrant le chemin.

Dans la règle, on pratique la ponction entre la 4e et la 5e vertèbres lombaires. Cet espace correspond à peu près au niveau de la ligne transversale qui passe par la partie supérieure des crêtes iliaques. Vous tracez une ligne reliant le rebord des crêtes iliaques droite et gauche, et au milieu, au croisement de la ligne médiane, vous avez le lieu d'élection de la ponction lombaire.

Avec quel instrument pratiquer l'opération ? On se sert d'une aiguille assez longue, mesurant huit centimètres, d'un calibre à peine supérieur à celui des aiguilles à morphine (un millimètre de diamètre externe pour six dixièmes de millimètre de diamètre intérieur). L'aiguille sera de préférence en platine iridié, rigide avec un peu de flexibilité. Le biseau sera très court, beaucoup plus court que celui des aiguilles hypodermiques ordinaires. Si le biseau était long, en effet, il pourrait arriver qu'une partie se trouve dans l'espace sous-arachnoïdien pendant que l'autre partie du biseau serait hors de cet espace, d'où inconvénient sérieux pour

l'évacuation du liquide céphalo-rachidien. Avec un biseau court, on sera toujours ou en dehors ou en dedans de la dure-mère. Rien de particulier pour ce qui concerne la seringue. Toutefois, si vous ne la stérilisez pas à l'étuve sèche, et que vous la faisiez bouillir, n'employez pas d'eau alcaline, le bicarbonate de soude décomposant les substances analgésiantes.

Un premier point est la position à donner au malade. Vous voulez pénétrer entre les lames vertébrales de la quatrième et de la cinquième vertèbres lombaires. Il faut chercher à agrandir l'espace compris entre ces lames, à faire bâiller au maximum cet espace. La position qui y parvient est l'inclinaison en avant du tronc. On utilise deux postures. Ou bien le malade assis sur une chaise et faisant le gros dos, ou bien le malade couché, le tronc fléchi, les membres inférieurs également fléchis, dans la position dite en chien de fusil. Vous prenez alors votre repère, la ligne passant par la partie supérieure des crêtes iliaques. Même chez les sujets les plus gras, les crêtes iliaques se sentent facilement.

Quelques chirurgiens font la ponction sur la ligne médiane. C'est simple, mais dans certains cas où le ligament inter-épineux est très ferme, voire ossifié, l'aiguille peut se casser. Aussi préfère-t-on souvent faire la ponction suivant un trajet un peu oblique. Vous placez le pouce gauche sur le point médian et à un centimètre à droite de ce point, tenant l'aiguille de la main droite, vous piquez la peau d'un coup sec et vous dirigez l'aiguille un peu obliquement en avant et en dedans. A un moment donné, vous arrivez sur une résistance, un ligament qui s'étend d'une lame à l'autre (ligament jaune). Vous perforez le ligament jaune et, enfonçant encore, vous voyez sourdre bientôt un liquide clair, eau de roche, qui s'écoule goutte à goutte ou par saccades, et qui est le liquide céphalo-rachidien.

La ponction lombaire est une intervention généralement simple. Cependant, elle peut s'accompagner d'incidents. L'aiguille peut être arrêtée, par suite d'une imbrication des lames vertébrales. C'est exceptionnel et ne se voit guère que chez les scoliotiques. Exceptionnellement encore, on peut tomber sur des ligaments jaunes ossifiés ou des exostoses. Tout ceci est très rare. Plus fréquente est la ponction blanche. Arrivé dans le sac dure-mérien, le liquide ne s'écoule pas. Cela peut tenir à un petit filament nerveux qui flotte dans le liquide et arrive sur l'aiguille. Il suffit de déplacer celle-ci légèrement. D'autres fois, c'est l'aiguille qui est obstruée. On la dégagera en aspirant ou en injectant quelques gouttes d'eau stérilisée. Dans d'autres cas, on fait une ponction rouge due à la blessure d'un petit vaisseau. De la piqûre, s'écoule un liquide franchement sanglant. Attendez alors un instant et du liquide clair apparaît en général. Si l'écoulement sanglant persiste, retirez l'aiguille et faites une nouvelle ponction.

Quelquefois, le malade se plaint de crampes dans les membres inférieurs, ce qui n'offre pas grande importance. On a vu des accidents plus sérieux, des vertiges, des syncopes, la mort même. La mort est très rare, mais il faut en connaître la possibilité. De plus, on peut observer, le soir de la ponction, de la céphalée, des vomissements, un peu de fièvre, de raideur de la nuque, une légère réaction méningée qui guérit en général. On observe ces phénomènes plutôt chez les sujets à tension du céphalo-rachidien un peu faible.

Les indications de la ponction lombaire sont de trois ordres : diagnostique, thérapeutique, anesthésie régionale. Dans un but diagnostique, la ponction lombaire peut rendre de grands services. Elle décèle l'état de la tension céphalo-rachidienne (normale, hypertension). Elle permet d'apprécier les caractères du liquide céphalo-rachidien, la présence de sang, de méningocoques, la polynucléose (méningite cérébro-spinale), la mononucléose (méningite tuberculeuse). Pour le chirurgien, ceci n'est pas sans intérêt. Voici un malade qui offre des signes d'abcès cérébral avec une suppuration chronique de l'oreille. Si la ponction lombaire révèle un liquide à peine trouble et de la mononucléose (méningite bacillaire), vous n'interviendrez pas.

Au point de vue thérapeutique, on utilise la ponction lombaire très fréquemment. Elle permet de diminuer la tension céphalo-rachidienne et de soulager certaines céphalées. Elle permet les injections rachidiennes de médicaments, de sérums.

Une grosse indication de la ponction lombaire est la rachi-anesthésie. On se sert aujourd'hui, à cet effet surtout de la novocaïne. Forgues conseille la solution à 4 pour 100. En 5 à 10 minutes, le malade présente une anesthésie complète des régions sous-jacentes, qui dure une heure et au delà.

Il est exceptionnel que l'anesthésie fasse défaut. Il y a toutefois des accidents à redouter. On connaît des cas de mort, au moment en particulier où l'on élève le bassin, par mouvement de bascule. La mortalité est même assez élevée, puisque sur une statistique globale de 5,981 anesthésies de ce genre, on note 8 cas de mort. Les accidents seraient plus rares, il est vrai, avec la novocaïne, mais, même Forgues, qui est un partisan décidé de ce mode d'anesthésie, dit qu'il faut s'en abstenir dans les toxi-infections, chez les névropathes, etc. L'abstention doit toujours être totale dans l'enfance, au-dessous de 15 ans. C'est néanmoins une méthode intéressante, en particulier pour l'opérateur qui est obligé d'agir seul, sans anesthésiste.

◆◆◆

A côté de la ponction lombaire, et ayant une importance moindre, se place la ponction plus inférieure du canal sacré, ou ponction épidurale. La face postérieure du sacrum offre une sorte de fente à sommet supérieur, espace largement ouvert, comblé à l'état frais par une lame fibreuse assez résistante. C'est là où vous ferez la ponction et l'injection épidurales. Avec une aiguille à biseau long, vous piquerez cet espace en V. Chez les individus maigres, on sent facilement les bords du V. Chez les individus gras où les sensations ne sont plus assez nettes, on se repère sur le point terminal du coccyx et l'on mesure 7 centimètres au-dessus, ce qui conduit en un point convenable.

Le patient étant couché en chien de fusil, on pratique la ponction. On repérera la ligne médiane sur le squelette et non par l'espace interfessier, quelquefois dévié par la chute des fesses. On pique d'abord obliquement pour perforer la lame fibreuse. Une fois la sensation de résistance qu'offre celle-ci perçue, la lame fibreuse traversée, au lieu de pousser en avant, on incline l'aiguille pour la diriger presque parallèlement au sacrum. Vous êtes alors dans l'espace épidural, au-dessus de la dure-mère, et vous y injectez toutes substances appropriées, analgésiantes. Cette méthode a été conseillée par Sicard pour calmer les douleurs du lombago, de la sciatique, du cancer utérin et d'autres affections.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

A TRAVERS LA PRESSE

Presse française.

Les ulcérations médicales ou chirurgicales de l'estomac.

M. Meunier étudie le moyen de distinguer les ulcérations stomacales qui réclament l'intervention chirurgicale de celles que le traitement médical peut guérir. (*Presse méd.*, 22 septembre 1920.)

Son travail se résume ainsi : « La recherche « du sang dans la cavité gastrique nous paraît « apporter un élément important dans le diagnostic d'une lésion stomacale, mais il faut « savoir différencier le sang frais du sang digéré.

« Le premier répond plutôt à une lésion créée « par le cathétérisme ou à une ulcération aiguë, « banale, greffée sur une muqueuse anormale. « Sa constatation entraîne un traitement médical. Le second indique une lésion anatomiquement constituée. Sa constatation implique plutôt un traitement chirurgical. »

La distinction, d'après l'auteur, serait relativement aisée, en se souvenant que l'hémoglobine du sang frais est soluble dans l'eau, tandis que l'hématine et le mucus qui entourent le sang digéré sont insolubles dans l'eau et solubles dans l'eau ammoniacale.

Les ictères des tænifuges.

Les tænifuges dont il s'agit sont la fougère mâle et l'écorce de grenadier et son alcaloïde, la pelletiérine. Ils sont prescrits communément contre le tænia.

Il faut qu'on sache que ce sont là des substances toxiques qui peuvent déterminer des accidents parfois mortels.

Parmi ces accidents, il y a lieu de signaler tout particulièrement l'ictère.

M. N. Fiessinger, en colligeant les observations qu'il a recueillies tant personnellement que dans la littérature médicale, établit que la pathogénie de ces ictères est vraisemblablement mixte : ce sont à la fois des ictères par hémolyse et par irritation parenchymateuse de la cellule hépatique.

Il est démontré qu'ils se rencontrent plus particulièrement chez les sujets présentant une fragilité du foie préalable.

L'auteur tire de cette étude les conclusions pratiques suivantes qui sont à retenir. :

« Ne prescrire ces tænifuges chez les hépatiques qu'à doses prudentes ;

« Maintenir pendant 24 heures avant et après « le traitement les sujets au bouillon de légumes, « à l'eau et au lait ;

« Ne pas s'inquiéter de ces ictères, ils sont « presque toujours bénins ;

« Comme traitement, lavements froids, sulfate de soude à petites doses, régime lacto-végétarien. » (*Journ. des prat.*, oct. 1920.)

Diagnostic de la gestation dans sa première moitié.

Quand une femme, jusque-là régulièrement réglée, cesse de l'être dit M. Vignes, il y a de grandes chances pour qu'elle soit en état de gestation (*Journ. des prat.*, 9 octobre 1920).

Toutefois, d'autre causes peuvent supprimer l'écoulement menstruel : changement de climat, de résidence, de genre de vie, froid, émotion, suite de curettage, radio et radiumthérapie, diathèse débliitante : tuberculose, syphilis, insuffisances ovariennes.

La persistance des règles, avec identité de qualité et de quantité entre chaque époque est une présomption en faveur de la vacuité utérine. Cependant, il faut savoir distinguer les règles proprement dites, des pertes occasionnées par une grossesse tubaire, une insertion basse du placenta, une endométrite, des érosions cervicales.

Les troubles sympathiques (nausées, vomissements, vertiges) n'ont pas de valeur absolue.

D'autres signes ont également une valeur toute relative, tels l'augmentation du volume des seins, la coloration du mamelon qui se pigmente, la saillie des tubercules de Montgomery. La face peut se duveter, elle se couvre parfois d'un masque dit masque de la grossesse (lentigo, chloasma). Une ligne brune ombilico-pubienne se montre aussi sur l'abdomen, qui peut au début se rétracter. La vulve prend une coloration plus foncée.

L'exploration directe de l'utérus par le toucher et le palper augmente les renseignements susceptibles d'affirmer la probabilité de la grossesse : l'utérus augmente de volume, il change de forme, et de consistance ; il devient mollasse. On diagnostiquera la grossesse avec les métrites et les congestions utérines qui augmentent le volume utérin, avec les fibromes utérins, avec les kystes ovariens flanquant le corps de l'utérus. On songera à l'éventualité des grossesses extra-utérines. On attendra enfin l'apparition des signes fœtaux qui sont des signes de certitude.

Dextrocardie acquise par lésion pleuro-pulmonaire droite.

MM. Papillon et Flipo résument cinq observations de malades atteints de lésions pleuro-pulmonaires droites, chez lesquels l'examen radiologique révéla un déplacement en masse du cœur vers la droite. Chez deux de ces malades, la dextrocardie est totale.

Ils en concluent que : « 1° une lésion du sommet suffit pour amener une dextrocardie ; 2° le cœur est simplement déplacé en masse vers la droite par un mouvement de translation, mais sa rotation paraît insignifiante. Aucun de ces enfants n'a présenté de troubles spéciaux du fait de sa déviation cardiaque. » (*Presse méd.*, 9 octobre 1920.)

Le danger opératoire chez les obèses.

M. R. Bonneau expose les raisons qui, selon lui, assombrissent le pronostic des interventions chirurgicales chez les obèses. (*Bull. méd.*, 9 octobre 1920.)

Ces raisons peuvent se résumer dans les quelques propositions suivantes : le diagnostic est tout d'abord plus difficile chez ces sujets, dont l'épaisseur considérable du pannicule graisseux gêne considérablement l'exploration de tous les organes, soit par la palpation, soit par l'auscultation, soit par la radiologie. La peau des obèses, surtout dans les différents sillons, est atteinte d'intertrigo, macère rapidement, est par suite, plus malaisée à désinfecter. Les incisions doivent être plus étendues que chez un sujet ordinaire, sous peine de n'avoir pas un accès suffisant dans les cavités explorées. Les viscères eux-mêmes, le péritoine, les mésos, sont également envahis par la graisse. Les dissections sont plus laborieuses, les ligatures plus compliquées, si l'on veut éviter que les fils lâchent et que des hémorragies secondaires se produisent.

Dans les jours qui suivent l'opération, il se produit souvent, par un point de suture et par la plaie opératoire elle-même, des écoulements de graisse liquide qui souillent les pansements, et peuvent devenir le point de départ d'infections locales. L'auteur estime qu'il vaut mieux ne pas drainer les plaies de ces sujets, à moins de suintement sanguin.

L'anesthésie générale des obèses donne lieu souvent à des incidents plus ou moins alarmants ; ils se cyanosent en effet, ils respirent mal ; leur cœur est gras et leur respiration gênée.

Après l'opération, il est très difficile de leur donner les soins qu'ils réclament, en raison de leur poids, qui entrave leur mobilisation, et aussi de leur facilité à faire de la congestion pulmonaire passive.

En conclusion, l'auteur souhaite que, hormis les cas d'urgence, les obèses ne se livrent à l'opérateur qu'après avoir suivi une cure sévère d'amaigrissement, afin que leurs organes se présentent d'un accès et d'une dissection facile au bistouri.

G. D.

Presse anglaise.

Influence de la ligature du cordon sur la délivrance.

M. Bothamby (*Med. journ. of Australia*, avril 1920) a recherché quelle pouvait être l'influence de la ligature du cordon sur la délivrance. Dans 15 accouchements où la ligature du cordon avait été faite comme à l'ordinaire (soit une double ligature, sur l'extrémité ombilicale et sur l'extrémité placentaire), la délivrance s'est effectuée après un temps moyen de 40 minutes. Dans 13 cas où la ligature fut uniquement pratiquée sur l'extrémité ombilicale, la surface de section de l'extrémité placentaire étant laissée saignante, la durée de la délivrance fut seulement de 21 minutes. De ces constatations, l'auteur conclut que le fait de couper sans ligature le bout placentaire du cordon et de le laisser saigner a pour conséquence de rendre la délivrance plus facile et plus rapide, par la décongestion et l'affaissement des villosités du délivre.

Sur l'abus des extraits pituitaires en obstétrique.

On connaît l'usage des extraits pituitaires (pituitrine) au cours des accouchements laborieux par inertie utérine. Il peut être tentant, même en l'absence d'inertie utérine, de recourir à ce médicament pour activer un accouchement normal. Il semble bien que le fait se soit produit dans certains pays, en Amérique notamment (État

de New Jersey) où beaucoup d'accoucheuses ont passé en matière de thérapeutique par la pituitrine, de l'usage régulier à l'abus. Price (in *Public health news*, 19 mai 1920) montre les effets de l'emploi inconsidéré de la pituitrine, pour l'enfant et pour la mère. Le nouveau-né peut naître en état d'asphyxie. L'utérus est parfois mis en contraction spasmodique, avec douleurs vives et on a observé, dans quelques cas même, sa rupture. L'auteur conseille de ne donner l'extrait pituitaire qu'à petites doses, répétées toutes les 20 minutes, jusqu'à ce que les contractions utérines deviennent satisfaisantes. Il ne faut évidemment y avoir recours que sur indications et non d'une façon systématique.

Mort après amygdalotomie.

M. Sladden (*British med. journ.*, 18 septembre 1920) rapporte un cas intéressant de mort après une amygdalotomie, mort presque subite une demi-heure après l'opération, sans complication opératoire ni hémorrhagie, sans cause reconnue à l'autopsie. Voici cette observation :

D. R., garçon de 14 ans, est examiné à la consultation oto-laryngologique de l'hôpital général de Swansea. On diagnostique une hypertrophie des amygdales, de la rhinite et des végétations adénoïdes. Il est opéré par le Dr Alban Evans, qui enlève sous anesthésie chloroformique les amygdales (le procédé n'est pas indiqué dans l'observation) et les masses adénoïdiennes. Ni pendant, ni après l'intervention, il n'y a d'hémorrhagie anormale. L'enfant est conduit à la salle de repos, en très bon état apparemment. Une demi-heure après environ, il est pris brusquement de syncope et, malgré les soins qui lui sont prodigués, il meurt.

Le protocole de l'autopsie pratiquée par le Dr Sladden, pathologiste de l'hôpital, a été le suivant. Aucun signe d'asphyxie. Cerveau normal. Larynx normal, trachée rétrécie d'environ moitié de son diamètre, au niveau du quatrième anneau, par une hypertrophie du corps thyroïde. Pas de sang extravasé, ni au niveau des amygdales enlevées, ni dans les voies respiratoires. Pas de congestion, ni d'œdème pulmonaire. Cœur normal et sain. Estomac vide, contenant seulement une minime quantité de sang déglutie au cours de l'opération. Aucune lésion ni des surrénales, ni du pancréas, ni de la rate. Seul, le corps thyroïde présente une certaine hypertrophie. Du poids de 160 gr., la glande thyroïde en question enveloppe complètement la trachée et la comprime en arrière en réduisant de moitié son calibre. Le thymus est également d'un volume exagéré et pèse 57 gr., mais il n'exerce aucune compression sur les voies aériennes.

L'autopsie, en définitive, ne révèle pas de cause absolument précise et probante de la mort. Le mécanisme de cette terminaison fatale subite reste obscur. Peut-être l'hypertrophie du corps thyroïde, avec trouble sécrétoire, et l'hypertrophie du thymus ont-ils joué un rôle, mais ce rôle apparaît simplement à l'état d'hypothèse.

Hydrocèle contenant des spermatozoïdes.

Winslow (*Surg., Gynec., and obst.*, juin 1920) a pu réunir six observations d'hydrocèles contenant des spermatozoïdes. Si la présence de spermatozoïdes peut être reconnue sans trop de difficulté, il n'en est plus de même du chemin suivi par ces spermatozoïdes pour arriver à l'hydrocèle. Il semble probable qu'il existe alors entre le testicule et l'épididyme un petit spermatocèle susceptible de communiquer par un pertuis plus ou moins important avec la vaginale. C'est là, d'ailleurs, un fait dont la signification n'est pas très grande quant au pronostic et au traitement, qui n'en sont pas changés.

Eructations de gaz inflammables.

M. Sterling Armstrong (*British med. journ.*, 25 septembre 1920) rapporte un cas d'éructation de gaz inflammables chez un sujet atteint de tumeur maligne de l'estomac. Le malade un jour après dîner, au moment d'allumer sa pipe, fut pris d'éructations et rejeta une grande quantité de gaz de fermentation. Aussitôt, à sa grande frayeur, les gaz en question s'enflammèrent et brûlèrent sa moustache et ses sourcils. Tous les gaz émis par le patient n'étaient pas susceptibles de prendre feu, mais l'auteur put assister deux fois à une expérience positive. Les gaz brûlaient avec une flamme bleue pâle visible et un bruit explosif. Le patient succomba au bout de quelques mois à un cancer de l'estomac.

Les éruptions professionnelles chez les ouvriers travaillant le caoutchouc.

L'emploi de l'aniline et de l'urotropine dans la manipulation industrielle du caoutchouc a augmenté l'importance de certains troubles professionnels, les éruptions cutanées principalement, rencontrées chez les ouvriers des usines de caoutchouc. Étudiant la pathogénie et le traitement de ces accidents, Shepard et Krall (*Journ. of industrial hygiene*, mai 1920) sont arrivés aux conclusions suivantes :

Les rashs observés en pareille circonstance se voient sur les régions cutanées exposées, la face, le cou, les bras. Ils sont plus importants en été et chez certains sujets. Considérant la composition de l'urotropine d'une part et de la sueur humaine, d'autre part, on voit que la sueur acide agit sur l'urotropine et produit de l'acide formique, origine de l'irritation cutanée. Il s'ensuit de là une mesure prophylactique, qui s'est montrée efficiente, confirmant la théorie : l'utilité, après

un lavage de la peau, chez les ouvriers atteints des éruptions en question, d'une application de bicarbonate de soude en solution pour neutraliser l'acidité de la sueur et empêcher la formation d'acide formique. Ces applications ou lotions alcalines doivent être répétées plusieurs fois par jour.

L'hyperchlorhydrie chez les enfants.

Selon KESLEY (*medical Record*, 8 mai 1920) il faut penser à l'hyperchlorhydrie chez les enfants à appétit capricieux, qui se mettent à table et cessent leur repas aussitôt, et éprouvent des besoins fréquents de manger entre les repas. Il s'agit d'enfants constipés, anémiques, fatigués, accusant de la flatulence, de malaises et des renvois acides au moment de la digestion. Les poudres alcalines (carbonates de magnésie, de bismuth, bicarbonate de soude) les soulagent.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Le tartrate borico-potassique et ses « succédanés ! ».

(MM. PIERRE MARIE, CROUZON et BOUTTIER. — *Académie de médecine.*)

Il y a quelques mois, M. Pierre Marie recommandait l'emploi du tartrate borico-potassique dans le traitement de l'épilepsie. Il accordait à ce sel une activité égale à l'activité thérapeutique des bromures, sans avoir les inconvénients, bien connus, de ceux-ci.

A la suite de la communication de M. Pierre Marie, le tartrate borico-potassique fut prescrit par de nombreux médecins, mais les résultats des premiers essais ne furent pas toujours retrouvés, tant s'en faut. Etonné, M. Pierre Marie se demanda si les ordonnances remises dans les pharmacies avaient toujours été convenablement exécutées. Il eut l'idée de se rendre compte, par lui-même, de ce qu'il en était. Il chargea un aide compétent de se procurer, dans quinze officines différentes, 15 échantillons de tartrate borico-potassique, dont il fit faire l'analyse chimique. Celle-ci lui donna les étonnantes révélations suivantes :

Aspect. — Sur 15 produits, 12 étaient pulvérulents et 3 seulement se présentaient sous forme de paillettes. Ces 3 derniers se sont trouvés constitués par du tartrate borico-potassique pur.

Identité. — Un échantillon n'était autre chose que de la *gomme arabique* (!) contenant toutefois *des traces* d'acide borique et d'acide tartrique.

Un échantillon était constitué par du *sel de Seignette* (tartrate double de potasse et de soude) !

Neuf échantillons étaient impurs et contenaient une partie de tartrate borico-potassique et pour le reste du bitartrate de potasse (crème de tartre vulgaire).

Quatre échantillons sur quinze étaient conformes et constitués par du tartrate borico-potassique (crème de tartre soluble).

M. Pierre Marie conseille, en conséquence, aux médecins de ne pas trop s'étonner de l'insuccès de la médication, s'ils n'ont pu s'assurer de la qualité du tartrate borico-potassique délivré à leurs malades.

M. BARRIER pense qu'il serait intéressant de saisir de la question le service de la répression des fraudes.

Un projet de création d'un inhalatorium pour gazés.

(M. DOPTER. — *Académie de médecine.*)

M. le ministre de l'Intérieur a demandé à l'Académie de médecine son avis sur la création d'un inhalatorium destiné au traitement des gazés.

Au nom d'une commission composée de MM. Vincent, Achard et Dopter, M. Dopter propose les conclusions suivantes qui sont adoptées par l'Académie :

« Les inhalations médicamenteuses, quand elles sont indiquées pour le traitement des séquelles respiratoires d'intoxication par gaz, peuvent être pratiquées sans difficultés dans les établissements d'assistance, les établissements privés et même au domicile des malades. »

La chirurgie des uretères doubles.

(M. F. LEGUEU. — *Académie de médecine.*)

Les reins à deux uretères sont fréquents, mais jusqu'à ce jour la chirurgie, insuffisamment éclairée par la clinique, a eu rarement à s'occuper de cette difformité. Dans une néphrectomie, en effet, il est difficile, au cours de l'intervention, de bien préciser la partie desservie par l'uretère malade et la partie desservie par l'uretère sain. La cystoscopie peut bien montrer quelquefois 2 orifices et le cathétérisme peut bien faire connaître qu'un des uretères n'offre rien d'anormal alors que le second uretère draine du pus, mais l'étendue du parenchyme rénal atteint reste imprécis.

Cette notion manquante, à savoir le territoire malade, desservi par l'uretère malade, peut être donnée par une radiographie effectuée après injection dans l'uretère lésé et le bassinet d'une solution opaque aux rayons X. M. Legueu donne à cette méthode le nom de *pyélographie*. Elle permet, très avantageusement pour la clinique et la chirurgie, de déterminer la dimension des uretères, leur répartition, la forme et le nombre des bassinets, etc...

La cinnamaïne associée à la cholestérine dans la tuberculose.

(M. BARBARY, de Nice. — *Académie de médecine.*)

M. Barbary signale des essais d'immunisation artificielle de l'organisme tuberculeux à l'aide d'un nouvel agent thérapeutique, la « cinnamaïne associée à la cholestérine ». Il emploie une préparation injectable ainsi formulée :

✦✦✦✦

Cinnamate de benzyle	5 à 10 cgr.
Cholestérine pure	20 cgr.
Camphre	25 cgr.
Huile d'olive pure lavée à l'alcool	5 grammes.

Stériliser à 120°. Pour une ampoule.

Faire une injection tous les deux jours, pendant 20 jours, puis des injections quotidiennes, par cures de dix jours (injections sous-cutanées).

Cette méthode bio-chimique, qui ne vise que les périodes de la tuberculose encore peu éloignées du début, tendrait à une immunisation artificielle de l'organisme tuberculeux.

Une demande du Ministre de la Guerre sur l'incorporation des jeunes soldats.

(*Académie de médecine.*)

Au moment où une nouvelle loi militaire s'élabore devant le Parlement, M. le Ministre de la Guerre, montrant par là tout l'intérêt que le Gouvernement attache aujourd'hui aux questions d'hygiène, demande à l'Académie son opinion sur les points suivants :

1° En ce qui concerne l'âge, vaut-il mieux appeler les classes sous les drapeaux à 19 ans, à 20 ans ou à 21 ans ?

2° En ce qui concerne la saison, quel est le mois ou quels sont les mois les plus favorables pour cet appel ?

3° En ce qui concerne le cas particulier des classes qui ont grandi pendant la guerre ou l'après-guerre, et qui ont subi l'influence des restrictions alimentaires, y a-t-il lieu de craindre une diminution de résistance marquée à l'égard de la fatigue et des maladies ?

L'étude de ces questions a été renvoyée à la section d'hygiène.

Le terrain dans les encéphalites infectieuses.

(M. JEAN LÉPINE. — *Académie de médecine.*)

Un point, relatif à l'encéphalite léthargique, qui n'a pas encore reçu jusqu'à ce jour d'explication suffisante, est celui qui concerne la contagiosité de la maladie. L'encéphalite léthargique, maladie épidémique, est évidemment contagieuse et cependant les cas de contagion signalés par les auteurs ont été très peu nombreux, quant à présent.

M. Jean Lépine explique cette rareté en faisant intervenir la question de réceptivité, de terrain. Pour se développer, la maladie aurait besoin d'un terrain favorable, d'éléments étiologiques préparatoires qui, pour l'auteur, seraient les suivants : la fragilité nerveuse constitutionnelle, le surmenage et l'insomnie, une certaine disposition congestive habituelle, l'établissement des règles (puberté) ou leur cessation (ménopause), une grippe antérieure récente, etc.

M. NETTER a déjà signalé cette prédisposition du système nerveux dans la genèse de l'encéphalite léthargique. On retrouve souvent chez les malades certains stigmates névropathiques, quand on les recherche. Pour ce qui concerne l'influence des troubles de la fonction génitale, M. Netter a noté la fréquence relative et la gravité de l'encéphalite épidémique chez les femmes enceintes.

Les tumeurs secondaires des os.

(M. Pierre DELBET. — *Académie de médecine.*)

M. Pierre Delbet appelle l'attention sur les tumeurs secondaires des os, non pas sur les tumeurs qui se montrent au niveau des os consécutivement à des néoplasmes d'autres organes nettement reconnus, mais sur les tumeurs des os qui semblent primitives et sont en réalité secondaires à des néoplasies viscérales (estomac, foie, etc.) méconnues. Ceci présente un intérêt opératoire de premier ordre, puisque, en pareil cas, toute intervention sur la lésion osseuse est inutile. Il conviendra donc de bien prendre garde à ces néoplasies secondaires des os et d'en rechercher la possibilité avant de prendre le bistouri.

Les colonies de vacances au sanatorium de Zuydcoote (Nord).

(M. E. AUSSET. — *Académie de médecine.*)

Le sanatorium de Zuydcoote, fondé par M. Van Cauwenbergh, s'élève sur la mer du Nord, à 10 km. de Dunkerque. Destiné aux enfants débiles, il a reçu, pendant les vacances de 1920, 1.686 enfants des régions libérées, en trois séries successives venues en juillet, août et septembre. Zuydcoote a été une colonie de vacances placée sous une surveillance médicale régulière, qui a permis d'obtenir, dans cet établissement, les résultats les plus encourageants. M. Ausset rappelle, à ce propos, la bienfaisante intervention des Américains, qui ont assumé les frais de cette œuvre. L'auteur estime — et nous partageons pleinement son avis — qu'il est bon de ne pas oublier ce que nos grands amis les Américains ont fait en France, pendant la guerre et après elle.

P. L.

SOCIÉTÉS SAVANTES DE LYON

Le sirop antiscorbutique du Codex est-il vraiment antiscorbutique ?

(MM. MOURIQUAND et P. MICHEL. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Les auteurs ont provoqué chez le cobaye des lésions osseuses scorbutiques typiques et recherché si l'administration de sirop antiscorbutique était de nature à empêcher l'apparition de ces lésions. Ils reconnaissent que leurs conclusions ne sont valables que pour le cobaye ; il convient toutefois de remarquer que le scorbut du cobaye est calqué sur le scor-

but humain (mêmes causes, mêmes manifestations anatomo-cliniques, mêmes résultats de la thérapeutique). Le sirop antiscorbutique du Codex renferme des feuilles de cochléaria, de ményanthe, du raifort, du cresson, des zestes d'orange amère, un peu de cannelle et de vin blanc, le tout incorporé à du sirop simple après diverses manipulations au cours desquelles la température est portée à 100°. Les auteurs ont soumis leurs cobayes à un régime scorbutigène (orge en grains simplement écrasés, eau distillée, comme boisson) ; ils leur ont donné en même temps 5 à 10 cmc. par jour de sirop antiscorbutique ; les cobayes n'en ont pas moins succombé au scorbut. Les auteurs avaient pris soin de s'assurer : 1° que le sirop antiscorbutique n'était pas toxique par lui-même pour des cobayes soumis à un régime ordinaire ; 2° que le sirop simple du Codex était sans influence sensible sur l'évolution du scorbut chez les cobayes carencés. D'autre part, la ration des cobayes en expérience était suffisante pour que l'inanition ne soit pas en cause.

Appendicite aiguë et tuberculose.

(M. G. Cotte. — *Société nationale de médecine.*)

Les rapports de l'appendicite chronique et de la tuberculose sont bien connus. Plus rares sont les cas où l'on peut retrouver, dans une crise appendiculaire aiguë, l'origine tuberculeuse des lésions. M. Cotte relate l'histoire d'un malade entré dans son service pour une appendicite aiguë classique qui fit sa défervescence le lendemain et qu'il opéra à froid quinze jours après. Il trouva dans le méso un petit ganglion présentant au centre un point de suppuration. L'examen histologique montra qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses : masse caséeuse au centre avec couronne de cellules géantes et de cellules épithélioïdes. L'examen de l'appendice ne fut pas fait. Le malade avait d'ailleurs eu une pleurésie deux ans auparavant et avait été amputé par l'auteur d'un spina ventosa.

Hautes doses de cacodylate de soude dans le traitement de l'eczéma et de quelques dermatoses.

(MM. L.-M. Bonnet et Morénas. — *Société des Sciences médicales.*)

Cette méthode a été préconisée récemment par M. Ravaut. Les auteurs l'ont appliquée dans deux cas de prurigo et 5 cas d'eczéma avec plein succès. Les doses doivent atteindre rapidement 1 gramme par jour, en injections intraveineuses. La méthode n'a donné lieu à aucun accident, et a réussi dans des cas rebelles, et particulièrement dans des cas où le prurit était intense.

A. Chabanon.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Le traitement du pian par le sulfarsénol,

Par le Dr P. Noel.

Médecin-major des troupes coloniales.

Les succès obtenus dans le blanchiement de la syphilis par l'arsénobenzol (606) devaient encourager à en éprouver l'efficacité dans d'autres maladies infectieuses, et, en particulier, dans les maladies causées par des protozoaires.

Le *Pian* ou *Frambœsia* est une de ces maladies. Affection cutanée endémique des pays chauds, elle est caractérisée par l'apparition sur la face, le cou, le cuir chevelu, la poitrine, certaines muqueuses, après une période prodromique où l'état général est touché, de taches ou de pustules brunes de dimension variable, qui grossissent peu à peu, s'ulcèrent, suintent, et se recouvrent de squames croûteuses jaunâtres. Le pian est causé par un tréponème très voisin de celui de la syphilis.

C'est principalement dans le traitement du pian qu'on était en droit d'en escompter de bons résultats, la grande analogie clinique de cette affection avec la syphilis, la parenté des parasites qui les causent, la curabilité similaire par les traitements iodo-mercuriel et arsenical (atoxyl), permettaient d'espérer une même action remarquable du nouveau médicament.

Il semble que les premiers essais publiés aient été ceux d'Aldo Castellani, à Ceylan en 1910 (1) suivis de près par ceux de R. Strong, de Manille (2).

Ces essais étaient si encourageants que ces auteurs pouvaient proclamer que c'était là le véritable traitement spécifique du pian.

De nombreuses publications surgirent de tous côtés, confirmant ces résultats et donnant la technique employée par les différents auteurs.

C'était l'époque où l'on employait d'emblée une très forte dose, visant à la stérilisation par une seule injection. Puis, il se fit une réaction, causée par quelques accidents plus ou moins graves, et on en vint, comme pour la syphilis, aux doses progressives par lesquelles on guérissait le pian en 2, 3 ou 4 injections.

La découverte successive d'autres dérivés arsénobenzéniques entraîna, au fur et à mesure, leur utilisation dans le pian.

Le néosalvarsan (914) et le galyl (3), à cause de la technique plus simple de leur adminis-

(1) The use of Erlisch's 606 in framboësia. *Archiv. f. ch. u. Tropen Hyg.*, 1911, vol. XV n° 1.

2) Die sperzifische Behandlung von Framboësie mit Dioxydiamidoarsenobenzol (606). *Ibid.* vol. XV n° 6.

(3) Le Roy des Barres.

tration, supplantèrent bientôt le 606, et constituent actuellement l'arsenal ordinaire contre le pian, se substituant complètement au mercure et aux iodures dont les résultats sont lents, et, à vrai dire, inconstants.

C'est à ces deux préparations que nous avons le plus souvent recours, n'ayant obtenu des arsenicaux moins énergiques (cacodylate, hectine) que des résultats insuffisants, bien que réels.

L'apparition d'un nouveau sel de cette série, le sulfarsénol (1) dont nous avions pu constater les bons résultats dans la syphilis et dont on publiait également l'efficacité dans diverses autres maladies à spirilles (fièvre récurrente, angine de Vincent), à autres protozoaires (paludisme, leishmanioses, trypanosomiase), ou à virus inconnu (variole), devait naturellement amener à s'en servir dans le traitement du Pian.

Ce qui nous a surtout poussé à expérimenter l'effet de ce sel dans la thérapeutique de cette maladie (effet que l'on pouvait escompter *a priori* par analogie), c'est qu'il présente sur les autres arsenobenzènes l'avantage de pouvoir être administré dans de bonnes conditions de tolérance et d'efficacité par les voies intramusculaire (2) et sous-cutanée (3), ce qui peut être précieux dans les cas où les injections intraveineuses sont très difficiles, parfois même impossibles, notamment chez les enfants qui sont souvent atteints de pian dès leur premier âge, ou chez certains adultes dont l'éruption cutanée très abondante est presque confluente au pli du coude et autres endroits où les veines sont le plus accessibles.

Nous avons traité par le sulfarsénol 30 cas de pian. Mais les rèsultats n'ont pu être suivis jusqu'au bout que dans la moitié des cas, certains malades, après une ou deux piqûres, se contentant de l'amélioration obtenue et cessant de venir, bien que non guéris ; d'autres ayant reçu plusieurs piqûres et vraisemblablement guéris, nétant pas revenus faire constater le résultat ; d'autres enfin, par pénurie de sulfarsénol, ayant dû achever leur cure par d'autres médicaments.

Les malades traités se répartissent en 17 du sexe masculin et 13 du sexe féminin, dont 16 âgés de moins de 15 ans.

Beaucoup étaient atteints depuis longtemps, six mois et plus, et un certain nombre avaient été observés par nous depuis plusieurs mois, soit qu'après un début de thérapeutique, ils aient cessé de venir se faire soigner, soit que, démuni pendant un certain temps de médicaments actifs, nous ayons tenté, sans d'ailleurs obtenir de résultats très appréciables, le traitement par d'autres médicaments, en particulier, iodure de potassium et sels mercuriels.

L'éruption sur certains de ces malades était extrêmement abondante, presque confluente, surtout dans les cas déjà anciens.

Toutes les formes cliniques et toutes les localisations s'y trouvaient représentées, avec, bien entendu, prédominance à la face et aux plis articulaires. Les muqueuses buccale, nasale ou conjonctivale étaient atteintes dans 12 cas.

Les doses à administrer pour obtenir un résultat complet avec un minimum d'injections, ont donné lieu à un certain nombre de tâtonnements, malgré l'expérience déjà acquise par le traitement du pian au moyen du novarsénobenzol ou du galyl.

Il ne nous a pas paru avantageux d'espacer par trop les injections, et un intervalle de trois jours entre les piqûres nous a semblé donner les meilleurs résultats.

Galonnier (1) a montré que le maximum d'élimination arsenicale se produit en général entre la 3e et la 20e heure après administration intraveineuse, un peu plus tard après administration intramusculaire.

En faisant une injection tous les 3 jours, il n'y a donc pas à redouter d'accidents d'accumulation, et l'agent pathogène, attaqué par ces vagues d'assaut rapprochées, n'a pas le temps d'acquérir une arséno-résistance entravant l'action thérapeutique. Le résultat est atteint plus rapidement et plus économiquement.

La guérison s'est, en général, produite après 3 ou 4 piqûres représentant, pour un adulte, un total de 0 gr. 90 à 1 gr. 80, soit environ 1 cgr. 5 à 3 cgr. par klo de poids vif.

Pour les enfants, une dose totale de près de 3 cgr. par kilogramme a été nécessaire.

Le médicament a été administré ordinairement par voie intraveineuse. Cependant, nous avons utilisé la voie sous-cutanée pour les enfants en bas-âge, chez qui ce fut une réelle simplification. Ce mode d'administration du médicament a été très bien supporté.

Quelle que soit la voie employée, il n'a donné lieu à aucun accident, ni immédiat, ni tardif.

---

(1) Lévy-Bing, Lehnoff-Wyld et Gerbay. — Un nouveau composé arsenical : le sulfarsènol. *Annales des mal. vén.*, n° 9 (1919).

(2) Lévy-Bing et Gerbay. — Essai d'une thérapeutique arsenicale intramusculaire. *Ann. des mal. vén.*, janvier 1920, p. 15.

Yernaux et Bernard. — Contribution au traitement de la syphilis par le sulfarsénol. *Le Scalpel*, décembre 1919, p. 593.

L. Chatellier. — Le traitement de la syphilis et de quelques dermatoses par le sulfarsénol intramusculaire. *Toulouse méd.*, mars 1920, p. 176.

(3) Emery et Morin. — Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées d'arsénobenzènes (*Bull. méd.*, 16 juin 1920).

(1) Recherches sur l'administration et l'élimination du sulfarsénol au cours de la syphilis. *Thèse Toulouse* 1920.

Nous avons pu cependant remarquer très nettement dans un cas — et plusieurs de nos malades nous ont signalé aussi — une activation des lésions cutanées et muqueuses se produisant le lendemain ou le surlendemain de la première piqûre, se traduisant par une poussée congestive au niveau des tumeurs pianiques qui semblent grossir, suintent davantage et sont plus douloureuses (par exemple, un élément plantaire interdisant la marche pendant 24 heures).

Nous avons constaté aussi quelquefois cette réaction de Herxheimer dans des cas traités par le novarsénobenzol.

Nous avons adopté la méthode des doses progressives, en commençant par une dose faible pour tâter la susceptiblité du malade, et en augmentant de 0 gr. 12 chaque piqûre.

Autant que l'on peut mettre en formule un traitement demandant à être surveillé et adapté à chaque cas, nous donnerons le schéma suivant comme traitement type d'un adulte du poids moyen de 60 kilos.

1er jour .. 0 gr. 18
4e jour ... 0 gr. 30
7e jour ... 0 gr. 42
Et 10e jour . 0 gr. 54 ou 0 gr. 60, si la guérison n'est pas encore complète.

Pour un enfant de 6 mois nous administrerons 0 gr. 06, 0 gr. 06, 0 gr. 12 et, au besoin, une de - nière dose de 0 gr. 12.

Dans ces conditions la disparition totale et définitive de la maladie peut être obtenue en une quinzaine de jours.

La guérison se produit toujours de la même manière. Rapidement, on voit les lésions se dessécher et s'affaisser ; chaque tubercule pianique humide et suintant devient sec, perd sa croûte, prend un aspect verruqueux, papillomateux, corné, avec sillons très nettement marqués entre les digitations, passant de l'aspect d'une tumeur mûriforme à celui d'un choufleur. Puis, les papilles s'atténuent, il n'y a bientôt plus qu'un quadrillage rugueux de la peau, et enfin une tache pigmentée qui peut persister assez longtemps.

Quant aux lésions des muqueuses, elles perdent leur relief et s'effacent sans laisser de traces.

L'hyperpigmentation cutanée consécutive à la guérison des tubercules pianiques ne semble pas plus accentuée après la cure arsenicale que celle laissée par leur disparition spontanée ou à la suite de traitements non arsenicaux.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

AUX ÉDITIONS DE LA NOUVELLE REVUE FRANÇAISE

M. Louis Farigoule, agrégé de l'Université.

La vision extra-rétinienne et le sens paroptique ; recherches de psycho-physiologie expérimentale et de physiologie histologique. In-8o de 107 pages.

L'on sait qu'il est d'usge d'attribuer aux ménisques de Ranvier (ou expansions hédériformes), les formations nerveuses qui se trouvent dans l'épiderme, un rôle dans la sensation tactile : attribution qui leur a d'ailleurs été donnée de façon toute gratuite.

M. Louis Farigoule, dans une série d'expériences de laboratoire qui forment un travail considérable, vient de reprendre la question sous un aspect nouveau qui l'a conduit à des conclusions du plus haut intérêt.

En expérimentant sur des sujets en état d'hypnose, il s'est rendu compte que l'application sur les yeux d'un bandeau épais et d'une opacité absolue, avec toutes les précautions nécessaires, n'empêchait pas la vision, (et même la lecture) ni la perception des couleurs. Par une série de procédés rigoureusement à l'abri de toute critique, il a établi que cette perception ne dépendait ni du tact (texte placé entre deux verres) ni d'aucun autre sens, et qu'il était impossible d'invoquer aucune hypothèse télépathique, puisqu'un écran arrête les phénomènes. A la suite d'une série d'expériences, il est arrivé à établir qu'il s'agit d'une perception par organes microscopiques qui sont précisément les ménisques de Ranvier. On sait que ceux-ci comportent une grosse cellule ovalaire avec noyau réfringent derrière laquelle les expansions nerveuses forment un rudiment de rétine, les groupes de ménisques, prenant en somme ainsi la signification d'yeux composés pareils à ceux des insectes.

Des expériences subjectives et des essais de vision extra-rétinienne chez les aveugles terminent ce travail important qui ouvre aux recherches physiologiques, et peut-être à la médecine, certaines voies entièrement neuves.

G. S.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Acta, non verba.

Que d'exclamations jetèrent certains confrères sur « l'abandon », que nous avions consenti, du tarif Dubief avec 100 % de majoration, pour le remplacer par un tarif Breton, désastreux pour le praticien ! Nous avions beau répondre que le 100 % n'était que provisoire et qu'il avait même failli être abandonné avant la signature du nouveau tarif ; qu'importe ? Nous avions lâché la proie Dubief pour l'ombre Breton. Des confrères l'avaient même prouvé par des statistiques et des tableaux dont auxquels ... Bref ! C'était l'abomination de la désolation.

Et voilà que, tout doucettement, les *faits* viennent peu à peu démontrer qu'il n'y a pas que Don Quichotte pour lutter, flamberge au vent, contre les moulins ... de la galette. Eh oui ! chers amis, de la blonde galette, de celle que répandent si parcimonieusement les assureurs qui, vous en conviendrez, ne lâchent jamais la proie pour l'ombre. Le tarif Breton est-il vraiment si favorable pour eux ? ... *Acta, non verba.* Aux exclamations de certains, qu'on me permette d'opposer, non des paroles, mais un *acte* qui semblera, à quiconque sans parti-pris, avoir une certaine valeur probative.

C'est la lettre suivante que me communique un de nos confrères et que je trouve intéressant de publier dans le *Concours*. La voici :

Paris, le 12 novembre 1920.

Monsieur le Docteur,

Nous avons l'honneur de vous accuser réception de votre note d'honoraires que vous nous avez adressée, pour soins donnés au sieur C..., qui aurait été blessé, le 9 septembre 1920, au service de Madame Veuve P..., à M..., notre sociétaire.

Nous croyons devoir vous signaler immédiatement une erreur qui a été commise dans l'application faite par vous à ce sinistre du tarif fixé par l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920. Il est indiscutable que ledit tarif vise exclusivement les accidents régis par la loi du 9 avril 1898.

Or, vous le savez, cette loi n'est pas encore étendue à l'agriculture. Par conséquent le tarif sus-visé ne peut servir de base pour les frais médicaux afférents à l'accident C....

Pour éviter toutes difficultés avec le corps médical, et tenant compte de l'augmentation du prix de toutes choses, notre Société a accepté de prendre comme base des honoraires dus à Messieurs les médecins, le tarif Dubief majoré de 100 %. Par contre, il nous serait impossible de supporter les charges nouvelles créées par le tarif du 8 juillet 1920 qui, nous le répétons, ne peut être invoqué dans l'espèce. Nous sommes donc prêts à régler ce sinistre en conformité du tarif Dubief majoré de 100 %. Nous sommes convaincus, que de votre côté, vous accepterez de nous faire l'application dudit tarif, de façon à ce que le règlement des frais médicaux puisse se faire facilement et sur une base équitable.

Par application de ce tarif, vos honoraires pour l'accident C...., s'élèveraient à 74 fr. 65, et nous sommes tout prêts à vous adresser cette somme, dès que vous nous aurez autorisés à le faire.

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, l'expression de nos sentiments les plus distingués.

L'un des Co-Directeurs,
R. D.

Ainsi, voici une compagnie d'assurances qui, parce qu'elle en a le droit en l'espèce, alors qu'il s'agit d'un accident agricole, non régi par la loi du 9 avril 98, refuse l'application du tarif Breton et lui préfère le tarif Dubief agrémenté de 100 % !!

Don Quichotte penserait, sans doute, que la compagnie, reconnaissant le mal que s'est donné le confrère auprès du blessé, a voulu lui accorder le tarif le plus rémunérateur, craignant que le tarif Breton ne l'honore pas suffisamment. Sancho Pança serait capable d'insinuer que, suivant lui, c'est plutôt parce que la compagnie trouve son avantage au tarif Dubief même avec le 100 %.

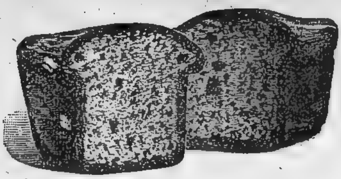
Je n'ose trancher moi-même ce différend. J'en laisse le soin aux petits neveux du héros de Cervantès, auxquels je viens demander humblement leur avis.

Dr F. DECOURT.

CHRONIQUE DE L'ASSISTANCE

Le service médical de l'A. M. G. dans l'Aisne.

Je viens de recevoir de la préfecture de l'Aisne, le règlement nouveau d'assistance substitué à l'abonnement honteux, règlement qu'ont élaboré courageusement avec le Conseil général, nos confrères Lemarchal, président et Couture, vice-président du Syndicat. A la première comme à la dernière ligne du papier administratif à signer, la crampe des écrivains m'a crispé la main : je n'ai pu même que parcourir, sans l'analyser vraiment, le règlement pro-



(2)

DIABÈTE

PAIN FOUGERON

AVEC MIE — FRAIS — EXQUIS

37, rue du Rocher. — PARIS

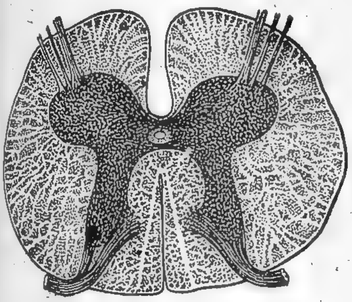
ACIDE THYMINIQUE — UROTROPINE — LYSIDINE

URALYSOL

DIATHESE URIQUE

Littérature et Echantillons : LABORATOIRE de THÉRAPIE BIO-CHIMIQUE, 159, Av. de Wagram, Paris

---



« Le *Fosfoxyl* est, pour les dépressions nerveuses, ce qu'est la Digitale pour celles du cœur. »

Indications du FOSFOXYL :

Algies, Asthénies
Morbidesse, Dépressions, Psychasthénie.

Neurasthénies
Fatigues cérébrales, Angoisses

Décheances organiques
Mal[dies] de la Nutrition, Rachitisme

Impuissance
Epuisement nerveux.

Médication phosphorée nouvelle

Spécifique de la DÉPRESSION NERVEUSE et MENTALE

Fosfoxyl Carron

(C^{10} H^{15} Ph O^2 Na^2)

Phosphore colloïdal assimilable

Le plus Actif — Non Toxique

Véritable aliment de la cellule nerveuse

Nombreuses Attestations et Références Médicales.

Echantillon et Littérature : Laboratoires B. CARRON, 40, Rue Milton, Paris (9e).

posé. La question préjudicielle de l'obligation ferme et précise vaut seule pour moi. Phobie du fonctionnarisme, exaltation de la liberté noble de notre art ? ou flair avisé du vieux guetteur de la tranchée ? Je me permets de vous demander à ce sujet opinion et conseil.

Il va sans dire que je voudrais sincèrement m'être mépris sur le danger que je signale, et qui vraiment m'obsède.

Le nouveau règlement d'assistance comporte essentiellement : 1° un engagement préalable précis, 2° (article II) une obligation formelle, à peine tempérée par un délai, de donner les soins *requis* ; 3° des sanctions enfin, consacrant le caractère impératif et la vigueur exécutoire du document.

Formule d'engagement.

Je soussigné, médecin à , après avoir pris connaissance du règlement départemental en date du 21 *juin* 1920, *sur la nouvelle organisation et le fonctionnement du service d'A. M. G. dans l'Aisne, à partir du* 1er *janvier* 1921.

Déclare y donner ma complète adhésion et m'engage par suite à donner les soins nécessaires, conformément à ce règlement, aux bénéficiaires de la loi du 15 *juillet* 1893, *toutes les fois que mon intervention sera réclamée.*

Des sanctions ! Le mot repris, retourné, radouci, demeure dur à mes oreilles. Et ne croyez pas, je vous prie, à une révolte juvénile d'amour-propre : ajoutez seulement aux sanctions, leur légitime contre-partie : les promotions, et vous n'avez plus rien à envier aux heureux *fonctionnaires* de l'assistance médicale gratuite du département.

Le tarif à la visite, au kilomètre, à l'intervention médico-chirurgicale ; c'était le nôtre dans la Marne, et le règlement qui nous a été communiqué comportait essentiellement un tarif plus une nomenclature pharmaceutique. D'obligations, d'engagement signé, de nomination officielle, aucune ! jamais ! Et je souhaite au département de l'Aisne aussi peu de difficultés ou d'incidents que j'en ai jamais connus dans la Marne. Vous savez aussi bien ou mieux que moi qu'on veut et qu'on prétend dès longtemps fonctionnariser un jour la médecine. Voilà, pour toutes les conséquences éloignées ou prochaines, beaucoup plus encore que pour celles immédiates, la question qui véritablement étreint ma pensée et ma main devant un bordereau d'envoi.

Dr V.

Réponse.

La formule d'accession au contrat de louage de services, pour les soins à donner aux malades assistés de votre département, est parfaitement justifiée et ne doit pas provoquer, de votre part, la crainte d'une fonctionnarisation plus ou moins déguisée.

C'est au contraire un acheminement vers le contrat collectif de travail entre collectivités et syndicats médicaux.

Actuellement, mettant en exécution les délibérations du Conseil général, le préfet arrête un service médical et accepte d'avance la collaboration de tous les docteurs, qui consentiront à donner des soins aux conditions stipulées. Personne n'est donc forcé d'accepter ; mais, si l'on veut comprendre les indigents, dans sa clientèle, il faut accéder aux conditions offertes.

Le mot sanction sonne dur à vos oreilles, dites-vous. Et cependant tout contrat doit comporter des sanctions, au cas où la convention n'est pas ou est mal remplie. Remarquez d'ailleurs que ces sanctions sont prévues d'avance et ne sont applicables qu'après entente du médecin présumé fautif, par la commission de contrôle.

Au reste, nos syndicats médicaux ont des statuts qui comportent bien des sanctions, au cas où un confrère viendrait à faillir à la parole donnée.

Les sanctions ne s'appliquent jamais à une faute commise par erreur, mais s'il y a mauvaise foi, si le délit a été commis en toute connaissance de cause, il est bien juste qu'une pénalité vienne atteindre le coupable, sinon la faute de l'un rejaillirait sur toute la corporation.

En tous cas, personnellement, je préfère signer un engagement que d'être censé l'avoir signé, en consentant à faire le service (comme cela existe dans beaucoup de règlements départementaux). Je préfère également que des sanctions me protègent contre les mauvais confrères, qui, par leurs abus, empêchent toujours qu'on puisse faire crédit aux médecins, pour l'organisation d'un service médical quelconque. Si j'ai la résolution d'accomplir mon travail professionnel avec toute la correction voulue, que m'importent les sanctions : elles ne me seront jamais applicables.

Ce qui me paraît le plus intéressant, dans ce règlement, c'est l'article 3, par lequel le préfet montre son intention bien nette de voir les médecins collaborer à la confection des listes des assistés. C'est une excellente mesure, qui n'est pas obligatoire, aux termes de la loi du 15 juillet 1893, mais qui permet aux praticiens de réclamer contre certaines inscriptions à but plus électoral qu'humanitaire.

Au contraire, je critique le 6° du titre II (visites). Si le visa du maire n'est pas apposé sur la feuille de maladie, le médecin doit s'abstenir de visiter le malade. Qui, dans ce cas, doit payer le déplacement du docteur ?

Sous ces réserves, votre règlement que nous publions intégralement ci-dessous, constitue un progrès sur ce que vous aviez auparavant : il faut donc vous en féliciter, en attendant mieux.

Dr Paul Boudin.

Règlement sur l'Assistance médicale gratuite, *adopté par le Conseil général de l'Aisne, dans* sa séance du 5 mai 1920, et abrogeant le Règlement préfectoral du 31 octobre 1894.

TITRE PREMIER

Service médical.

ARTICLE PREMIER.

Le service médical est confié aux médecins qui acceptent de l'assurer dans les conditions prévues au présent règlement.

Dans le cas où un médecin ne se conformerait pas au règlement, ou si des fautes graves étaient relevées à son encontre, son exclusion du service d'assistance médicale gratuite pourrait être prononcée par le préfet, sur avis conforme du Comité départemental de contrôle de l'Assistance médicale gratuite.

ART. 2.

Les médecins ayant adhéré au présent règlement, sont tenus, en cas d'appel, de se rendre auprès du malade dans un délai maximum de vingt-quatre heures et, en cas d'indication spéciale, dans le plus bref délai.

Art. 3.

Toute liberté est laissée aux assistés pour le choix du médecin. Toutefois, l'obligation de se rendre à l'appel du malade n'existe que pour les médecins ou sages-femmes les plus rapprochés.

Le malade peut se présenter à la consultation d'un praticien quelconque du service départemental de l'Assistance médicale gratuite.

Le médecin de l'Assistance médicale gratuite, non tenu de se rendre à l'appel du malade dans les conditions qui précèdent, a la faculté de donner les soins qui lui sont demandés, mais ses frais de déplacement ne seront remboursés que dans la limite fixée par l'article 9.

ART. 4.

Le malade ne doit être envoyé à l'hôpital que s'il y a impossibilité absolue de le soigner à domicile.

Le bon d'admission délivré par le médecin, et contresigné par le maire, président dn bureau d'assistance, doit expressément mentionner les raisons de cette impossibilité. Il indique l'hôpital sur lequel le malade doit être dirigé, dans les conditions fixées à l'article 20 ci-après.

ART. 5.

Lorsque les bureaux d'assistance se réuniront pour établir ou reviser la liste d'assistance, le médecin, qui a l'habitude de visiter les assistés dans la commune, devra être régulièrement convoqué.

Les présidents des bureaux d'assistance fixent la date des séances, après s'être mis d'accord avec les médecins intéressés, de façon que l'un d'eux au moins puisse assister à la séance.

TITRE II

Soins médicaux.

ART. 6.

1° Les soins médicaux comprennent la consultation qui a lieu au domicile du médecin ou la visite qui a lieu au domicile du malade ;

Consultations.

2° Lors qu'un assisté a besoin d'une consultation, il se fait délivrer par le maire de sa commune un bon de consultation, extrait d'un registre à souche. Ce bon porte un numéro ; il est remis par l'assisté au médecin qui doit le produire à l'appui de son compte. Si le médecin délivre les médicaments, il doit prendre soin d'inscrire sur le bon de consultation le numéro de l'ordonnance délivrée ;

3° Pour les accouchements, le maire délivrera au nom de la sage-femme une feuille de maladie sur laquelle sera inscrite la mention : Accouchement ;

Visites.

4° Lorsque l'état de santé d'un assisté réclame des soins à domicile, le représentant du malade se rend à la mairie et se fait délivrer une feuille de maladie ;

5° Le médecin choisi ne pourra être changé pendant le cours de la maladie.

Il est appelé par le représentant du malade qui lui remet la feuille de maladie. En tête de celle-ci, le médecin inscrit très lisiblement son nom ; lors de la visite, dans la colonne 2, le numéro de l'ordonnance, s'il délivre des médicaments, et la mention néant dans le cas contraire ; dans la colonne 3, la mention prévue au § 7 du présent article ; dans la colonne 4, il appose sa signature ;

6° Le médecin, lors d'une visite ultérieure, devra vérifier si sa précédente visite a été visée par le maire de la commune qui a délivré la feuille de maladie ; il s'abstiendra de voir le malade si ce visa n'a pas été apposé. Les visites qui ne porteront pas le visa du maire ne donneront lieu à aucune rétribution ;

7° L'indemnité kilométrique prévue ne sera acquise que pour une seule visite faite dans l'agglomération habitée par le malade. Elle ne sera pas accordée pour les autres visites. Pour la première visite, le médecin portera dans la colonne 3 de la feuille de maladie la mention : *avec déplacement* ; pour les suivantes, la mention : *sans déplacement* ;

8° La visite à un assisté dans une commune par un médecin qui a déjà visité, au cours du même voyage, un malade payant ne donne pas droit à l'indemnité kilométrique ;

9° En cas de visite dans deux ou plusieurs communes voisines, l'indemnité kilométrique sera calculée sur la distance séparant la commune de l'assisté de la dernière commune visitée, et non du point d'attache du médecin le plus proche ;

10° Après chaque visite, le représentant du malade se rend à la mairie pour faire viser la feuille de maladie. Le maire reporte sur la souche les indications inscrites par le médecin sur la feuille de maladie et il appose ensuite sa signature dans la colonne 5 ;

11° Quand le médecin juge qu'il n'a plus à revoir le malade, il se fait remettre la feuille de maladie régularisée par le visa du maire, afin de la produire en justification de son mémoire.

Délivrance des médicaments.

ART. 7.

Chaque médecin ayant adhéré au présent règlement recevra un carnet d'ordonnances numérotées. Lorsque ce carnet sera près d'être épuisé, il en informera la Préfecture (3e division) qui lui adressera un nouveau carnet. De son côté, le médecin, une fois le précédent carnet épuisé, en remettra immédiatement la souche à la mairie de sa résidence, qui la renverra à la Préfecture (3e division).

Le médecin devra détacher les ordonnances dans l'ordre de leur numérotage et les dater très lisiblement. Le Comité départemental de contrôle de l'Assistance médicale gratuite serait appelé à proposer les sanctions prévues au § 2 de l'at. 1er contre les médecins qui n'observeraient pas rigoureusement cette règle formelle.

Le médecin devra s'attacher à ne prescrire que les médicaments qui, sans être pour cela moins efficaces, sont les plus simples et les moins coûteux, soit par leur nature, soit par la forme dans laquelle ils sont employés.

Les prescriptions seront écrites entièrement à l'encre de la main du médecin, et aussi lisiblement que possible.

Toute ordonnance qui ne sera pas détachée du carnet à souche délivré au médecin ne sera pas valable.

Opérations de petite chirurgie.

ART. 8.

Pour les opérations de grande chirurgie, le malade devra toujours être hospitalisé. Les opérations de petite chirurgie donneront lieu, au profit du médecin qui les aura pratiquées, à une rétribution fixée par le tarif initial des accidents du travail, dit Tarif Tubief, augmenté de 75 %, et par la suite, d'après le tarif officiel des accidents du travail en vigueur au 1er janvier de l'année en cours, réduit de 25 %.

Honoraires et indemnités de déplacements.

ART. 9.

Le prix des soins médicaux est fixé comme suit :
2 francs par consultation ;
2 fr. 50 par visite de jour ;
5 francs par visite de nuit.

Les déplacements donneront lieu à l'attribution d'une indemnité de 2 francs par kilomètre à l'aller seulement, *de jour ou de nuit*; toute fraction de 500 mètres et au-dessous sera négligée, toute fraction supérieure sera comptée pour un kilomètre, la distance s'entendant du domicile du médecin au domicile du malade.

Les frais de déplacement des praticiens non tenus, en vertu de l'article 3, de se rendre à l'appel du malade ne seront alloués que jusqu'à concurrence de l'indemnité qui serait due au médecin le plus rapproché.

Le médecin n'aura droit à l'indemnité kilométrique que dans les conditions prévues au § 7 de l'art. 6.

Accouchements.

ART. 10.

S'il existe des sages-femmes dans la commune ou dans les communes voisines distantes de 12 km. au maximum, du lieu de leur résidence, ces sages-femmes sont chargées du service des accouchements. Le médecin ne pourra être appelé, sauf le cas où il n'y aurait pas de sage-femme à proximité, que sur la demande de la sage-femme qui aurait estimé son intervention nécessaire.

Les honoraires prévus pour les accouchements sont les suivants :

Accouchement simple	25 fr.
— gémellaire	30 —
— compliqué (forceps, version, délivrance artificielle)	50 —

Indemnité kilométrique et visites consécutives en sus.

En ce qui concerne les sages-femmes, la rétribution est fixée ainsi qu'il suit :

Indemnité kilométrique : 1 franc à l'aller seulement.

Visites : 1 fr. 50.

L'appel du médecin ou de la sage-femme donnera lieu à la délivrance d'une feuille de maladie portant la mention : *Accouchement*.

Les visites consécutives donneront lieu aux formalités énumérées dans les paragr. 5 à 9 de l'art. 6

Fournitures pharmaceutiques.

ART. 11.

Les pharmaciens du département, désireux de participer au service de l'Assistance médicale gratuite, doivent avoir accepté le présent règlement.

ART. 12.

Les malades peuvent s'adresser à tous les pharmaciens ayant adhéré au présent règlement.

ART. 13.

Les substances pharmaceutiques, accessoires et objets de pansements, sont, sous réserve des exceptions mentionnées à l'art. 14, payés aux pharmaciens, fournisseurs du service, au prix du tarif établi par l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France, et édité par la Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine, à l'usage des Œuvres d'assistance et de prévoyance sociales.

Les bulletins de variations de ce tarif seront applicables dans le département, en matière d'assistance médicale gratuite. Les nouveaux prix entreront en vigueur à partir du 1er juillet ou du 1er janvier suivant la date à laquelle ils auront été publiés.

Le tarif comportera un rabais uniforme de 10 %.

ART. 14.

Les médecins pourront prescrire les produits ci-après utilisés pour le traitement des maladies vénériennes :

a) Solution injectable de benzoate et biiodure de mercure à 1 % en flacons de 20 cc. ;
b) Ampoules de novarsénobenzol (914) et ampoules d'eau distillée ;
c) Ampoules de galyl (1.116) et ampoules d'eau carbonatée correspondantes ;
d) Emulsion huileuse injectable de calomel à 5 % au gaïacolloïde en flacons de 5 à 10 cc. ;
e) Suppositoires à 0.03 centigr. de mercure métallique ;
f) Pilules gommeuses d'un centigr. de sublimé ;
g) Santal pur en grosses capsules d'un gramme ;
h) Protargol.

Le prix de ces médicaments sera fixé ultérieurement par le Comité départemental de contrôle de l'Assistance médicale gratuite.

Est interdite formellement la délivrance aux assistés : des vins de coca, de colombo, créosoté ou grenache, de gentiane, de grenache iodé, de kola, de malaga, de peptone et de pepsine, de quassia, de quinquina, etc., qui peuvent être remplacés par des extraits fluides, des eaux minérales et de toutes les spécialités.

La quantité des sirops, quels qu'ils soient, que peut prescrire le médecin est limitée à 300 grammes par ordonnance.

Le quinquina jaune ou gris doit être prescrit à l'exclusion du rouge. A défaut de spécification précise sur l'ordonnance, c'est le prix du quinquina gris qui sera décompté.

Le prix de la douche d'Esmarcn (douche complète) est fixé à 12 francs.

Pour le remplacement du tuyau en caoutchouc *avec robinet*, il sera décompté 4 francs. Ces derniers prix peuvent être modifiés, suivant les circonstances, par une décision du Conseil départemental de contrôle du service.

Le prix des bouteilles est fixé par le tarif de l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques, déjà visé.

ART. 15.

Les pharmaciens ne doivent exécuter que les ordonnances établies sur les imprimés réglementaires.

Les ordonnances comportant la délivrance de substances toxiques des tableaux A et B (décret du 14 sept. 1916) ne seront pas produites à l'appui du compte du pharmacien ; elles seront remplacées par une copie certifiée conforme par le pharmacien.

Les ordonnances qui ne seront pas établies sur imprimés réglementaires ou celles qui porteront des ratures ou surcharges non approuvées par le médecin ne seront pas valables.

Cette dernière règle sera rigoureusement appliquée et, en aucun cas, les ordonnances irrégulières ne seront payées.

ART. 16.

Appareils orthopédiques et prothétiques.

Pour la fourniture des appareils orthopédiques et prothétiques, le médecin établit un certificat décrivant l'appareil et faisant connaître son prix approximatif.

Ce certificat est produit à l'appui de la demande adressée à la Préfecture par l'intéressé.

Comptabilité et dépenses.

ART. 17.

Pour obtenir le paiement des sommes qui leur sont dues, les médecins, pharmaciens ou sages-femmes devront, pour chacune des communes desservies par eux, établir leurs mémoires, en double exemplaire, sur les imprimés réglementaires qui leur seront fournis et les adresser à la Préfecture par l'intermédiaire du maire de la commune, qui en donnera décharge et, après vérification, les revêtira de son visa.

Les médecins auront à produire des mémoires à part pour les opérations de petite chirurgie. Ce mémoire sera doublé d'un rapport justificatif contenant tous les détails sur la nature des opérations effectuées ,avec la date des opérations. Ces rapports seront adressés, aux mêmes dates que les mémoires, au délégué des médecins à la Commission de contrôle, désigné pour les centraliser.

Les mémoires devront être produits aux dates suivantes :

Du 1er au 5 juillet (délai de rigueur) pour les six premiers mois de l'année ; du 1er au 5 janvier (délai de rigueur) pour les six derniers mois.

Les mémoires des médecins ou sages-femmes devront être accompagnée des bons de consultations ou des feuilles de maladies.

Ceux des pharmaciens devront être accompagnés des ordonnances. Les médecins qui auront fourni des médicaments dans les conditions prévues par la loi sur l'exercice de la pharmacie devront, pour les fournitures, produire des mémoires à part, en double exemplaire. Ces mémoires devront être établis par commune.

Tout mémoire qui ne sera pas déposé à la maire dans le délai imparti à cet effet sera rejeté.

Secours hospitaliers.

ART. 18.

Dans le cas où il y a impossibilité absolue de soigner utilement un malade à domicile, il est envoyé à l'hôpital auquel la commune est rattachée, suivant le tableau des circonscriptions hospitalières.

ART. 19.

L'admission du malade à l'hôpital n'aura lieu que sur la production du certificat prévu à l'art. 4 du présent règlement.

Ledit certificat sera visé par le maire de la commune du domicile du malade, en sa qualité de président du bureau de l'Assistance, ou par son délégué en cette dernière qualité. Les frais d'hospitalisation seront payés à la fin de chaque trimestre, sur présentation des états de frais de séjour accompagnés des bons d'hospitalisation.

ART. 20.

Le médecin traitant, sauf le cas d'opérations chirurgicales urgentes, dites grandes opérations, ne pourra envoyer le malade qu'à l'hôpital auquel la commune est rattachée.

ART. 21.

Le transport des malades par voies ferrées, à la charge du service d'Assistance médicale, sera effectué gratuitement, en vertu des réquisitions délivrées par le préfet, ou par le maire, en cas d'urgence absolue, lorsque les malades ne pourront se rendre à l'établissement désigné, par leurs propres moyens.

TITRE III

Surveillance et contrôle.

ART. 22.

Une Commission de vérification siégeant au chef-lieu du département est chargée de vérifier les mémoires des médecins, pharmaciens et sages-femmes.

Nul mémoire ne sera payé avant que la Commission ait terminé son travail de revision et donné son approbation.

ART. 23.

La Commission de vèrification prendra le titre de Comité départemental de contrôle de l'Assistance médicale gratuite et sera composée de 13 membres :

Le préfet, ou son délégué, président ;
Quatre membres du Conseil général ;
Le directeur départemental d'hygiène ;
Le directeur de l'hospice du chef-lieu du département ;
Deux médecins désignés par les syndicats ;
Un pharmacien désigné par le préfet ;
Deux pharmaciens désignés par les pharmaciens ;
L'inspecteur départemental de l'Assistance publique.

Les membres faisant partie du Comité sont nommés pour trois ans.

Le Comité départemental aura en outre pour mission de signaler à l'administration et d'étudier toutes les améliorations qui lui paraîtront désirables d'apporter au fonctionnement du service.

Il donnera son avis sur les questions au sujet desquelles il sera consulté par le préfet, notamment sur les fautes relevées contre les médecins, pharmaciens et sages-femmes. S'il l'estime nécessaire, il saisira, aux fins d'enquête, le syndicat auquel appartient l'intéressé. Les délégués des médecins au Comité départemental produiront, dans la séance suivante, le résultat de l'enquête. Le Comité se prononcera sur la suite à donner éventuellement sur les sanctions à prendre contre les médecins, pharmaciens ou sages-femmes qui pourront être exclus du service, s'ils sont convaincus de fautes graves.

ART. 24.

Le présent règlement, qui annule toutes dispositions au règlement antérieur, entrera en vigueur le 1er janvier 1921.

LA LUTTE ANTI-TUBERCULEUSE

Service anti-tuberculeux de la Loire

Une particularité du fonctionnement du service anti-tuberculeux de la Loire réside dans l'entente cordiale qui s'est créée entre le corps médical et les deux médecins départementaux chargés des consultations des dispensaires. Ceux-ci, ne faisant pas de clientèle, convenablement rémunérés par le Conseil général, s'efforcent de ne porter aucun préjudice à leurs confrères. Leur préoccupation dominante a toujours été de respecter et de sauvegarder les intérêts légitimes des praticiens, tout en collaborant, en plein accord avec ces derniers, à l'œuvre de défense sociale qui s'impose aujourd'hui avec un caractère d'urgence sur lequel il est inutile d'insister.

L'organisation du service est d'origine administrative. C'est le Conseil général qui a voté les fonds nécessaires à la création des dispensaires ; de même l'Assemblée départementale a pris résolument à sa charge tous les frais de fonctionnement. Mais les médecins de l'administration ont su garder les coudées franches ; ils sont parvenus à faire prévaloir auprès des pouvoirs publics les idées exprimées par le Syndicat médical et ainsi de médecin à médecin s'est réalisé uu accord qu'il serait souhaitable de voir régner dans beaucoup de départements.

Sans entrer dans tous les détails de fonctionnement, ce qui nous entraînerait trop loin, il convient de signaler que neuf dispensaires sont actuellement ouverts dans la Loire ; d'autres créations sont en projet. Ces dispensaires ne sont pas isolés, mais au contraire étroitement reliés à toute une série d'organisations et d'œuvres qui poursuivent le même but :

Sanatorium de St-Jodard pour les hommes à partir de 18 ans ;

Sanatorium d'Hauteville, de St-Genis l'Argentière et de Pignelin pour les femmes ;

L'œuvre départementale de protection de l'enfance de Verrières (placement collectif) qui reçoit les enfants des 2 sexes de 5 à 13 ans. Filiale locale de l'œuvre Grancher (placement familial) qui admet les enfants jusqu'à 14 ans même les nourrissons,

Colonies de vacances pour enfants et adolescents des deux sexes.

Hôpitaux et Sanatoria marins pour tuberculoses ganglionnaires, osseuses et articulaires :

Hôpitaux spéciaux pour malades à lésions étendues et avancées.

Les dispensaires des agglomérations urbaines possèdent un personnel d'infirmières visiteuses, dont le nombre, encore insuffisant, s'accroîtra avec le temps. L'établissement de St-Etienne, qui est l'établissement central de tout le département, dispose d'un laboratoire de bactériologie bien outillé et d'une installation radiologique.

Nous avons l'espoir d'arriver à doter le dispensaire de Roanne des mêmes avantages : le dispensaire de Montbrison peut utiliser l'appareil radioscopique de l'Hôpital. La majorité des établissements et en particulier ceux de Roanne et Montbrison sont installés dans des locaux qui dépendent de l'hôpital.

Le dispensaire de St-Etienne est situé 4, rue Victor-Duchamp, loin de l'hôpital général ; mais il est en relations avec cet établissement, d'abord pour le placement de certains malades et aussi pour le lavage du linge des tuberculeux, dont la désinfection par ébullition se fait au dispensaire et le blanchissage à l'hôpital, moyennant une redevance payée par le département.

Le service anti-tuberculeux dispose de crédits importants votés par le Conseil général, qui permettent de varier les modes d'assistance et qui donnent à l'action sociale toute la souplesse désirable :

Distributiou de crachoirs et de désinfectants ;

Distribution de secours alimentaires ; bons de viande, d'œufs et de lait :

Distribution de linge et de vêtements ;

Prêt de lits et de fournitures de literie ;

Distribution de savon, brosses à dents, et de poudre dentifrice ;

Blanchissage gratuit du linge. Ce dernier avantage est pour le moment réservé exclusivement aux malades du dispensaire de St-Etienne faute d'organisations appropriées ailleurs. Nous espérons pouvoir généraliser peu à peu ce mode d'assistance qui est aussi un instrument prophylactique d'une incontestable utilité ;

Distribution, dans des cas exceptionnels, de secours en espèces, pour faciliter le séjour à la campagne d'individus dont l'organisme, momentanément affaibli, a besoin, pour résister aux attaques du bacille, de quelques mois de repos et de vie au grand air.

Placement des malades au Sanatorium ou à l'hôpital ;

Protection de l'enfance par les œuvres déjà signalées ;

Aide apportée aux malades pour leur faire obtenir les droits qui leur sont reconnus par les différentes lois en vigueur dans notre pays :

Loi sur les pensions militaires, loi d'assistance aux incurables, loi d'assistance aux familles nombreuses, loi d'assistance aux femmes en couches, etc. etc.

Les médecins des dispensaires ne font pas de thérapeutique ; ils se bornent à prescrire de temps à autre un peu de sirop de codéine aux malades qui réclament un calmant avec insistance L'abstention de visites médicales à domicile est

une règle de conduite stricte ; seuls les enquêteurs et les infirmières visiteuses se rendent chez les malades.

Quelle catégorie de malades admettons-nous aux consultations des dispensaires ? L'administration, écoutant les suggestions de ses conseillers techniques, n'a pas hésité à donner pleine satisfaction au syndicat médical. Conformément au désir exprimé par ce groupement professionnel, dans son assemblée générale extrordinaire du 18 mai 1919, «l'accès des dispensaires est réservé aux indigents et aux malades munis d'une lettre d'introduction de leur médecin traitant». Ces malades bénéficient gratuitement, comme l'a demandé le Syndicat, dont nous reproduisons les propres expressions «de tous les avantages offerts par les dispensaires en ce qui concerne la prophylaxle, l'entrée éventuelle dans un sanatorium et, le cas échéant, l'établissement du diagnostic.

Les consultations payantes au dispensaire ou au sanatorium et la perception d'honoraires sont interdites aux médecins de ce service spécial.

Voici donc l'accord réalisé sur les points fondamentaux. Mais, à notre avis, il y avait plus et mieux à faire :

Le dispensaire ne doit pas se contenter d'éviter un écueil, représenté en l'espèce, par le préjudice qui pourrait être porté à l'exercice de la profession médicale ; mais il doit aussi rendre service aux praticiens et par là les intéresser à son fonctionnement. C'est le résultat qui a été obtenu dans la Loire, où toutes les organisations qui dépendent des dispensaires sont mises largement à la disposition des confrères : aide des infirmières visiteuses pour les malades privés de ressources même s'ils ne sont pas inscrits sur les listes d'assistance, laboratoire de bactériologie, installation radioscopique, etc.

Les dispensaires ont suivi l'exemple du service départemental d'hygiène qui, depuis plus de dix ans, effectue gratuitement toutes les recherches bactériologiques demandées, par les médecins.

Pour les recherches de laboratoire et les examens aux rayons X, les praticiens sont seuls juges et par conséquent, responsables au point de vue déontologique, de l'opportunité des demandes. Tout ce qui vient des dispensaires ne comporte aucune rémunération. C'est au médecin qu'il appartient de voir si en demandant tel examen, il ne porte aucun préjudice à ses confrères spécialistes. Les praticiens ont ainsi la possibilité de réclamer pour la fraction intéressante, socialement parlant, de leur clientèle, des recherches, dont les résultats sont souvent indispensables à l'établissement d'un diagnostic.

De même les confrères obtiennent sur simple demande, la collaboration de nos infirmières pour des malades alités que le dispensaire ne connaît pas, et sur lesquels il ne possède qu'un seul renseignement, de la plus haute importance il est vrai : la certitude de la présence de bacilles de Koch dans les crachats.

Ainsi donc des malades inconnus du dispensaire sont assistés par lui et à tous points de vue, sur un simple avis du médecin traitant, corroboré par un examen bactériologique des crachats.

Ce simple avertissement médical suffit à provoquer la mise en œuvre de toutes nos ressources d'assistance et de prophylaxie.

Comment fournir une démonstration plus éclatante de l'entente et de la confiance qui règnent entre les praticiens et les médecins des services publics.

Cette entente, cette collaboration directe et loyale sont nécessaires pour obtenir des résultats sociaux intéressants. Elles expliquent l'empressement des médecins de la Loire, aussi bien ceux des villes, que ceux des campagnes, à adresser leurs tuberculeux aux dispensaires. La clientèle des dispensaires est, pour une bonne part, alimentée par les praticiens eux-mêmes.

Nous nous trouvons ainsi en présence d'un service public, créé par l'administration et qui, peu à peu, est devenu, pour ainsi dire, un organe syndical, par les nombreuses facilités qu'il donne aux confrères, et par la part prépondérante qu'il réserve à leur collaboration.

Tel est le but que nous avons toujours poursuivi, bien convaincus que, sans l'appui du corps médical, toute œuvre d'hygiène sociale est vouée d'avance à un échec certain.

Dr EMERIC, Inspecteur départemental d'hygiène de la Loire.

Dr MAPTIN, Méd. des dispensaires antituberculeux départementaux de la Loire.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Echos du Congrès de la Mutualité.

Lorsque dans un village un chien se met à aboyer, tous les chiens du voisinage lui répondent et bientôt on assiste à un concert ahurissant d'aboiements discordants. C'est l'image en peu de mots d'une séance du Congrès de la Mutualité d'Angers. Un de ses membres invective les médecins, tous élèvent la voix pour renchérir ; voleurs, exploiteurs, gens sans conscience, sont les phrases de leurs litanies, répétées à l'unisson par les gens communiant sous les espèces de la Sainte Mutualité. Et pourtant, les médecins pouvaient s'attendre à plus de courtoisie puisqu'invités du comité d'organisation. Si les confrères présents sont restés impassibles, ils ont du moins

la grande consolation de constater que le corps médical cherche à sortir de sa veulerie, à secouer le joug des mutualités, à vouloir enfin gagner sa vie, et qu'un vaste mouvement de révolte s'étend à toute la France sous forme de conflits médico-mutualistes.

Une brillante conférence de notre dévoué confrère le Dr Barot, ancien maire d'Angers, sur la médecine moderne, fut un entracte au vaudeville médico-mutualiste. Il montra que la médecine avait fait des progrès, à la grande surprise de l'assemblée, qui supposait que seule la chirurgie pouvait progresser, que le médecin ne pouvait avoir la prétention de tout connaître, qu'il devait s'aider dans son diagnostic et sa thérapeutique des découvertes du laboratoire, des agents physiques et des spécialistes, et que la médecine de l'avenir ne serait que la collaboration de diverses capacités en vue du résultat à obtenir : soigner et guérir le mieux et le plus rapidement possible.

Mais il oubliait devant quel public il s'exprimait. Ces braves présidents de mutualistes, selon la parole de l'Évangile, ont des oreilles et ne veulent pas entendre, ont des yeux et ne veulent pas voir. Un seul président appartenant à la ville d'Angers, approuva les paroles de notre confrère, et déclara que sa société, par des cotisations appropriées, s'était mise en mesure de profiter de toutes les découvertes et progrès de la science et que les mutualistes avaient le droit d'être soignés comme tout le monde et à l'égal des gens riches. Les applaudissements de ses collègues ne couvrirent certes pas sa voix. Mais chacun se crut obligé de donner son avis. L'un nous dit : « Mais nous aussi nous accordons tout à nos sociétaires : Injections intra-veineuses, radiographie, recherches de laboratoire, etc. Le médecin n'a qu'à en faire la demande, nous en conférons et si la chose paraît utile nous accordons l'autorisation. » Où êtes-vous joyeux Mac-Nab et votre chanson du pendu. « Allons vite chercher les gendarmes, peut-être bien qu'il n'est pas mort. »

Mais celui qui mérite une couronne d'honneur, mettons une médaille de la mutualité, c'est celui qui nous a dit : A quoi servent toutes ces découvertes et ces progrès, autrefois « ça » n'existait pas et on ne mourait pas plus. Conclusion générale : les progrès de la médecine ne sont pas faits pour les mutualistes, ils doivent se contenter de la thérapeutique symptomatologique et des distributions de drogues simples et bon marché.

Et ce sont les gens que l'on voudrait charger de l'application de la loi sur l'invalidité-maladie. Guidés par leur ambition personnelle, ils consentiront facilement à dépenser de l'argent pour des banquets offerts à des ministres, pour l'achat de bannières servant à leurs défilés les jours de fêtes mais jamais quand il s'agira d'améliorer le service médical de leurs mutualités.

Ils ont pourtant la prétention de mettre la main sur le projet de loi en préparation et de l'accaparer, selon l'expression d'un brave congressiste méridional : « De même que le Béarn a annexé la France (*sic*), de même la mutualité annexera l'assurance-maladie ». Malgré ces différents incidents, le XIIe Congrès de la mutualité d'Angers a déjà donné de féconds résultats : le président du comité d'organisation fut décoré ainsi que quelques mandarins mutualistes. Tout est bien qui finit bien.

Dr M. Vimont.

SOU MÉDICAL

Assemblée générale du 21 novembre 1920.

L'Assemblée générale est ouverte à 4 heures du soir, sous la présidence de M. le Dr Maurat, assisté des membres du Conseil d'administration et de Me Gatineau, avocat conseil.

Rapport du Secrétaire général.

M. Paul Boudin, secrétaire général, rappelle que son rapport a été publié dans le *Concours médical* du 7 novembre et le commente brièvement. Comme toujours, ce sont les affaires d'accidents du travail qui sont les plus nombreuses. Parmi celles-ci, celles qui ont rapport à l'hospitalisation des blessés prennent de plus en plus d'importance.

Le Conseil du « Sou » ou ses délégués ont servi d'arbitres dans plusieurs différends professionnels.

Quant à la responsabilité professionnelle, qui n'est qu'un petit côté de l'activité du « Sou », elle a cependant présenté deux cas intéressants. Dans l'un, deux médecins, propriétaires d'une clinique et dont l'un était garanti par le « Sou », l'autre par une autre assurance, ont été condamnés solidairement à payer à un client, atteint d'une radiodermite attribuée à une application trop prolongée de rayons X, faite par leur assistant, une somme de 3.000 fr. de dommages-intérêts. L'autre cas est celui du Dr M., de Nîmes, poursuivi pour homicide par imprudence, à la suite du décès de deux jeunes filles qu'il a soignées, dont le procès est actuellement pendant.

M. Roux (de Saint-Gervais) demande si la garantie du « Sou » est acquise dans tous les cas.

M. Paul Boudin répond qu'il faut distinguer la responsabilité civile et la défense professionnelle. Dans le premier cas, la garantie est acquise de plein droit, dans les conditions déterminées par le règlement de la Caisse de garantie.

Pour la défense professionnelle, lorsqu'il s'agit d'un recouvrement ordinaire et que la jurispru-

dence est fixée, le « Sou » envoie s'il y a lieu à son adhérent des conclusions préparées et le laisse faire le procès. S'il y a des difficultés d'ordre juridique ou de gros frais en perspective, l'appui pécuniaire est accordé.

Approbation des comptes.

M. Gassot, trésorier, rappelle que son rapport contenant les comptes de l'exercice 1919, a été publié dans le nº du *C.M.* du 14 novembre dernier, page 2316. Le nombre des membres qui ont régulièrement versé leur cotisation est remonté pour cet exercice à 2008, après être tombé en 1917 à 304 et n'avoir atteint que 715 en 1918.

Au 31 décembre 1919, la Caisse générale possédait un avoir de 39.131,07 et la Caisse de garantie, de 65.300,50.

La situation est donc satisfaisante.

M Leraitre, commissaire des comptes, donne lecture du rapport suivant :

Rapport du commissaire des comptes.

Mes chers Confrères,

Pour la 3e fois, le 18 octobre dernier, j'ai été appelé à vérifier les comptes du trésorier du « Sou médical »

Notre trésorier m'a présenté ses livres qui sont tenus d'une façon irréprochable et m'a donné toutes les explications que je lui ai demandées avec toute la clarté possible.

Je n'ai aucune critique à lui faire et je vous prie d'approuver ses comptes et de lui adresser des remerciements et des félicitations bien mérités. Comme vous avez pu le voir dans le *Concours médical* du 14 novembre, la comptabilité du « Sou » est double, elle comporte les comptes de la Caisse du « Sou » proprement dit et ceux de la Caisse de garantie. La première accuse une réserve de 39.131 fr., la seconde un actif de 65.300 fr. C'est donç une somme totale de 104.431 fr., que nous possédons et qui assure la bonne marche de la Société quel que soit l'imprévu de demain.

Cette somme est représentée par des bons de la défense nationale et des obligations de chemins de fer et ces dernières sont susceptibles d'une plus-value par suite de remboursements.

Dr Leraitre.

Après lecture de ce rapport, l'assemblée approuve, à l'unanimité, les comptes de l'exercice 1919.

Election des commissaires contrôleurs.

M. le Président rappelle que, aux termes des statuts, deux commissaires contrôleurs doivent être désignés chaque année par l'Assemblée générale pour l'examen des comptes.

MM. Leraitre et Barada, commissaires sortants, rééligibles, ont manifesté l'intention d'être remplacés dans cette fonction.

L'Assemblée générale nomme, à l'unanimité, MM. Vilpelle (de Meaux) et Quivy (de Paris), commissaires contrôleurs pour l'exercice 1920.

Modifications des frais de recouvrements.

M. Gassot, trésorier, propose, au nom du Conseil, étant donnée l'augmentation des frais postaux, de porter de 1 fr. à 1 fr. 50 le montant des frais de recouvrement à payer par les membres qui n'envoient pas en temps utile le montant de leur cotisation.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

Communications diverses.

M. Vimont fait à l'Assemblée, de la part de M. Nollet, de Bougival, qui a dû partir après l'Assemblée de la Mutualité Familiale, la communication suivante :

« Je ne pourrai assister à la séance du « Sou », mais je vous prie de vouloir dire pour moi et j'en suis sûr pour tous les membres du « Sou » médical, et peut-être pour tous les praticiens, merci au Dr Decourt qui nous a si péniblement et si vaillamment défendus contre les assureurs et a pu arriver à établir enfin un tarif qui nous permette de vivre. Voulez-vous lui dire de notre part qu'il a bien mérité du corps médical. » (*Applaudissements.*)

M. le Président déclare s'associer au nom du Conseil du « Sou » à cette déclaration et M. Noir ajoute que s'il y a lieu de remercier avant tout le Dr Decourt, qui a eu la part la plus active dans la soutenance du tarif devant la commission ministérielle, c'est justice de faire participer à ces remerciements ceux qui ont contribué à l'élaboration du tarif, comme MM. Lafontaine et Quivy et les membres de la commission préparatoire, qui se sont dérangés maintes fois, tels que MM. Broca, Savariaud et autres ; ils ont tous bien mérité du corps médical.

M. Decourt déclare être touché des remerciements qui lui sont prodigués par ses confrères. Il allait lui-même exprimer ce que M. Noir vient de dire pour les autres membres de la Commission. Il a reçu de nombreuses lettres depuis la publication du tarif. Quelques-unes l'ont peiné, mais beaucoup d'autres lui ont rendu justice. Il est évident que le tarif n'est pas parfait. Il présente notamment des lacunes. Elles pourront être rectifiées lors de la prochaine modification.

M. Combault signale les difficultés que suscite aux médecins radiographes l'obligation de ne faire aucun acte d'électrodiagnostic ou d'électrothérapie sans l'assentiment préalable du médecin de l'assurance : que faire s'il ne répond pas ?

M. Decourt est d'avis que, si le patron ou son médecin n'ont pas répondu, il y a lieu de passer outre.

Service Vaccinal du « Concours Médical »

fonctionnant sous le contrôle de l'Etat

Petit tube de pulpe pour 5 vaccinations ..... 1 fr. 50
Grand tube pour plus de 15 vaccinations...... 3 fr.
Lancette spéciale toute nickelée. 6 fr.
Vaccinostyles plats, la boîte (carton) de 100. 12 fr.
Vaccinostyles plats, les 20.... 3 fr.
Petit porte-vaccinostyle en acier trempé, les 10.. 2 fr.

PORT : 0 fr. 25

Adresser les commandes avec le montant en *un mandat*, **plus 0 fr. 25** pour l'envoi, à Monsieur C. BOULANGER, administrateur du *Concours Médical* 132, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien*, édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50..... 5 fr. »
Le 100..... 8 fr. »
Les 500..... 35 fr. »
Les 1000... 60 fr. »

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, 132, *faubourg St-Denis, Paris.*

M. Quivy croit que, pour éviter une souffrance possible au blessé, on peut, pour faire la radiographie, invoquer l'urgence. Pour le traitement électrothérapique, il y a lieu d'envoyer une lettre recommandée au chef d'entreprise ou à son assurance. S'il n'y est pas répondu, le traitement peut être commencé.

Me Gatineau estime que, pour interpréter le tarif, il faut remarquer qu'il y a deux cas. Dans le premier cas, le préavis est suffisant. Dans le second, où l'accord est visé par le texte du tarif, il est à craindre que certains tribunaux exigent que cet accord soit intervenu au préalable. Donc, à défaut d'une autorisation écrite, le médecin s'exposerait à ne pas être payé. Quand le patron ou la compagnie ne répondent pas, l'ouvrier devrait citer le patron en justice de paix, pour obtenir son consentement.

M. Combault constate qu'on ne saurait donner un meilleur argument pour la modification du tarif sur ce point.

M. Leraitre demande que la date des Assemblées générales soit changée. Il estime que la saison d'hiver est mal choisie. Les médecins sont occupés, les jours sont courts, il fait froid. A son avis, les assistants seraient plus nombreux si les réunions avaient lieu en mai ou en juin.

M. le Président répond qu'on étudiera la question.

M. Bourdon (d'Étrepagny) demande si un Syndicat en entier peut adhérer au « Sou », ce qui serait intéressant dans certains cas, pour la répression de l'exercice illégal, en particulier.

M. Paul Boudin répond que le « Sou » a admis autrefois des Syndicats en leur entier, mais qu'il a eu de ce fait des difficultés. Actuellement, lorsqu'un Syndicat a à soutenir un procès que le conseil du « Sou » juge intéressant, l'appui pécuniaire lui est accordé dans la proportion du nombre des membres du Syndicat qui sont personnellement adhérents au « Sou ».

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

VARIÉTÉS

En glanant...

L'infirmière en Amérique.

L'Institut de Puériculture de la Maternité, sous la direction du Dr Potocki, a envoyé aux médecins le programme de l'année 1920-21, concernant l'enseignement de l'hygiène infantile, en vue de la formation d'un certain nombre de « Visiteuses d'hygiène infantile ». Or, j'ai eu l'occasion de lire, dans une revue belge, intitulée : « l'Œuvre nationale de l'enfance », une étude sur les infirmières visiteuses en Amérique, qui m'a paru intéressante à signaler, pour montrer ce qui se fait là-bas, à ce sujet.

Oh ! nos amis d'outre-Altantique sont, là encore, plus avancés que nous. Les États-Unis comptent actuellement 300 écoles d'infirmières et environ 200.000 nurses diplômées. Notez que, rien que pour entrer dans ces écoles américaines, il faut soit un diplôme d'enseignement supérieur (high school), soit être graduée de l'Université.

Avec cette culture générale préalable, les futures infirmières doivent encore faire à l'école 3 années d'étude, dont voici le programme :

1re *année.* — Déontologie. Histoire du nursing ; anatomie, physiologie ; économie domestique ; cuisine et diététique, confection de bandages et différents pansements ; leçons pratiques de soignage.

2e *année.* — Chirurgie, salle d'opération ; chimie, travail de laboratoire ; pharmacie ; leçons cliniques ; maladies infantiles (soins aux enfants) ; cours d'administration hospitalière ; anesthésie.

3e *année.* — Trois mois de maternité, service social, visites à domicile (infirmières visiteuses.)

Au bout de ces 3 années, après avoir satisfait à l'examen, notre étudiante devient « registered nurse ». Mais, elle peut encore se spécialiser et suivre des cours de « post graduate », tant à l'Université que dans un hôpital. Il se forme ainsi, pour les « registered nurses » que nous pourrions nommer les infirmières diplômées, diverses spécialisations que nous allons sommairement passer en revue.

A. Infirmières visiteuses. — Pour devenir « visiteuse », la nurse (diplômée) doit suivre, au préalable, pendant 4 mois, un cours spécial d'hygiène publique, avec stage comprenant un travail théorique et pratique.

Son rôle consiste en : soins des malades à domicile ; amélioration des conditions d'hygiène dans la classe pauvre ; prophylaxie des maladies contagieuses ; réduction de la mortalité infantile par les soins donnés *avant* et *après* la naissance.

Une *infirmière directrice* contrôle le travail des infirmières visiteuses. Chaque matin, chacune de celles-ci reçoit du « bureau » l'ordre dans lequel elle doit faire ses visites : 5 à 6 dans la matinée, autant dans l'après-midi. Midi et soir elle rentre au bureau pour le classement de ses fiches à raison d'une par malade soigné. Elle fait 8 heures de travail, coupées par une heure pour le déjeuner. Elle porte une robe d'uniforme et promène avec elle une petite valise de cuir noir contenant les fioles et instruments nécessaires aux visites. Enfin, elle touche 100 dollars (500 fr.) par mois.

Il est à noter que ces infirmières ne travaillent qu'en complète *collaboration* avec les médecins. Une famille, ayant son médecin, ne reçoit les soins de l'infirmière qu'avec l'autorisation de celui-ci, qui est souvent le premier à la demander. Aucune visite n'est faite *gratuitement*, sauf

dans le cas où il est dûment prouvé que la famille est absolument sans ressources. D'ailleurs, leur rôle s'étend aussi à la classe moyenne, auquel cas leurs visites sont payées de 2 fr. 50 à 5 fr. selon les clients.

B. HYGIÈNE PUBLIQUE. (*Public health*). — C'est la branche « administrative », si je puis dire, ouverte aux infirmières diplômées. Pour cela, elles doivent commencer par suivre un cours spécial d'hygiène publique et deviennent alors un agent actif du gouvernement avec un traitement mensuel de 125 dollars (625 fr.) plus logement, chauffage et éclairage. Les trois voies suivantes s'offrent à elles :

1° *L'infirmière d'hygiène publique*, en général. Celles-ci sont chargées de l'éducation du peuple, au point de vue de l'hygiène, de la prophylaxie des maladies contagieuses, des mesures sanitaires en temps d'épidémie. Elles font leur propagande sociale par des conférences, souvent agrémentées de cinémas, par des visites à domicile, etc.

2° *L'infirmière scolaire* aide le docteur pendant les visites médicales périodiques faites dans les écoles. Elle exécute les ordonnances, pèse les enfants, les mensure, tient les fiches de chacun d'eux à jour, etc.

3° *L'infirmière industrielle* se rend dans les usines, les fabriques, pour voir si les conditions d'hygiène y sont observées. Certains grands établissements possèdent même une ou plusieurs infirmières ; de même les banques, les grands magasins ... comme chez nous on rencontre, au théâtre ou au « Bon Marché » le pompier de service.

***

Et elles sont ainsi 200.000, à l'heure actuelle. Cette véritable armée d'amazones de la santé publique, si j'ose dire, me plaît de prime-abord. Avec leurs études longues et consciencieuses, je les préfère aux rangs peu serrés de nos « croix-rouges », où se dénote, trop souvent, plus de bonne volonté que de science réelle. Ne les comparons pas d'ailleurs. Elles sont dissemblables, par essence, les nurses consacrant, comme le médecin, leurs journées entières à des fonctions dont elles font leur « carrière », tandis que les autres ... sont autres.

En tous cas, il y a là, de la part des Américains, un gros effort effectué dans le but de répandre les notions élémentaires d'hygiène dans les milieux populaires et d'arracher ceux-ci à l'indifférence, à la routine, à la « crasse » physique et morale. Cet effort mérite notre sympathie et ne peut que nous induire à jeter un regard attristé sur ce qui se passe en France, dans notre pays où l'hygiène officielle n'est que *façade*, mot cruel, mais qu'il ne faut pas se lasser de répéter.

Sans doute, tout ce qui se fait là-bas n'est pas à copier servilement. Il est des fonctions dont on a chargé les nurses qui me paraissent être plutôt du ressort du médecin. Je ne vois pas chez nous, par exemple, une infirmière, si multidiplômée fût-elle, faisant des conférences publiques avec cinéma à la clef. Mais, en tous cas, que cette éducation populaire, si nécessaire pour l'avenir de la race, soit faite et qu'elle le soit régulièrement, méthodiquement. On commence à se préoccuper des syphilitiques, des tuberculeux. On ébauche la lutte contre la mortalité qu'engendrent ces deux grands fléaux. Que ne s'occupe-t-on pas également de lutter *préventivement* contre toute maladie, en général, c'est-à-dire contre la morbidité et la mortalité, trop fortes chez nous, en répandant *méthodiquement*, dans tous les milieux, les notions d'hygiène, trop négligées jusqu'ici parce que, trop souvent, inconnues ?

Chaque praticien s'efforce, de son mieux, de faire entendre la parole salutaire auprès de ses malades et dans leur entourage, mais son action isolée est intermittente, fugace . Comme dit le proverbe italien : « Passato il pericolo ». Passée la maladie, on oublie le médecin, et ses avis. Nous avons maintenant un Ministère de l'Hygiène, pourquoi ne mettrait-il pas à l'étude une organisation rationnelle de la *vulgarisation de l'hygiène* ? Quel parlement oserait lui en refuser les fonds nécessaires ?

Mais, pour aboutir, il ne faudrait pas que l'administration suive les errements passés. L'« esprit nouveau » du brave Spuller lui serait bien nécessaire ici. Elle devrait réclamer la collaboration des syndicats médicaux qui lui permettrait de mettre sur pied quelque chose de *pratique*. Ne pourrait-on concevoir une organisation générale, régionale, locale, où je suis persuadé que chaque praticien apporterait, de grand cœur, son concours, pour les questions techniques, médicales ? Et, ceci convenu,il ne pourrait qu'applaudir à l'aide qui lui serait fournie par des infirmières visiteuses, qui, sous sa direction, se chargeraient de toute la « cuisine » journalière de l'hygiène.

Ne vous semble-t-il pas , confrères, que la question vaudrait la peine d'être, tout d'abord, envisagée, étudiée, mise au point dans nos syndicats ? L'exemple de l'Amérique nous y invite.

Dr F. DECOURT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Hôpital Tenon.** — M. C. Lian commencera, le lundi 13 décembre, une série de conférences pratiques sur la pression artérielle : Technique sphygmomanométrique, valeur diagnostique et pronostique des résultats, déductions thérapeutiques.

Elles auront lieu les 2e et 4e lundis de chaque mois, à 11 heures, à l'Amphithéâtre des cours de l'hôpital Tenon.

Le programme de l'enseignement clinique de la consultation de médecine de l'hôpital Tenon est ainsi fixé :

Lundi 10 h. : Examen clinique des rénaux.

Mardi 10 h. 1/2 : Examen radioscopique des cardiaques.

Vendredi 10 h. : Examen clinique des cardiaques.

Samedi 10 h. : Examen graphique des cardiaques.

— **Enseignement clinique de l'hôpital Tenon.** — Les Chefs de service de l'hôpital Tenon ont recommencé leurs conférences cliniques avec présentation de malades, à 11 heures, à l'Amphithéâtre des cours :

Lundi, 1er et 3e, M. R. Proust, chirurgie générale ; 2e et 4e, M. C. Lian, cœur et reins (sujet des conférences : la Pression artérielle).

Mardi, 1er et 3e, M. P.-Emile Weil, médecine générale ; 2e et 4e, M. P. Sainton, système nerveux et glandes endocrines.

Mercredi, 2e et 4e, M. M. Michel, médecine générale.

Jeudi, 1er et 3e, M. M. Loeper, tube digestif ; 2e et 4e, M. G. Kuss, chirurgie générale et chirurgie osseuse.

Samedi, 1er et 3e, M. F. Rathery, nutrition et reins ; 2e et 4e, M. Ribierre, cœur et vaisseaux.

— **Les médecins espagnols à Paris.** — Les œuvres diverses pour l'expansion de l'idée française à l'étranger commencent à faire sentir leur effet. Sous la conduite du Dr Turo (de Barcelone), une mission médico-chirurgicale va séjourner en France. Les professeurs Gilbert, Widal, Chauffart, Vaquez, Letulle, pour la médecine, Duval et Faure pour la chirurgie, recevront nos amis latins.

— **L'Orchestre médical,** dont on n'a pas oublié les magnifiques concerts d'avant-guerre, est en voie de réorganisation.

Son Comité fait appel à tous les confrères instrumentistes, ainsi qu'aux membres de la famille médicale (femmes, fils et filles de médecins) et aux étudiants en médecine.

Les adhésions doivent être adressées avant le 5 janvier à M. le Dr Richelot, président, 3, rue Rabelais (8e) ou à M. le Dr Destouches, secrétaire général, 4, rue Thénard (5e).

Une assemblée générale, où seront fixées les diverses questions de fonctionnement de l'Orchestre, (cotisations, répétitions, concerts, etc.,) réunira les adhérents dans le courant de janvier.

— **Hôpital-Hospice de Saint-Germain-en-Laye.** — Un concours est ouvert pour la nomination de *trois internes titulaires* en médecine et en chirurgie, et de *quatre internes provisoires* susceptibles d'être titularisés.

Ce concours, qui comporte une épreuve orale et une épreuve écrite, aura lieu le lundi 20 décembre 1920, à 9 heures du matin.

Sont admis à concourir les candidats justifiant de leur qualité d'externe ou de celle d'étudiant de 3e année. Ils ne devront pas être âgés de plus de 28 ans.

Les candidats devront se faire inscrire au bureau de la direction de l'hôpital et déposer leurs pièces huit jours au moins avant la date fixée pour le concours.

Les fonctions des internes commenceront le 1er janvier 1921 pour prendre fin le 31 décembre 1922. Les internes provisoires seront titularisés s'ils viennent à remplacer définitivement les internes titulaires démissionnaires, malades, etc.

Extrait du règlement.

Art. 9. — « *Sous le rapport du stage hospitalier, les internes de l'hôpital de Saint-Germain sont assimilés, par la Faculté, aux internes des hôpitaux de Paris et jouissent des mêmes avantages.*

« *Les internes provisoires jouissent des mêmes avantages que les internes titulaires pendant qu'ils en remplissent les fonctions* ».

Le traitement alloué aux internes est de 1.800 francs par an ; ils sont nourris et logés.

On peut prendre connaissance du règlement au bureau de la direction de l'hôpital, tous les jours non fériés, de 1 h. 1/2 à 5 h. du soir.

— **Clinique oto-rhino-laryngologique. — M. le professeur Pierre Sebileau a commencé ses leçons le jeudi 18 novembre 1920, à l'amphithéâtre de l'hôpital Lariboisière, à 10 heures, et continuera son enseignement tous les jours.**

Enseignement du semestre d'hiver. — **Cet enseignement se fera : 1° pour la partie orale (leçons) à l'amphithéâtre général de l'hôpital Lariboisière ; 2° pour la partie technique (examens de malades et opérations) dans le service de la clinique oto-rhino-laryngologique dudit hôpital.**

Il comprendra : 1° *L'enseignement magistral* (clinique et technique) par le professeur. Cet enseignement, gratuit pour tous les auditeurs, comprendra : A) Une leçon clinique, le jeudi, à 10 heures. Premier cours : jeudi 18 novembre (amphitheâtre) ; B) séances opératoires, le lundi et le vendredi à 10 heures. Première séance : vendredi 19 novembre (service de la clinique) !

2° *L'enseignement aux stagiaires* (théorie, clinique et technique) par le professeur. Cet enseignement est gratuit. Il aura lieu le mardi, le jeudi et le samedi, à 10 h. Premier cours : samedi 20 novembre (amphithéâtre et service de la clinique).

3° *L'enseignement combiné* (présentation de malades) par le professeur, les chefs de clinique, les assistants et les internes. Le mercredi, à 11 heures. Enseignement gratuit. Premier cours : mercredi 24 novembre (service de la clinique).

4° *L'enseignement de perfectionnement* (clinique et technique) par le professeur et MM. Dufourmentel et Miegeville, chef de clinique ; Flavien Bonnet, assistant. Droit à verser 150 francs. Cet enseignement sera suivi d'un cours de médecine opératoire à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

— **Hôpital Laënnec.** — MM. Claisse, André Jousset, Lereboullet, Laignel-Lavastine, médecins, et M. Auvray, chirurgien de l'hôpital Laënnec, ont repris leurs conférences cliniques (avec présentation de malades), le jeudi 18 novembre, à 11 heures, et les continueront tous les matins, le samedi excepté.

Elles seront faites : le lundi, par MM. André Jousset ; le mardi, par M. Lereboullet ; le mercredi, par M. Laignel-Lavastine ; le jeudi, par M. Claisse ; le vendredi, par M. Auvray.

MM. Rochon-Duvigneaud et Bourgeois, aidés de leurs assistants, feront une série de conférences d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie, dont la date sera indiquée par la suite. Un enseignement spécial de la tuberculose est fait, d'autre part, par MM. Léon Bernard et Rist.

— **Prix Paul Le Gendre.** — La marquise Arconati Visconti a offert à la Société médicale des hôpitaux de Paris, un titre de 1.000 fr. de rente, en stipulant que les arrérages serviraient à décerner, tout les trois ans, un prix de 3.000 fr. à l'auteur du meilleur ouvrage sur le rôle moral et social du médecin. Suivant la volonté de la donatrice, ce prix portera le nom de *Prix Paul Le Gendre* ; il pourra aussi être attribué à l'auteur d'un ouvrage sur l'histoire de la profession médicale ; enfin, au cas ou il n'y aurait pas lieu de le décerner, son montant devra être affecté à une œuvre de bienfaisance médicale.

La Société médicale des hôpitaux a accepté ce don, dans sa séance du 29 octobre 1920, et a nommé la marquise Arconati Visconti membre bienfaitrice.

— **Les dix Commandements du Syndiqué.** — Voici, extrait du *Journal typographique* de l'Afrique du Sud, les Commandements du Syndiqué :

1° *Payez régulièrement vos cotisations* ; en vous rappelant qué votre devoir ne finit pas, mais commence avec le payement.

2° *Evitez de vous trouver en dettes avec votre Syndicat* ; mais si cela vous arrive prenez à cœur de vous acquitter le plus tôt possible ; les cotisations payées pour trois mois d'avance simplifient le travail des receveurs.

3° En pensée, écrit ou action, *soyez loyaux envers votre Syndicat* et envers vos délégués. Les mauvais oiseaux seulement souillent leur propre nid.

4° Saisissez toute occasion de relever le prestige et la réputation de votre Syndicat et de lui apporter de nouveaux membres. Tout non syndiqué est un opposant au Syndicat, même s'il se plaint de son sort et vous souhaite succès.

5° Ne participez pas aux mouvements affectant vos conditions de travail qui ne soient approuvés par votre Syndicat et qui soient opposés aux principes syndicalistes.

6° Rappelez-vous que vous ne payez pas vos représentants dans les Comités *pour travailler pour vous* dans leurs heures de repos, conséquemment, *aidez-les* dans toute la mesure du possible.

7° *Assistez régulièrement aux assemblées générales* ; l'apathie étouffe les énergies, et vos représentants aiment une juste critique.

8° *Faites votre devoir complètement et intelligemment* ; intérêt et fierté conviennent au syndiqué enthousiaste.

9° *Faites de votre Syndicat une part réelle de votre vie* ; parlez-en, et, si vous avez quelques suggestions pour l'amélioration, n'oubliez jamais de les faire connaître.

10° Gardez par devers vous ces commandements, et, s'il vous arrive de trouver que votre organisation ne fonctionne pas suivant tous les désirs, lisez-les bien. — Vous trouverez pourquoi le progrès est si lent.

(*L'Ouvrier sanitaire*).

— **Soins aux mutilés de guerre.** — Le ministre des Pensions à décidé de fixer à 9 et 10 fr. le prix de la consultation et de la visite à domicile pour les réformés de la guerre dans le département de la Seine (Paris et banlieue).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON. THIRON et FRANJOU Successeurs. Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

journalistes en quête de copie... Il n'en est pas moins vrai que la base de « cherté de vie » *locale* serait bien plus équitable pour une différenciation de tarif que le nombre d'habitants dans la localité.

Pour moi, personnellement, mon avis est toujours le même : « A travail égal, effectué par des égaux : salaire égal. » Donc, *tarif unique*, sans catégorisation.

Quant à la révision semestrielle du tarif, elle est encore dans les limbes. C'est là un projet que doit proposer le Ministre, mais pas encore voté par le Parlement (1). D'ici là, la révision n'est possible que tous les deux ans.

Dr F. DECOURT

Sur le concours pour l'inspection des services d'hygiène.

Sur le *Concours médical* du 17 octobre 1920, je lis la composition de la Commission chargée de l'examen des candidats aux directions des bureaux municipaux d'hygiène. Est-ce la même commission ou une commission différente qui est chargée de l'examen des candidats aux inspections départementales des services d'hygiène ? Cette dernière se réunit-elle à Paris, au ministère de l'hygiène, rue Cambacérès, ou bien à la préfecture du département qui a le poste d'inspecteur vacant ?

En second lieu, lorsque l'administration me demande un certificat médical d'aptitude physique, ne puis-je pas m'adresser à n'importe quel confrère, du moment que « délivré par un médecin assermenté » n'est pas mentionné ?

En troisième lieu, lorsque l'administration me demande un certificat médical d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté, en quel lieu et à qui dois-je m'adresser ? Je ne vous demande pas de me définir ce que c'est qu'un médecin assermenté : je le sais, l'ayant été moi-même durant une partie de mon existence ; et l'article paru à ce sujet dans le *Concours* du 3 octobre est clair. Je vous demande de me dire où réside habituellement, dans le département, le ou les médecins assermentés. Un exemple : J'habite la Côte-d'Or, et le préfet du Finistère me demande un certificat médical d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté.

Dois-je me rendre à Dijon et demander le certificat, soit à un médecin militaire, soit à un médecin expert du Tribunal, soit à un médecin de la Préfecture ? Ou bien dois-je me rendre à Quimper pour chercher ce certificat ? car Quimper ne veut peut-être pas de celui délivré par Dijon. Et ne puis-je

(1) Le projet de loi a été voté par la Chambre des Députés le 25 novembre dernier.

pas aussi m'adresser, dans un port de mer, à un agent ordinaire de la santé, à l'agent principal ou au directeur de la santé. Tous ces gens-là sont assermentés. En résumé, je demande quelle est la façon rapide d'obtenir un tel certificat, sans être obligé de courir au diable.

Dr P.

Réponse.

Voici la réponse faite à votre lettre par une personne particulièrement compétente, à qui nous l'avons communiquée :

1° Il n'existe pas de commission centrale pour l'examen des titres des candidats à l'inspection des services d'hygiène. Chaque département s'organise à sa guise et recrute son inspecteur comme bon lui semble ; c'est toujours le préfet qui désigne le jury après avis du conseil général.

L'association amicale des inspecteurs avait demandé qu'il y ait un concours annuel effectif, organisé par le ministère et se terminant par l'établissement d'une liste de candidats parmi lesquels les préfets devaient être invités à choisir leurs inspecteurs. Jusqu'à présent cette demande n'a pas reçu satisfaction. Elle était, en effet, trop logique : elle demandait aux inspecteurs d'hygiène d'avoir quelque compétence en hygiène ; elle était peut-être aussi un peu trop prétentieuse : elle enlevait au préfet le droit de désigner son inspecteur.

2° Il est évident que, lorsque parmi les pièces demandées par une administration figure « un certificat d'aptitude physique » sans qu'il soit spécifié « délivré par un médecin assermenté », ce certificat peut être délivré par n'importe quel médecin.

3° La seule condition pour la validité du certificat est d'être établie par un médecin assermenté, peu importe sa résidence. Un certificat délivré à Nice par un médecin assermenté ne peut pas être déclaré nul à Quimper.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Esthétique faciale.

Si je me trompe, excusez-moi : l'âge fait pardonner aux défaillances de la mémoire. Si la mienne est fidèle, c'est, je crois, Jézabel, la femme d'Achab et la mère d'Athalie qui, désireuse

de réparer des ans l'irréparable outrage

eut recours à une foule de fards et cosmétiques,

dont l'antiquité a oublié de nous léguer la formule.

Plus heureuses que l'épouse du roi d'Israël, les femmes d'aujourd'hui ont sous la main une légion de spécialistes aptes à leur rendre une partie des *attraits* auxquels elles paraissent tenir plus qu'à bien d'autres choses.

Les pédicures, manucures, masseurs, coiffeurs, etc., contribuent, chacun dans leur rôle, à maintenir en état la partie de la façade humaine menacée de ruine.

Sans avoir la présomption de concurrencer ces artisans du « Beau », je désire, très modestement, indiquer à nos clientes, par le canal confraternel, comment elles peuvent lutter contre la décadence inexorable.

Voici donc quelques formules :

LAIT DE BEAUTÉ.

Sulfate d'alumine	4 gr.
Teinture de benjoin	20 gr.
Essence de rose de Jéricho	V gout.
Essence d'iris de Cannes	V gout.
Essence d'héliotrope vrai	V gout.
Essence de fleur d'oranger de Grasse	III gout.
Eau de roses	1 litre.

Dissoudre, d'une part, le sulfate d'alumine dans l'eau de rose ; dissoudre, d'autre part, les essences de *fleurs vraies*, et non synthétiques, dans la teinture de benjoin ; filtrer les deux solutions ; réunir les filtrats.

Chaque matin, on lavera le visage, à l'*eau de pluie*, bouillie et chaude, dans laquelle on dissoudra, par litre, une cuillerée à café de *borate de soude chimiquement pur*. On s'essuyera avec une serviette éponge, sèche et propre.

Dès que le visage sera bien sec ; on passera dessus une fine éponge de toilette imbibée dans le *lait de beauté*.

Laisser sécher.

Essuyer au linge sec.

Saupoudrer ensuite avec la *poudre de beauté*, que je formule ainsi :

Talc	25 gr.
Oxyde de zinc	20 gr.
Amidon pulvér.	15 gr.
Benzoate de bismuth	10 gr.
Carmin d'indigo	q. s. pour

obtenir la couleur chair.

F. s. a. une poudre porphyrisée, tamisée, au tamis de soie 0 ou 1, et parfumée à l'essence de roses, d'iris, jasmin ou héliotrope *ad libitum*.

Il ne faut pas perdre de vue qu'une ou deux gouttes de ces essences vraies de fleurs, qui coûtent plusieurs millions de francs le kilo

parfument très richement et qu'en dépasser la dose serait superflu et nuisible.

Le soir venu, au moment de se mettre au lit, bien se laver le visage à l'eau de pluie très chaude, sans plus ; s'essuyer à fond.

Faire alors un massage facial avec la *crème de beauté*, dont je livre le secret aux chères femmes de mes vieux confrères, lesquels auront, je n'en doute pas, la galanterie de pratiquer eux-mêmes le massage, après l'avoir vu, je suppose, exécuter devant eux une couple de fois par un masseur ou une professionnelle.

CRÈME DE BEAUTÉ.

Cold cream (du Codex) .... }	āā 45 gr.
Vaseline neutre .... }	
Talc	15 gr.
Oxyde de zinc	10 gr.
Benzoate de bismuth	5 gr.
Amidon pulvérisé	5 gr.
Glycérine	5 gr.
Ess. d'amandes amères.........	3 gout.
Ess. d'iris vrai	5 gout.

F.s.a une crème homogène bien triturée et pistée.

Le massage effectué, laver le visage à l'eau de camomille très chaude et le poudrer (à la houppe), avec la *poudre de beauté* que voici :

Talc..........................	30 gr.
Riz pulv.	25 gr.
Fécule de pomme de terre pulv. .	20 gr.
Oxyde de zinc	15 gr.
Benzoate de bismuth	10 gr.

Parfumez légèrement.

Carmin .... q. s. pour colorer nuance chair.

(Poudre porphyrisée et tamisée au tamis de soie n° 0.)

(Reproduction interdite.)

Dr GALAND
(de Cambrai.)

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Frais de cure thermale d'un démobilisé.

4943. — M. PAUL DENISE, député, demande à M. LE MINISTRE DES PENSIONS : 1° dans quelles conditions un démobilisé à qui, après visite et contre-visite, une cure au Mont-Dore a été ordonnée, pourra obtenir de son départe-

ment, à qui il incombe, le remboursement des frais dont il aura fait l'avance et qui auront été nécessités par les soins qu'il se sera fait donner, en dehors de l'administration, dans la station balnéaire qui lui aura été régulièrement prescrite ; 2° à quelle autorité le démobilisé doit s'adresser pour obtenir un ordre de transport. (*Question du 25 septembre 1920.*)

Réponse. — 1° La gratuité du traitement thermal n'intervient que si ce traitement : *a*) a été autorisé par le ministre de la guerre, conformément aux prescriptions de la loi du 12 juillet 1874 ; *b*) a été effectivement suivi dans les conditions fixées par l'autorisation ministérielle en question ; 2° l'autorisation ministérielle est accompagnée d'un bon de transport gratuit.

(*J. O.*, 26 novembre 1920.)

A propos du titre de médecin spécialiste des hôpitaux militaires.

5147. — M. ANTOINE, député, expose à M. LE MINISTRE DE LA GUERRE qu'un décret du 15 juin 1920 (*J. O.* du 25 juin) institue la création du concours pour l'obtention du titre de médecin des hôpitaux militaires, dont le programme est d'ailleurs attendu par les candidats éventuels ; qu'à ce concours en est adjoint un autre pour l'obtention du titre de médecin spécialiste : médecine légale et neuro-psychiâtrie, et demande au ministre, à propos de ce dernier, s'il a envisagé la situation des médecins militaires déjà pourvus du diplôme en médecine légale et psychiâtrie de la Faculté de Paris ; exposant, en outre, qu'avant la guerre, en effet, quelques médecins militaires avaient travaillé spécialement cette branche de la médecine et avaient vu leur labeur couronné par ce diplôme universitaire, ajoutant qu'il serait de toute justice d'accepter sans autre forme cette consécration officielle, d'utiliser ces médecins selon leur spécialité et de les nommer directement médecins spécialistes des hôpitaux, (*Question du 8 novembre 1920.*)

2e *réponse.* — Les diplômes ou certificats délivrés par les facultés de médecine ne peuvent dispenser les médecins militaires de prendre part aux concours institués par le décret du 15 juin 1920. (*J. O.*, 30 novembre 1920.)

ANTHOLOGIE MÉDICALE

A la manière de ...!

(A l'excellent poète Honoré Broutelle malicieusement ! F. D.)

Ex-voto :

Athènè Glaukopis (1), qu'en marbre Pentélique
Cinnagoras, fils d'Eucratès, humble et potier,
Erigea d'un ciseau qu'Apollon fit altier,
Abaissant ton ophtalme (2) aude (3) ma bucolique.

Je suis venu des coins ultimes de l'Attique
Jusqu'à cet albe (4) altar (5) qui t'est particulier,
N'ayant pour compagnon que mon chien familier
Et soutenant mes pas d'un calame (6) rustique.

O Potente (7) à qui l'on n'offrit jamais en vain
La figue de Massile (8) et les tendres génisses,
— Présents naïfs qui font les déesses propices —

Moi j'apporte l'annule (9) où l'artiste divin
Pour ma dextre pendacte (10) a serti dans l'or pâle
Pan soufflant aux sept trous de sa flûte inégale.

(*p. c. c.*) Frank DUPRAT.
(Bagnères-de-Bigorre.)

Lexique. — (1) du grec γλαυκοπις : aux yeux verts. — (2) du grec οφθαλμος : œil ; abaissant ton œil. — (3) du latin *audire* : entends, écoute. — (4) du latin *album* : blanc, immaculé. — (5) du latin *altar* : autel. — (6) du latin *calamus* : roseau, et par extension, canne, bâton. — (7) du latin *potens* : puissant, puissante. — (8) du latin *Massilia* : Marseille ; figue de Marseille. — (9) du latin *annulum* : anneau. — (10) du grec πέντα, δακτύλοι : cinq doigts ma main droite a cinq doigts.

UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX

Composition du Conseil

élu aux Assemblées Générales des 3, 4 *et* 5 *Décembre* 1920,

Drs Lafontaine, Quivy, Rinuy, Caillaud, Muller, Decourt, Bongrand, Legras, Barbanneau, Lantier, Billot, Humbel, D'Hotel, Prioleau, Claverie, Gruzu, Langlet, Bouilloud, Campinchi, Dorel, Lamarque, Butruille, Michon, Clavelier, Monteux, Bourdon.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 51 — DIMANCHE 19 DÉCEMBRE 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS
France........................ 24 fr.
Étranger........................ 28 »
Étudiants (*France*)........... 12 »
Le numéro........................ 50 cent.
Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. N° 51 19 Décembre 1920.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de MM. les docteurs SIMON, de Dinard (Ille-et-Vilaine), et KENT-MONNET, de Nice, la somme de quarante francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 725. — 1° 1 châssis avec transformateur sur secteur alter. 110 volts ; 1 condensateur au pétrole ; 1 résonateur et tableau marbre avec appareils de mesure pour alimenter transformateur, 1.500 frs.
2° table sur secteur 110 volts continu donnant lumière, cautère, galvanique, faradique, air chaud, massage vibratoire, 1.250 frs.
3° transformateur 110 altern. p. caut., lumière, 200 frs.
4° instruments divers de chirurgie.
S'adresser Loreau, 3 bis, rue Abel, Paris, XII.

N° 726. — De Dion, 10 HP., 1914, conduite intérieure, 4 places, état neuf. Bébé Peugeot, 1914, excellent état. Docteur, 30, place de la Nation. Paris.

N° 727. — Conduite intérieure, Hupmobile, 1913, 3 places, 12 HP., bon état, à vendre. Dr Prépin, à Durtal, M.-et-Loire.

N° 728. — Anjou. A céder poste intéressant. Petite indemnité. Conviendrait à célibataire à cause du logement actuel. Pressé.

N° 729. — Auto Philos 1914, 6 HP., 2 places, spider, moteur revu récemment, moteur Ballot, carburateur Claudel, à vendre. Prix à débattre.

N° 730. — Docteur, ex-interne de St-Joseph, serait reconnaisant à confrère qui lui indiquerait situation médicale ou para-médicale, Paris ou banlieue.

N° 731. — Phar. 1re classe désire utiliser diplôme dans spécialité laboratoire ou industrie pharmaceutique ; pourrait s'intéresser dans affaire.

N° 732. — A vendre auto Clém.-Bayard, 7 HP., 4 cyl., 1914, Bosch-Zénith, éclair. Magondeaux, excellent état, pas roulé guerre. 7.000 fr. Dr Gaillard-St-Didier, au Mont-d'Or (Rhône).

N° 733. — Le docteur Payre-Ficot, à Séderon (Drôme), offre à ses confrères son essence de lavande absolument pure et d'odeur exquise.

N° 734. — Au plus offrant, besoin argent avant 31 déc., Citroën torpedo, 4 places, roulé 1.200 kil., état de neuf, essais volonté.

N° 735. — Clinique accidents de travail demande matin, soir, médecin de méd. gén. faisant O.-rhino. Rétribué. S'adresser Dr, 18, rue Maubeuge.

N° 736. — Caus. doub. emp., à céder prix coût, droits d. lux. compr., 33.000 fr., sort. de car. fin déc. Buire 1920, 12-14 HP., écl., démar. élec., compt. kil., mont. 8 jours, roue de rech., outils, en ét. de march., car., belle cond, int., gr. luxe, solid, et conf., 3 à 4 pl., peint. et drap bleu, ébénist. intér.. coffres. sièges. et marchepied, etc.

N° 737. — Clientèle à céder dans la banlieue parisienne, ancien poste, rapport 50.000 fr. Indem. 20.000 fr. dont partie comptant. S'adresser à Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 738. — Bon poste à céder dans la banlieue pa-

risienne susceptible d'un gros produit. Très belle maison, bien placée. Pas de frais de locomotion. S'adresser à Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 739. — Dans chef-lieu de canton, ligne de ch. d. f., pays chasse et pêche, on céderait clientèle importante avec meubles de cabinet, livres, instruments et appareils. Fixes importants médecin de l'hôpital et de différents services. Longue présentation à la clientèle, facilités de paiement, conviendrait particulièrement à célibataire.

N° 740. — A vendre : excell. pharmacie d'angle, 17e, aff. 60.000 fr., gros bénéfices. Prix à débattre suivant comptant. Petit loyer. Médecin pharmacien pourrait beaucoup augmenter.

AVIS

AGENDA MEMENTO DU PRATICIEN

Notre édition 1921 vient de paraître.
L'expédition qui a lieu par colis postal est commencée depuis quelques jours et les souscripteurs auront satisfaction à bref délai.

Par suite des nombreuses demandes que nous avons reçues après la clôture de la souscription, nous avons été dans l'obligation, pour satisfaire les intéressés, de faire un tirage complémentaire qui a occasionné un supplément de dépenses. Nous ne pourrons donc adresser désormais notre volume aux retardataires que contre la somme de 18 fr. au lieu de 15 fr.

CORRESPONDANCE

Le nouveau Tarif des expertises criminelles

Je suis nommé par le juge d'instruction pour examiner une femme soupçonnée d'avortement ? Après examen de l'état général, et examen au spéculum, etc. je fournis le rapport.

Comment dois-je établir mon mémoire ?

L'article 26 du décret du 5 octobre 1920 donne :

1e. Pour une *visite judiciaire*, autres localités que Paris et villes avec tribunal de 1re classe : 15 fr.

Or, avec le tarif précédent j'établissais mon mémoire :

Visite .... 8 fr.
Opération autre que l'autopsie .... 10 fr.

En l'espèce (examen au spéculum et toucher vaginal).

Rapport (une ou deux vacations) (5 ou 10 fr.) ce qui me faisait 23 ou 28 fr. Comme le nouveau tarif a été fait en vue de relever les honoraires, dois-je demander au magistrat de fixer la taxe qui doit m'être allouée comme cela paraît prévu à la fin de l'article 26.

Ajoutez à cela que si je ne puis demander que 15 fr. il me faut encore payer 2 fr. de timbre de dimension et 0,25 de timbre-quittance.

Dr B.

Réponse.

Le nouveau tarif des expertises est, en effet, tout à fait insuffisant pour le cas exposé dans votre lettre. Il ne prévoit pas, comme l'ancien, une rémunération par vacations, qui permette de faire varier les honoraires du médecin avec l'importance des opérations, dans le cas d'expertise plus importante qu'une simple visite judiciaire.

Nous sommes donc d'avis que vous pouvez, dans l'espèce, invoquant l'article 26, dernier paragraphe, du décret, demander une rémunération plus élevée. Mais la base sur laquelle cette demande peut être faite n'est pas déterminée par le tarif.

A notre avis, vous pourriez compter par vacations, en portant les dites vacations à un prix plus élevé que celui de l'ancien tarif, au double, par exemple, au minimum.

Enfants anormaux.

1° Quels sont les confrères (ou autres personnes) s'intéressant aux enfants anormaux : arriérés ou débiles *perfectibles* ?

2° Quelles observations, quels renseignements peuvent-ils fournir, au point de vue médical, juridique ou social ? Existe-t-il quelque chose à ce sujet dans leur région ?

3° Quelles seraient, à leurs yeux, les méthodes à employer envers ceux-ci, au point de vue médical, scolaire ou éducatif en général ?

4° Quel genre d'organisation proposeraient-ils en vue d'assistance aux anormaux indigents ou de modeste aisance ?

5° Quelles autres propositions auraient-ils à faire ?

Prière d'adresser les réponses, aussitôt que possible, à Mitry-Mory (Seine-et-Marne) au Dr Fernand Decourt qui envoie, à l'avance, tous ses remerciements.

Calcul de la patente.

I

Vous serait-il possible de me faire renseigner sur

le fait suivant : Contraint par l'exiguïté de mon appartement actuel (raison de famille) à me déplacer, je me suis vu obligé de prendre à bail un appartement qui, contrairement au premier, est beaucoup trop important pour moi. Je ne puis choisir, la crise des loyers sévissant ici comme partout.

La patente médicale due, en tant que contribution municipale, est extrêmement élevée à X... et porte naturellement (paraît-il) sur le chiffre du loyer total y compris les pièces non médicales.

J'ai l'intention de sous-louer une partie de mon appartement. Pourrai-je faire défalquer la somme de la sous-location de ladite patente médicale et si oui que dois-je faire pour diminuer d'autant le chiffre de l'imposition ?

Dr N.

Réponse.

Il est exact que le droit proportionnel de patente, qui n'est plus actuellement payé par les contribuables, mais sert seulement de base aux centimes additionnels départementaux et communaux, est calculé sur la valeur locative de l'appartement entier occupé par le médecin, locaux professionnels et locaux d'habitation compris.

Mais si vous sous-louez une partie de votre appartement, le calcul ne portera que sur la partie que vous conserverez, et non sur celle qui sera l'objet de la sous-location. Mais il faut, bien entendu, que la sous-location soit constatée régulièrement et établie au regard de l'administration des contributions directes par un bail ou une location verbale dûment déclarée.

II

Je viens de recevoir ma feuille d'impôts (cote mobilière et patente). J'ai un loyer de 2.500 et l'on m'impose sur mon loyer entier. Je croyais que dans l'établissement de ces impôts on défalquait une certaine partie du loyer, celle concernant les appartements médicaux. Je viens vous demander ce que dit la loi à ce sujet. Le contrôleur des contributions m'a dit que dans certains villes cette défalcation existait, alors pourquoi pas ici ?

Dr P.

Réponse.

La patente (ou plutôt les centimes additionnels qui en subsistent) est établie sur la valeur locative tant de l'habitation que des locaux servant à l'exercice de la profession. Vous ne pourriez donc réclamer de ce chef.

Quant à la contribution mobilière (même observation que pour la patente en ce qui concerne son existence), il y a lieu, pour la calculer, de déduire de la valeur locative celle des locaux qui servent à l'usage de la profession patentée.

Vous pourriez donc, en ce qui concerne cet

impôt, faire une réclamation en réduction, dans les trois mois de la publication du rôle, et dans les formes indiquées au dos des avertissements.

Réduction d'impôt pour charge de famille.

J'ai payé la somme de 98 fr. montant de l'impôt sur la solde militaire (5.870 fr.) établi au titre de l'année 1919 (revenus de 1918). L'avertissement du rôle comprend une colonne pour réduction pour charges de famille, mais blanche de chiffres. Je tiens à savoir si cette catégorie d'impôt est justiciable d'une réduction (10 % ayant 2 personnes à ma charge) afin dans l'affirmative de faire une réclamation, si toutefois elle est encore possible puisque l'impôt est payé.

Dr X.

Réponse.

Aux termes de l'article 52 de la loi du 31 juillet 1917, sur les impôts sur les revenus institués par ladite loi (l'impôt sur les traitements et salaires est dans ce cas) chaque contribuable avait droit, en ce qui concerne la part de l'Etat, à une réduction de 5 % pour une personne à sa charge et 10 % pour deux personnes.

Mais les contribuables ne peuvent demander le remboursement des sommes indûment payées par eux. Ils avaient à leur disposition la voie de la demande en décharge ou en réduction et s'ils n'en ont pas usé, ils ne sont plus recevables, après avoir payé, à demander la restitution des sommes qu'ils ont versées (Cons. d'Etat, 9 juil. 1886, D. P. 88. 3. 4).

Actuellement, et par suite de la modification de l'art. 52 de la loi du 31 juillet 1917 par la loi du 25 juin 1920, les réductions applicables à ces impôts sont fixées comme suit :

Pour tout contribuable dont le revenu total défalcation faite des déductions pour situation et charges de famille, prévues par l'art. 12 de la loi du 15 juil. 1914, n'est pas supérieur à 10.000 fr. 7 fr. 50 % pour chaque personne à sa charge jusqu'à la deuxième et 15 % pour chacune des autres personnes à partir de la troisième.

Pour tout contribuable dont le revenu net total, tel qu'il est défini ci-dessus, est supérieur à 10.000 fr., 5 % pour chacune des trois premières personnes à sa charge et 10 % pour chacune des autres personnes à partir de la 4e, sans que le montant total de la réduction puisse dépasser 300 fr. par personne à la charge du contribuable.

(Voir la suite page XXXI-3177)

L'AFFAIRE DU Dr MAZEL, DE NIMES. UN SUCCÈS A L'ACTIF DU " SOU MÉDICAL "

Par jugement en date du 8 décembre 1920, le tribunal correctionnel de Nîmes, jugeant en matière civile, a rejeté la demande en 200.000 francs de dommages-intérêts, formulée contre le Dr Mazel, de Nîmes, membre du «Sou médical», par une famille qui lui reprochait d'avoir engagé sa responsabilité professionnelle en commettant plusieurs fautes lourdes dans les soins qu'il avait donnés à deux jeunes filles de cette famille, atteintes de fièvre typhoïde, dont elles sont mortes.

Le tribunal a fait bonne justice d'une accusation qui ne reposait que sur un invraisemblable rapport d'expert.

Nous nous en félicitons, et nous nous réjouissons de cette décision qui lave notre confrère de reproches qu'il ne méritait pas.

Le secrétaire général du «Sou médical», le Dr P. Boudin, s'était rendu à Nîmes pour apporter son témoignage documenté au Dr Mazel.

Nous bornons à ces quelques lignes complétées par l'exposé sommaire de Boudin (1) la communication que nous tenons à faire aujourd'hui sur cette affaire, nous réservant d'y revenir longuement dans un prochain numéro.

Le Conseil du « Sou médical ».

(1) Voir plus loin.

PROPOS DU JOUR

L'organisation professionnelle du Corps médical français.

La question de l'organisation professionnelle du Corps médical français, question que nous avions cru définitivement résolue, a été soulevée à la dernière assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France. La cause de sa mise à l'ordre du jour reposait évidemment sur des malentendus, provenant d'un manque de liaison entre les directeurs de nos divers grands groupements de praticiens. Aussi la discussion ne fut ni longue, ni âpre, pas même passionnée, tout le monde étant à ce sujet du même avis.

Le Corps médical français, ou plus exactement le Corps des médecins praticiens français qui ont le souci de leur dignité et de l'avenir de leur profession, forme une sorte de Trinité d'un seul corps en trois personnes. Cette expression est assez juste puisque, en grande majorité, les adhérents des trois groupes de cette Trinité sont les mêmes et que chaque groupe, selon les époques ou les circonstances, emprunte à ses voisins ses forces et même son personnel.

Le plus ancien groupement, l'*Association générale des médecins de France*, a pour rôle la bienfaisance, l'octroi de secours aux praticiens dans la détresse et à leurs familles. Société de secours mutuels approuvée, son but est limité d'abord par la loi de la mutualité, dont elle relève, puis par ses ressources et celles des sociétés locales dont, en vertu d'une autorisation spéciale, elle est la Fédération. Ces ressources sont importantes puisque sa fortune capitalisée et immobilisée, du fait de la loi, est de sept millions de francs, et qu'elle dispose en outre, elle ou ses Sociétés, des cotisations de ses membres. Elle peut borner son activité à ce rôle, car la bienfaisance et les secours aux médecins et à leurs familles peuvent revêtir les formes les plus variées. Sans parler des veuves et des orphelins, dont elle doit s'ingénier à améliorer la situation, elle pourrait étendre sa protection tutélaire sur les enfants de ses adhérents, créer pour eux des comités de protection dans les villes universitaires, leur choisir des correspondants qui remplaceraient avec l'assentiment des parents la famille absente, fonder à l'étranger des centres d'échange pour permettre aux médecins d'aller séjourner hors de nos frontières ou d'y envoyer leurs enfants qui pourraient y étudier les langues étrangères, prendre contact avec les médecins des pays amis, y faire, par leur belle tenue, leur bonne éducation et leur culture, la meilleure propagande francophile. Nous verrions en outre avec plaisir l'Association se préoccuper des villégiatures des médecins praticiens, leur faciliter par la création d'un office spécial une cure de repos annuelle à la montagne, à la campagne, à la mer

ou dans nos stations hydrominérales et climatiques, dans de bonnes conditions morales, hygiéniques et économiques. Nous citons ces projets hypothétiques pour répondre à l'objection que nous avons entendue : « Que ferait le Conseil général de l'Association, s'il ne s'occupait pas de défense des intérêts professionnels ? » Les occupations ne lui manqueraient certes pas et au cours de la guerre, avec l'administration de la « Caisse d'Assistance médicale de guerre » et l'organisation de la cérémonie solennelle en l'honneur des médecins, pharmaciens et étudiants, morts pour la patrie, il a montré ce qu'il pouvait faire et bien faire.

***

L'*Union des Syndicats médicaux de France* est incontestablement le groupement de praticiens le plus nombreux et le plus puissant depuis qu'il a groupé tous les syndicats médicaux, y compris ceux d'Alsace, du Nord, du Rhône et de Toulouse. Elle possède au moins 13.000 adhérents et dispose d'un budget annuel de 150.000 francs, ce qui est évidemment quelque chose. L'Union des Syndicats médicaux a pour rôle exclusif la défense professionnelle. Ce rôle est nettement défini par les lois qui régissent les Syndicats professionnels. Ces lois, beaucoup plus larges que la loi de la mutualité, permettent actuellement à l'Union de posséder, d'ester en justice et aux syndicats d'organiser, s'ils le désirent, sous certaines conditions, des Caisses d'assistance et de secours mutuels. Mais l'Union des syndicats médicaux a assez à faire en assurant la défense professionnelle et l'organisation moderne de la profession médicale qui est, en somme, le meilleur moyen de défense et elle ne cherche nullement à sortir de ce rôle. Toutefois, avec beaucoup de raison, non pour des motifs mesquins de prééminence, de concurrence et de jalousie, mais dans le but exclusif de l'intérêt général, l'Union des Syndicats médicaux qui, en fait, est le seul groupement qui représente la grosse majorité des praticiens, tient à conserver le monopole de la défense professionnelle qu'elle détient en vertu de la loi.

***

Le *Concours médical* et ses filiales est le troisième groupement de notre Trinité professionnelle. Il a un caractère plus spécial. Avant tout, il est et reste un journal doublé d'une société d'études.

Il enquête, informe, émet des idées, cherche à réaliser, ce que ni l'Association, ni les Syndicats ne peuvent faire. Rappelons que les Syndicats sont sortis de son sein ; rappelons qu'en créant, grâce à l'initiative de son directeur regretté, Jeanne, la Financière médicale, il est parvenu à améliorer la situation des médecins dans la question des soins aux accidentés du travail et dans leurs rapports avec les assurances, avant que la loi sur les accidents ne vînt remédier aux abus dont nos confrères étaient victimes.

Rappelons qu'avec la Caisse des retraites du Corps médical français, l'Amicale-Maladie, devenue la Mutualité familiale du Corps médical français, il est parvenu à compléter pour les praticiens réellement prévoyants, l'œuvre de l'Association générale ; que la Mutualité familiale pourra, avant peu, fournir la seule table sérieuse de morbidité de la profession médicale. Rappelons enfin que, laissant aux syndicats toute la défense des intérêts généraux de la profession médicale, le *Concours* est parvenu à assurer la défense individuelle du praticien par le « Sou médical » dont l'utilité et l'efficacité ne peuvent être discutés.

Le *Concours médical* est en outre un Office de renseignements, de conseils sur tout ce qui de près ou de loin touche à la profession médicale et tous les médecins qui s'y sont adressés, même sans lui être affiliés, savent qu'il s'est toujours efforcé de leur rendre pratiquement service.

Comme nous nous plaisons à le définir, c'est un laboratoire de médecine professionnelle et sociale qui n'a pas dit son dernier mot et qui peut, par le fait qu'il est un groupement très centralisé, ayant le caractère d'une œuvre privée, jouer un rôle à part dans la protection du praticien et tenter, à ses risques et périls, ce que ni l'Association, ni l'Union des Syndicats ne pourraient essayer sans se compromettre.

***

Chacun de ces trois groupements a son utilité, chacun a son rôle nettement défini. Il ne saurait être question de rivalités entre eux et leur devoir est de se plier à la discipline qu'imposent les lois qui nous régissent et la volonté mainte fois exprimée par toutes nos assemblées de praticiens et que dicte le bon sens si le Corps médical veut donner aux pouvoirs publics l'impression d'une profession solidement organisée, capable de cohésion et pouvant exposer claire-

ment et sans contradiction ses désirs et sa volonté.

L'Assemblée générale des délégués de l'Union des Syndicats médicaux de France dans sa séance du 5 décembre 1920, a nettement exprimé ce que nous venons de développer dans le communiqué officiel que nous publions plus loin.

Le *Concours médical* qui a toujours combattu pour la prospérité et la bonne organisation de notre syndicalisme, continuera, comme par le passé, à faire tous ses efforts pour faire régner l'ordre, la discipline, la cohésion entre les divers groupements médicaux. Il leur donnera le bon exemple et leur servira en toute occasion de trait d'union, si possible. Il faut que règnent l'entente et une mutuelle confiance dans nos associations de praticiens.

J. NOIR.

Pour la sauvegarde de la culture française menacée par les Allemands. Envoyons en Pologne des ouvrages de médecine en français.

Les « *Amis de la Pologne* », dont nous avons l'honneur d'être membre du Comité de patronage, vient de nous adresser un appel intitulé : *Au secours de la culture française.*

Nous avons déjà averti nos lecteurs (1) de l'activité que déployaient, en Espagne et dans l'Amérique latine, les professeurs des Universités allemandes pour y établir la prépondérance de la « kultur » germanique. Dans ce but ils sont allés jusqu'à publier un journal de médecine en langue espagnole, la *Vox medica*, édité à Berlin et entièrement rédigé par trente professeurs des diverses universités allemandes. Une propagande beaucoup plus dangereuse se fait actuellement en Pologne et dans des conditions autrement favorables.

Les Allemands et les Russes, dans leurs avances successives, ont saccagé la Pologne et avec un acharnement vraiment diabolique, ont détruit et brûlé les bibliothèques. La Pologne est absolument dépourvue de livres, surtout de livres techniques. Editer des ouvrages en polonais, on n'y peut guère songer à l'heure actuelle. On aurait volontiers recours aux livres français, car Varsovie est encore une des villes d'Europe où le français est le plus couramment parlé et la Pologne considère depuis des siècles le français comme sa seconde langue maternelle. Mais le change exerce là contre nous une action terriblement néfaste. Le moindre roman français, imprimé à Paris, revient à Varsovie au prix de *trois cents marks* polonais et nos livres de médecine coûteraient des *milliers de marks* sur les rives de la Vistule. Les commis-voyageurs allemands sont à l'affût. Profitant de la divulgation de la langue allemande dans les milieux polonais par l'instituteur prussien en Posnanie, par les maîtres autrichiens en Galicie, depuis un siècle et demi qu'a eu lieu le partage de la Pologne, ils viennent dans ce pays de culture latine séculaire offrir des ouvrages en langue allemande qui reviennent à un prix *sept fois moins élevé* que les ouvrages similaires français.

Si nous n'y remédions pas, les étudiants et les futurs médecins polonais, c'est-à-dire toute la jeunesse des écoles, appelée à devenir l'élite intellectuelle de la Pologne, sera nourrie de littérature allemande et s'imprégnera à son corps défendant de « kultur » prussienne.

Des efforts généreux ont été déjà effectués par des éditeurs parisiens (Colin, Hachette, Floury, Gauthier-Villars) par les professeurs et les élèves de certains de nos établissements d'enseignement (lycées Carnot, Victor-Hugo à Paris, lycée de Beauvais, collège de Lisieux, école normale des jeunes filles de Lyon, école normale supérieure de Saint-Cloud, un couvent de Bénédictines, et de nombreux ouvrages français ont pu être envoyés aux Universités de Cracovie, de Léopol, aux Ecoles de Varsovie, d'Inowroclaw, de Przemysl. Il importe de pourvoir le plus possible les étudiants en médecine polonais d'ouvrages médicaux français.

Nous avons saisi de cette question la Commission de propagande de l'*Association pour le développement des relations médicales entre la France et les Pays alliés et amis* et nous adressons un pressant appel à tous nos lecteurs, soucieux de la divulgation de la Pensée et de la Science françaises et du maintien de l'influence de notre Patrie dans un pays qui ne demande qu'à rester notre plus intime ami.

Les « *Amis de la Pologne* » dont le siège est 7, *rue de Poitiers, à Paris* (*VIIe arr.*) recevront avec reconnaissance tous les ouvrages en français de médecine ou autres qu'on voudra bien leur adresser et se chargeront de leur expédition en Pologne et de leur répartition dans les hôpitaux, les universités et les associations d'étudiants.

J. NOIR.

---

(1) *Concours médical* du 14 novembre 1920, page 2.795 : Propos du jour.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine : M. le Prof. CHAUFFARD.

La spirochétose ictéro-hémorrhagique.

La spirochétose ictéro-hémorrhagique est une maladie nouvelle, non pas dans son existence, mais dans sa connaissance. Nous n'avons appris à la connaître, en effet, que récemment. La priorité de sa découverte appartient aux Japonais, à Inada et Ido en particulier. En novembre 1914, ces auteurs virent pour la première fois ce fait capital que le sang de certains ictériques inoculé au cobaye entraînait la mort de l'animal au milieu d'un syndrome d'ictère et que l'on retrouvait dans le sang une variété spéciale de spirochètes. Ce qui avait déterminé Inada et Ido à entreprendre ces recherches, c'est l'observation assez commune, au Japon, chez les mineurs de fond de mines, d'un ictère à allure particulière. Étudiant l'ictère en question des mineurs, ils firent la première démonstration, chez le cobaye, d'une affection qu'ils nommèrent spirochétose ictéro-hémorrhagique.

Le mémoire de 1914 d'Inada et Ido, et d'autres mémoires parus en 1915, publiés en japonais, eurent pour ce motif peu de diffusion. En mars 1916, ces auteurs firent paraître, en langue anglaise, un travail fondamental qui se répandit rapidement en Europe. Pendant ce temps, avaient lieu en Allemagne deux séries de recherches, poursuivies parallèlement pendant les années 1915 et 1916. Les auteurs allemands reproduisaient le plan de travail des Japonais. J'ai pu voir, sur des documents initiaux, que les Allemands s'accordaient sur un point : ignorer les médecins Japonais. Ils passaient sous silence les études d'Inada et Ido, mais ils discutaient entre eux sur la priorité de la découverte. Une commission arbitrale composée de bactériologistes allemands fut même nommée pour trancher le débat. Les savants allemands n'oubliaient tous qu'une chose : que la première description de la maladie appartenait aux Japonais.

La spirochétose ictéro-hémorrhagique fut signalée pour la première fois, en France, par Stokes, qui la retrouva sur le front anglais. M. Louis Martin, de l'Institut Pasteur, se rendit alors au front anglais, chargé de mission, et il en rapporta des échantillons de viscères pathologiques sur lesquels il commença ses recherches avec M. Auguste Pettit. Puis, les études de la question se multiplièrent. Je vous citerai les noms de MM. Costa et J. Troisier, qui signalèrent les phénomènes méningés de la spirochétose, de MM. Marcel Garnier et Reilly, qui publièrent une belle monographie de la maladie en 1919.

Je voudrais vous donner aujourd'hui une idée d'ensemble de la question, sans chercher à la traiter dans sa totalité, car elle est vaste. La notion de la spirochétose ictéro-hémorrhagique se rattache d'ailleurs à une variété d'ictère décrite autrefois par Mathieu sous le nom d'ictère infectieux à rechute et plus tard par Weil, en Allemagne (ictère à rechute de Weil, pour les Allemands), que MM. Marcel Garnier et Reilly préfèrent appeler ictère à recrudescence fébrile.

En matière de spirochétose, toutes les formes d'ictère infectieux peuvent être observées, depuis les formes graves, mortelles en quelques jours, jusqu'aux formes bénignes. J'ai fait faire, dans ce service, une enquête systématique, recherchant le spirochète chez tous les sujets atteints d'ictère, et le spirochète n'a été trouvé qu'une seule fois, dans un syndrome d'ictère bénin.

Considérons l'agent parasitaire de la maladie. Tout d'abord, ce n'est pas une bactérie. Il appartient au groupe des protozoaires, ou, comme l'ont dit, des protistes. Il se présente à l'ultramicroscope, sur le fond de la préparation, comme un organisme allongé, ondulé, mobile, chose importante pour l'agglutination et le séro-diagnostic. On peut voir, à ses extrémités, deux petits cils. Si on l'inocule dans le péritoine de la souris blanche, on remarque une desquamation des grandes cellules et une tendance de celles-ci à englober le spirochète, sorte de phagocytose incomplète.

L'animal de choix pour l'inoculation est le cobaye. Dans la règle, il succombe du 8e au 10e jour, avec des suffusions sanguines des tissus, des piquetés hémorrhagiques, une teinte ictérique. Le qualificatif d'ictéro-hémorrhagique s'applique surtout à la maladie expérimentale, et il est beaucoup moins exact au point de vue clinique. On peut obtenir des cultures du spirochète, cultures, qui par réinoculation, reproduisent la maladie, ce qui réunit bien tous les caractères de l'affection microbienne.

Deux organes sont particulièrement atteints par le processus morbide, le foie et le rein. Les surrénales sont aussi touchées. Il y a là des traces anatomiques d'une septicémie générale, prouvée encore par ce fait que l'on peut inoculer positivement le sang des patients dans les huit premiers jours de l'affection. De même, pour le

liquide céphalo-rachidien. Ainsi, dans les 8 premiers jours, une inoculation de 7 à 8 centim. cubes de sang permettra de caractériser la maladie. Après les 8 ou 10 premiers jours, on pourra encore, avec quelques chances d'obtenir un résultat, inoculer le sang ou l'urine. Plus tard, c'est à l'inoculation de l'urine qu'il faudra s'adresser, de préférence. Vous verrez l'intérêt de ces considérations pour le diagnostic des formes douteuses de spirochétose ictéro-hémorrhagique.

D'une façon générale, la spirochétose ictéro-hémorrhagique débute par une première phase pré-ictérique, phase retrouvée d'ailleurs dans toutes les formes d'ictères infectieux. En matière de spirochétose, cette phase dure 5 à 6 jours. Elle est caractérisée par de la fièvre, de la céphalée, de la courbature et par deux signes importants à noter : des douleurs myalgiques et arthralgiques et de l'injection conjonctivale. Quand vous voyez ces deux signes associés et réunis au syndrome fébrile dont je viens de parler, il est bon de penser à l'invasion d'une spirochétose ictéro-hémorrhagique.

Au 5e ou 6e jour, apparaît l'ictère. Le plus souvent, c'est un ictère par rétention, avec décoloration des matières fécales. La fièvre continue encore un peu, puis, vers le 10e jour, se produit une défervescence. La température tombe aux environs de 37° (sans apyrexie complète cependant). Elle remonte ensuite, sans aggravation de l'ictère, contrairement à ce qui se passe dans l'ictère lithiasique fébrile, où l'ictère fonce à chaque aggravation. Cette recrudescence dure un certain nombre de jours, et, du 25e ou 30e jour, se produit la défervescence véritable.

La coloration de l'ictère spirochétosique est assez spéciale. Le mot ictère correspond à des teintes variables. Vous avez le subictère, safrané, l'ictère anémique, autant anémie qu'ictère. Vous avez l'ictère franc, jaune, l'ictère jaune-verdâtre des cancéreux, l'ictère bronzé. L'ictère de la spirochétose ictéro-hémorrhagique offre une couleur à part : il est jaune-rouge, et a été nommé pour cette raison ictère orange ou ictère flamboyant.

En même temps que se produisent ces accidents, on constate une oligurie intense. La quantité des urines diminue considérablement et, parallèlement, l'urée du sang augmente. L'azotémie atteint 1 gr. 50 et, dans les cas graves, 5 et 6 grammes. Et alors, ou l'on voit apparaître une polyurie libératrice, ou l'azotémie va en croissant jusqu'à la terminaison fatale.

Que deviennent le foie et la rate ? Le foie n'est jamais atrophié. Tantôt, il a ses dimensions normales, tantôt il est légèrement augmenté de volume. La rate est ordinairement accrue de volume, phénomène qui, déjà, avait attiré l'attention de Mathieu.

Une fois la maladie terminée, le patient entre en convalescence, convalescence toujours pénible. Le sujet est affaibli, amaigri. Un symptôme de la convalescence, sur lequel Pagniez a attiré l'attention et qu'il a retrouvé 21 fois sur 26 cas, est la chute des cheveux, alopécie en clairière, analogue à l'alopécie syphilitique. Dans les formes graves, la mort a lieu, en général vers le 7e jour, avec des accidents typhoïdiques d'aspect, parfois des convulsions. A l'autopsie des malades qui ont ainsi succombé vers le 7e jour, on ne trouve pas de grosses lésions viscérales. Les lésions organiques sont plus intenses chez les sujets qui sont morts plus tardivement, au 25e jour par exemple. On est obligé de conclure que derrière les troubles organiques se place une toxémie précoce qui, dans les cas graves, arrive à annihiler les cellules. Il semble que des troubles fonctionnels précèdent alors les lésions histologiques ou qu'il y ait, au début, des altérations histologiques que nos moyens ne nous permettent pas d'apprécier.

Il est un dernier ordre de symptômes, presque constants : ce sont les symptômes méningés, indiqués par Costa et J. Troisier. Ces auteurs ont appelé l'attention sur les signes méningés dans la spirochétose : la céphalée, la raideur de la nuque, le kernig, l'abolition des réflexes tendineux, l'hyperalbuminose, la polynucléose, l'augmentation du glycose dans le liquide céphalo-rachidien, l'inoculation de ce dernier donnant souvent, en outre, des résultats positifs.

Un mot d'étiologie. La maladie correspond, d'abord, à une série de professions. Elle se voit principalement chez les bouchers, chiffonniers, égouttiers, chez tous ceux qui vivent au voisinage de détritus. Certains cas semblent montrer aussi qu'elle est susceptible de résulter de l'absorption d'eau vaseuse. Nous pouvons aller plus loin et préciser, en indiquant l'origine animale de la maladie. Ce sont encore les Japonais qui ont montré le rôle du rat, du surmulot, comme agent de transmission de la spirochétose. Vous savez que le rat est aussi le vecteur de la peste, mais le rat pesteux meurt de la peste, et il la donne par ses puces. Le rat infecté de spirochètes et qui en sert d'origine ne semble pas mourir de la maladie. C'est ainsi qu'on a prélevé des rats un peu partout et que toute une série s'est montrée infestée. On tend à admettre que cet animal agit comme vecteur simplement et que pour lui le spirochète est un saprophyte non virulent. Il sèmerait le germe par ses éliminations, urinaire et fécale.

Le rat est-il le seul réservoir de virus ? Ce n'est pas démontré. Ainsi, on a vu un groupe d'hommes tombés dans une mare vaseuse contracter la spirochétose ictéro-hémorrhagique.

Le diagnostic de la spirochétose ictéro-hémorrhagique est loin d'être toujours simple. Dans certains cas, il est à peine soupçonné. C'est

ici où interviennent les procédés biologiques. En premier lieu l'inoculation du sang, si l'on est au premier septénaire de la maladie. L'inoculation se fait au cobaye et c'est le moyen le plus élégant et le plus démonstratif de caractériser l'affection. A défaut, on pourra rechercher le spirochète. Vers la fin de l'évolution morbide, au 15e ou 20e jour, on s'adressera aux urines qui seront centrifugées et dont on examinera le culot. Cette recherche doit être faite méthodiquement, tous les jours, avec patience, car elle n'est pas positive nécessairement au premier examen.

Un autre moyen de diagnostic est la séro-réaction. Aux environs du 14e jour de la maladie, se développent dans le sang des anticorps. Si on inocule au cobaye en même temps le sang du patient et les anticorps, il se produit une neutralisation du virus et l'animal reste indemne. Mais, la preuve de laboratoire la plus simple et la plus commode, est le séro-diagnostic. Il faut pour cela une culture pure de spirochètes mobiles. A l'Institut Pasteur, MM. Martin et A. Pettit entretiennent en permanence des cultures de spirochètes. Il suffit de leur envoyer du sang du malade prélevé vers le 10e ou 12e jour (date la plus favorable). S'il agglutine les spirochètes le diagnostic est établi.

Vous voyez que nous avons là un chapître nouveau de la pathologie hépatique et de la parasitologie. Il ne manque à cette étude qu'une chose, essentielle il est vrai, la sanction thérapeutique. On a bien obtenu, chez le cheval, un sérum anti-spirochétosique, mais il ne paraît pas donner de résultats très nets. D'autre part, nous connaissons toute une chimiothérapie efficace dans nombre de spirilloses. Malheureusement, elle est demeurée inefficace dans la spirochétose ictéro-hémorrhagique. Les arsenicaux sont restés ici sans action. Il faut d'ailleurs les manier, en pareil cas, avec précautions, le foie et le rein étant dans cette maladie très touchés. La chimiothérapie doit, dans ces conditions, être très prudente.

A cela près, le chapitre de la spirochétose ictéro-hémorrhagique est presque complet. Vous voyez avec quelle rapidité, en 6 années, de novembre 1914 à novembre 1920, l'histoire de cette maladie s'est faite. C'est là un bel exemple de la fécondité du travail et de la collaboration scientifiques, de nos jours.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année 1920 au trésorier Dr Gassot à Chevilly (Loiret).

MÉDECINE INFANTILE

« Mieux vaut prévenir que guérir »
(Au Livre de la Sagesse des Nations...)

Traitement et prophylaxie de la scoliose des adolescents.

La Société française d'orthopédie, réunie sous la présidence de M. le professeur Kirmisson, membre de l'Académie de médecine, vient d'ouvrir un débat scientifique sur les résultats obtenus dans le traitement des scolioses par la méthode de redressement forcé d'Abbott, de Portland (1).

Le rapport établi par M. le professeur Estor (de Montpellier) et les observations apportées par MM. Nové-Josserand (de Lyon), Gourdon (de Bordeaux), Mouchet, Rœderer, Lance et Barbarin (de Paris) permettent de conclure : que la méthode d'Abbott n'est applicable qu'à un nombre de cas très restreint de scolioses de moyenne gravité, et à celles limitées dans le segment dorsal. Elle entraîne, en ces cas, une amélioration appréciable mais sans hypercorrection ; cette amélioration ne persiste pas et il est indispensable d'instituer pendant longtemps un traitement orthopédique complété par le port d'un corset,

Néanmoins, la technique recommandée par Abbott réalise un progrès en facilitant le redressement des scolioses dorsales par l'attitude en flexion antérieure du tronc, et en provoquant le relèvement des côtes affaissées par l'expression thoracique, grâce à la gymnastique respiratoire.

Si la méthode d'Abbott n'a pas répondu aux espérances que l'on avait fondées sur elle, quel est le traitement rationnel moderne que l'on doit adopter pour les scolioses de l'adolescence ? M. le Dr Gourdon, de Bordeaux, a précisément exposé les directives de ce traitement à la Société d'orthopédie, en se basant sur les études faites dans son service orthopédique de l'Hôpital des Enfants.

On peut cliniquement diviser les scolioses en 3 degrés suivant leurs caractères de gravité. 1) scolioses à courbure unilatérale, à plateau costal postérieur ; 2) scolioses à courbures multiples à angle costal mousse ; 3) scolioses à courbures multiples, à angle costal aigu, ces déformations étant fixées.

Les directives générales du traitement sont,

(1) Rappelons ici que ce fut en mars 1913, au Congrès de culture physique que le professeur Abbott, sur l'initiative du docteur Lucas-Championnière, exposa la principe de sa méthode.

(1) On trouvera dans l'intéressante monographie de notre très distingué confrère et ami Fauchon, de Berck, « Méthode d'Abbott et compression ouatée » maints détails techniques que tout praticien doit dès maintenant posséder.

LABORATOIRE MUNICIPAL DE CHIMIE
Analyse quantitative N° 572

DUPLICATA

Le Directeur du Laboratoire Municipal certifie que l'échantillon deposé sous le n° 583 par Messieurs LAMBIOTTE & C° comme "UROMETINE en COMPRIMÉS" contient pour 100 grammes d'échantillon

Hexaméthylènetétramine 100.00
Matières minérales toxiques .... néant

La conservation du produit paraît assurée

Paris, le ... 1916
Le Directeur du Laboratoire Municipal

Toute personne qui usera de ce bulletin pour nuire à la réputation d'autrui commettra le délit de diffamation

Antisepsie urinaire

Quadruple action : bactéricide, antitoxique, antiurique, diurétique.

UROMETINE

LAMBIOTTE FRÈRES

(Urotropine Française)

doses moyennes : 2 à 6 comprimés par jour.



Littérature et Échantillons :
PRODUITS LAMBIOTTE FRÈRES
3, Rue d'Édimbourg, Paris-8e

pour les scolioses de 1er degré : développement et rééducation musculaire, correction orthopédique passive ; pour celles du 2e degré : gymnastique active, redressements mécaniques progressifs, corset amovible ; pour celles du 3e degré, redressement mécanique énergique, corset amovible.

Depuis plus de 3 années, nous nous sommes attachés, soit à Barèges, soit à l'Institut physiothérapique de Luchon, à obtenir la rééducation musculaire par une gymnastique active au moyen de l'appareil de Sylvain Albert. Cet appareil très simple permet de graduer l'effort pour chaque malade : avec lui, nous obtenons une détorsion « active » de la colonne vertébrale. Nous décrirons prochainement les mouvements que nous utilisons. Notons seulement que jamais les malades ne doivent être abandonnés à eux-mêmes pendant les séances, que la surveillance médicale doit être de tous les instants, que les malades doivent être le plus nus possible pendant ce traitement.

Le Dr Gourdon a développé longuement la technique de ces différents moyens de redressement des déviations de la colonne vertébrale. Il a montré le danger de la gymnastique de mobilisation employée sans méthode et a décrit le fonctionnement d'un appareil qu'il a fait établir pour lutter à la fois contre la déformation des côtes, la rotation et la déviation vertébrale. Ces traitements doivent être complétés, pour les scolioses des 2e et 3e degrés, par le port d'un corset orthopédique amovible établi d'après un moulage pris, le sujet en attitude hypercorrigée.

Parallèlement au traitement mécanique, les malades doivent suivre un traitement thermal : Salins-de-Béarn, Salins-du-Salat, Salins de Mouillères, Barèges, Luchon, etc., seront particulièrement indiqués. La cure arsenicale de la Bourboule présente aussi des avantages non négligeables.

En dehors de leur séjour dans l'une de ces stations thermales que nous venons d'indiquer, les malades sont soumis aux bains salés artificiels (bains de Pennès, v. g.) ou encore aux bains préparés avec les eaux-mères que l'on extrait des sources salines, aux bains sulfurés artificiels, tels que le sulfarène, etc.

La surveillance orthopédique du scoliotique doit s'étendre pendant toute la durée de la croissance, car ce n'est qu'à partir de l'âge de 17 ans que la fixation du redressement est obtenue, définitive, cet âge correspondant avec l'arrêt de ce que l'on a appelé « le processus scoliotique ».

Les résultats à espérer d'un traitement orthopédique de la scoliose institué rationnellement et aussi longtemps que nécessaire sont : redressement de l'inflexion du rachis, modification de la forme du thorax, aplanissement, du plateau costal pour les scolioses du 1er degré. Régularisation des épaules et des contours du tronc, diminution de l'angle costal postérieur pour les scolioses du 2e degré. Mobilisation du rachis, remise en statique verticale du tronc, développement du thorax, arrêt de l'accroissement des déformations costales pour les scolioses du 3e degré.

S'il n'existe pas encore de technique pour guérir d'une façon complète les scolioses de l'adolescence quand elles ont atteint un caractère de gravité marquée, on peut arriver à dépister ces scolioses à temps, dès le début, et empêcher qu'elles ne s'aggravent.

L'étude de la prophylaxie des scolioses constitue la seconde partie de l'importante communication du Dr Gourdon. Après douze années d'inspection orthopédique scolaire, il est arrivé à conclure que les mauvaises attitudes des écoliers n'ont qu'une influence secondaire dans la production des déviations vertébrales (1). La cause principale serait due, d'une part, à la poussée trop rapide de croissance du rachis au moment de la puberté, d'où minéralisation moins active des vertèbres et, de l'autre, aux troubles apportés dans les glandes à sécrétion interne (2). Celles-ci règlent la nutrition, notamment l'assimilation des matières minérales par le tissu osseux et il existe une corrélation entre leurs actions. A la puberté, le fonctionnement de ces glandes s'exagère ; si cet accroissement normal de leurs fonctions ne se produit pas, sous une influence qui est souvent d'ordre infectieux, il en résulte des troubles dans le métabolisme calcique et le ramollissement vertébral s'accentue.

Cette théorie de l'influence de l'insuffisance du fonctionnement des glandes endocrines dans la production des scolioses de l'adolescence est basée sur les signes cliniques relevés chez un grand nombre de scoliotiques, et plus spécialement chez les filles, d'où la plus grande fréquence des déformations vertébrales et thoraciques chez ces dernières.

On comprend que le ramollissement exagéré des vertèbres les prédispose à subir toutes les influences mécaniques d'origine statique, dont les plus habituelles sont la flexion en avant du tronc et la position assise unifessière.

Nous avons constaté une sorte de parésie des muscles antagonistes du côté choisi par la scoliose pour évoluer, Or, chez certains de nos malades, on ne pouvait invoquer ni l'hypofonctionnement des glandes endocrines, ni un ramollissement vertébral : la radiographie étant des plus nettement démonstratives à ce sujet. On peut donc se demander si, dans certains cas déterminés, le

---

(1) Lire dans le *Journal de méd. de Bordeaux*, 25 oct. 1920, l'article de M. le Dr Gourdon sur l'état préscoliotique.

(2) Rappelons à ce sujet les travaux si curieux de Léopold Lévy et ses communications à la Société de médecine de Paris.

muscle (parésié) n'est pas cause et non plus effet de scoliose. Or, l'examen clinique, les mensurations les plus rigoureuses, nous ont maintes fois montré que la méthode de rééducation musculaire telle que nous la pratiquons a suffi pour réduire une scoliose *incipiens*.

Le Dr Gourdon décrit un nouveau signe permettant de prévoir la formation de la scoliose. Ce symptôme « d'état préscoliotique » est caractérisé par un développement marqué d'un des hémithorax sur toute sa hauteur sans qu'il y ait déviation de la ligne des apohpyses épineuses.

Cet état préscoliotique est facilement traité : massage du dos, régime alimentaire riche en principes minéraux, opothérapie osseuse, associée suivant les cas à l'opothérapie thyroïdienne, ovarienne, etc. Il ne faut pas faire, dit M. Gourdon, de mobilisation, mais de l'auto-correction en provoquant avec une demi-flexion antérieure du tronc une flexion latérale du rachis du côté où l'hémithorax est développé. Pour nous, nous obtenons cette mobilisation par un mouvement de gymnastique pratiqué avec l'appareil d'Albert, cet appareil nous permettant de calculer l'effort fait par le petit malade et de surveiller pendant cet effort le résultat obtenu.

Dans les deux applications, ce mode de traitement entraîne la guérison rapide de l'état préscoliotique et il est exceptionnel qu'il y ait de récidive dans la suite.

Il y a donc le plus grand intérêt à répandre la notion que les *enfants en voie de croissance doivent être examinés périodiquement* pour que l'on puisse dépister, à temps, les déformations et les guérir (1).

Les résultats obtenus à Bordeaux après douze ans d'inspection orthopédique scolaire sont assez saisissants pour entraîner la conviction. On a constaté chez les écoliers, entre l'inspection faite en 1908 et celle faite en 1920, une diminution de plus de 2/3 dans le nombre des déviations scoliotiques et les scolioses observées en 1920 étaient presque toutes au début de leur évolution, par suite tout à fait curables (2).

Dr R. MOLINÉRY.

(1) Au premier Congrès universitaire, tenu à Toulouse, en 1902, contre l'alcoolisme et la tuberculose, nous avions déjà émis ce désidératum de l'examen parallèle du poumon et de la colonne vertébrale, chez tous les enfants et à tous les degrés de l'enseignement public ou privé. Dernièrement, M. le professeur Louis Rénon a demandé l'établissement d'un carnet sanitaire individuel qui suivrait le malade et l'homme sain. « L'inventaire systématique de la santé de tous les Français s'impose, dit-il, comme un devoir social ». (*Le Monde médical*, 15 fév. 1920).

(2) Lire : « Nouvelle méthode de diagnostic et classification des scolioses des adolescents », par le Dr Gourdon, Bordeaux, imp. Gounouilhou, 1908. Du même auteur : « L'inspection orthopédique scolaire de la ville de Bordeaux ». Maloine édit. 1913 (Rap. Ac. de méd. par le prof. Kirmisson.

FAITS CLINIQUES

Deux cas mortels d'angine maligne avec œdème envahissant,

Par le docteur DEVILLIERS, de Dourdan.

Le 17 novembre dernier, j'étais mandé d'urgence par le Dr Huet, d'Arpajon, pour pratiquer au plus vite une trachéotomie chez une enfant d'une dizaine d'années, malade depuis deux ou trois jours, et pour laquelle les parents venaient seulement de le faire appeler.

En arrivant auprès de cette enfant, nous pûmes au premier coup d'œil juger de l'état désespéré de la situation.

Cette fillette, dans un état d'agitation qui ne lui laissait pas un instant de repos dans son lit, asphyxiait littéralement. Les yeux exorbités, le visage cyanosé, elle cherchait en vain l'air nécessaire à sa respiration ; un tirage sus-sternal et sus-claviculaire intense nous montrait l'obstacle siégeant sur ses voies aériennes supérieures, et le gonflement, l'œdème énorme qui s'étendait de la figure à tout le cou et même à tout l'hémithorax supérieur, nous indiquait que larynx et trachée devaient être, eux aussi, le siège d'un dangereux œdème de même nature. Ce gonflement, qui donnait un aspect véritablement repoussant à toute la partie supérieure du corps de notre petite malade, avait à la palpation la consistance d'une véritable gelée molle et tremblotante.

La bouche de cette malheureuse enfant, continuellement ouverte, laissait échapper un peu de salive sanieuse ; l'haleine était d'une fétidité repoussante.

Tout ce que purent nous apprendre les parents fut que leur fillette, depuis quarante-huit heures, se plaignait de mal de gorge. Ils n'y avaient pas attaché grande importance. Le matin seulement, ils s'étaient inquiétés en constatant que la petite malade présentait un gonflement sous-maxillaire. En quelques heures, ce gonflement avait pris les proportions décrites précédemment.

Un léger trismus rendait l'examen du fond de la gorge assez difficile. On distinguait deux amygdales énormes obstruant complètement l'isthme du gosier en même temps que toujours le même œdème infiltrait, à les faire éclater, les piliers antérieurs, la luette étalée et le voile du palais ; le tout ayant revêtu une coloration gris sale et exhalant une odeur repoussante. Pas de fausses membranes, pas d'ulcérations, pas de plaques de gangrène.

La température rectale est à 38°5 ; le pouls est filiforme, incomptable.

Une trachéotomie rendue très difficile par l'énorme infiltration des tissus est rapidement pratiquée. Sous le bistouri s'écoule une quantité abondante de liquide séro-sanguinolent.

On injecte immédiatement 120 centimètres cubes de sérum antistreptococcique. Toutes les heures, sont pratiquées des injections d'huile camphrée.

Une sédation marquée des symptômes d'asphyxie se produit après la trachéotomie. Néanmoins, l'enfant meurt, véritablement empoisonnée, à une heure du matin.

***

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que quelques jours auparavant, le Dr Huet avait observé dans sa clientèle un autre cas d'angine ayant nettement débuté par un gonflement amygdalien, accompagné de cet œdème énorme envahissant également le cou et l'hémi-thorax supérieur, et déterminant les mêmes phénomènes asphyxiques. Appelé d'urgence, j'arrivai trop tard pour pratiquer une trachéotomie qui, sans aucun doute, n'eût déterminé qu'une survie insignifiante.

Le phénomène qui domine tout le tableau clinique, dans ces deux cas d'angine mortelle par œdème envahissant, c'est l'asphyxie due à la compression des voies aériennes supérieures par les tissus voisins œdématiés et à l'infiltration sous muqueuse de la trachée, constatée au cours de la trachéotomie.

C'est également la rapidité avec laquelle progresse ce gonflement invraisemblable qui, en quelques heures, atteint la moitié supérieure du corps.

L'étiologie de ces angines nous est malheureusement à peu près inconnue, aucun examen bactériologique n'ayant pu être pratiqué par suite de la marche ultra-rapide de l'infection.

Nous ne croyons pas néanmoins avoir eu affaire à ces angines diphtériques associées, dont on retrouve dans Trousseau les magistrales descriptions, et dont les caractéristiques bactériologiques nous sont connues maintenant : diphtéries associées, streptodiphtéries.

Dans nos deux cas, pas de fausses membranes, aucune action du sérum antidiphtérique, même à très haute dose, et surtout, les personnes ou les parents contaminés par nos malades ne font pas d'angines diphtériques, mais bien des angines pultacées guérissant seules en quelques jours, sans complications et sans sérum. Deux personnes, en effet, la mère de l'enfant et une voisine qui la soignait contractèrent auprès d'elle une maladie infectieuse qui se caractérisa par de la fièvre élevée, du gonflement et de la rougeur des amygdales avec un enduit pultacé.

Nous éliminons également l'hypothèse d'une scarlatine s'accompagnant d'angine maligne hypertoxique. Nous ne sommes pas en période épidémique et nous n'avons trouvé aucun signe de fièvre éruptive, ni chez nos malades, ni dans leur entourage.

Parler d'angine gangréneuse ne s'expliquerait pas dans ces cas où l'examen ne nous a montré ni ulcérations, ni plaques gangréneuses.

L'angine phlegmoneuse ne répond également que de loin à ce type morbide que nous venons d'observer, caractérisé cliniquement par la marche rapidement envahissante d'un œdème formidable à point de départ amygdalien probablement, déterminant la mort par asphyxie en quelques heures, et dû vraisemblablement à des associations microbiennes où sont représentés des anaérobies très virulents.

Mais ce n'est là qu'une hypothèse que, sans examen bactériologique, nous n'avons pu contrôler.

Quoi qu'il en soit, nous avons cru utile de signaler ces deux cas survenus en quelques jours d'une maladie qui se différencie nettement des syndromes morbides décrits dans les traités classiques et que, faute de pathogénie exacte, nous appelons cliniquement : angines malignes avec œdème envahissant.

Il nous reste néanmoins à insister sur les points de ressemblance qui existent entre ces deux cas que nous venons d'observer et l'œdème malin causé par la bactéridie charbonneuse de Davaine.

Nous n'avons pas trouvé cependant, dans la bibliographie à notre disposition, d'autres points de ressemblance que notre œdème envahissant.

Faudrait-il admettre un point d'inoculation amygdalien ou pharyngé sans pustule maligne ou avec une pustule maligne nous ayant échappé? Nous ignorons si des cas semblables ont été signalés et, malheureusement, étant donnée l'absence d'examen du sang, la solution de ce problème restera incertaine !

Nous devons encore signaler qu'à l'appui de l'hypothèse charbonneuse, s'inscrit ce fait que notre petite malade est la fille de bergers et qu'elle habitait une chambre placée dans une très importante bergerie, sans qu'aucun cas de charbon ait cependant été signalé depuis plusieurs années.

De plus, notre excellent confrère et ami, le Dr Camescasse, de St-Arnoult, nous a raconté avoir, il y a quelque vingt ans, observé un cas d'œdème analogue au nôtre, quant à la gravité, l'extension et la consistance, mais à point de départ palpébral et n'avoir fait le diagnostic d'œdème malin qu'après la mort de la patiente, parce que la fille de celle-ci fit sur la joue droite une belle pustule charbonneuse.

Nous serions heureux de savoir si, parmi les lecteurs du *Concours*, il en est qui aient déjà observé de semblables faits, et nous leur serions reconnaissants de nous les communiquer.

A TRAVERS LA PRESSE

Etats anxieux et insuffisance ovarienne.

M. J. STERNE a observé plusieurs jeunes filles qui présentaient un syndrome émotif allant jusqu'à l'angoisse, l'anxiété, avec des obsessions, des phobies, et des réactions organiques, sous forme de ténesme rectal ou vésical. Il s'agissait de célibataires, dont l'état s'aggravait au moment des époques menstruelles, souvent elles-mêmes anormales en quantité, qualité et régularité.

Soupçonnant un rapport entre les manifestations nerveuses et l'insuffisance ovarienne caractérisée par les troubles des règles, il eut l'idée de traiter ces malades par la psychothérapie associée à l'opothérapie ovarienne.

Il administra à ses malades des doses élevées d'ovarine, allant jusqu'à un gramme par jour, sans intolérance ni intoxication.

Les résultats ont été très encourageants.

« J'ai l'impression, dit-il en terminant, que « ces associations psychophysiques sont loin « d'être rares et qu'il faut, pour en venir à bout, « combiner la psycho et l'opothérapie qui s'est « montrée absolument inoffensive et toujours « efficace. » (*Rev. méd. de l'Est*, 1er octobre 1920).

Gâteaux à la crème et B. paratyphiques B.

MM. LEMÉ, VIOLLE et LANGLE, à l'occasion de plusieurs malades qu'ils ont soignés pour des accidents d'intoxication consécutifs à l'absorption de gâteaux à la crème, se sont livrés à des recherches intéressantes et instructives. (*Presse méd.*, 13 octobre 1920.)

C'est ainsi que ces malades présentèrent un type clinique nettement toxi-infectieux, avec des manifestations rappelant celles de l'anaphylaxie, avec choc hémoclasique, inversion de la formule leucocytaire, leucopénie, etc.

La bactériologie révéla la présence en abondance, dans la crème des gâteaux incriminés, ainsi que dans les fèces des malades, de microbes du groupe des salmonelloses, parmi lesquels il fut possible d'identifier un bacille du groupe paratyphique B. D'ailleurs, le sérum des malades se montra agglutinatif pour une race de paratyphiques B.

L'origine même de ces bacilles dans la crème donna lieu à des hypothèses parmi lesquelles il faut retenir celle qui attribue la souillure de la crème par infection secondaire provenant des vases quelconques dans lesquels elle est préparée, cette infection étant imputable elle-même à des sujets ou à des animaux porteurs de germes.

Quant au type clinique observé et comparable à un véritable empoisonnement, il s'expliquerait par l'absorption massive d'un grand nombre de germes, occasionnant des troubles ressemblant à une intoxication chimique, les corps bactériens se trouvant, sous l'action de la digestion, désagrégés et absorbés.

La prophylaxie de ces intoxications réside dans l'organisation et la règlementation de la vente des gâteaux à la crème.

Le traitement en est purement symptomatique : diète hydrique, boissons chaudes légèrement alcoolisées, sérums artificiels, toniques cardiaques (huile camphrée, spartéine, adrénaline).

Quant aux sérums thérapeutiques, leur action est aléatoire.

A propos de la médication digitalique.

D'après M. GLAIZE, l'action physiologique ou pharmacodynamique des extraits végétaux complets diffère souvent notablement des principes actifs correspondants isolés à l'état de pureté, que ces principes soient représentés par des alcaloïdes, comme la quinine, la strychnine, l'atropine ; ou par des glucosides, comme la digitaline, la strophantine, l'adonidine, etc. Cette constatation a été faite à maintes reprises depuis plusieurs années ; elle a donné lieu à de nombreux travaux scientifiques, et les pharmacologues en ont tiré parti en créant toute une série de préparations qui diffèrent des produits purs isolables de certains végétaux en ce qu'ils contiennent la totalité (ou presque) des éléments actifs de ces végétaux. Il est rare, en effet, qu'un glucoside ou un alcaloïde constitue l'unique principe actif d'une plante ; presque toujours, il y est associé à un ou plusieurs autres dont l'action physiologique est plus ou moins voisine ; généralement aussi, ce ne sont pas deux, trois, quatre alcaloïdes ou glucosides, avec leur individualité chimique bien nette que renferme le végétal, mais un complexe qui, tout en ayant les caractères de chacun de ses composants, les retient cependant plus ou moins solidaires les uns des autres et ne les libère pas, le plus souvent, sans une modification plus ou moins profonde de leurs molécules initiales.

De telle sorte qu'il est maintenant bien établi que ces préparations galéniques nouvelles, qui pourraient apparaître *a priori* comme un recul vers les « simples » de jadis, réalisent au contraire, grâce aux méthodes actuelles d'extraction qui permettent d'en éliminer les substances grossières, nuisibles ou inutiles, pour n'en conserver que les éléments proprement actifs, un incontestable progrès, et ont doté la thérapeutique d'un certain nombre de préparations de tout premier ordre.

Ces données bien connues, ont donné lieu à d'abondants développements que renferme la littérature médicale de ces dernières années.

L'auteur a eu l'occasion d'en faire l'applica-

tion à deux malades, auxquels il a prescrit avec succès la digifoline.

Dans un cas, il s'agissait de grippe grave avec congestion pulmonaire double, asystolie, anasarque, et foie cardiaque énorme. Dans l'autre, de tachycardie avec arythmie cardiaque et dyspnée.

Les résultats ont été de tous points remarquables. (*Gazette des Hôpitaux* 1920, n° 90.)

Les méningites d'origine otique.

MM. Lannois et Sargnon ont, au cours de la guerre, observé un grand nombre d'otites, dont une proportion relativement élevée s'est compliquée de méningite.

A côté de cas mortels, les auteurs ont relevé 23,52 % de guérisons.

Ils les attribuent au traitement qu'ils ont mis en œuvre. Le premier point de ce traitement comporte la suppression du foyer d'infection poursuivi, à travers la mastoïde, jusque sous la dure-mère, dont l'incision n'est pas à faire. Il est préférable alors de recourir aux ponctions lombaires répétées, qui assurent un drainage suffisant de la cavité crânienne, et une décompression heureuse. Elles doivent être répétées tous les jours au début, puis tous les deux jours.

Les injections rachidiennes d'électrargol et d'électraurol ne paraissent pas avoir eu d'action marquée.

Enfin, la balnéation chaude (39°-40°) a été mise en œuvre toutes les fois que cela a été possible. (*Rev. de laryngologie*, 15 juillet 1920.)

Amygdalotomie et adénoïdectomie.

M. Hennon s'élève contre l'opinion que l'adénoïdectomie serait simple affaire de mode, et démontre que les végétations adénoïdes, ainsi que l'hypertrophie des amygdales, constituent des affections dont les manifestations et les complications sont assez sérieuses pour réclamer un traitement énergique (*Journ. des Prat.*, 23 oct. 1920.)

L'amygdale pharyngée qui existe normalement chez l'enfant doit non moins normalement s'atrophier avec l'âge. Quand elle persiste, elle donne naissance aux végétations adénoïdes dont la présence dans le cavum obstrue la filière rhino-pharyngienne, empêche la respiration nasale et lui substitue la respiration buccale, avec tout ses inconvénients. En outre, leur infection entretient l'angine pharyngée, se complique d'abcès, de catharre tubaire, d'otites, de trachéites, de bronchites, de broncho-pneumonies, sans parler de leur influence sur l'état général du sujet.

Le curetage de ces végétations, fait avec toutes les garanties de compétence nécessaires, est tout à fait indiqué.

Quant à l'hypertrophie des amygdales palatines, elle gêne également la respiration, donne lieu à des angines fréquentes, et aux mêmes complications que l'adénoïdite.

A l'ignipuncture, à l'anse galvanique, à l'amygdalotomie, l'auteur préfère le morcellement partiel à l'aide de la pince de Ruault, procédé simple, non hémorragipare, non douloureux.

Les nombreux enfants qui ont été ainsi opérés ont tiré de l'intervention un énorme profit et les guérisons obtenues « ont souvent été qualifiées « de miraculeuse par des parents heureux. »

Un procédé simple et efficace de transfusion sanguine.

A la transfusion intra-veineuse, qui doit être réservée aux cas d'urgence où l'anémie aiguë exige la reconstitution immédiate de la masse sanguine, M. Weissenbach préfère et recommande l'injection sous-cutanée de sang citraté.

« Dans tous les cas où il n'est pas nécessaire « de faire pénétrer immédiatement dans la circulation une grande quantité de sang, on peut, « tout en obtenant les mêmes effets, remplacer « la transfusion directe intra-veineuse par la « pratique, si simple, de l'injection sous-cutanée « de sang citraté récemment prélevé. » (*L'Hôpital*, oct. 1920, B)

La technique en est en effet d'une facilité surprenante : une seringue de 20 cmc. stérilisée et préalablement garnie de 2 cmc, de solution stérile de citrate de soude à 10 % est remplie du sang du donneur, puisé dans la veine par une ponction intra-veineuse. Le mélange sang et solution citratée étant rendu bien homogène par plusieurs mouvements d'agitation, l'injection est poussée lentement dans le tissu cellulaire de la face externe de la cuisse, de la paroi abdominale ou de la région sous-claviculaire. La résorption se fait en quelques heures, sans laisser de traces.

On choisira le donneur autant que possible dans la famille du malade, de constitution moyenne, et en bonne santé, exempt de diathèses quelconques.

« Les injections sous-cutanées de sang frais « agissent : 1° comme greffe de globules rouges « et de globules blancs ; 2° comme apport d'hé« moglobine ; 3° comme apport de substance « complexes excitant les fonctions hématopoié« tiques ; 4° comme apport de substances immu« nisantes et modificatrices ... du milieu humoral.

Les indications de cette méthode sont les anémies graves consécutives aux hémorragies abondantes et répétées quand, les injections intraveineuses d'urgence ayant été pratiquées, la cause de l'hémorragie est supprimée ; les anémies graves de type pernicieux ; les anémies du second et du troisième degré, quelle qu'en soit la cause ; la chlorose.

Dans les maladies infectieuses où certain

auteurs recommandent les injections de sérum de convalescent, M. Wiessenbach soutient que l'injection totale de sang citraté les remplacerait avantageusement.

Les cystites des enfants.

Le premier malade auprès duquel je fus appelé au début de ma carrière, il y a 29 ans, était un enfant qui présentait des symptômes de cystite que j'attribuai à un vésicatoire permanent qu'il portait au bras. La cause supprimée, les accidents cessèrent immédiatement.

Cette forme de cystite infantile est signalée par M. Roueche, en même temps que la tuberculose, la blennorhagie, la lithiase vésicale, la suralimentation carnée, et surtout la colibacillose. (*L'Hôpital*, oct. 1920, B)

« Les symptômes sont ceux des cystites de « l'adulte : mictions fréquentes avec spasmes « douloureux ; émission de faibles quantités « d'urines, troubles, sanguinolentes et malodo« rantes. La douleur, ordinairement terminale, « peut aller du spasme simple à l'hématurie « terminale. Tantôt ces signes locaux ne s'ac« compagnent d'aucune réaction générale ; dans « d'autres cas,la langue est sèche, la soif vive ; « il y a des vomissements et un véritable état « typhique. »

Les différentes variétés de cystites de l'enfance seront reconnues à leur développement et à certains signes particuliers à chacune d'elles. Le traitement consiste en repos, bains, régime alimentaire, uroformine, bleu de méthylène, instillations vésicales d'huile goménolée dans les formes douloureuses.

Pronostic de la tachycardie paroxystique.

Il dépend, selon M. Ch. Fiessinger,1° de l'âge du malade : après 70 ans, accroissement de la gravité ; 2° de la durée des accès : la crise qui dure moins de 24 heures est sans gravité ; 3° du retour des accès : si leur durée est courte, leur gravité n'est pas grande. Mais s'ils persistent et amènent une dilatation du cœur droit non guérie avant le retour des crises suivantes, la dilatation s'exagère et le pronostic s'assombrit ; 4° d'une maladie valvulaire antérieure, insuffisance aortique ou rétrécissement mitral, qui facilitent la dilatation des cavités droites. 5° de l'état de santé antérieur : c'est surtout par sa durée qu'une maladie fébrile antérieure augmente la gravité des accès de tachycardie ; la virulence des infections intervient dans le même sens ; 6° du traitement antérieur : l'emploi massif des antithermiques contre une infection préalable amoindrit la résistance du myocarde ; il en est de même de la digitaline prescrite souvent dans les maladies aiguës, et qui n'agit plus quand elle serait indiquée dans le fléchissement cardiaque.

Enfin, le traitement institué influe sur le pronostic. Celui que recommande l'auteur comporte l'effort respiratoire, notamment avec la bouteille de Pescher ; la vessie de glace précordiale ; la digitaline à faibles doses (V gouttes) ; le régime lacto-hydrique de réduction ; le lit.

« Le pronostic de la tachycardie paroxysti« que ne saurait être fixé par l'évaluation d'un « symptôme, mais seulement par la significa« tion qu'il revêt du fait de sa comparaison avec « les autres signes. » (*Journ. des Prat.*, 16 oct. 1920,)

G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Les séquelles de l'encéphalite léthargique.

(MM. Sicard et Paraf. — *Société méd. d. hôpitaux.*)

Il est actuellement, semble-t-il, peu de cas nouveaux d'encéphalite épidémique. Par contre, on observe, dans les consultations hospitalières neurologiques, un assez grand nombre de sujets atteints de séquelles encéphalitiques ou d'encéphalites prolongées apyrétiques. Il est même possible, parfois, partant de ces séquelles, de remonter à la maladie initiale et d'en faire un diagnostic rétrospectif.

Ainsi, l'attitude figée, la raideur généralisée, le « parkinsonisme », ou encore certaines chorées, certains tremblements, éveillent l'idée d'une encéphalite antérieure. Parmi ces séquelles, il en est quelques-unes, peu étudiées jusqu'à ce jour, sur lesquelles MM. Sicard et Paraf appellent aujourd'hui l'attention. Il s'agit de réactions amyotrophiques qui affectent tantôt une topographie médullo-radiculaire, tantôt une disposition périphérique. Sur une quarantaine de sujets encéphalitiques qu'ils ont eu l'occasion de voir depuis le début de l'année, les auteurs ont trouvé six fois de l'atrophie musculaire. L'amyotrophie a eu pour siège les membres inférieurs dans cinq cas, les membres supérieurs et les membres inférieurs dans un cas.

M. Netter se propose de présenter prochainement un travail sur les suites lointaines de l'encéphalite léthargique en utilisant ses observations personnelles, dont le nombre dépasse actuellement 200. Les accidents éloignés en question se montrent de préférence sous les traits de la maladie de Parkinson, de chorées, de tremblements, de tics, d'affections mentales.

Sur le diagnostic radiologique des anévrysmes de l'aorte abdominale.

(M. Ch. Laubry.— *Société méd. des hôpitaux.*)

M. Laubry a appliqué, chez une femme de soixante ans, la méthode de MM. Ribadeau-Dumas et Mallet

au diagnostic radiologique d'un anévrysme de l'aorte abdominale. Cette méthode, on le sait, est celle de l'examen radioscopique après injection d'oxygène dans la cavité abdominale.

MM. Ribadeau-Dumas et Mallet reviennent sur l'intérêt du procédé qu'ils ont recommandé. Pour l'anévrysme de l'aorte thoracique, le contraste de la lésion avec les clartés pulmonaires rend le diagnostic radioscopique assez simple. Dans l'abdomen, au contraire, l'aorte, plaquée sur la colonne vertébrale, dissimulée par les viscères opaques et la masse intestinale, échappe normalement à l'examen radiologique. L'insufflation d'oxygène dans le péritoine, en plongeant les organes de l'abdomen dans une atmosphère gazeuse, dissocie leurs ombres, les fait apparaître avec une grande netteté et isole l'opacité vertébrale. Il devient facile alors de reconnaître l'ectasie aortique.

L'insufflation intra-péritonéale est une petite opération sans danger. Sur plus de 100 cas, M. Ribadeau-Dumas n'a relevé aucun incident, sauf une sensation de gêne pénible, de peu de durée. Dans ces derniers temps, Alvarez et Taylor ont substitué à l'emploi de l'oxygène celui de l'acide carbonique. Ce perfectionnement réduit le temps de résorption du gaz et par conséquent la gêne que sa présence occasionne. Suivant le gaz employé, on peut ainsi varier la durée du pneumo-péritoine.

Pour ce qui concerne les anévrysmes de l'aorte abdominale, la méthode de l'insufflation est à peu près seule susceptible de donner des indications précises quant au diagnostic radioscopique.

Traitement des varices par l'injection intra-variqueuse de carbonate de soude.

(MM. J.-A. Sicard et Paraf. — *Soc. méd. d. hôp.*)

MM. Sicard et Paraf proposent de traiter les varices par des injections intraveineuses de carbonate de soude. En 1917, M. Sicard ayant remarqué que les injections intraveineuses de luargol, à doses répétées, employées dans la syphilis, amenaient une oblitération des veines, sans aucun incident local ou général, pensa qu'il pouvait être intéressant d'utiliser cette action spéciale dans la cure des varices.

Dans la solution du luargol, c'est la soude qui est responsable de l'action spéciale endoveineuse. Partant de là, M. Sicard s'est arrêté à un sel de soude maniable facilement, le carbonate de soude pur cristallisé, en solution à 10 pour 100. La stérilisation à 100° doit se faire en verre dur, sinon les silicates du verre ordinaire attaquent le carbonate de soude, à la chaleur, et la solution devient légèrement trouble.

L'injection doit rester strictement intraveineuse. Si quelques gouttes fusaient dans le tissu ambiant, on pourrait avoir une escharre très longue à se cicatriser. On pratiquera l'injection avec une aiguille à biseau court, avec la précaution d'injecter au préalable quelques centimètres cubes de sérum artificiel l'absence de distension du tissu cellulaire montrant que l'on est bien dans la veine. Maintenir également l'aiguille en place pendant quelques secondes après l'injection. La dose moyenne est de 10 cent. cubes de solution alcaline pour piqûre. Quant à la position à donner au malade, le plus simple est de faire asseoir le patient sur une chaise placée sur une table. Les varices sont ainsi en dilatation et le membre inférieur est à portée de l'opérateur. L'injection terminée, le sujet s'étend sur un lit quelques minutes et peut reprendre ensuite ses occupations.

Après l'injection, quelquefois le lendemain dans les cas à action rapide, le doigt qui palpe la veine traitée a la sensation d'un cordon induré, non douloureux, sur un trajet de cinq à dix centimètres. On répète l'opération tous les jours ou tous les deux jours ou à plus d'intervalle, en débutant par les varices de la jambe pour remonter progressivement vers le tronc de la saphène.

Cette méthode amènerait une disparition complète et définitive de la varice isolée, la guérison des douleurs dans les cas de varices nombreuses, et la cicatrisation de l'ulcère variqueux de dimensions moyennes. M. Sicard possède des observations remontant à 1917 et 1918, où la guérison s'est maintenue.

Thromboses veineuses au cours d'états hémorrhagiques chroniques.

(MM. P.-Emile Weil et M. Bloch. — *S. m. d. hôp.*)

MM. Paul-Emile Weil et Marcel Bloch relatent trois observations de malades ayant présenté un syndrome hémorragique chronique (hémorrhagies et purpura à répétition) et des épisodes thrombosiques (phlébites, embolies). A côté des phlébites infectieuses, disent-ils, il faut, semble-t-il, placer les thromboses par insuffisance endothéliale. Les thromboses spontanées ou par effort, rapportées par les chirurgiens et les accoucheurs, reconnaîtraient probablement cette origine.

La réaction de précipitation du benjoin colloïdal avec le liquide céphalo-rachidien.

(MM. Guillain, G. Laroche et Lechelle. — *Société médicale des hôpitaux.*)

MM. Georges Guillain, Guy Laroche et Léchelle signalent une réaction nouvelle des liquides céphalo-rachidiens pathologiques qu'ils ont appelée réaction de précipitation du benjoin colloïdal. Cette réaction leur a paru plus simple que la réaction analogue de Lange à l'or colloïdal (très étudiée en Allemagne, au Japon et aux Etats-Unis) et plus sensible que la réaction à la gomme mastic d'Emmanuel. On prépare une suspension de résine de benjoin que l'on ajoute au liquide céphalo-rachidien à examiner. Suivant que le benjoin est ou non précipité, la réaction est positive ou négative.

Angine gangréneuse guérie par le sérum antigangréneux.

(M. Léon Tixier. — *Société méd. des hôpitaux.*)

M. L. Tixier a employé le sérum anti-gangréneux chez une jeune fille atteinte d'angine gangréneuse et il en a obtenu un résultat immédiat. La sérothérapie anti-gangréneuse lui paraît appelée à rendre les plus grands services, quelle que soit la localisation du processus gangréneux : amygdale, poumon, appendice, noma, etc.

MM. Houzel et Sévestre ont eu recours également à la serothérapie anti-gangréneuse chez un homme de 29 ans atteint de gangrène pulmonaire Ils ont injecté le mélange habituel de sérums antiperfringens, anti-vibrion septique, œdematiens, histolyticus. L'amélioration a été extrêmement rapide.

Sur le principe bactériophage.

(M. d'Hérelle. — *Société de Biologie.*)

M. d'Hérelle, expérimentant sur des selles de dysentériques, a fait connaître l'existence d'un agent destructeur des bacilles, qu'il a nommé microbe bactériophage ou principe bactériophage. L'existence de ce principe n'est pas contestée, mais sa nature est discutée. Agent vivant pour M. d'Hérelle, ce serait, pour M. Kabeshima, une diastase.

Pour trancher le débat, M. Bablet a fait de nouvelles expériences, qui sont en faveur de l'interprétation de M. d'Hérelle.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Traitement spécifique de la pneumonie.

Les pneumococcies à localisation pulmonaire et spécialement la pneumonie, sont des infections cycliques à évolution rapide. Chez l'individu sain et vigoureux, elles tendent naturellement vers la guérison, à la double condition, d'une part que l'envahissement des poumons ne soit pas trop étendu, de l'autre, que les défenses naturelles demeurent capables de réactions efficaces et que les viscères, les reins, le cœur surtout, restent à la hauteur de leur tâche. Malheureusement, il est rare que cette double condition soit remplie et c'est ce qui fait la gravité de la pneumonie chez le vieillard dont les organes sont affaiblis, et chez l'enfant, dont la résistance est encore minime.

Il est donc d'un grand intérêt, dans tous les cas, de pouvoir, dès le début de l'infection, combattre électivement l'agent microbien et renforcer les défenses naturelles, de manière à limiter le champ de l'hépatisation et à éviter le déficience des organes et avant tout du cœur.

Comme médicament spécialement actif contre le pneumocoque, on avait, il y a quelques années, préconisé un dérivé quinique, l'éthylhydrocupréïne, qui *in vitro*, présentait des propriétés germicides, mais qui, *in vivo*, s'est montré très inconstant et fâcheusement neurotrope, sans d'ailleurs posséder aucun pouvoir diaphylactique. On avait aussi utilisé, avec un succès moins problématique, les injections de métaux colloïdaux, argent, or, palladium, rhodium, etc., qui en effet, renforcent les défenses organiques, mais n'exercent aucune action spécifique à l'égard du pneumocoque. Seul actuellement, l'iodeol, c'est-à-dire l'iode colloïdal en suspension huileuse satisfait, grâce à l'état physique qui renforce les propriétés propres à l'iode métalloïdique, à la double condition d'agir spécifiquement sur le pneumocoque et d'accroître les moyens de diaphylaxie.

En effet, à la suite des recherches expérimentales dont le résultat a été publié en 1917 (*Revue de chimiothérapie*), janvier, février 1917) Laumonier a établi que les cultures de pneumocoques sont rapidement stérilisées par l'adjonction d'une ou deux gouttes d'iode colloïdal et que leur repiquage est négatif dans la proportion de quatre-vingt-huit pour cent. Le même auteur a établi simultanément, *in vivo*, le pouvoir leucopoiétique et antitoxique intense de l'iode colloïdal. La clinique a complètement vérifié ses conclusions. Blanc, d'abord (*Gazette des Hôpitaux*, 7 mai 1912) avait montré les effets prompts et constants de l'iodeol en injections intra-musculaires, dans les pneumonies les plus graves des enfants et des vieillards. Fontoynont et Rotou (*Médecine de Paris*, 15 février 1914) ont étendu ces résultats aux broncho-pneumonies à pneumocoques. Héry, Corson, Neumager, Coupu, Lugan, Cordonnier, Rallier du Baty, Philouze, Leclerc, Regnault, etc., sont arrivés aux mêmes constatations.

Tous reconnaissent que l'iodeol précipite l'apparition de la crise, coupe la fièvre, calme la toux, la dyspnée, fluidifie les expectorations, bref raccourcit la durée de la maladie et atténue sa gravité. Tout récemment enfin, Caille a obtenu la guérison des complications grippales les plus sérieuses, quand le pneumocoque intervient à titre dominant.

Il est donc absolument légitime de conclure que l'iodeol, administré en injections intra-musculaires et sitôt le diagnostic posé, agit très éner-

giquement d'une part sur les défenses organiques qu'il renforce, ainsi qu'en témoigne la leucocytose et l'élévation de l'index opsonique, et de l'autre, sur le pneumocoque dont il diminue la vitalité, le rendant ainsi plus sensible à l'action phagocytaire. En raison de cette double influence, et du soulagement ainsi apporté au fonctionnement du poumon, des reins, du cœur, l'iodeol représente le seul médicament spécifique de la pneumonie que nous connaissions présentement.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

Chez MALOINE, Paris.

Dr Dousset. — **L'examen du malade en clientèle.** 2e édition.

Il est difficile de faire l'éloge d'un livre dont la première édition s'est vendue en moins d'un an. Pour nous, qui avions prédit le succès de l'ouvrage de M. Dousset, nous sommes particulièrement heureux de saluer cette deuxième édition qui, nous l'espérons bien, est loin d'être la dernière.

Revue des Thèses.

Thèse de Lyon.

Dr Richard Saint-Yves. — **De l'allythéobromine. De l'étude pharmacologique et clinique,** 1920.

Ce travail inaugural très important est le résultat de nombreuses expériences faites chez M. le Professeur Maignon, en collaboration avec M. le Dr Jung, pour déterminer la valeur physiologique et la toxicité de l'allylthéobromine, complétées par des observations cliniques très inté ressantes recueillies dans les principaux services des hôpitaux de Lyoû (MM. Bouchut, Chabalier, Gallavardin, Savy, etc.).

L'allylthéobromine est un diurétique déchlorurant de la série xanthique,de l'ordre de la théobromine, très soluble dans l'eau chaude (environ 150 fois plus que la théobomine), l'alcool et le chloroforme. L'auteur a administré le théobryl (allylthéobromine) par voie intramusculaire et même endoveineuse sans inconvénient ; les doses actives du médicament sont, d'après ses observations, de 40 à 60 centigr. (2 à 3 ampoules), ce qui dénote une activité environ quatre fois supérieure à celle de la théobromine.

L'étendue de la zone thérapeutique utilisable et la fable toxicité de ce produit sont démontrées par les observations cliniques dans lesquelles on a dépassé souvent la dose journalière de 1 gr., ainsi que par les expérimentations physiologiques très rigoureusement conduites.

La tolérance de l'organisme pour ce médicament paraît nettement supérieure à celle de la théobromine et jamais on n'a noté d'accident, même chez les malades présentant de l'intolérance à l'ingestion de cette dernière.

Après échec de la théobromine, adminstrée par voie buccale, et aussi dans les cas nombreux où il faut agir vite, ainsi que chez les malades dont on doit respecter le tube digestif, la diurèse obtenue par les injections intramusculaires de théobryl est en faveur de l'activité plus constante de ce médicament, qui a les mêmes indications et contre-indications que la théobromine, mais qui est plus maniable, plus actif et injectable.

Thèses de Montpellier.

Dr Louis Bona. — **De la césarienne vaginale Ses Indications actuelles.** Montpellier, « L'Abeille », imprimerie coopérative, **1920.**

La césarienne vaginale est actuellement une opération qui donne de bons résultats pour la mère et l'enfant ; c'est une opération sans danger pour la mère à condition qu'elle soit exécutée par un spécialiste, chirurgien éprouvé et éduqué à la technique des interventions gynécologiques.

Indiquée dans les cas où, le bassin ayant ses diamètres normaux, il existe une dureté des parties molles et du col utérin, offrant une certaine résistance à la dilatation bimanuelle de Bonnaire, elle présente une supériorité énorme sur la césarienne abdominale classique lorsqu'il s'agit d'intervenir chez une femme infectée ou incapable de supporter le moindre shock postopératoire.

Elle peut, dans certains cas d'extrême urgence, être exécutée simplement au moyen de l'instrumentation obstétricale (ciseaux, ballons, aiguilles de Doyen).

Mais elle peut entraîner des complications qui forceront la main de l'opérateur, le contraindront à pratiquer sur-le-champ une hystérectomie totale ou subtotale suivant les cas.

Cette opération mérite d'être pratiquée d'une façon courante pendant la grossesse ou le travail, dans les cas d'éclampsie, de décollement prématuré du placenta normalement inséré et de rigidité anatomique du col. Dans les cas de placenta prævia, il existe plusieurs bons moyens pour arrêter l'hémorragie, de sorte que cette opération ne sera pratiquée là qu'exceptionnellement.

G. S.

PARTIE PROFESSIONNELLE

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Responsabilité professionnelle.

Le procès de Nîmes. Le médecin est-il responsable des actes d'une infirmière.

L'opinion médicale a été vivement émue, ces jours derniers, par un procès qui s'est déroulé devant le tribunal correctionnel de Nîmes.

Un membre du « Sou Médical », dont la longue carrière professionnelle lui avait valu la confiance de ses malades et l'estime de ses confrères, avait été appelé à donner ses soins à deux jeunes filles, atteintes de fièvre typhoïde très grave, d'origine ostréaire.

Notre confrère qui, pour ces soins, succédait à un autre praticien, fit appeler en consultation le professeur Grasset, de Montpellier. Devant la faiblesse cardiaque des deux patientes, les médecins décidèrent, en commun, de faire faire des injections d'huile camphrée.

Puis, l'asthénie augmentant, cinq jours après, le médecin traitant ordonna des piqûres de strychnine et d'adrénaline.

Des complications méningées se produisirent : l'examen du liquide céphalo-rachidien décela du méningocoque.

Malheureusement, des abcès multiples survinrent un peu partout et malgré les soins donnés par plusieurs médecins appelés successivement, les deux malades succombèrent.

La famille incrimina l'infirmière, qui aurait mal fait les piqûres et accusa le médecin tant de défaut de surveillance vis à vis de cette infirmière, que d'avoir ordonné trop d'injections sous-cutanées, cause des abcès.

Une expertise médicale fut pratiquée, concluant à la culpabilité du médecin, pour défaut de surveillance et pour emploi abusif de médicaments hypodermiques et à celle de l'infirmière pour défaut d'asepsie.

Nous discuterons plus tard, avec toute l'ampleur nécessaire, le point de vue scientifique de ce rapport d'expertise.

Disons seulement aujourd'hui que ce procès donna lieu à de grands débats.

Une « journée médicale » fut consacrée à la discussion de l'expertise, des méthodes médicales modernes, de la responsabilité du médecin, au regard des infirmiers et infirmières placés auprès des malades, en clientèle privée, lorsque ces infirmiers ne sont pas liés au médecin par un contrat de louage de service et qu'ils ne peuvent être considérés ni comme les préposés, ni comme les employés du praticien.

Tour à tour, les docteurs, qui s'étaient succédé les uns après les autres au chevet des deux malades, vinrent témoigner de la manière dont les soins avaient pu être donnés, puis le Dr Lafon, au nom du syndicat médical de Nîmes, le professeur Vires, de Montpellier, avec la haute compétence, dont il jouit à juste titre dans tout le Midi, et nous-même, avons discuté les données du rapport d'expertise.

Nos adversaires avaient demandé la parole enflammée de Me Henri-Robert. Notre adhérent était défendu par Me de Montaut, avocat à la Cour d'appel de Nîmes et qui n'avait pas craint les voyages à Paris, pour se mettre en rapport avec les avocats-conseil du « Sou médical ».

La conclusion : nous avons gagné le procès en première instance. Notre adversaire est débouté de sa demande en dommages-intérêts et est condamné à tous les dépens d'instance.

Un seul expert peut se tromper, pour le plus grand dam des parties en cause. Nous examinerons donc en son temps la moralité qu'il faut tirer de ce procès.

Disons en attendant que le « Sou médical » est heureux d'avoir dépensé les sommes nécessaires et d'avoir mis en œuvre toutes personnes utiles pour sauver l'honorabilité de notre confrère.

Moralité : non seulement il faut être garanti contre la responsabilité professionnelle, mais la manière de défendre le médecin est pour beaucoup dans le triomphe final. C'est par cet ensemble de compétences juridiques et médicales que le « Sou médical » peut parvenir à faire rendre justice à ceux de ses membres injustement inquiétés.

Dr Paul Boudin.



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les cas de Lymphangites et Abcès du Sein.



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les Affections intestinales, utérines, etc.



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les cas de Conjonctivite, etc.



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les cas de Plaies Variqueuses.

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement, nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit ***24 fr.***, par versement à notre compte de chèques postaux PARIS 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

LE CONCOURS MÉDICAL

SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

Assemblée générale du 21 novembre 1920.

M. GASSOT, président, ouvre la séance à cinq heures et demie.

Prennent place au bureau : MM. MAURAT, NOIR, VIMONT, BOUDIN, DUCHESNE.

Le service médical des hôpitaux.

M. Paul BOUDIN expose succintement la question, qui est à l'un des premiers plans de l'actualité, de l'organisation du service médical dans les hôpitaux, au point de vue notamment de la rémunération des médecins et chirurgiens. Il rappelle et résume le rapport qu'il a présenté sur cette question à la Société Internationale pour l'étude des questions d'assistance et que le *Concours médical* du 25 juillet dernier a publié, page 1872. Les médecins et chirurgiens des hôpitaux, lassés de donner leur concours aux établissements publics pour des honoraires nuls ou dérisoires, alors qu'ils y prodiguent souvent leurs soins à des malades aisés ou pour lesquels des responsables pourraient payer, comme par exemple les blessés du travail, viennent de se constituer en syndicat et espèrent parvenir à faire aboutir leurs légitimes revendications.

M. COMBAULT rappelle que le nouveau directeur de l'assistance publique à Paris, le Dr Mourier, a, dans une interview, fait allusion à la création à Paris de maisons de santé payantes, avec libre choix du médecin.

M. NOIR fait observer que c'est le Conseil Municipal de Paris, et non le directeur, qui dispose des fonds de l'Assistance Publique à Paris.

L'organisation de l'hygiène publique.

M. NOIR entretient l'assemblée de la réorganisation du service de l'hygiène publique en France. Nous savons que le ministère de l'hygiène a mis à l'étude un projet de modification de la loi de 1902 et des textes qui l'ont suivie. Une commission a été nommée pour dresser ce projet. De son côté, le Conseil de direction du « Concours Médical » a décidé d'étudier cette question et de présenter au corps médical un avant-projet schématique d'organisation de l'hygiène. Il s'est assuré, à cet effet, la collaboration d'une personne très compétente en cette matière, le Dr René MARTIAL, qui a occupé et occupe encore des fonctions, au cours desquelles il a pu s'initier aux questions administratives qui se rattachent à l'hygiène publique. Avec l'aide du Dr Martial, le « Concours » mettra debout un projet que les médecins, dans leurs syndicats, pourront étudier, critiquer et amender, de manière à parvenir à une organisation qui donne satisfaction à la fois à l'intérêt général et à l'intérêt médical.

M. QUIVY annonce que le projet de la commission officielle, dont il fait partie comme délégué de l'Union des Syndicats, est déjà debout. Mais l'Administration a imposé un cadre à la commission qui n'a pu discuter que des articles et des questions de détail. Le projet ne peut, tel qu'il a été établi, donner toute satisfaction au corps médical.

Dans ce projet, la France est divisée en régions et circonscriptions. Dans chaque région doit exister un médecin inspecteur régional et un conseil régional. L'hygiène est, en principe, complètement séparée de la politique.

Les circonscriptions sont formées, tantôt d'une grande ville, tantôt d'un ou deux cantons. Un médecin sanitaire de circonscription, assisté d'un conseil d'hygiène, est à leur tête. Le médecin a un rôle actif, indépendant du préfet. Il est nommé par le ministre. Quant à la déclaration des maladies contagieuses, le projet la rend obligatoire pour le chef de famille, le logeur ou le malade lui-même, mais elle doit être signée par le médecin traitant, qui a la charge de l'envoyer au médecin sanitaire de circonscription.

Le conseil de l'Union a estimé qu'il ne pouvait accepter cette réglementation.

M. le PRÉSIDENT dit que l'assemblée prend acte des intéressantes explications de M. Quivy. Il en résulte que l'étude que le « Concours » se proposait de faire est urgente.

L'exercice de la pharmacie.

M. DUCHESNE. — L'ordre du jour actuel de la Chambre des Députés comporte la discussion de la proposition de loi de M. Vincent sur la pharmacie. Le *Concours* a publié ce projet, l'a commenté, a publié un contre-projet et divers articles sur la question de la réforme des lois sur la pharmacie.

Les projets de réforme intéressent notamment les médecins sur deux points.

Le projet Vincent prévoit que les pharmaciens pourront délivrer sans ordonnance médicale tous les médicaments, sauf ceux qui figureront sur une liste qui sera dressée par l'Académie de Médecine. Nous demandons le contraire, c'est-à-dire que ce soit la liste des médicaments qui pourront être délivrés par les pharmaciens sans ordonnance médicale qui soit dressée.

D'autre part, le projet Vincent prétend imposer, pour que les médecins aient le droit de délivrer des médicaments à leurs clients, une zone de huit kilomètres dans laquelle il n'existe aucune pharmacie ouverte. Ce serait supprimer la plus grande partie des médecins propharmaciens actuels, la seule condition pour qu'un médecin puisse délivrer des médicaments à ses

clients étant qu'il n'existe aucune officine de pharmacie ouverte au lieu de sa résidence.

Nous proposons que cette zone de protection des pharmacies soit considérablement réduite et ramenée par exemple à 2 km., c'est-à-dire à la distance qu'une femme ou un enfant peuvent parcourir à pied en une heure environ.

M. le Président rappelle que le projet Vincent prévoit également la limitation du nombre des pharmacies, ce qui constituerait une atteinte fâcheuse à la liberté du commerce et un danger pour le public.

M. Combault fait observer que la limitation du nombre des pharmacies aurait pu s'expliquer quand le nombre des pharmaciens se multipliait. Mais actuellement ce nombre diminue et le recrutement des pharmaciens devient difficile.

M. Quivy déclare que l'Union des Syndicats s'occupe de la question de la réforme pharmaceutique et espère aboutir à une solution équitable.

Approbation des comptes.

M. Maurat, trésorier, donne lecture des comptes financiers de l'exercice écoulé, qui se présentent comme suit :

Exercice du 1er octobre 1919 au 30septembre 1920.

Capital inaliénable.

Au 1er octobre 1919, le capital inaliénable se décomposait comme suit :

Portefeuille	64.396 27
Espèces	426 08
	64.822 35

Depuis cette époque, nous avons vendu :

1° 500 actions « Maison de Santé de la Plaine Monceau » pour le prix de...	37.500
2° 17 actions « Financière médicale » pour le prix de	1.700
Ce qui nous a donné une somme à remployer de fr. :	39.200

D'autre part, nous avons acheté :

1° 1.500 fr. rente 5 % 1917 à 87,90	26.370 »	
2° 21 obligations « Maison de Santé de la Plaine Monceau » à 450 fr.	9.450 »	37.760 »
3° 4 obligations « Crédit National » à 485 fr.	1.940 »	
Il nous reste donc une somme de fr..		1.440 »

à ajouter à notre capital indisponible.

Notre capital inaliénable se trouve donc modifié de la façon suivante :

Portefeuille	51.091 27
Espèces	1.866 08
Total	52.957 35

Capital disponible.

Recettes.

Au 1er octobre 1919, l'avoir était de	7.719 34
Pendant l'exercice, les sommes versées à titre de don à la Société pour bons offices du journal *Le Concours Médical* se sont élevées à	432 »
Produit des insertions aux « Demandes et Offres » dans le *Concours Médical*	631 70
Intérêts du Portefeuille	1.720 59
Produit du service des remplacements	926 70
Total	11.430 33

Dépenses.

Frais supplémentaires du Banquet	1.467 90
Office de renseignements et contentieux	1.550
Droits de garde de titres à la Société Générale	125 79
Cotisations aux sociétés	25 35
Indemnité au Trésorier	800 »
Indemnité au Secrétaire	50 »
Jetons de présence du Conseil	520 »
Payé pour réparation du Tableau de Guerre	75 »
Contribution aux frais de la cérémonie commémorative du 25 janvier 1920	500 »
Frais de réunion du Conseil	120 »
Achat de papier timbré	10 »
	5.244 04

Recettes	11.430 33
Dépenses	5.244 04
	6.186 29

L'avoir de la Société se décompose donc comme suit, au 1er octobre 1920 :

Capital inaliénable	52.957 35
Capital disponible	6.186 29
Total	59.143 64

Personne ne demandant la parole, M. le Président met aux voix l'approbation des comptes qui précèdent.

Ils sont adoptés à l'uanimité.

Communications diverses.

M. Noir fait l'historique d'une association qui vient de se constituer pour favoriser les relations entre les médecins français et les médecins étrangers qui viennent visiter la France. Pendant la guerre, le ministère de la propagande avait fa-

vorisé ces relations comme un moyen de combattre la propagande considérable faite par les Allemands parmi les neutres. Un certain nombre de médecins étrangers sont venus en France et ont été reçus par leurs confrères. Nous-mêmes, au « Concours Médical », nous avons accueilli de notre mieux une délégation de médecins de l'Uruguay.

Cette œuvre intéressante a été continuée depuis la fin de la guerre, avec l'appui de la Faculté, qui lui a procuré un local, sous la forme d'une association, l' « Association pour le Développement des Relations Médicales entre la France et les Pays Alliés ou Amis » (A. D. R. M.), présidée par le Pr Hartmann et dont le secrétaire général est le Dr Cesbron. La cotisation annuelle est de 50 fr.

M. Combault donne quelques renseignements sur l'organisation de l'A. D. R. M., qui a obtenu ce résultat de grouper sur un pied d'égalité : professeurs, médecins des hôpitaux et simples praticiens.

Le siège social en est à l'Ecole de Médecine.

M. Molinéry donne lecture de la communication suivante sur le fonctionnement de la *Maison médicale d'Agen* pendant l'exercice 1920-1921 ;

L'an dernier, au moment où, au nom de notre confrère et ami, M. le Dr Roulliès, nous présentions à la réunion générale du Concours Médical la « Maison médicale d'Agen, le Dr Noir nous donnait rendez-vous à la date de ce jour afin de vous en communiquer les premiers résultats.

Vingt médecins ont eu recours à son organisation. 700 malades y ont été conduits et examinés : parmi eux, 30 ont été hospitalisés pendant 3 jours environ, les autres pendant la journée seulement.

197 radiographies, 143 radioscopies ont été pratiquées, 121 réactions de Bordet-Wassermann, 62 constantes d'Ambard, 152 examens bactériologiques divers ont été recherchés.

En outre, la Maison médicale d'Agen a été désignée par la Direction du Service de Santé de la XVIIe région, pour l'examen de tous les réformés de la guerre dont l'état réclame un examen bactériologique et qui dépendent de la subdivision d'Agen.

Le Conseil général de Lot-et-Garonne a accepté officiellement l'offre gracieuse de la Maison médicale d'Agen pour tout examen concernant la santé générale du département.

Ces premiers résultats sont des plus encourageants. Il est à souhaiter, pour le plus grand bien des malades et pour l'exercice plus facile et plus scientifique de notre profession, que les « Maisons Médicales » se multiplient sur la terre de France.

M. Noir fait remarquer tout l'intérêt que présente cette création, due à l'esprit d'initiative du Dr Roullès.

La séance est levée à 7 heures du soir.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

De l'encombrement à l'exercice illégal.

Je lis avec plaisir dans le *Concours Médical* la prose et les vers de notre confrère le Dr Goyon, au sujet de l'exercice illégal de la médecine par la 4e page des journaux.

Je suis entièrement de son avis à ce sujet et j'estime qu'il y a quelque chose à faire, si nous ne voulons pas laisser se généraliser ce *modus faciendi* et nous trouver un jour, qui est proche, réduits à ne plus pouvoir vivre de l'exercice de notre profession.

Lors de la dernière réunion de notre Syndicat des Urologistes, j'ai présenté à l'Assemblée un rapport sur l'exercice illégal de la médecine par la 4e page des journaux et suggéré à nos confrères un certain nombre de moyens destinés, dans mon esprit, à lutter contre cet exercice illégal. Je ne crois pas, en effet, qu'il faille se contenter de geindre, mais qu'il est temps, comme nous le conseille le Dr Goyon, d'agir.

Cette question de l'exercice illégal de la médecine par la 4e page des journaux doit rester à l'ordre du jour de notre Syndicat, et le résumé de mon rapport doit paraître incessamment dans notre Bulletin.

Je comptais, à ce moment, demander pour ce résumé l'hospitalité du *Concours Médical* et lui demander en même temps de s'associer ainsi que ses lecteurs à la campagne que je compte entreprendre, même dans la presse politique j'ai déjà l'adhésion d'un journal hebdomadaire contre cet exercice illégal qui, en dupant le public, dérobe au corps médical ce qui lui appartient de par la loi.

Y aura-t-il plus de docteurs Duchesne que de docteurs Goyon, toute la question est là !

Pour réussir dans la lutte à entreprendre, il faut être plusieurs à avoir le feu sacré et à vouloir pour obtenir un résultat.

Si nous employons la formule de notre confrère Duchesne, *vulgus vult decipi*, que l'on n'oublie pas qu'il est d'usage de la compléter par ces mots *ergo decipiatur*. Une certaine catégorie du public nous reproche déjà de ne pas protester contre l'exercice illégal en question, et de couvrir ainsi de notre silence ce que nous déclarons réprouver dans l'ombre.

Je crois qu'il est temps que nous ayons au grand jour le courage de notre opinion et de nous dire que si la campagne entreprise est vouée à un échec certain, comme le craint notre confrère Duchesne, nous aurons au moins la satisfaction du devoir accompli.

A tous ceux qui pensent comme moi, je voudrais faire, par l'intermédiaire du *Concours Médical*, un pressant appel, persuadé, quant à moi, qu'il y a mieux à faire qu'à pratiquer le pessimisme inopérant de notre confrère Duchesne.

Dr Moran.

Réponse.

Le *Concours médical* ouvre toutes grandes ses colonnes à notre distingué correspondant. Toutes ses communications, toutes ses suggestions seront impartialement examinées et publiées. Il a donc le champ libre pour diffuser parmi nos lecteurs ses idées et celles de son syndicat sur l'exercice illégal de la médecine, et notre journal lui prêtera tout son appui et toute son autorité.

Voilà donc un premier point acquis.

Il faut pourtant que le Dr Moran sache que nous n'avons pas attendu jusqu'à ce jour pour ouvrir le feu contre les illégaux de la médecine. Il nous suffira de lui rappeler notre campagne contre les magnétiseurs d'Angers, notre participation au Congrès de l'Exercice illégal, dont notre excellent ami Levassort fut, à son heure, le très actif champion, etc, etc.

Les résultats obtenus de la maigre manière que l'on sait expliquent et justifient ce qu'il appelle mon scepticisme.

Je présume que son enthousiasme et sa foi sont fonction de son âge. Quand il aura blanchi sous le harnois, il pensera sans doute d'autre façon.

Quant à moi, je possède à mon actif quelques faits qui prouvent surabondamment que je fus, dans ma jeunesse, un militant aussi enthousiaste que certains des jeunes d'aujourd'hui. Laissez-moi rappeler ici un de ces faits.

Il y a quelque vingt-cinq ans, exerçant la médecine dans un centre rural, je constatai certain jour que je cessais d'être appelé dans une des communes de ma circonscription où, jusque-là, j'avais une clientèle fidèle et régulière.

Légitimement préoccupé de cette situation, je me décidai à faire une enquête, et voici ce que j'appris.

Une nouvelle receveuse des Postes et Télégraphes avait été affectée au bureau de cette commune. Elle était mariée avec un ancien préparateur en pharmacie, ce qu'on appelle trivialement, dans la profession, un cul-de-plomb.

A peine installé dans cette résidence, il avait prétendu augmenter le traitement de sa femme par les ressources qu'il tirerait du traitement des malades. Se faisant passer pour médecin, il les visitait et leur délivrait solutions, pilules et pommades, à qui mieux mieux.

Ayant réuni preuves et témoignages, ayant obtenu par surcroît l'adhésion de mes deux confrères locaux, en leur nom et au mien, je déposai une plainte entre les mains du procureur de la République. Une enquête fut ordonnée ; les faits furent confirmés dix fois pour une. Et le délinquant fut cité devant le Tribunal correctionnel du ressort.

Je représentais les intérêts du corps médical local. Les témoins que j'avais fait citer furent rien moins que tendres à mon endroit. Sans nier des faits qui étaient patents, ils plaidèrent les services que leur rendait le médicastre poursuivi et me taxèrent de jalousie. Néanmoins, le Tribunal faisant droit à ma requête et à celle du Ministère public, condamna le délinquant à une amende pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, et m'adjugeant le bénéfice de mes conclusions, le condamna par surcroît à verser, à mes confrères et à moi, 300 francs de dommages-intérêts.

Pour un succès, c'était évidemment un succès.

Oui, mais attendez la fin.

Plus que jamais, le mari de la receveuse continua à exercer sa coupable industrie ; moins que jamais, vous entendez bien, je fus rappelé dans la commune où il habitait, jusqu'à ce que, par des influences politiques que nous n'eûmes aucune honte à faire jouer, mes confrères et moi, nous pûmes obtenir le déplacement de la receveuse, et l'éloignement de son illégal de mari, illégal de la médecine s'entend.

Connaissez-vous beaucoup de Duchesne, mon cher Confrère, qui en aient autant à leur actif ? Et me reconnaîtrez-vous quelque droit à avoir une opinion sur la matière, et sur le goût que possède le populaire (*vulgus*) à être trompé (*decipi*) ? Peut-on empêcher Martine d'être battue si cela lui plaît ?

Aussi, n'éprouvé-je aucune hésitation à compléter l'aphorisme latin, et à ajouter, ainsi que vous le précisez si justement : « il veut être trompé ? Eh bien ! qu'il le soit ! *Ergo decipiatur* ! »

Reprenez maintenant le procès de Mac-Aura, autre illustre guérisseur pulsoconique, tel qu'il figure dans les annales des tribunaux. Vous verrez encore quels témoignages furent invoqués en sa faveur contre nous.

Et combien d'autres, du même tonneau !

Voilà pour l'exercice illégal en général.

Mais vous visez surtout l'exercice illégal, tel qu'il s'étale impudemment à la 4e page des journaux politiques.

Et vous vous imaginez naïvement que vous pourrez y toucher ? Grand bien vous fasse !

Prenez cependant le *Concours médical* du 7 novembre 1920, et lisez, page 2763, l'article 11 de notre projet de loi sur l'exercice de la pharmacie. Vous y verrez que nous demandons que : « les annonces, réclames et attestations relatives « à l'emploi, aux indications ou aux propriétés des « médicaments, appartennent exclusivement à la « librairie médicale et pharmaceutique, et à tous, « les ouvrages, revues et journaux qui la constituent. Ces annonces, réclames et attestations « publiées ou effectuées en dehors de cette librairie constituent le délit d'exercice illégal de la « médecine. »

Vous voyez donc bien que nous n'avons pas

attendu, là encore, vos sugeestions, pour prendre position.

Mais de la coupe aux lèvres ... La grande presse — disons-le sans trop insister — c'est le 4e pouvoir dans l'Etat. Quand cet article de loi, *que nous ferons défendre au Rartement*, sera voté, nous en recauserons.

Mais, même si nous finissons par obtenir qu'il soit adopté ; si la loi est appliquée ; si enfin un jour vient où les annonces et réclames médico-pharmaceutiques disparaîtront de la 4e page des grands journaux, je vous le dis en confidence, nous n'en verrons pas un client de plus.

Vous bondissez ? Mettez-vous bien ceci dans la tête : quand un malade soigne son eczéma par le procédé qui est la conséquence d'un vœu, rééduque son intestin avec le Bojul, réfrène son incontinence d'urine avec le secret de la religieuse, c'est qu'il a épuisé depuis longtemps les ressources de notre science médicale, la science honnête, régulière, légale, dans la mesure, je me hâte de le dire, où il a cru devoir le faire, et qu'il est convaincu qu'il n'a plus rien à en attendre, — ou bien, c'est qu'alors, il n'a pas confiance en nous : c'est bien son droit, avouez-le.

Mais, patientez ! Un moment arrivera où, se sentant ou se croyant plus menacé dans son existence, ce même malade vous reviendra, en criant : Au secours ! A ce moment-là, à vous de prendre votre revanche, en vous faisant largement honorer des soins que vous prodiguerez avec toute votre science et tout votre dévouement, comme si de rien n'était.

Une preuve entre mille à l'appui de ce que j'avance ? — Quand un malade va demander un conseil à son pharmacien, si celui-ci lui répond : « Ce n'est pas mon affaire, allez voir votre médecin, » 99 fois sur cent, le malade, dédaignant l'avis qui lui a été donné, va trouver le potard voisin, qui, moins scrupuleux ou mieux avisé, lui délivre potions, sirops, vins généreux, etc., etc. Quant au médecin, on l'appellera *in extremis*. Mais, jusque-là, on aura économisé le prix de ses visites...

Nous n'en continuerons pas moins à vous soutenir. Nous lutterons avec vous sans nous lasser même si ce n'est que pour la gloire, même pour la seule satisfaction de tenter de moraliser la publicité. Car nous nous attaquons ici à la crédulité humaine, qui dérive de la bêtise, laquelle, comme la vérité et la matière, est, vous le savez, éternelle...

G. Duchesne.

II

Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux.

(3, 4 *et* 5 *décembre* 1920.)
Communiqués officiels.)

Assurance-Invalidité-Maladie. — L'Assemblée a été extrêmement intéressée par la discussion qui a eu lieu à propos de l'Assurance-Invalidité-Maladie.

Le Dr Lafontaine a rappelé, en quelques mots, les rapports et les renseignements qu'il avait fournis au cours de l'année dans le *Médecin Syndicaliste*.

Puis nos confrères les Dr Muller et Wennagel, de Strasbourg, Specklin, de Mulhouse, ont montré, par des exemples, les rares avantages et les nombreux inconvénients qui résultent pour le médecin de l'application de la loi sur l'Assurance-Invalidité-Maladie.

Il est nettement ressorti de la discussion que l'application de cette loi apportera la plus grande modification dans l'exercice de notre profession. La lutte pour la vie va devenir extrêmement âpre pour le médecin et s'il ne sait pas se défendre, par ses syndicats, le faire tomber dans le fonctionnariat le plus étroit et le moins rémunéré.

Le gros problème de la réorganisation des services hospitaliers, de l'organisation des dispensaires et sanatoria, est apparu comme la conséquence inévitable de l'application de cette loi. La formule « l'hôpital réservé à l'indigent » paraît avoir conquis l'opinion générale des délégués ; néanmoins, à côté de l'hôpital réservé à l'indigent, il faut prévoir toute une série d'organisations par les Caisses-Assurance-Maladie, des maisons de santé à bon marché, dispensaires, sanatoria, laboratoires où les médecins traitants auront libre accès, de façon à conserver au malade le libre choix de son médecin, de son chirurgien et de son spécialiste.

Le *contrat collectif* est apparu comme le seul moyen d'empêcher le corps médical de tomber dans le fonctionnariat.

Ce contrat collectif sera établi localement par les syndicats qui, suivant les conditions spéciales de l'existence, pourront élaborer des tarifs en rapport avec la situation locale.

D'autre part, un contrôle sera nécessité, qui empêchera les abus, aussi bien du côté des médecins peu scrupuleux qu'on a appelés les « médecins marrons », que des assurés qui auront trop tendance à abuser des visites médicales, étant donné qu'ils auront la gratuité des soins. Ils ne voudront pas, comme cela se passe d'ailleurs en Alsace, avoir payé de fortes cotisations, sans avoir au moins profité dans l'année du service médical. Des abus, d'un côté comme de

l'autre, pourront se produire, et il faut que les syndicats, d'accord avec les caisses, organisent un contrôle sérieux. L'assemblée a estimé que l'année devait être consacrée à l'étude de cette loi et à l'étude du contrat collectif qui devrait être appliqué, étant entendu que les bases mêmes de tout contrat, seront *libre choix* et *tarif à la visite*.

Lutte antituberculeuse et antisyphilitique. — En ce qui concerne l'organisation de la lutte antituberculeuse et antisyphilitique, il a été donné connaissance des résultats de l'enquête entreprise auprès des syndicats sur la situation actuelle de cette organisation, faite par l'administration d'une part, et par la Commission Rockfeller, d'autre part.

Il est apparu que, dans un grand nombre de départements, on avait créé déjà des dispensaires ; mais des réflexions faites par les correspondants, au Secrétariat de l'Union, il découle que, dans le plus grand nombre de cas, le fonctionnement des œuvres actuellement existantes est peu actif. C'est qu'elles sont, en effet, construites pour la plupart en dehors de la collaboration régulière du syndicalisme médical.

Une discussion très intéressante s'engage et on conclut avec le rapporteur à la nécessité de continuer les pourparlers entrepris par le Conseil de l'Union avec la Commission Rockfeller, et surtout à la nécessité, pour les syndicats, de s'occuper immédiatement de la construction d'un plan sur lequel pourra être bâti l'édifice de la lutte antituberculeuse et antisyphilitique.

Là encore, il faut préparer un contrat collectif et le plus rapidement possible. Ce contrat sera étudié d'accord par les syndicats et l'Union. Le rapport sera appuyé et complété par les documents nouveaux qui parviendront et sera publié dans un numéro spécial du *Médecin Syndicaliste.*

Tarif Dubief. — Le rapporteur, Dr Decourt, expose succinctement les luttes épiques qu'a eu à soutenir la délégation médicale pour arriver à la révision du tarif Dubief, dit aujourd'hui « Tarif Breton ».

Ua délégué, radiologiste, critique la convention qui oblige le médecin à se mettre d'accord avec le médecin de l'assurance avant de pratiquer la radiologie.

Le tarif kilométrique est jugé insuffisant par la plupart des délégués.

Après plusieurs réserves proposées, l'assemblée décide de créer une Commission des Tarifs au sein de l'Union. Cette organisme centralisera toutes les difficultés soulevées à propos du tarif Breton, en fera l'étude, se documentera afin qu'au jour, très prochain, où les assureurs demanderont une nouvelle révision, leur attaque soit serrée de près par une contre-attaque bien préparée et amplement documentée.

Organisation syndicale. — L'examen critique et la mise au point de l'organisation syndicale a développé, au sein de l'Assemblée, une discussion extrêmement courtoise et extrêmement intéressante, où les rôles respectifs de l'Association générale, du *Concours médical* et de l'Union des Syndicats médicaux de France, ont été examinés avec la plus grande attention.

On a estimé que le rôle de chacun de ces organismes devait être strictement délimité ; à l'Association générale étaient réservées les questions concernant l'assistance aux médecins, à leurs veuves et à leurs orphelins ; au Concours médical, qui est un journal, les études professionnelles, dans l'axe du syndicalisme ; quant à l'Union des Syndicats, il est nettement apparu qu'elle devait être la représentation officielle et unique dans les commissions centrales, qu'elle seule avait le droit de parler au nom du Corps médical, dans les milieux officiels, gouvernementaux et centraux, de même que, seuls, les Délégués des Fédérations, avaient le droit de parler au nom du corps médical dans toutes les questions départementales. Quant au syndicat local, il a, seul, le droit de désigner ses délégués auprès des pouvoirs locaux : municipalité, mutualité et autres.

L'Assemblée a été d'accord pour dire qu'il était, devant l'imminence des grandes luttes entreprises, indispensable qu'il y ait de l'ordre dans la maison, où il devait y avoir « une place pour chaque chose et chaque chose à sa place. »

L'organisation intérieure du syndicat a soulevé des questions intéressantes, notamment en ce qui concerne le secrétariat de chaque syndicat qui devra être bien organisé au point de vue matériel et au point de vue financier.

Une proposition du Dr Simonin a retenu un moment l'attention de l'assemblée. Elle est la suivante :

Il est indispensable de constituer, à l'Union des Syndicats médicaux, un véritable Trésor de guerre : des caisses qui pourraient servir, dans le cours des luttes que les syndiqués ont à soutenir, à porter secours aux confrères lésés, par une grève administrative, par exemple. Ces caisses serviraient également à mener toutes les campagnes qui seraient nécessitées par les événements.

Cette question a été renvoyée pour étude au Conseil de l'Union.

Le médecin a l'impérieux devoir d'être prévoyant.

Il doit s'assurer contre l'incapacité de travail que peuvent lui causer la maladie ou les accidents.

Il doit s'assurer une retraite pour ses vieux jours.

CHRONIQUE DE L'ASSISTANCE

Les contrats médicaux. Les collectivistes et l'assistance mutuelle en Angleterre.

L'Angleterre est un pays, dans lequel l'assistance d'une part et l'association de l'autre jouent un grand rôle dans toutes les branches de l'activité nationale, qu'il s'agisse de commerce, d'industrie, d'arts libéraux et même de charges ministérielles. Un exemple frappant est que presque tout Anglais qui se déplace pour le moindre petit voyage, ne manque pas de prendre à un guichet voisin de celui des chemins de fer un ticket d'assurance, pour se garantir entre les risques éventuels du voyage . De même tout est à l'association.

Devant cet usage général, les médecins anglais ne sont pas restés étrangers au mouvement, et nombreux sont les praticiens associés, le plus souvent deux à deux, pour assurer le service médical et chirurgical d'un district, à la ville, à la campagne, dans les conditions les plus avantageuses, c'est-à-dire au mieux des intérêts des malades et des praticiens. Avant l'Insurance Act, cette même tendance dans le public vers la prévoyance et la solidarité n'avait pas manqué de le conduire à l'association pour faire face aux besoins éventuels et aux échéances fatales de la vie humaine.

L'assistance médicale fut un but très recherché, d'où la naissance sur tous les points du territoire du Royaume-Uni d'une foule de sociétés, dans lesquelles les parties contractantes étaient d'une part les médecins et d'autre part des individus ou des collectivités, appartenant au public non médical de la population. Simples et timides dans les premiers débuts, ces organisations médicales ou non médicales ne tardèrent pas à prendre une influence, dominante sur le praticien resté isolé, influence, pas toujours dénuée d'insolence de la part des collectivités, vastes et puissantes, et heureuse de se faire valoir, en face de l'individu pauvre, besogneux, en quête le plus souvent de travail immédiat pour suffire aux besoins nécessiteux de son existence.

Mais alors pourquoi les praticiens, réunis en association, n'échappaient-ils pas à l'insolence habituelle de ces sociétés ? L'usage presque général de l'association faisait qu'en Angleterre rares étaient les personnes des classes moyennes qui n'étaient pas encadrées dans un organisme de prévoyance et exceptionnelles aussi les sociétés qui accordaient le bénéfice si appréciable du libre choix du médecin. Puis il y avait, à côté du praticien frais émoulu de l'Université, le plus souvent sans ressources suffisantes, ou encore obéré par quelques lourdes charges restées impayées, l'apparition de la nécessité urgente ; elle apparaissait pour la première fois aux yeux de l'étudiant libéré de l'école, dans toute sa force brutale qui intervient si souvent dans les déterminations des hommes, force inflexible, irréductible, qui conduit si souvent à des extrémités ou des compromissions que la raison ou la simple réflexion condamne, sans la moindre contestation.

Les praticiens se voyaient obligés de céder aux exigences des sociétés, afin de soutenir la concurrence de sociétés semblables organisant des services médicaux, faire face aux confrères patronnant eux-mêmes des sociétés ou en possession d'une organisation personnelle avec service à l'abonnement, obtenir des honoraires de clients insolvables en dehors de l'assistance mutuelle et enfin, surtout afin de se faire connaître du public dans les grandes villes et tâcher d'acquérir une clientèle particulière rêvée.

Donc, obligé par nécessité de se plier au début aux conditions inévitables du service des sociétés, le praticien nourrissait dès le premier jour l'ambition de se libérer de l'influence des clubs et n'aspirait qu'au moment où, revêtu de la confiance du public, il terminait réellement son apprentissage de la vie médicale et se trouvait assez fort pour dénoncer sans regret et sans amertume tous les abonnements et contrats passés avec les individus et les collectivités.

Voyons maintenant quelles sortes d'organisations gardaient les médecins anglais dans cette sujétion si pénible dont il leur était presque impossible de s'affranchir ?

Les formes d'associations ayant pour but le service maladie, étaient fort nombreuses en Angleterre.

La plus ancienne, la plus simple de toutes et partant la plus répandue, était celle dite du club particulier ; elle a passé en somme dans la loi de l'Insurance Act qui, à dire vrai, inscrit l'ensemble de ses assistés aux clubs particuliers de ses médecins.

Un praticien, établi dans une localité, à la ville ou à la campagne, ouvrait un club particulier, pour organiser un service médical à un prix déterminé d abonnement à l'année, auquel pouvait s'inscrire toute personne acceptant les conditions et agréée par le médecin.

Le contrôle appartenait au seul médecin et voilà pourquoi souvent les conditions d'admission et de paiement n'avaient qu'une valeur théorique très éloignée de la valeur réelle d'application. De nombreuses difficultés surgissaient, des concessions étaient faites et l'esprit de concurrence aidant, de violents conflits survenaient parfois avec les confrères, établis dans le même district et la concurrence parfois outrancière faisait subir aux conditions principales de chaque club particulier des entorses peu favorables aux intérêts des médecins.

Pour obvier à ces inconvénients trop fréquents et trop longtemps supportés, vers 1900, des médecins commencèrent à se réunir entre eux et à étudier les conditions d'un service médical en commun — public medical service — à l'usage de certaines classes définies de la population : c'était en somme une réduction de la loi générale d'assurance obligatoire, mise à la disposition facultative des abonnés éventuels.

Le service était ouvert à tout praticien exerçant dans le district, consentant à donner ses soins aux conditions énoncées dans le règlement C'était du syndicalisme local et même général, puisqu'une condition imposait l'obligation d'obtenir pour le statut local l'homologation du comité régional de la Britiseh medical Association.

Inutile d'insister pour montrer que cette organisation récente marqua un grand progrès sur la précédente par l'intervention du respect dû à la solidarité professionnelle ; elle exerça une très heureuse influence pour limiter les tendances à la concurrence acharnée et à l'avilissement des prix et surtout elle rejeta dans la clientèle générale un grand nombre d'abonnés embusqués par ladrerie sordide dans des clubs particuliers à bas prix.

Dans ces deux organisations, les médecins eux-mêmes étaient les parties agissantes, ayant l'initiative, ils auraient pu se ménager une bonne part en se créant des obligations avantageuses directes des sociétaires qui acceptaient leur conditions.

Dans les autres formes d'organisation, c'est le public non médical qui intervenait et prenait en main la direction de l'administration, laquelle pouvait même appartenir à des personnes étrangères à la société des participants.

Dans les Works Clubs, particuliers aux grands centres industriels et miniers, des ouvriers, engagés dans une même fabrique, consentaient à laisser opérer régulièrement sur leur solde une déduction dans le but de s'assurer les soins médicaux et pharmaceutiques pour eux seuls ou eux et leurs familles.

Quelquefois c'était le patron d'industrie qui était le seul chef de la combinaison et il choisissait lui-même le médecin à qui il confiait le service ; d'autres fois l'ouvrier avait le libre choix du médecin parmi ceux qui exerçaient dans le district et c'était au médecin choisi et désigné à l'administration que devait être remise la somme prélevée sur les gages. C'était alors une organisation collective, tout un work club qui s'inscrivait au club particulier d'un médecin ou à un public medical service de plusieurs médecins, dans des conditions posées et acceptées réciproquement ou qui se distribuait au gré de chacun entre les médecins exerçant dans le voisinage de la manufacture. Enfin dans quelques Works Clubs les médecins pouvaient être élus au vote à la majorité des voix d'une assemblée générale des sociétaires et un comité était chargé de recevoir les plaintes et les doléances des intéressés.

Cette heureuse disposition était en voie de régression bien qu'elle assurât le moyen de corriger en partie les effets toujours fâcheux de la désignation d'un ou de plusieurs médecins agréés par l'administration et qu'elle eut créé une commission d'arbitrage obligatoire ; elle n'en consacrait pas moins une violente injustice, imposée par la majorité, aussi odieuse en elle-même que celle exercée par la seule autorité du patron.

La confiance ne se discute pas, elle existe et peut ne pas être continuée. Malgré cela, la tendance dominante des works clubs était de laisser aux sociétaires un choix en apparence suffisant de médecins agréés auxquels étaient assurés un salaire déterminé fixe, des avantages matériels (logement, libération des taxes et impôts, indemnités de déplacement, services de dispensaires et d'hospitalisation).

Cela laisse supposer combien riches pouvaient être quelques unes de ces organisations, uniquement alimentées par les précomptes faits sur les salaires ouvriers. A Birmingham se trouvait le modèle type le plus parfait de ces sociétés. fonctionnant à l'entière satisfaction du malade et du médecin. (Dr Deal).

Ces Works Clubs étaient donc parfaitement définis et avaient pour seul objet d'assurer aux sociétaires et parfois à leurs familles des soins médicaux et pharmaceutiques à des conditions prévues par des statuts particuliers, d'une part, et par les dispositions d'une loi générale, de l'autre. Ils se distinguaient des autres sociétés mutuelles si répandues (et particulièrement des Friendly societies) dans lesquelles les obligations envers les membres participants ne se bornaient pas aux seuls services de la médecine et de la pharmacie, souvent placés à un rang tout à fait effacé.

Les Provident Dispensaries et les medical aid Societies avaient ceci de caractéristique qu'ils étaient administrés par des personnes étrangères aux bénéficiaires et échappant totalement à l'influence des sociétaires. La raison était que les premiers (Provident Dispensaries) avaient un caractère d'assistance relevant un peu de la bienfaisance ; les membres étaient de vrais assistés partiels recrutés dans la partie du public sur la marge de l'indigence, désireuse d'échapper à la loi des pauvres et incapable de couvrir les frais occasionnels d une maladie sérieuse. En principe, tous les médecins pouvaient concourir au service de ces dispensaries, mais les honoraires avilis formaient une barrière presque prohibitive et les assistés des Provident Dispensaries étaient obligés d'avoir recours aux médecins les moins sollicités et aux nouveaux arrivés, pleins

de zèle et d'ardeur, sans notoriété établie et soucieux de se faire apprécier au plus vite du public pour aboutir à une clientèle personnelle.

A côté des Provident Dispensaries à caractère de bienfaisance, existaient des médical aid Societies, qui, elles, avaient pour but avéré la spéculation, la réalisation d'un bénéfice sur le service d'assistance qu'elles assuraient à leurs membres ; ces sociétés en apparence autonomes et indépendantes, n'étaient le plus souvent que des organisations lancées par de puissantes compagnies d'assurance, offrant l'assistance médicale comme simple leurre de façade pour attirer la clientèle des abonnés. Ceux-ci se recrutaient dans tous les éléments de la société ; aucun contrôle n'était admis et le ou les rares médecins chargés du service des malades n'avaient qu'à se soumettre aux conditions draconniennes des compagnies ou à se démettre, d'où il arrivait que les relations habituelles entre les administrations et le personnel médical, entre les abonnés et le service médical, laissaient beaucoup à désirer et n'avaient jamais donné la moindre satisfaction aux praticiens, soumis à la dure loi de la nécessité.

Les Friendly Societies, de beaucoup les plus répandues sur le territoire du Royaume-Uni, n'avaient pas comme but exclusif l'assistance médicale et pharmaceutique ; leur but était de créer une assurance pour les ouvriers contre toutes les éventualités qui, sans une semblable organisation, laisseraient les travailleurs dans le plus grand dénuement dans les cas de maladie, de chômage, de perte d'instruments de travail, etc. La maladie était envisagée dans toutes les combinaisons parce qu'elle fait perdre aux ouvriers toute la ressource habituelle provenant du salaire et occasionne en plus des dépenses extraordinaires.

Quelques unes de ces sociétés s'étaient associées pour fonder des Instituts où étaient données des consultations, distribués des médicaments et organisés des services médicaux pour les soins à domicile.

Enfin comme dernières organisations mutuelles, il faut signaler celles réalisées par quelques corps de métier associés en unions mutuelles pour assurer à leurs membres des avantages déterminés, parmi lesquels l'assistance médico-pharmaceutique.

Ces unions corporatives étaient en général autonomes, variant dans leurs dispositions intérieures et ne suivant aucune règle générale pour la détermination des conditions du service médico-pharmaceutique, sujettes à des variations de grande amplitude.

Toutes les sociétés avaient le caractère commun de peu se soucier de la dignité de la profession médicale et encore moins de ses intérêts ; elles cherchaient à tout obtenir avec le moins de dépenses possible et souvent à donner aux sociétaires le moins de garanties possible, d'où des conflits en permanence des praticiens et des sociétaires avec les administrations, des sociétaires entre eux.

En effet, la composition de ces associations était loin d'être homogène ; les conditions d'admission étaient les mêmes pour tous ceux qui réunissaient les conditions requises de stage, d'âge et de santé. Aucune condition sociale n'était imposée dans grand nombre de combinaisons, et quand il y en avait une imposée à l'entrée, il n'était pas tenu compte de l'amélioration ou du changement dans les positions sociales.

Ainsi se trouvaient mélangés au hasard des demandes ou au hasard de l'évolution des choses, des ouvriers à salaire quotidien, des employés à la semaine, au mois, de petits patrons, des petits commerçants, des fonctionnaires etc., inégalement éprouvés dans leurs ressources par le chômage dû à la maladie ; d'où inégalité dans les services demandés aux associations et inégalité des charges imposées à la caisse commune.

Le petit patron, le petit commerçant, l'employé de bureau, le fonctionnaire ne perdaient rien de l'indisposition qui les retenait au lit ; l'atelier continuait à marcher, la boutique restait ouverte et les appointements couraient toujours. En plus ces poids lourds pesaient énormément sur le service médical ; le praticien était attiré et fixé par l'espérance d'obtenir la confiance pour les soins à donner à la famille du sociétaire ; aussi les maladies étaient longues et onéreuses dans cette catégorie de mutualistes ; la convalescence tirait en longueur avec eux, tandis que au contraire, l'ouvrier privé de salaire par la maladie voulait aller au plus court, au plus vite et reprendre trop souvent son travail à peine une amélioration suffisante obtenue.

Les conflits nombreux, parfois aigus, contraignaient souvent à recourir à l'influence conciliante de la Medical British Association pour aboutir à un arbitrage du côté médical.

Des difficultés aussi nombreuses et parfois plus aiguës ont souvent conduit les sociétaires à avoir recours à l'intervention de leurs « Trade Unions » pour la pacification intérieure des sociétés. Et ce sont les Trade Unions, comparables dans leur ensemble à ce qu'est notre Confédération générale du travail qui ont mené Lloyd George à faire cette loi sociale qui est l'Insurance Act. Et l'on peut affirmer que cette loi a balayé toute cette poussière de sociétés qui subsistaient aux dépens de la profession médicale, que s'il en persiste encore quelques-unes, ce sont celles de jeunes enfants ne tombant pas dans les conditions de la loi d'assurance. Les médecins leur consentent encore des tarifs réduits 6 et 7 shillings per capita et per annum. On se demande pourquoi ? Mais d'une façon générale,

les contrats médicaux avec les petites et les grandes collectivités en Angleterre ont entièrement disparu à la grande satisfaction des praticiens.

Si quelques sociétés se sont transformées pour pouvoir servir d'intermédiaire au fonctionnement de la loi générale d'assurance et devenir des sociétés approuvées, elles n'ont plus de relations directes avec la profession médicale, mais elles ont malgré tout par la puissance de leur union et leur action sur les Trade Union et les Parlementaires anglais fait que les praticiens de l'assistance publique n'ont obtenu que onze schillings dix au lieu des treize schillings demandés par la voix de la Bristish medical Association. En France nous aurons aussi à compter avec l'influence des secours mutuels dans l'élaboration de la loi nouvelle en préparation de l'assistance publique, car tout est un éternel recommencement.

Dr HOUDART,

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Programme de l'enseignement dans les hôpitaux.** — *Petit amphithéâtre de la Faculté*, 17 h. (Prof. Marcel LABBÉ. — Mercredi 22, intoxications chroniques. L'alcoolisme ; vendredi 24, les auto-intoxications. Les syndromes d'insuffisance hépatique.

— *Hôpital Broussais* (Dr DUFOUR). — Lundi 20, 10 h., examens radiologiques ; mercredi 22, 10 h., consultations externes ; vendredi 24, 10 h. 1/2, conférence clinique et thérapeutique ; mardi 11 et jeudi 23, 10 h., examens des malades nouveaux.

— *Hôpital des Enfants-Malades* (Dr Aug. BROCA). — Lundi 20, opérations ; mercredi 22, opérations ; vendredi 24, 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2, consultation orthopédique spéciale avec entretien clinique, puis leçons sur projections de radiographies ; mardi 21 et jeudi 23, 10 h., consultation avec interrogation des élèves.

— *Hôpital Laënnec* (Dr AUVRAY). — Vendredi 24, 11 h., amphithéâtre Landouzy : Conférence clinique avec présentation de malades.

— *Hôpital Laënnec* (Dr CLAISSE). — Jeudi 23, 11 h., Amphithéâtre des cours : conférences cliniques.

— *Hôpital Laënnec* (Dr LAIGNEL-LAVASTINE). — Mardi 21, 9 h., consultation neuro-psychiatrique ; mercredi 22, 11 h., leçon clinique : « Surdité corticale ; amnésie oxycarbonée. »

— *Hôpital Lariboisière* (Dr DEMELIN). — Lundi 20, 9 h. 1/2, cours du Dr Demelin sur la grossesse normale et l'expulsion prématurée de l'œuf ; mercredi 22, 9 h. 1/2, cours du Dr Guéniot sur l'accouchement normal et les présentations ; vendredi 24, 9 h. 1/2, cours du Dr Devraigne sur la grossesse pathologique.

— *Hôpital Necker* (Dr J.-A. SICARD). — Lundi 20, 10 h. 3/4, leçon sur « les névralgies faciales ».

— *Hôpital Necker* (Dr ROBINEAU). — Lundi 20, 9 h. à 12 h., examen des malades ; mercredi 22, 9 h., consultation externe ; vendredi 24, 9 h., consultation externe ; mardi 21 et jeudi 23, opérations ; dimanche 19, 10 h., leçon : « Luxation de la hanche ».

— *Hôpital Necker* (Dr RÉNON). — Lundi 20, 9 h. 3/4, la chimiothérapie de la tuberculose pulmonaire.

— *Hôpital de la Pitié* (Pr. BRINDEAU). — Mardi 21, 9 h. 1/2, consultation de nourrissons ; jeudi 23, 9 h. 1/2, opérations. — Dr ARROU. — Lundi 20 et vendredi 24, examen clinique de malades du dehors (consultation particulière) ; jeudi 23, 9 h. 1/2, opérations et explications avant et après chacune d'elle.

— *Hospice de la Salpêtrière* (Pr. Pierre MARIE). — Lundi 20, grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, 4 h. à 5 h., « Epilepsie » ; mardi 21, consultation externe à la Salpêtrière ; 10 h. 1/2, examens des malades. — Dr SOUQUES. — Mercredi 22, 10 h. 1/2, salle de la consultation externe (Salpêtrière) présentation de malades avec discussion du diagnostic et du traitement.

— *Hôpital St-Antoine* (Dr A. SIREDEY). — Mardi 21 et jeudi 23, consultation de gynécologie médicale, avec présentations de malades et commentaires sur chaque cas. — Dr LE NOIR. — Mercredi 22, 9 h. 1/2, salle Aran, examen des malades de la consultation pour les maladies de l'appareil digestif et de la nutrition ; discussion du diagnostic et du traitement par le chef de service ; mardi 21 et vendredi 24, 10 h., examen radioscopique.

— *Hôpital St Louis* (Dr F. LEMAITRE). — Mardi 21, 9 h. 1/2, salle de consultation, examen clinique des malades de la consultation (Oto-rhino-laryngologie).

— *Hôpital St-Louis*, Annexe Grancher, 15, rue de la Grange-aux-Belles (Dr J. RENAULT). — Tous les matins 9 h. 1/2, examen des malades.

— *Hôpital St-Louis* (Dr BROCQ). — Lundi 20, 9 h., visite des malades hospitalisés, examen des malades importants choisis à la consultation externe, mardi 21, grande consultation externe ; mercredi 22, examen des malades normalement hospitalisés ; vendredi 24, opérations dermatologiques.

— *Hôpital des ménages* (Dr ALGLAVE). — Tous les matins, 9 h., consultation rattachée au service ; tous les matins, 10 h., opérations ; jeudi 23, opérations de chirurgie abdominale ; vendredi 24, visite générale des malades et explications cliniques par le chef de service ; mercredi 22, radiologie ; vendredi 24, radiumthérapie.

***Le Directeur-Gérant* : Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux, Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien,* **édition 1920).**

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50.....	5 fr. »
Le 100.....	8 fr. »
Les 500.....	35 fr. »
Les 1000...	60 fr. »

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, **132,** *faubourg St-Denis. Paris.*



Impôts sur les automobiles.

Combien dois-je payer aux contributions indirectes et au service de la voirie pour ma voiture automobile. C'est une voiturette torpedo 6 chevaux 2 places que je possède depuis 1914. Hier, le receveur des contributions indirectes m'a présenté une taxe qui me paraît exagérée. Ici, je ne suis pas à même de consulter la nouvelle loi. Vous qui possédez au *Concours* ces divers renseignements, indiquez-moi ce que je dois payer.

D[r] J.

Réponse.

Voici comment s'établissent les impôts que vous avez à payer, dans une commune de moins de 10.000 habitants, pour une voiture automobile de 6 chevaux à deux places :

Droit fixe	75 fr.
6 chevaux vapeur à 18,75 l'un	112 fr. 50
	187 fr. 50

Comme votre voiture est employée habituellement au service de votre profession, ces droits sont diminués de moitié.

Donc réduits à	93 fr. 75
A ajouter, taxe de circulation	100 fr.
Total à payer	193 fr. 75

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

A propos du traitement du prurit.

Je donnais, dans *Le Concours médical* du 17 octobre 1920 la formule suivante contre le prurit :

Chloral hydraté	15 gr.
Borate de soude pulvérisé	10 gr.
Acétate de plomb	2 gr.
Sulfate d'alumine	2 gr.
Sublimé corrosif	0 gr. 50
Acide phénique	5 gr.
Alcool à 90°	20 gr.
Eau de laurier-cerise	500 gr.

Que se passe-t-il exactement dans ce mélange ?

Voici :

(1) $1\,(SO^4)^3\,Al^2 + 3\,(CH^3 - COO)^2\,Pb =$
$3\,SO^4\,Pb + 2\,(CH^3 - COO)^3\,Al$

Il y a hydrolyse de $(CH^3 - COO)^3\,Al$

(2) $2\,(CH^3\text{-}COO)^3Al + 3\,H^2O =$
$6\,(H^3\text{-}COOH + Al^2O^3.$

SO^4Pb et Al^2O^3 restent sur le filtre et CH^3-COOH ou $C^2H^4O^2$, si l'on préfèe, passe à travers.

Il reste donc sur le filtre du sulfate de plomb et de l'alumine. Le sulfate d'alumine cristallise

avec 18 molécules d'eau $(SO^4)^3Al^2$ 18 H^2O, dont le poids moléculaire = 666 grammes, et, d'après la formule (1), ces 666 gr. de $(SO^4)^3Al^2 18H^2O$ correspondent à 3 fois le poids moléculaire de $(CH^3COO)^2Pb$, c'est-à-dire à 325 × 3 = 975 gr.

Or, il y a, dans le mélange, seulement 2 gr. d'acétate de plomb pour 2 grammes de sulfate d'alumine, et 2 grammes d'acétate de plomb précipitent 1 gr. 36 de sulfate d'alumine.

$$975\ (SO^4)^3Al^2 \ldots\ldots \quad 666\ (CH^3COO)^2Pb$$

$$2\text{ gr.} \ldots\ldots \quad \frac{666 \times 2}{975} = 1\text{ gr. }36$$

Donc, il restera : 2 gr. — 1 gr. 36 = 0 gr. 64 de sulfate d'alumine après précipitation complète de l'acétate de plomb.

Ce sulfate d'alumine, à son tour, réagira sur le sublimé corrosif pour donner la réaction suivante :

$$(SO^4)^3\ Al^2 + 3\ HgCl^2 = 3\ SO^4Hg + Al^2Cl^6.$$

Le SO^4Hg, sulfate de mercure est instable. En présence de l'eau il se décompose en So^4Hg 2 HgO ou turbith minéral avec mise en liberté d'acide sulfurique. 666 gr. $(So^4)^3$ Al^2 correspondent à 813 gr. ($HgCl^2$ (sublimé).

$$0\text{ gr. }64 \ldots\ldots \quad \frac{813 \times 0{,}64}{666} = 0\text{ g. }7$$

Donc, les 0 gr. 64 restant de sulfate d'alumine seront suffisants pour précipiter les 0 gr. 5 de bichlorure de mercure.

Il résulte de ce qui précède, que tout l'acétate de plomb est précipité à l'état de sulfate et reste sur le filtre ; et que tout le bichlorure de mercure est transformé en sulfate basique de mercure qui, étant également insoluble, reste pareillement sur le filtre.

L'alcool et le phénol se trouvent en présence de corps qui ne peuvent agir sur eux. Le borate de soude est le sel d'un acide faible qui a peu ou pas d'action sur les autres corps ; quant au chloral, il n'agit que comme réducteur et anesthésiant ; il est d'ailleurs soluble à la fois dans l'eau et dans l'alcool.

Si l'on veut bien se reporter aux deux dernières formules données plus haut, à savoir :

A. $(SO^4)^3Al^2 + 3\ HgCl^2 = 3\ SO^4Hg + Al^2Cl^6$

B. $3\ SO^4Hg + 2\ H^2O = SO^4Hg\ 2\ HgO + 2\ SO^oH$.

on voit qu'il passe dans la liqueur un peu de chlorure d'aluminium et un peu d'acide sulfurique lesquels joignent, probablement, leur action anti-prurigineuse à celles des autres corps. Donc, la présence du sulfate d'alumine n'est peut-être pas complètement inutile.

Toutefois, bien que, telle quelle, la liqueur soit anti-prurigineuse, la critique du Dr H. reste fondée. Allons à Canossa, puisqu'il n'est guère possible de faire autrement, et rappelons-nous à l'avenir que, même sexagénaire, un médecin doit toujours avoir présentes à la mémoire les leçons de M. Troost et la chimie de M. Wurtz.

Dr GALAND (de Cambrai).

JURISPRUDENCE

JUSTICE DE PAIX DE NORT-SUR-ERDRE

1er *juin* 1920

Lorsque le médecin est mis en œuvre, non par la victime, mais par le chef d'entreprise, ou son préposé, c'est le tarif du droit commun qui est applicable.

Attendu en droit :

Que les articles 15 et 4 de la loi du 9 avril 1898 modifiés par la loi du 31 mars 1905 disposent : 1° Art. 15, que les juges de paix connaissent des demandes relatives aux frais médicaux et pharmaceutiques, jusqu'à 300 fr., en dernier ressort, et à quelque somme que la demande puisse s'élever à charge d'appel.

Et 2° Art. 4, que les frais médicaux et pharmaceutiques sont mis à la charge du chef d'entreprise, mais que la victime pouvant elle-même faire choix de son médecin, le chef d'entreprise n'est responsable, dans ce cas, que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix, conformément au tarif établi en exécution de l'article précité portant la date du 30 septembre 1905.

Attendu que le législateur, en sauvegardant avec sollicitude les intérêts de l'ouvrier, a voulu aussi éviter au patron d'être soumis à des honoraires arbitraires, à des majorations sans limite lorsque le médecin ou le pharmacien n'ont pas été choisis par lui, mais qu'il a entendu aussi bien laisser, dans le cas contraire, le bénéfice et la jouissance des règles ordinaires de droit commun, qui lui permettent de se garantir des risques de son exploitation, en traitant directement, soit avec les médecins, soit avec les Compagnies d'assurances, soit avec les sociétés de secours mutuels, dans les conditions de l'article 5 de la loi précitée, soit enfin pour les ouvriers des usines et carrières, au moyen d'une subvention annuelle versée aux sociétés ou caisses de secours constituées en vertu de la loi du 29 juin 1894 ;

Attendu en fait,

Que le 9 juillet 1913, le sieur Burel fut blessé gravement à la tête en charroyant du bois pour le compte de M. Bregeon, dont il était l'ouvrier.

Que ce dernier, dès qu'il fut informé de cet accident, s'empressa de mander auprès de son ouvrier blessé M. Gaschignard, docteur à Héric, pour lui donner ses soins ;

Attendu que devant l'état très grave du blessé, le Docteur Gaschignard, sur la demande de Bregeon, mis au courant, se vit contraint de demander d'urgence un de ses collègues, chirurgien à Nantes, le Docteur Gourdet ;

Attendu que ce dernier, venu en auto de Nantes, ne put s'en retourner que la nuit, ayant été obligé de pratiquer l'opération du trépan sur le blessé, lequel

mourut cependant malgré tous les soins dont il fut entouré ;

Attendu qu'à la suite de tous ces dérangements, le Dr Gaschignard présenta à Bregeon une note d'honoraires s'élevant à la somme de cent vingt six francs quatre-vingt ;

Attendu que le défendeur, sans contester les éléments dont se compose cette somme, ne croit pas être soumis au tarif qui lui a été appliqué et qu'il en expose les motifs dans ses conclusions ;

« En premier lieu la question d'humanité l'a fait « se hâter d'appeler lui-même un médecin, mais qu'en « ce faisant il pensait n'avoir agi que pour le compte « du sinistré lui-même ;

« Enfin, en second lieu, il nous demande de dire « et juger qu'un patron, qui appelle un médecin près « de son ouvrier, dans l'impossibilité d'agir lui-même, « ne saurait être réputé par cela seul avoir pris l'en- « gagement de payer les honoraires sur une base « différente de celle fixée par le tarif légal ;

« En conséquence, il nous faisait l'offre de payer « les honoraires d'après le tarif Dubief, soit soixante « dix-huit francs trente. »

Attendu que cette offre n'est pas acceptée par le demandeur, il convient d'examiner au point de vue du droit dans quelles conditions le Dr Gaschignard a été appelé auprès de la victime.

Attendu qu'à la barre, Bregeon nous a déclaré que c'est bien lui-même qui demanda le Dr Gaschignard pour donner d'urgence des soins à son ouvrier blessé gravement à la tête ;

Que de plus le demandeur a versé aux débats une lettre confirmant cet aveu ;

Attendu que le Dr Gaschignard n'a fait aucune démarche, pour imposer ses services ; qu'ayant donné ses soins à la victime, mandé expressément par le chef d'entreprise, il peut à bon escient invoquer les règles du droit commun ;

Attendu qu'il est de jurisprudence indiscutable que le tarif médical établi par l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905 n'est applicable qu'au cas où le médecin a été choisi par la victime et n'est pas opposable au médecin choisi par le patron ; (Portevin *Manuel des accidents du travail*, nos 915, 927, 930, Just. de paix des 2e et 3e cantons de Reims, 15 juin 1904, et de Saint-Amand, 5 déc. 1908) ;

Attendu que l'acceptation même tacite par le chef d'entreprise, du ou des médecins choisis, rend ledit chef d'entreprise responsable des frais des traitements et alors le tarif ministériel du 30 mai 1905 n'est pas applicable pour fixer les honoraires du ou des médecins (Trib. de paix, Cerisay, 16 sept. 1907, *Moniteur des Juges de Paix*, page 67.) ;

Attendu que les éléments dont se compose la somme réclamée ne sont pas contestés, et que cette somme est loin d'être exagérée eu égard aux soins nécessités par la gravité de la blessure et à l'heure avancée où ces soins étaient requis et donnés ;

Par ces motifs ;

Statuant par jugement contradictoire et en dernier ressort ;

Condamnons Bregeon à payer au Dr Gaschignard la somme de cent vingt-six francs quatre-vingt qui lui est due, pour soins médicaux et pharmaceutiques de son ouvrier Burel, avec intérêts de droit du jour de la demande.

Le condamnons en outre aux frais et dépens de l'instance.

Commentaires.

Venant à l'appui de nombreux autres, ce jugement de paix ne fait qu'appliquer la circulaire ministérielle du 6 novembre 1905 (Ministère du Commerce) et qui comporte la phrase suivante :

« Le tarif (Dubief) a seulement pour but et « pour effet, dans le cas où la victime d'accident « a fait elle-même choix de son médecin et de son « pharmacien et où des contestations s'élèvent « sur la quotité des prestations du chef d'entre« prise à cet égard, de fournir une base préfixe « aux décisions des juges de paix appelés à ar« bitrer ces prestations. »

Maintes fois, le « Sou médical » a été conduit à défendre ses adhérents contre la rapacité de certaines compagnies d'assurances, qui, peu soucieuses des conditions dans lesquelles s'est produit l'accident, ni de la gravité des blessures, entendent chicaner au moment de la note à payer, en faisant valoir toutes sortes de mauvais arguments.

Si notre adhérent peut faire la preuve qu'il a été appelé, non par la victime, mais par le chef d'entreprise, ou le préposé de ce dernier, nous obtenons des juges l'application, non du tarif Dubief (actuellement tarif J.-L. Breton), mais du tarif syndical local.

Avouons que, dans le cas présent, le confrère ne pouvait pas être accusé d'avoir majoré sa note d'honoraires ; mais, en revanche, l'assurance, qui est derrière le chef d'entreprise, fait preuve d'ingratitude et même de sécheresse de cœur, en osant faire un rabais dans une note d'honoraires modérés, alors que, devant un accident grave, le médecin traitant a abandonné immédiatement sa clientèle, ses rendez-vous, pour se consacrer au blessé et que même il a dû faire venir d'urgence un de ses confrères, chirurgien, pour tenter une grave opération.

Mais, les gratte-papier des assurances, bien installés sur leurs ronds de cuir, ont pour mission d'ennuyer les médecins, qu'ils traitent tous de médecins marrons, jusqu'au jour où lesdits médecins refuseront tout rapport avec les assu-

rances, à moins de contrat collectif de travail passé avec le syndicat médical local (ce qui sera la vérité de demain).

Dr Paul BOUDIN.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires, parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène d'Ivry-sur-Seine (Seine) est déclarée ouverte.

Le traitement alloué est fixé à 10,000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à dater du présent avis, pour adresser au ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, leurs demandes, accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique, exclusivement, au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 4 décembre 1920.)

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 52 — DIMANCHE 26 DÉCEMBRE 1920

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY

Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS

Groupés dans la Société « **Le CONCOURS MÉDICAL** » et ses *Filiales*

[AD]MINISTRATION & PUBLICITÉ

[P.] BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

[Fr]ance	24 fr.
[Étr]anger	28 »
[Étudi]ants *(France)*	12 »
[Le n]uméro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

Dr A. GASSOT, DIRECTEUR

Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT, DIVERNERESSE et P. CÉZILLY AVOCAT

J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE, SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

[Réd]action et Administration : 132, Rue du Faubourg-St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-deuxième année. Nº 52 26 Décembre 1920

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arcachon : Cazaban.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon
Beaulieu : Ricoux, Bertier.
Beausoleil : Audoly, Pizard,
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo les Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Baradat, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (**Le**), près Cannes : Frank-Duprat, Oudaille, Seytre.
Cap-d'Ail : Lyons.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Durond, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : P. de Langenhagen.
Monaco : Jolivet.
Monte-Carlo : Vivant, Alfonsi.
Nice : Ardoin, Baillon, S. Baudry (*oculiste*), Cauvin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Gruzu, Henry (*Rayons X*), Larue, Leriche Emile, Liotard, Noble J., Pietri, Serey, Sorel (*gyn. chir.*), Stefani.
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*), Regnault (*chir., gyn , orth.*).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr LAVALLEY, de Villedieu (Manche), la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

AVIS

Thermomètres contrôlés.

Le Comptoir de thermométrie, 132, faubourg Saint-Denis, à Paris, informe les lecteurs du *Concours médical*, qu'ils peuvent se procurer dans ses magasins, des thermomètres médicaux à maxima *aseptisables*, *contrôlés* et *estampillés* par le Laboratoire d'essais du Conservatoire des arts et métiers, au prix exceptionnel de 7.50 la pièce.

Le Comptoir expédie dans toute la France même un seul thermomètre, franco de port et d'emballage, au même prix, contre remboursement.

AGENDA MEMENTO DU PRATICIEN

Notre édition 1921 vient de paraître.

L'expédition qui a été effectuée par colis postal (sauf pour les souscripteurs trop éloignés des gares) est terminée depuis quelques jours.

Par suite des nombreuses demandes que nous avons reçues après la clôture de la souscription, nous avons été dans l'obligation, pour satisfaire les intéressés, de faire un tirage complémentaire qui a occasionné un supplément de dépenses. Nous ne pourrons donc adresser désormais notre volume aux retardataires que contre la somme de 18 fr. au lieu de 15 fr.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux*, CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 741. — Docteur au courant, intra-veineuses, demande place clinique ou maison de santé, banlieue immédiate.

Nº 742. — Achèterais d'occasion Agenda-Memento du praticien, année 1920, édité par *Concours médical.* Faire offres : Dr Rigal, à Gréoux-les-Bains (Basses-Alpes).

Nº 743. — A vendre, une vitr. à instr. avec étag. glace et fond drap bleu, un faut. en fer av. transf. avec cous. molesk., étrier. etc., div. instr. de chir. et liv. de méd. entr. autres plus. années du *Concours médical* d'av. guerre, relié.

Nº 744. — Moto Magnat Debon, 3 HP. 1/4, peu roulé. 30.000 plants vigne, Gaillard nº 2. Dr Révérend du Mesnil, le Donjon (Allier).

Nº 745. — Poste de pharmacien à créer dans chef-lieu de canton du centre.

Nº 746. — Personne 40 ans, prétentions modestes, dévouée, expérimentée santé, pour surveillance maison d'assistance enfants.

Nº 747. — Jeune méd., sér., act., cherche France ou Espagne sit. paraméd. quelc. reprise pharmacie, ou autre empl.

Nº 748. — A vendre : Zèbre mono, 2 vitesses, parfait état de marche, prix avantageux. Dr Pujo, Gevrey-Chambertin, Côte-d'Or.

Nº 749. — Jeune médecin cherche poste médical campagne, région sud-est de préférence, donner renseignements et conditions.

Nº 750. — Thermocautère platine bon état à céder. Dr Coillot, 27 Bd. La-Tour-Maubourg, Paris, après-midi.

Nº 751. — Auto Philos 1914, 6 HP., 2 places, spider, moteur revu récemment, moteur Ballot, carburateur Claudel, à vendre. Prix à débattre.

Nº 752. — Excellente occasion : 1º bobine transportable Drault pour 20, 30 ou 110 volts, neuve avec accessoires ; 2º deux batteries d'accumulateurs Tudor (20 volts) ayant à peine servi.

Nº 753. — A vendre Lion-Peugeot mono 9 HP., très bon état de marche, 5.000 fr. Dr Rialland, à Pont-Scorff (Morbihan).

Nº 754. — Jeune médecin installé Bordeaux, traiterait avec confrère âgé pour cession clientèle banlieue ou environs Bordeaux.

Nº 755. — Auto Zèbre trois places, sortie usine février 1920, à vendre 10.000 fr. net. Garage Tirpet, Vitré. Téléphone, 2.

Nº 756. — Très ancienne clientèle à reprendre à Paris dans quartier agréable. Rapport 35.000 fr. env. Susceptible d'une très forte augmentation. Appartement très bien situé sur boulevard. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

Nº 757. — A céder après décès très bon poste de campagne. Région ouest de Paris. Conditions avantageuses. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

Nº 758. — Jeune médecin ayant 1 an ass. O. R. L. + stage de tuberc. cherche assist. sanatorium. Ecrire bur. Journal.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du « **Pyréthane** » donné aux doses de 25, 50, 80 gouttes, en eau bicarbonatée, à renouveler, permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

CORRESPONDANCE

Il faut organiser l'hygiène publique.

Membre du *Concours*, du « Sou » et de l'A. G. des Médecins de France, je vous adresse la réponse que j'ai faite à M. le Secrétaire général de l'A. G. des Médecins de France pour notre département. Je vous autorise à publier cette réponse, si vous jugez comme moi qu'elle interprète les sentiments de beaucoup de médecins praticiens.

Mon cher Confrère,

Avant de vouloir entreprendre la lutte contre l'alcoolisme et les taudis, avant de vouloir rechercher les moyens les plus efficaces de combattre la tuberculose, avant de vous donner mon avis sur la déclaration obligatoire ou facultative de cette dernière, je voudrais voir appliquer en France les lois élémentaires d'hygiène et de santé publique déjà édictées et dont aucun fonctionnaire n'assure l'application stricte. Je veux parler de la loi du 15 février 1902, des décrets et arrêtés ministériels qui l'ont complétée ou commentée.

Trop de considérations politiques ont jusqu'ici entravé l'application intégrale de cette loi pourtant élémentaire, je l'ai déjà dit, pour qu'un praticien sérieux formule d'autres desiderata, plus délicats encore à faire observer s'ils étaient admis.

Conclusion : Avant d'entreprendre des luttes nouvelles en faveur de l'hygiène et de la santé publique, obtenons d'abord l'application des lois existantes, pensons à l'hygiène scolaire dont tout le corps enseignant se plaint avec juste raison (que l'on interroge les maîtres, qu'ils puissent parler librement, on sera édifié). Pensons à l'hygiène de l'atelier et de l'usine ! Protégeons la 1re enfance efficacement contre l'incurie de certains parents et de quelques nourrices, contre le je m'enfoutisme de certains fonctionnaires de l'assistance publique qui confient leurs pupilles aux soins de nourrices alcooliques, tuberculeuses ou avariées ! A ce propos, nous devons féliciter le nouveau directeur, M. Mourier, qui a déclaré que « les préoccupations politiques ne franchiraient pas le seuil de son cabinet. » Espérons-le !

Voilà, mon cher Confrère, les quelques réflexions suggérées par le questionnaire qui m'a été adressé ; je vous prie d'en excuser la prolixité sans prétention et de croire à mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Jamme.
Selles-sur-Cher. (Loir-et-Ch.)

Sur l'indemnité kilométrique du Tarif Breton.

Je suis avec un intérêt tout particulier les discussions sur le tarif Breton. Certaines lacunes sont incontestablement regrettables et il peut être difficile de remplacer, sans se compromettre, une extirpation d'hématome ou de kyste synovial post-traumatique (plus rare, mais dont j'ai eu récemment un cas) par une « ouverture d'abcès » pour la rédaction de sa

note d'honoraires. Personnellement, je ne pouvais avoir de difficulté, l'assurance n'exigeant pas le détail de mes actes médicaux, mais j'eus été assez embarrassé dans le cas contraire.

Dans l'ensemble, le nouveau tarif m'a paru s'équilibrer avec l'ancien tarif doublé.

Contrairement aux assertions de l'honorable confrère Decourt, les calculs du prix de revient du km auto (établis par le Dr Goyon) me paraissent audessous de la vérité : 20.000 fr. le prix d'une modeste torpedo 2-3 places était le prix d'hier. L'intérêt officiel est actuellement 6 %. 250 pour assurance me paraît fort modeste et c'est près de 600 que je compte pour assurances accidents - tiers - personnels - contre incendie-auto, tous débours dont je n'éprouvais nullement le besoin tant que l'humble bicyclette m'a suffi. Impôts : 260. Pneus : 2.400, c'était le chiffre exact voici quelques mois, en 760 × 90. Essence à 2.60 le litre (avec menace d'augmentation prochaine) : 3.120 pour la moyenne annuelle de 10.000 km., mais les 12 litres aux 100 km. sont fréquemment dépassés avec beaucoup de voitures 8-10 HP actuelles, à 2-3 places, pour les petites courses habituelles du médecin de campagne, et cette consommation n'est guère celle que des randonnées de 100 km. en deux ou trois étapes au maximum. Quant aux frais de réparation, il est facile d'en déterminer l'importance en établissant la moyenne des estimations d'un certain nombre de confrères vieux routiers. Conclusion : 2 fr. du km. aller et retour est à peine suffisant aujourd'hui pour couvrir le prix de revient kilométrique de l'auto médicale, si l'on considère qu'il ne faut tabler ni sur le passé, ni sur l'avenir, mais se baser sur les moyennes de ces deux dernières années qui, malgré la baisse toute récente des autos, resteront telles pendant un certain nombre d'autres années. Beaucoup de confrères, récemment installés à la mobilisation ou qui ont pu s'installer depuis, ont dû subir toutes les hausses et c'est aussi à eux qu'il faut penser.

Je vous prie de vouloir bien soumettre ma lettre au Dr Decourt, à titre complémentaire de l'argumentation du confrère Goyon. (*Concours* du 21 nov.).

Dr A.

Réponse

Je persiste à penser que les prix donnés par le confrère Goyon auraient pu aisément être combattus par les Assureurs, et cela d'après tous mes confrères faisant de l'auto dans ma région campagnarde. Qu'importe d'ailleurs, puisque j'avais conclu en disant que j'arrivais au même « produit » que lui, donc au même pourcentage de frais kilométriques.

Il n'en est pas moins vrai que c'est avec la plus grande peine que nous avons pu — et cela le dernier jour seulement — arracher aux assureurs 1 fr. et 1 fr. 50 du kilomètre. Espérons qu'on fera mieux dans la suite.

Dr F. DECOURT.

Les propharmaciens et la taxe sur le chiffre d'affaires.

Abonné du *Concours médical*, j'ai lu dans l'avant-dernier numéro, que les médecins propharmaciens n'étaient pas assujettis de payer l'impôt sur le chiffre d'affaires de pharmacie, et à l'appui de cette thèse vous donniez le texte de la réponse du Ministre des Finances.

J'ai demandé au receveur des contributions indirectes ce qu'il pensait de cette assertion, et il me répond aujourd'hui que je dois payer l'impôt.

Je vous serais reconnaissant de m'écrire ce que je dois faire, il me semble que je dois me refuser à payer, mais suis-je susceptible de poursuites ?

Dr X.

Réponse

La réponse ministérielle que nous avons publiée est formelle. Le ministre des Finances y proclame que les médecins propharmaciens ne sont pas assujettis à l'impôt sur le chiffre d'affaires, et il est à tout le moins surprenant qu'un de ses employée s'insurge contre son opinion officiellement exprimée.

Nous vous engageons donc à refuser de faire toute déclaration et de payer tout impôt.

Si vous étiez l'objet d'une contrainte, il y aurait lieu de faire une opposition motivée à cette contrainte, avec assignation devant le Conseil de Préfecture, en exécution de l'article 70 § 4 de la loi du 25 juin 1920.

Dans votre opposition, vous pourriez viser la réponse ministérielle et, si l'affaire, par impossible, allait jusqu'au Conseil de Préfecture, vous pourriez produire devant cette juridiction l'exemplaire même du *Journal officiel* du 9 novemble 1920, qui a publié ladite réponse.

Le demi-salaire du blessé du travail.

J'ai un blessé qui a eu une fracture de la rotule quelques jours avant son incorporation. Cerclage à l'hôpital, qui l'a empêché d'entrer à la caserne ; j'ai demandé et obtenu un sursis d'un mois.

Le 4 novembre, il est incorporé, mais présenté à la commisison de réforme, qui vient de le réformer temporairement.

Il n'est pas apte à reprendre son travail encore, il est venu me demander comment il sera payé de ses indemnités journalières.

Je n'ai pas pu le lui dire, mais il me semble que lorsqu'il était à la caserne il ne devait rien percevoir.

Il y a en somme cinq périodes : 1° avant l'hôpital ; 2° pendant l'hôpital ; 3° après l'hôpital, avant l'incorporation ; 4° pendant l'incorporation ; 5° après la réforme.

Dr H.

(Voir la suite page XXXV-3249)

PROPOS DU JOUR

Les difficultés de réalisation en hygiène. A Paris et dans les régions libérées.

Le dimanche 12 décembre, à 11 h. 1/2, nos occupations professionnelles nous avaient conduit rue St-Denis. Il faisait très beau et froid, le ciel était pur. Arrivé à la hauteur des Halles, nous fûmes tout à coup désagréablement surpris, un nuage de poussière énorme et opaque obscurcissait la vue. Ce nuage paraissait mobile. Tout en maudissant l'infernale machine qui paraissait le produire, nous hâtâmes le pas pour nous rendre compte et aussi pour le dépasser.

Quel ne fut pas notre étonnement, en constatant que deux balayeuses automobiles du dernier modèle, portant inscrit en belles majuscules : *Service du nettoiement de la Ville de Paris* avec les numéros d'ordre 1.070 et 1.071, soulevaient toute cette poussière. Allez, après cela, prêcher le nettoyage humide et tonner contre l'époussetage homicide !

O ironie, les machines fonctionnaient juste au niveau du *Musée municipal d'hygiène* ! On eût dit qu'elles étaient chargées de donner une leçon de choses aux visiteurs de cet établissement. Notre première pensée fut de calomnier les agents municipaux qui conduisaient les balayeuses : « Ces travailleurs municipaux, pensions-nous, conscients et organisés, se moquent des règlements. Ils balayent à sec avec leurs machines, dans l'inconscience de leur devoir et comme ils ont négligé de mettre de l'eau dans les dispositifs d'arrosage qui sont au devant des balais, ils désorganisent le service hygiénique de nettoiement de la Ville qu'ils sont chargés d'assurer. » Et dans notre esprit nous fîmes les réflexions les plus amères sur le bolchevisme envahisseur. Avec sa théorie subversive du pouvoir remis au travailleur conscient et organisé, la santé publique sera livrée aux fantaisies et à l'inconscience du premier balayeur venu.

Nous continuâmes notre chemin. De nouveaux nuages de poussières surgissaient, il s'en élevait rue Etienne-Marcel, rue de Turbigo, seulement les voitures portaient les numéros 1075 et 1076. Il en était partout ainsi. Les conducteurs des autobalayeuses municipales ne paraissaient pas s'être donné le mot pour empoussiérer à midi le quartier populeux des Halles ; ils paraissaient même très ennuyés de se mouvoir au milieu de toute cette poussière.

Nous nous informâmes et nous apprîmes, ce que nous aurions pu deviner, c'est que par crainte de la gelée, une autorité supérieure avait supprimé l'arrosage. Le balayage à sec mécanique exécuté par ordre donnait les résultats surprenants que nous venions de constater.

Le progrès est une arme à deux tranchants, conclûmes-nous, et ces autobalayeurs sont symboliques. Toute découverte est aussi dangereuse, inintelligemment appliquée, qu'elle peut être utile si l'on sait bien l'utiliser.

***

Le lendemain, il faisait encore froid, nous fûmes appelé auprès d'un nouveau-né débile. La mère nous conta, en pleurant, qu'elle ne pouvait obtenir de bon lait qu'à une consultation de nourrissons assez éloignée, qu'elle était allée en chercher et qu'on lui avait répondu qu'elle ne recevrait de lait que si elle apportait l'enfant pour être pesé. L'enfant toussait, et la mère, inquiète, ne savait si elle devait faire courir à son enfant débile et enrhumé, les risques d'un refroidissement qui pouvait lui être fatal ; devait-elle alors le priver des avantages indiscutables de bon lait stérilisé ?

Un mot de notre part pour le médecin de la consultation la tira d'embarras. Mais n'est-il pas là encore surprenant de constater que les consultations de nourrissons, destinées à sauver les nouveau-nés, peuvent en hiver, du fait de règlements incomplets ou inintelligemment appliqués, causer la mort de ceux-là mêmes qu'elles sont appelées à préserver.

Tout cela donne à réfléchir et montre combien l'avis du praticien, qui observe les petites choses et descend dans le terre à terre des applications, est indispensable en tout ce qui concerne l'hygiène.

***

Notre article sur une tentative d'organisation de l'hygiène sociale dans les régions libérées nous a valu plusieurs lettres de protestations. Nous nous y attendions, car c'est notre mé-

thode habituelle que de provoquer la discussion pour en faire surgir la vérité.

« Le *Concours médical*, nous écrit un de nos correspondants, s'est toujours élevé contre la fonctionnarisation du médecin. et l'ingérence des personnes étrangères à la médecine dans notre profession. Or il semble que votre article est en contradiction avec ces principes». Et notre confrère conteste l'utilité des infirmières qui viennent grossir le nombre des fonctionnaires parasites qui pullulent dans les régions libérées. »

Nous devons dire qu'il procède par affirmations sans nous apporter de faits, ni d'arguments sur ce point, et que rien dans notre article ne permet d'y constater le moindre penchant vers la fonctionnarisation médicale. L'utilité des infirmières n'est plus à démontrer, mais il faut que les infirmières soient de vrais infirmières, des infirmières instruites, des professionnelles, n'ayant rien de commun avec les dames du monde ou du demi-monde infirmières amateurs, ni les femmes d'ouvrage sans éducation ni instruction que parfois, l'autorité décore de ce nom.

Notre confrère n'est pas partisan de l'hygiène sociale, il n'en saisit pas bien le sens ni le but, lui trouve un parfum cégétiste, et demande qu'on commence par faire de l'hygiène tout court.

Les rues, nous écrit-il, ne sont pas entretenues. Dans les villages, elles sont criblées de trous où croupissent les eaux de pluie et les eaux usagées. Les ruisseaux, encombrés de détritus de toutes natures, forment des mares stagnantes et fétides. Les habitants vont y déposer les ordures ménagères et les cantonniers sont employés ailleurs. *On ne fait rien*.

Avant de vouloir essayer d'organiser l'inspection médicale des écoles comme à Paris, avec des médecins que l'on négligerait d'honorer, car on considère qu'ils n'ont pas besoin d'argent pour vivre, eux et leurs familles, continue mon confrère des R. L., l'on devrait pourvoir de mobilier les écoles qui en manquent toutes et construire des écoles là où il n'y en a pas. Notre confrère se plaint d'avoir signalé sans résultat une épidémie de diphtérie dans une école et de n'avoir pu obtenir une désinfection tardive des classes qu'après avoir insisté.

Ce qui rend dans les R. L. toute action illusoire, c'est la difficulté des transports, les routes et les chemins ont été tellement défoncés par les transports de l'armée et les voitures des mercantis qu'on ne peut que très difficilement et très lentement circuler. Et comme un leit motiv, cette longue lettre, écrite à bâtons rompus, et, on le sent, un peu *ab irato*, répète toutes les dix lignes : « *On ne fait rien*. Nous continuons à pâtir de l'incurie de la Bureaucratie comme durant la guerre »,

Le corps médical des R. L. est tellement désappointé, m'écrit un autre confrère, qu'il a perdu toute confiance et accueille sans enthousiasme les innovations. Il nous signale une tentative d'organisation de consultation de nourrissons à laquelle il prit part, tentative coûteuse, à cause des frais de transports, et qui n'obtint aucun succès, aucune mère ne s'y rendant. Notre correspondant qui a, certes, de sérieuses raisons pour être aigri, reproche aux administrations des R. L. de gaspiller l'argent de la France pour flatter l'amour-propre ou le désir de réclame de quelques politiciens. « Vous semblez, conclut-il, vous faire l'auxiliaire d'une bureaucratie qui ne réalise rien d'utile. » Toujours rien.

Un troisième correspondant, d'un autre département, nous désillusionne sur les tentatives de réalisation d'hygiène sociale dans les régions libérées de l'Est. Le Préfet a de beaux projets mais « il voudrait faire marcher les médecins au doigt et à l'œil. » Et, comme dans le *guillotiné par persuasion*, le Corps Médical a de la méfiance et refuse de marcher. M. le Préfet, toujours imbu de la peu républicaine devise « Divide ut impera », cherche d'introuvables dissidents dans le Corps médical et refuse d'accepter de débattre avec le Syndicat des médecins tout contrat collectif.

De la lecture des lettres de nos correspondants, lettres que nous ne pouvons publier car elles relatent des faits parfois trop personnels, nous concluons que, pour de nombreuses raisons, dont la responsabilité incombe entièrement à la déplorable administration des régions libérées et au manque de méthode des fonctionnaires qui, avec une incompétence absolue, entreprennent sans suite, sans ordre, des tentatives qu'ils doivent abandonner, les médecins ont perdu toute confiance. Au milieu de la « gabegie » générale, ils ne peuvent démêler les efforts consciencieux, faits dans l'intérêt public, des tentatives de « battage », politique ou autres, dont ils ont observé de trop nombreux exemples. Pour faire disparaître cet état d'esprit chez les médecins, il faudrait de la part des administrations *de la sincérité*.

Placés assez loin, nous pouvons écouter les divers sons de cloches et essayer de formuler un jugement impartial. Il nous apparaît nettement que le principal mal dont souffrent les Régions libérées est celui dont pâtissait Panurge « *Faute d'argent* ». Mais, au lieu d'avouer sa misère relative et de sérier méthodiquement ce qu'un budget étique peut permettre de tenter en matière de reconstitution, l'Administration croit habile d'essayer par une vaine agitation, par un personnel parasite de nombreux fonctionnaires affairés à ne rien faire, par la construction de simples décors, de donner l'illusion aux populations qu'on fait ou va faire quelque chose, qu'on s'occupe d'elles. Malheureusement, les mirages ne durent qu'un instant et l'on ne vit plus d'illusions après la guerre,

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Toulouse.

Leçon de M. J. P. Tourneux, Chirurgien des hôpitaux.

Polypes muqueux de l'utérus.

Si les polypes fibreux utérins se rencontrent assez fréquemment, les polypes muqueux, encore appelés glandulaires, sont d'observation un peu moins courante. Sans doute, on constate souvent, dans les cas de vieilles métrites du col, des végétations fongueuses résultant du bourgeonnement de la muqueuse, mais ces végétations sont presque toujours sessiles, et ce n'est qu'exceptionnellemont qu'elles arrivent à se détacher sous la forme de polypes pédiculés.

Au niveau du corps utérin, ces expansions épithéliales se voient beaucoup plus rarement, et sont bien souvent d'un diagnostic assez délicat : leur symptomatologie se confond la plupart du temps avec celle des autres affections de l'utérus, et si l'on arrive par l'examen à soupçonner l'existence de ces petites tumeurs, ce n'est presque jamais qu'au cours d'une intervention que l'on peut être fixé sur leur nature exacte.

Ce qui complique encore cette question de diagnostic, c'est que les polypes muqueux n'apparaissent pas, comme certaines autres affections, à une période bien déterminée de la vie génitale, mais qu'ils peuvent survenir à tout âge, comme le montrent trois observations de malades opérées récemment dans le service, observations que je vais vous rapporter brièvement.

Première observation.

Olympe B., âgée de 25 ans, présente un excellent état de santé générale, et n'offre aucune particularité intéressante dans ses antécédents, tant héréditaires que personnels. Elle a été réglée pour la première fois à 14 ans, et depuis cette époque, ses menstrues ont lieu très régulièrement.

Il y a environ 9 mois, elle a commencé à présenter une légère avance de ses règles ainsi qu'un peu d'augmentation de leur durée. Puis, quelques douleurs sont survenues, d'abord assez fugaces, puis plus importantes, douleurs localisées dans la région utérine, sans irradiations, persistant en dernier lieu pendant toute la durée des règles. Depuis deux mois, ces métrorragies se sont compliquées de pertes blanches empesant le linge ; cet ensemble des symptômes, augmenté de fatigue et d'asthénie générale, finit par inquiéter la malade, qui se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu.

L'état général de la malade ne permettant pas de rattacher l'existence des hémorragies génitales à une affection d'ordre médical (chlorose ménorragique, dyspepsie hypersthénique, rétrécissement mitral...., etc.) on procéda à l'examen des organes génitaux, examen rendu assez difficile par suite de la présence d'un hymen résistant et qui nécessita l'anesthésie. L'utérus était normal de forme et de dimensions ; rien à signaler du côté annexiel, le col utérin était un peu gros, et son orifice légèrement enflammé laissait échapper quelques mucosités sanguinolentes.

L'âge de la malade ainsi que l'examen local ne permettaient pas de songer à une tumeur maligne non plus qu'à un fibro-myome ; les antécédents enlevaient également toute idée d'une métrite puerpérale ou gonococcique, le doute ne pouvait exister qu'entre une endométrite virginale et un polype utérin. Afin de pouvoir préciser davantage la cause de ces émissions sanguines, on recourut à l'hystérométrie, qui ne donna pas la sensation de frottement sur une surface irrégulière et bosselée, mais qui fit percevoir l'existence d'un petit obstacle situé vers le milieu de la cavité utérine, obstacle sur lequel venait buter l'instrument, mais qu'il pouvait contourner lorsqu'on l'inclinait légèrement.

Il ne pouvait alors s'agir que d'un polype pour

lequel une seule thérapeutique était rationnelle, l'ablation ; aussi, décida-t-on de pratiquer immédiatement un curetage.

Après la dilatation du col, un coup de curette permit de ramener une petite tumeur de couleur rougeâtre, offrant le volume d'un gros noyau de cerise : l'exploration du reste de la caviié utérine ne ramena que quelques débris de muqueuse. Les suites de cette petite intervention furent normales et une douzaine de jours plus tard, Olympe B. quittait le service : depuis cette époque, elle n'a plus jamais présenté aucun phénomène utérin anormal.

L'examen histologique de la tumeur a montré qu'elle était constituée par un ensemble de glandes, analogues aux glandes utérines, mais plus développé : les cellules cylindriques étaient dispersées sur une seule couche, et toutes ces formations glandulaires étaient séparées les unes des autres par un tissu conjonctif lâche, très richement vascularisé.

Deuxième observation.

Marthe C., âgée de 32 ans, est entrée dans notre service pour métrorragies : il s'agit d'une jeune femme grande et forte, dont les antécédents héréditaires ne présentent aucun intérêt. Réglée à 12 ans, et très régulièrement depuis, elle s'est mariée à 18 ans, et a eu 3 grossesses à terme : rien à signaler dans ses suites de couches. le dernier accouchement remonte à 6 ans ; il n'y a jamais eu de fausses couches, ni d'interruption de règles.

Depuis environ 2 ans, la malade a remarqué que ses menstrues avaient augmenté progressivement de durée et d'abondance : elles se sont surtout accentuées au cours de ces derniers mois, et actuellement, notre malade perd en rouge presque continuellement. A ces émissions sanguines qui ne sont pas très considérables, se sont ajoutées d'abord quelques douleurs à siège nettement utérin, puis des pertes blanches très abondantes tachant et empesant fortement le linge. C'est la persistance de cet état, ne se modifiant pas malgré les différents traitements médicaux employés, qui a déterminé notre malade à entrer à l'hôpital.

Les antécédents et l'interrogatoire excluant toute idée d'accidents puerpéraux, il devait s'agir vraisemblablement d'une lésion gynécologique, et le simple examen nous révéla bientôt la cause de ces métrorragies. On sentait, en effet, au toucher, sortant d'un col, dont les lèvres étaient entr'ouvertes, une tumeur de forme aplatie et de consistance assez molle, venant faire saillie dans la cavité vaginale. Elle était de couleur rosée, ainsi qu'on put le constater à l'examen au spéculum, ayant tout à fait l'allure d'une langue de chat. Le diagnostic s'imposait, il ne pouvait s'agir que d'un polype muqueux procident : le reste de l'appareil génital ne présentait rien d'anormal.

L'intervention eut lieu quelques jours plus tard, et consista dans l'ablation de la tumeur dont la base s'implantait largement sur le milieu de la cavité utérine : les suites opératoires ne comportèrent aucun incident.

La structure de cette tumeur, offrant une longueur de 8 centimètres et une largeur de 2 cent., sur une épaisseur de 7 à 9 millimètres, était absolument comparable à celle de la petite tumeur de l'observation précédente.

Troisième observation.

Il s'agit d'une femme âgée de 42 ans, hospitalisée pour métrorragies. Cette malade a été réglée à 13 ans, mais ses menstrues ont toujours été irrégulières, abondantes et douloureuses ; elle a eu deux grossesses, l'une à 20 ans et l'autre à 29 ans, toutes deux terminées normalement. A partir de cette époque, elle n'a pas cessé de souffrir des reins et du ventre au moment de ses règles, et entre ses périodes menstruelles, a présenté de nombreuses pertes blanches tachant et empesant le linge. Depuis deux ans environ, à des intervalles d'abord assez distincts, puis plus rapprochés, elle a présenté quelques pertes rouges, en même temps que ses règles ont augmenté d'importance et de durée : ni fausses couches, ni interruption des menstrues. Etant donnés ces différents symptômes, il devait s'agir vraisemblablement d'une lésion locale située au niveau de l'utérus.

Le corps de la matrice, normalement situé, ne paraissait pas augmenté de volume ; le col, vu au spéculum, était lisse et un peu gros ; ses lèvres, légèrement entr'ouvertes, laissaient échapper quelques mucosités sanguinolentes. L'hypothèse d'un fibrome et d'un cancer étant écartée, on pouvait hésiter entre un cancer du corps à évolution lente, une métrite parenchymateuse et un polype. L'hystérométrie ne montra pas d'agrandissement de la cavité utérine, ni de surface irrégulière ; elle ne montra pas non plus l'existence d'un obstacle sur lequel serait venu butter l'instrument : le doute au point de vue de la cause des hémorragies persistait toujours ; aussi, afin de préciser le diagnostic, fut-il décidé de pratiquer un curetage.

La dilatation utérine, faite très facilement sous rachianesthésie, permit de mieux explorer la cavité utérine, et un coup de curette, appliqué au niveau de l'angle gauche, puis de l'embouchure de la trompe, permit de ramener une petite tumeur rougeâtre du volume d'une cerise.

Les suites opératoires furent bénignes, et l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un polype muqueux, constitué par un amas de formations épithéliales rappelant d'une façon générale les glandes utérines, mais dont l'épi-

thélium était en différents endroits, non plus constitué par une couche unique de cellules cylindriques, mais par plusieurs assises de cellules rappelant la forme cubique.

Voilà donc trois cas de polypes muqueux ayant évolué chez des femmes âgées de 25, 32 et 42 ans, et présentant à peu près la même symptomatologie. Je n'insisterai pas sur la pathogénie de ces petites lésions, encore fort obscure, et qu'il faudrait rattacher, d'après certains auteurs, à une origine inflammatoire, ni sur le traitement qui consiste dans l'ablation du polype, et je me bornerai à quelques considérations sur leur diagnostic et sur leur nature propre.

Vous avez pu vous rendre compte immédiatement que, dans un seul cas, celui de la deuxième observation, le diagnostic s'est imposé par le seul examen local de la malade : il s'agissait d'un polype procident étalé dans la cavité vaginale, et dont la forme en langue de chat, ou en palette, ne pouvait pas permettre le moindre doute.

Il n'en a pas été de même dans les deux autres cas, où la tumeur était restée incluse dans la cavité utérine et où l'on devait nécessairement envisager plusieurs hypothèses. Chez notre première malade, âgée de 25 ans, sans passé puerpéral ou gynécologique, on devait hésiter entre une endométrite virginale et un polype : l'examen à l'hystéromètre, en nous montrant que l'instrument métallique venait buter contre une petite tumeur, nous a seul permis d'affirmer l'existence d'un polype utérin.

Mais où le diagnostic a été particulièrement délicat à poser, c'est chez notre troisième malade : étant donnés son âge et son passé, on ne pouvait, d'après les constatations cliniques, s'arrêter avec certitude à une idée. Se trouvait-on en présence d'un épithélioma du corps, d'une vieille métrite, ou d'un polype ? autant de points d'interrogation. En pareille circonstance, ce qui paraît nettement indiqué, c'est de procéder à une exploration instrumentale, à un curetage, opération bénigne et qui permet de bien se rendre compte de l'état des choses. Il faut en effet, devant de tels cas, voir qu'elle est la cause de la métrorragie et ne pas laisser se développer, faute d'une petite intervention, un épithélioma du corps utérin. Ici, lors du curetage, notre instrument, amené dans la région angulaire gauche, a ramené une petite tumeur : or, ce point est un des lieux de développement du cancer, et il est particulièrement indiqué, dans toutes les explorations de ce genre, de ne jamais négliger de cureter soigneusement cette région, afin de ne pas passer à côté de la lésion. Il faut également, et c'est par là que je terminerai, ne pas négliger l'examen anatomo-pathologique de ces petites tumeurs. Il nous renseigne d'abord sur la nature propre de l'affection, et nous permet en outre de voir s'il n'existe pas quelques points de dégénérescence. La structure des deux premiers polypes était normale, mais dans le troisième cas, j'ai pu relever des lésions de prolifération épithéliale, ne constituant pas encore un épithélioma, mais réalisant la forme d'adénome malin. Grâce à cette constatation, nous avons insisté auprès de notre malade pour qu'elle revienne se faire examiner à intervalles réguliers, afin de nous rendre compte si rien ne se présentait d'anormal du côté de sa muqueuse utérine, et de ne pas être surpris un beau jour par l'existence d'un épithélioma du corps utérin.

A TRAVERS LA PRESSE

Anémie grave pernicieuse chez un nourrisson.

Le plus souvent, l'anémie pernicieuse du nourrisson est conditionnée par la tuberculose, la syphilis, la malaria et les parasites intestinaux.

MM. Tixier et Cambessédès ont soigné une fillette de deux ans qui, sans présenter dans ses antécédents aucune de ces causes, n'en a pas moins été atteinte du syndrome anémie pernicieuse avec splénomégalie énorme. (*Pédiatrie pratique*, 15 oct. 1920.)

Les troubles digestifs déterminent fréquemment chez les enfants une anémie de moyenne intensité ; pour que celle-ci devienne grave, il faut plusieurs causes juxta ou superposées. C'était le cas chez leur petite malade, qui souffrit d'abord d'une affection digestive au cours de laquelle elle fut hypo-alimentée, et qui, en outre, était entachée d'une hérédité similaire, sa mère ayant été longtemps chloro-anémique.

Il est permis de penser en effet qu'une telle hérédité crée, chez le descendant, une fragilité des organes hémato-poiétiques toute prête à se manifester.

La thérapeutique mise en œuvre par les auteurs a consisté en prises quotidiennes de 0,10 de protoxalate de fer ; le résultat a été remarquable.

« A moins qu'il ne s'agisse d'anémie paludéenne ou syphilitique, auxquels cas on appliquerait sans retard les injections de quinine ou de mercure, le praticien devra toujours commencer par donner du protoxalate de fer. Les résultats seront d'autant plus rapides que le fer aura été donné à un moment où les fonctions digestives sont régularisées. »

Le gaïacol en thérapeutique pulmonaire.

Des recherches de M. Soubirou, il résulte que le gaïacol synthétique cristallisé, habituellement employé dans la pratique courante, agit

surtout efficacement quand il est utilisé en injections intra-musculaires à doses croissantes de 0,10 à 1 gr., puis décroissantes, de 1 gr. à 0, 10 pendant 15 jours consécutifs. Il se sert de la solution huileuse à 10 %.

Dans les bronchites chroniques simples ou associées à l'emphysème, dans les associations bronchite-asthme-emphysème, aussi bien que dans les bacilloses à la première période, ou dans la prébacillose apyrétique, les résultats seraient vraiment remarquables.

« Le gaïacol mérite une grande place dans la « thérapeutique du praticien. Mais il doit être fait « en piqûres intra-musculaires, piqûres qui ne « sont jamais douloureuses, qui permettent de « respecter intégralement le tube digestif, d'éviter, semble-t-il, l'intoxication et d'obtenir « des résultats rapides et durables. » (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 19 oct. 1920,)

L'infantilisme tardif de l'adulte d'origine hypophysaire.

Il s'agit d'un syndrome dont la première description remonte à 1906 et qui doit être différencié des myxœdèmes frustes et du syndrome adiposo-génital.

MM. Lereboullet et Mouzon en étudient les caractères pathogéniques et cliniques à la faveur des travaux déjà publiés sur la question et des observations qu'ils ont faites personnellement.

De l'ensemble de cette documentation paraît résulter que l'infantilisme tardif de l'adulte serait conditionné par une lésion hypophysaire, liée elle-même à des lésions osseuses de voisinage.

Des constatations anatomiques dans un cas, le résultat d'examens radioscopiques dans plusieurs autres, auraient confirmé cette hypothèse.

Aussi, les auteurs peuvent-ils conclure leur étude en déclarant qu'il « paraît nécessaire de « maintenir la notion de l'infantilisme tardif de « l'adulte, en lui donnant une description précise : régression fonctionnelle et morphologique « du développement sexuel survenue à l'âge « adulte, en pleine période d'activité génitale, « réalisant l'atrophie des attributs sexuels primaires et la disparition des attributs sexuels « secondaires, indépendamment de toute lésion « mécanique ou inflammatoire intéressant d'une « manière directe la glande sexuelle ou ses voies « d'excitation, que cette régression soit accompagnée ou non d'adipose. Ainsi compris, ce « syndrome est généralement déclenché par une « lésion hypophysaire, laquelle peut être sous « la dépendance de lésions osseuses de voisinage. ».

Ce qu'il n'est pas possible de préciser actuellement, c'est le rôle de la sécrétion hypophysaire dans les manifestations cliniques, ce sont les répercussions endocriniennes sur la symptomatologie, consécutives à cette lésion, c'est enfin l'intervention de la syphilis.

En attendant la réponse que donneront à ces questions les découvertes ultérieures liées aux constatations anatomiques qui pourront être faites, « l'infantilisme tardif de l'adulte d'origine « hypophysaire semble avoir acquis sa place en « pathologie ». (*Paris méd.* 16 oct. 1920.)

Le protoxyde d'azote en anesthésie générale.

Malgré les perfectionnements apportés à l'administration du chloroforme et de l'éther pour l'anesthésie générale, ces substances n'en conservent pas moins certains inconvénients qui sont inséparables de la façon, inconnue à l'avance, dont réagissent les organismes qui les absorbent.

Aussi, M. Okinczyc a-t-il cherché à rendre pratique l'emploi du protoxyde d'azote, qui se fait remarquer par sa toxicité absolument nulle. Depuis qu'il se sert de cet anesthésique, avec le concours d'ailleurs, d'un anesthésiste spécialisé, il n'a constaté ni phénomène de shock toxique, ni accident quelconque, aussi bénin qu'on le puisse imaginer.

Pour obtenir une anesthésie assez profonde, il mélange au protoxyde d'azote une petite quantité d'éther et d'oxygène, en proportion infime, en ce qui concerne l'éther.

Les résultats ont été de tous points remarquables. L'appareil dont il se sert est le masque d'Ombredanne dont la vessie de porc est remplacée par un sac en caoutchouc relié aux bouteilles de protoxyde d'azote et d'oxygène. (*La Médecine*, oct. 1920.)

La septicité bucco-dentaire et les maladies générales.

Sous ce titre, M. Tellier se livre à une étude très complète et très originale des rapports qui, selon une hypothèse que l'avenir confirmera sans doute, existe entre les infections d'origine dentaire, et certaines maladies générales (*Lyon médicale* 10 oct. 1920.)

Il appelle l'attention sur les lésions chroniques qui, en opposition avec les lésions aiguës, évoluent silencieusement et doivent être recherchées pour être découvertes.

Certains auteurs, surtout parmi les médecins et dentistes de langue anglaise, se déclarent partisans de l'origine dentaire de toutes les maladies infectieuses. Sans aller aussi loin, M. Tellier estime qu'il « n'en est pas moins établi que, « entre autres manifestations de la septicité « buccale, il existe autour des racines des dents « malades des foyers infectieux dont nous connaissons la constitution anatomique et le contenu bactériologique ; que ces foyers sont considérés comme pouvant être l'origine d'un grand « nombre de maladies. »

La conclusion pratique de cette longue étude, c'est que l'examen de la bouche et des dents devrait être, de la part du médecin, aussi systématique que l'examen des autres organes : que, particulièrement, dans les cas d'affections dont on ne trouve pas la cause dans les organes que l'on a l'habitude de sonder, il est intéressant de chercher du côté de la bouche et de la denture, en procédant à un examen radioscopique.

Il y a là tout un ensemble de notions nouvelles dont bénéficieront l'hygiène et la prophylaxie générales et spéciales. La suppression du foyer infectieux ne suffira pas toujours pour faire disparaître l'état général qui en dérivait. Peut-être cet état devra-t-il être attaqué par les vaccins, par les sérums. En tous cas, si l'on pense à la sensibilisation possible de l'organisme par les toxines élaborées au niveau des foyers bucco-dentaires, il faudra ne recourir aux immunisations préventives, telles que la vaccination anti-typhoïdique, qu'après avoir examiné la cavité buccale, afin d'éviter certains chocs anaphylactiques qui pourraient éclater sans qu'on en soupçonnât la cause réelle.

Preuves de l'existence d'une immunité grippale acquise.

Ces preuves, M. Dopter les a trouvées dans l'étude de certains faits cliniques qu'ont permis de constater les épidémies de 1889 et de 1918.

Ces faits sont relatifs à des sujets qui, atteints d'une première grippe, ont pu traverser une épidémie ultérieure sans être de nouveau touchés.

Des faits expérimentaux sont venus confirmer ce qui précède. Des crachats filtrés de grippés ont été injectés comparativement à des animaux (singes) et à des volontaires, dont les uns étaient indemnes de toute grippe antérieure, dont les autres avaient été atteints de grippes expérimentales ou épidémiques. Les résultats des expériences ont été convaincantes : les premiers sujets ont pris la grippe, les autres sont restés indemnes.

L'acquisition d'une immunité après une première atteinte de grippe véritable est donc démontrée. Il serait intéressant de pouvoir en supputer la durée et les caractères. Des recherches ultérieures permettront peut-être de le préciser et d'en tirer les conclusions d'ordre pratique qui s'imposent. (*Paris Méd.*, 23 oct. 1920).

Anévrysmes de l'aorte.

M. Martinet a recueilli, dans sa pratique civile et militaire, 25 observations d'anévrysme de l'aorte dont l'étude détaillée lui permet de formuler les conclusions suivantes (*Presse méd.*, 16 oct. 1920) :

1) Les anévrysmes aortiques ne sont pas d'une telle rareté que tout praticien ne doive s'attendre à en rencontrer. Ils sont, dans nos statistiques, 4 fois plus fréquents chez l'homme que chez la femme.

2) Le pronostic, tout en étant, de toute évidence, fort grave, n'en comporte pas moins possibilité d'une survie parfois fort longue et d'une activité considérable.

3) La syphilis semble, et de beaucoup, la cause la plus fréquente des ectasies aortiques. Un traitement rigoureux de la syphilis est probablement le traitement prophylactique le plus efficace des ectasies. L'éthylate de vérole (syphilis et alcoolisme) est particulièrement redoutable.

4) Les ectasiques succombent par moitié comme des cardiaques, de cachexie aystolo-asphyxique, par moitié et classiquement, de mort subite (hémorragie foudroyante ou syncope)

La maladie de Basedow et la guerre.

Dans quelle mesure l'émotion est-elle susceptible de provoquer *l'apparition de certaines* maladies. La guerre, qui fut, pour un si grand nombre d'hommes, la source d'émotions fortes et répétées, devait faciliter la réponse à cette question. C'est précisément à la faveur d'observations qu'ils ont personnellement recueillies que MM. Roussy et Cornil étudient le basedowisme dans ses rapports avec l'émotion. (*Presse méd.*, 23 oct. 1920.)

Certains auteurs invoquent l'émotion à l'origine de la maladie de Basedow et font intervenir une irritation du sympathique qui retentirait sur les surrénales et en exciterait le fonctionnement et la sécrétion.

MM. Roussy et Cornil ne partagent pas cette manière de voir. Se basant sur les constatations qu'ils ont faites eux-mêmes, à différentes reprises, ils incriminent, dans l'étiologie et la pathogénie du basedowisme, la glande thyroïdienne et ses lésions.

« Soit, disent-ils, qu'on admette avec nous « l'existence d'une dyshyperplasie thyroïdienne « (résultat d'une thyroïdite ou d'une strumite) « qui, par intoxication de divers organes ou éléments nerveux, réalise en fin de compte le syndrome ; soit que l'on admette, avec d'autres « auteurs, le rôle du sympathique dans le déclenchement de la lésion thyroïdienne, opinion « restant à démontrer, il n'en demeure pas moins « que nous pouvons conclure aujourd'hui, comme « le faisait l'un de nous en 1914 : jusqu'à plus « ample informé, les travaux et les acquisitions « modernes permettent de penser que la maladie « de Basedow est une maladie de la glande thyroïde et accessoirement de quelque autre glande « dérivée de l'appareil brachial, telle que le « thymus. Au même titre que la maladie d'Addison, elle a désormais sa place dans le cadre « des maladies endocriniennes. »

Réinfection syphilitique trois ans après un chancre traité par la médication arsenicale.

Les arsénobenzènes employés depuis une dizaine d'années dans le traitement de la syphilis sont-ils capables de guérir définitivement cette maladie ? Il suffirait, pour répondre affirmativement à cette question, de constater des faits indiscutables de réinfection chancreuse postérieure à une première infection traitée par la médication arsenicale.

Ces faits sont rares. Ils existent néanmoins, irréfutables. M. Thibierge en rapporte un qu'il a personnellement recueilli, et dans lequel, dit-il, « j'ai moi-même observé les deux chancres, « séparés par un intervalle de trois ans environ ; « pour chacun d'eux, la recherche des spirochètes « a été faite et a été trouvée positive et dans le « deuxième chancre, ils étaient d'une abondance « telle qu'on ne pouvait penser à une lésion tertiaire ; l'aspect de ce chancre était d'ailleurs « caractéristique, non moins que la durée de son « incubation ; enfin, la réaction de Bordet-Wassermann avait été trouvée négative dès avant « la fin de la première année de la première syphilis, et la réaction de Hecht, encore positive « 17 mois avant le deuxième chancre, était négative dix mois avant son apparition. »

Il y a là un fait nettement concluant. Il démontre l'efficacité de la médication arsenicale, non seulement pour blanchir rapidement un organisme infecté et le rendre non contagieux, mais encore, et c'est ce qu'il faut en retenir, pour le stériliser (*Bull. méd.*, 30 oct. 1920.)

L'asthme appendiculaire.

Il existe dans la littérature médicale des observations de malades chez lesquels il fut démontré que les crises d'asthme essentiel qu'ils présentaient étaient conditionnées par une appendicite chronique. Il suffit en effet de faire l'ablation de l'appendice pour que toutes les manifestations de l'asthme disparaissent.

M. Gutmann a recueilli plusieurs de ces observations, dont une, en particulier, qu'il relate au complet (*Presse méd.*, 3 novembre 1920) est nettement démonstrative.

On trouve, dans la plupart de ces faits, un élément qui peut mettre sur la voie du diagnostic causal : c'est une sorte d'aura abdominale qui précède le déclenchement de l'accès. Cependant ce n'est que par une recherche minutieuse qu'on mettra en évidence l'intervention de la lésion appendiculaire. Celle-ci sera révélée par la palpation, qui sera plus ou moins douloureuse dans la fosse iliaque, et par la radioscopie. Cette palpation suffira d'ailleurs parfois à déclencher l'accès. Toutefois, on n'attachera pas une importance trop considérable à la localisation de la douleur au point de Mac Burney. Il arrive en effet que le cæcum est très descendu et fixé dans cette position anormale. Cette fixité cæcale est toujours pathologique.

A cette occasion, l'auteur examine l'explication pathogénique qu'il est possible de donner à cette forme d'asthme. Actuellement, l'accès d'asthme est considéré comme une manifestation anaphylactique. Mais l'accès lui-même, pris comme tel, présuppose un état constitutionnel, le terrain asthmatique. C'est finalement au pneumogastrique qu'il faudrait s'en prendre. Tenant sous sa dépendance la sécrétion et la motricité bronchique, ainsi que le rythme respiratoire ; si ce nerf est, à sa périphérie, en butte à des excitations provoquées par des lésions pulmonaires, ganglionnaires, œsophagiennes, gastriques, intestinales et appendiculaires, ces excitations créent l'hypertonie bulbaire : il suffira d'une cause quelconque pour provoquer l'accès d'asthme, signature ici d'un choc hémoclasique.

De ce point de vue, l'asthme serait analogue à la dyspepsie, pathogéniquement parlant.

L'opération chirurgicale large, mettant à nu toute la région appendiculaire, permettra ainsi de voir non seulement l'appendice, mais encore le péritoine et l'épiploon voisins, qu'il est indispensable de traiter comme il convient.

Au demeurant, cette forme d'asthme appendiculaire rentre dans ce que l'auteur a décrit sous le nom de formes à surprises de l'appendicite chronique « dont le diagnostic permet, par « une intervention bénigne, la guérison d'affec- « tions graves et rebelles au traitement médicamenteux. »

L'appendice cæcal et son utilité.

M. Dufour expose les vues originales qu'il adopte, après examen de nombreux malades, pour expliquer le rôle mécanique de l'appendice. Cet organe aurait, selon lui, sa cavité toujours remplie de matières analogues à celles qui se trouvent en même temps dans le cæcum. D'autre part, il serait doué de mouvements, chez chaque sujet pris en particulier. Ces mouvements lui permettraient de se déplacer par son extrémité terminale pour venir se placer au contact de la surface péritonéale du gros intestin, pour en provoquer les contractions. « Il jouerait, en « plus de ses fonctions d'organe lymphoïde, un « rôle mécanique en provoquant la défécation « dès que le gros intestin, le cæcum et lui-même « se trouvent contenir des matières en plus ou « moins grande quantité. »

Les conséquences pratiques de cette conception sont intéressantes. Si l'appendice enflammé est fixé dans sa position et a perdu ainsi sa faculté de se déplacer pour exciter l'intestin, il est inutile, et même nuisible, puisqu'il immobilise l'intestin au lieu de l'aider à se mouvoir. Si par

contre, il est trop mobile, les excitations qu'il provoque sont trop vives et deviennent douloureuses.

Dans l'un et l'autre cas, le mieux est donc d'en faire l'ablation. (*Presse médicale*, 30 oct. 1920.)

G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paris

Traitement des fractures du col du fémur par le vissage.

(M. HEITZ-BOYER. — *Société de chirurgie.*)

La méthode de Delbet de traitement des fractures du col du fémur — le vissage du col — est devenue maintenant classique. M. Heitz-Boyer propose quelques modifications de technique destinées à améliorer cette méthode. Il utilise un cadre fixateur particulier, pour immobiliser le bassin, au cours de l'opération. Il emploie, en outre, des chevilles et des vis en os armé d'un axe métallique pour en augmenter la solidité.

Ostéosynthèse osseuse et ostéosynthèse métallique.

(MM. LENORMANT, CUNÉO, MAUCLAIRE, PIERRE DUVAL et PIERRE DELBET. — *Société de chirurgie.*)

La communication précédente de M. Heitz-Boyer rappelle l'attention sur les mérites respectifs, longuement discutés déjà, de l'ostéosynthèse métallique et de l'ostéosynthèse osseuse.

M. LENORMANT demande quels sont les avantages de l'os armé sur la prothèse métallique pure et simple. Il y a quelques mois, dit-il, à la Société de chirurgie, le métal était considéré comme devant céder le pas à l'os mort, en matière d'ostéosynthèse.

M. ALGLAVE trouve excessif également l'anathème jeté sur la prothèse métallique en chirurgie osseuse.

M. HEITZ-BOYER répond que le tissu osseux dans lequel est enfoncée la cheville de maintien réagit différemment suivant que cette cheville est osseuse ou métallique. Au contact du métal, il se produit de l'ostéite raréfiante ou condensante. L'os semble déterminer une réaction beaucoup moindre. D'où l'utilité d' « enrober » pour ainsi dire dans un fourreau osseux l'ostéosynthèse métallique.

M. TUFFIER pense que la fixation osseuse, par l'os mort ou l'os vivant, aboutit, en règle générale, à la résorption de la cheville. La radiographie montre que l'os transplanté est rongé au maximum à sa partie moyenne, dans la région médullaire. Rien d'étonnant donc si la cheville se fracture en son milieu, quelquefois, mais ce ne serait pas une raison pour préférer la prothèse métallique. Lorsque les chances de fixité sont égales, le matériel osseux est supérieur au matériel métallique.

M. CUNÉO estime qu'il n'y a aucune différence fondamentale entre la transplantation de l'os dit mort et de l'os dit vivant. La résorption de l'os frais toutefois serait plus rapide. Au point de vue mécanique, l'emploi de l'os mort est légitime.

M. MAUCLAIRE préfère les greffons homoplastiques, taillés dans des os humains, aux greffons hétéroplastiques, taillés dans des os de bœuf par exemple.

M. PIERRE DELBET opère depuis une douzaine d'années les fractures du col par vissage. Il a utilisé les vis métalliques, les greffons péronéens autogènes et plus récemment l'os mort.

Le greffon d'os vivant et d'os tué ne lui paraissent pas se comporter de la même façon. Les chevilles d'os tué hétérogène se résorbent, s'il en juge par son expérience, beaucoup plus vite. Actuellement, il tend à revenir à sa première technique : vis métallique pour les fractures récentes du col, greffon péronéen autogène pour les pseudarthroses.

En définitive, la controverse sur l'ostéosynthèse métallique ou osseuse n'a pas encore dit son dernier mot.

M. PIERRE DUVAL semble bien résumer l'impression générale lorsqu'il dit qu'il faut se garder de raisonner pour tous les cas de la même façon. Le principe général que l'emploi d'un matériel osseux est préférable à celui d'un matériel métallique, parce que la disparition du premier est complète au bout d'un certain temps, et que la guérison obtenue est de ce fait meilleure, lui paraît indiscutable, si tant est qu'il soit prouvé que la résorption de l'implant osseux est constante. Mieux vaut ne conserver aucun corps étranger dans un cal de fracture. Mais, de là à substituer totalement le matériel osseux au matériel métallique dans tous les cas d'ostéosynthèse, il y a un pas qu'il serait exagéré de franchir. La prothèse métallique en clinique osseuse a des indications.

Vaselinome récidivant.

(M. LENORMANT. — *Société de chirurgie.*)

M. Lenormant rapporte deux nouveaux cas de tumeurs fibreuses consécutives à des injections d'huile. Dans l'un de ces cas, le vaselinome récidiva. Il s'agit d'une jeune femme qui, à la suite d'injections d'huile camphrée, présenta dans les deux régions deltoïdiennes, des masses lobulées, indurées, adhérentes à la peau. Trois mois après, exérèse de ces néoplasies ; la malade revint pour une récidive des tumeurs *in situ.*

M. Jacob remarque qu'il a déjà signalé la gravité de ces vaselinomes, ou tout au moins leur importance. Lorsqu'il les a fait connaître, pour la première fois, en 1917, la Société de chirurgie avait émis le vœu que l'huile de vaseline ne fût plus employée comme excipient de certains médicaments administrés par voie sous-cutanée. Il ne semble pas que ce vœu ait été entendu puisque de nouveaux cas de vaselinomes sont encore présentés aux Sociétés savantes.

Les vaselinomes sont une affection sérieuse par les douleurs qu'ils déterminent, par leur résistance au traitement et enfin par la récidive qui suit assez souvent leur extirpation. L'anatomie pathologique en donne la raison. L'huile de vaseline ne se résorbe pas et forme corps étranger. Des macrophages la pénètrent, s'en chargent et la disséminent. Ce sont ces macrophages laissés dans les tissus avoisinant la masse extirpée qui font la récidive.

Ostéomes iliaques et ostéomes du brachial antérieur

(M. Aimes, de Montpellier. — *Société de chirurgie.*)

M. Aimes envoie une observation d'ostéome iliaque, qui vient s'ajouter à un cas personnel de M. Auvray.

Les ostéomes du muscle iliaque sont rares. Ils se traduisent le plus souvent par une tumeur osseuse, très dure, occupant la partie la plus externe du triangle de Scarpa, tumeur fixe lorsqu'elle adhère au squelette, *mobile dans le cas contraire.*

Si les ostéomes iliaques sont exceptionnels, il n'en va plus de même des ostéomes du brachial antérieur, consécutifs, on le sait, aux traumatismes du coude, luxation ou entorse. Ils soulèvent des problèmes thérapeutiques intéressants.

M. Alglave compte actuellement dans son service 2 malades atteints d'ostéomes du brachial antérieur, survenus après luxation du coude régulièrement réduite. Quelques jours après le traumatisme, la néoplasie musculaire osseuse a commencé.

M. Arrou rappelle le rôle provocateur des massages quotidiens, intensifs et violents surtout, dans la genèse de ces lésions. Chez un de ses malades, il a suffi de supprimer toute espèce de massage, même tout mouvement, et de donner plusieurs bains locaux chauds par jour, pour voir diminuer peu à peu le volume de l'ostéome.

M. Broca éduque ses élèves à répéter en chœur que le massage est une des principales causes de gravité des fractures et des luxations du coude.

M. Rouvillois ajoute qu'en présence d'un ostéome récent, il faut se garder d'intervenir et attendre, avant de prendre le bistouri, que le néoplasme soit mûr, c'est-à-dire arrêté dans son évolution. La radiographie rendra des services à ce sujet, en fixant sur le degré d'opacité de la tumeur.

M. Chevrier croit même que les rayons X peuvent amener la disparition de l'ostéome, dans certains cas. Il conseille de faire chez tous les luxés du coude un traitement radiothérapique préventif.

M. Mauclaire fait remarquer qu'il est de ces tumeurs qui se résorbent spontanément, au bout d'un temps très long, il est vrai.

M. Quénu rappelle que la question du traitement des ostéomes du brachial antérieur est venue en discussion devant la Société de chirurgie quelques années avant la guerre. L'opinion générale s'est élevée contre le massage précoce et l'opération précoce.

M. Albert Mouchet a vu cependant des malades, enfants ou adolescents, atteints de luxations du coude qui, bien traités, non massés, ont fait néanmoins des ostéomes. Il est des sujets qui, sans qu'on sache pourquoi, font de l'hyperostose.

Faut-il opérer les jacksoniens en état de mal ?

(M. René Leriche. — *Société de chirurgie.*)

Dans une communication faite à la Société de chirurgie de Lyon, M. Leriche a émis l'opinion qu'il ne fallait pas opérer les blessés jacksoniens en état de mal, mais attendre qu'un peu de calme soit revenu et intervenir à froid.

A la Société de chirurgie, M. Lenormant a soutenu un avis contraire, disant que l'état de mal épileptique, loin d'être une contre-indication opératoire, devait pousser le chirurgien à prendre le bistouri.

M. Leriche revient sur ce sujet. Il ne s'est pas élevé, dit-il, comme on le lui a fait dire, contre l'intervention dans l'épilepsie jacksonienne, mais contre l'opération en cas d'état de mal. Pour lui, l'état de mal doit d'abord être traité avant l'opération. On peut vraisemblablement y parvenir par la ponction lombaire. S'il y a de l'hypertension, il faut évacuer du liquide jusqu'à ce que la pression soit devenue normale au manomètre. S'il y a de l'hypotension, on doit relever celle-ci en injectant du sérum sous la peau. Quand l'état de mal a cessé, l'intervention devient indiquée.

Elévation congénitale de l'omoplate.

(M. Ombrédanne. — *Société de chirurgie.*)

M. Ombrédanne présente une enfant atteinte de surélévation congénitale de l'omoplate typique. Bien qu'il soit classique d'admettre que la correction chirurgicale donne rarement dans cette affection des effets satisfaisants, l'opération a été suivie d'une correction parfaite.

Lipome sous-muqueux du gros intestin

M. Georges Labey. — *Société de chirurgie.*)

M. Georges Labey a opéré une malade de son service, très cachectique, dont l'histoire faisait penser à un cancer de l'intestin. Au cours de l'intervention, il tomba sur une tumeur ulcérée qui était un lipome pur, développé dans la sous-muqueuse.

P. L.

Toulouse

(*Société d'obstétrique et de gynécologie de Toulouse*)

Dystocie par fibrome prævia.

M. Laurentie communique un cas de volumineux fibrome prævia ayant entraîné une présentation de l'épaule, position vicieuse, impossible à corriger par manœuvres externes. Au début du travail, il n'y eut pas d'effacement de la tumeur, mais il se produisit une procidence irréductible du cordon. Il fallut recourir à une laparotomie d'urgence dans laquelle l'utérus ne fut ouvert qu'après l'hystérectomie subtotale.

Rupture tubaire.

M. Laurentie rapporte un cas de rupture tubaire par grossesse extra-utérine chez une malade ayant déjà présenté 2 grossesses gémellaires antérieures, dont l'une était à la fois intra et extra-utérine. La trompe rompue fut extraite après laparotomie, et 4 jours après l'intervention, la malade présenta de la dilatation aiguë de l'estomac : la guérison survint à la suite d'un lavage de l'estomac, la position de Schnitzler ayant échoué.

Fausse grossesse chez une psychopathe.

MM. Audebert et Claverie présentent une femme qui croit faussement être enceinte ; la malade, qui est une psychopathe (elle a présenté dans son enfance de l'hémiplégie spasmodique), prétend ressentir tous les signes de la grossesse (mouvements du fœtus, symptômes mammaires, etc.) alors que son utérus ne présente aucune trace d'état de gestation.

Kystes ovariens intra-ligamentaires.

MM. Dambrin et Bernardbeig communiquent une observation de double kyste intra ligamentaire de l'ovaire. Les kystes intra-ligamentaires vrais, c'est-à-dire développés aux dépens des tissus du hile de l'ovaire (*retes ovarii*) sont rares : il est tout à fait exceptionnel que la même lésion se voie des deux côtés.

Chorée et grossesse.

M. Audebert signale un cas de grossesse évoluant chez une choréique. Les accidents nerveux qui datent de l'enfance et semblent avoir été déterminés par une frayeur au moment d'un accident présentent une exacerbation des plus nettes au moment de chaque gestation. Lors d'une grossesse antérieure, cette exacerbation ne prit fin qu'un mois après l'accouchement, qui eut lieu avant terme.

(*Société de chirurgie de Toulouse*)

Périthéliome de la mamelle

M. Dambrin rapporte l'observation d'une malade âgée de 63 ans, présentant au niveau du sein gauche une tumeur du volume d'une orange, évoluant depuis environ 4 ans. Cette tumeur irrégulière et bosselée, molle et fluctuante en certains points, adhérait aux plans profonds et avait présenté un accroissement très rapide dans ces derniers temps. Il y avait quelques ganglions axillaires. L'intervention chirurgicale permit d'enlever cette tumeur qui était formée par une masse énorme, creusée d'un certain nombre de foyers renfermant une bouillie sanguine. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un périthéliome, tumeur assez rare, développé aux dépens des cellules engainant les vaisseaux.

Tumeur blanche du genou.

M. Dupin communique l'histoire clinique d'une tumeur blanche du genou, évoluant depuis 24 ans, modifiée à un moment donné par une atteinte d'arthrite gonococcique. La lésion monte très lentement, présentant de temps à autre des poussées douloureuses entrecoupées de longues périodes de rémission.

(*Société de médecine de Toulouse*).

Faut-il renoncer à l'accouchement prématuré provoqué dans les rétrécissements du bassin.

M. Audebert se demande si, devant les excellents résultats de l'opération césarienne, on doit pratiquer cette intervention dans tous les cas et renoncer à l'accouchement prématuré. Il rappelle les objections que l'on a faites à la césarienne au point de vue des résultats éloignés (utérus diminué dans sa valeur fonctionnelle, infécondité voulue des femmes césarisées), et croit que dans certains cas, l'accouchement prématuré est indiqué.

Il rapporte à ce sujet plusieurs observations et conclut que l'accouchement prématuré ne doit être pratiqué que dans des cas tout à fait exceptionnels, dont les principales indications sont : bassin légèrement rétréci, tête fœtale passant à frottement dans le début du neuvième mois et ne pouvant plus passer 8 ou 15 jours plus tard.

Péritonite généralisée par perforation appendiculaire, laparotomie. Guérison.

M. Tourneux rapporte l'observation d'un jeune homme envoyé d'urgence à l'Hôtel-Dieu pour obstruction intestinale, atteint de péritonite généralisée à forme purulente, et chez qui l'intervention chi-

rurgicale, pratiquée le quatrième jour après le début des accidents, fut suivie d'un plein succès.

Après avoir signalé la gravité toute particulière de la péritonite purulente généralisée, qui dans le cas présent a évolué d'une façon quelque peu anormale, l'auteur insiste sur l'impossibilité qu'il y eut de porter le diagnostic précis du siège de la perforation viscérale, étant donnée l'absence de tout signe appendiculaire. Il termine par quelques considérations sur le procédé de suture de la paroi abdominale qu'il a utilisé, fermeture en un seul plan au fil d'argent, qui lui paraît préférable aux sutures étagées, dans les cas de péritonites purulentes.

Deux cas d'adéno-phlegmon du cou au cours de la rougeole.

M. Serr communique deux cas de cette complication absolument exceptionnelle de la rougeole, qui ont été observés chez des adénoïdiens présentant déjà de ce fait des lésions d'adénopathie cervicale. La rougeole, en amenant une recrudescence de l'infection du rhino-pharynx, a provoqué une poussée inflammatoire nouvelle au niveau de ces ganglions, et un adéno-phlegmon en est résulté. Ces cas montrent la nécessité de traiter les végétations adénoïdes et d'instituer au cours de la rougeole un traitement désinfectant du rhino-pharynx surtout chez les adénoïdiens et les individus atteints de rhino-pharyngite.

THÉRAPEUTIQUE

Quelques généralités sur le traitement des maladies infectieuses.

La notion qui, depuis quarante ans environ a exercé l'influence la plus considérable sur le traitement des maladies infectieuses, en l'orientant dans la voie féconde où elle s'est engagée à fond, et qui promet d'aboutir à des résultats merveilleux et constants, est la notion d'immunité.

Il y a longtemps qu'on savait qu'une première atteint de ces maladies rend souvent l'organisme réfractaire à une atteinte ultérieure. La découverte de la vaccination jennérienne avait montré, d'autre part, qu'il est possible de prémunir l'économie contre la variole.

On constatait ces faits, sans d'ailleurs les expliquer d'une façon satisfaisante. Les travaux de l'Institut Pasteur ont projeté sur ces phénomènes biologiques une lueur qui a contribué à dissiper les ténèbres au milieu desquelles on marchait pour ainsi dire à l'aveuglette. Ils ont provoqué des recherches passionnées qui ont amené des découvertes sensationnelles, dont a bénéficié la thérapeutique.

Cette lueur a mis en pleine lumière en effet les réactions qui se produisent dans l'organisme lorsqu'il est envahi par des germes pathogènes.

Ces réactions sont de deux ordres : la phagocytose d'une part, réaction cellulaire dont le globule blanc est l'agent principal ; les modifications humorales, d'autre part, réactions humorales dont le sang et la lymphe sont le siège.

Ces modifications humorales consistent principalement dans l'apparition dans le milieu de substances défensives.

On a démontré enfin que l'apparition de ces substances défensives dans le sang n'est pas uniquement due à l'invasion microbienne. « Toute cellule étrangère, et même toute substance albuminoïde dérivant d'une cellule vivante (toxines, par exemple), introduites dans un organisme, provoquent dans cet organisme une réaction qui aboutit à un état qu'on explique par la formation de substances dites anticorps capables de détruire (lysines), de précipiter (précipitines), de neutraliser (antitoxines), etc., ces substances étrangères, cellules ou toxines. Par opposition aux anticorps, on a donné le nom d'antigènes aux substances qui en déterminent la production » (1).

Toute la doctrine de l'anaphylaxie, du choc hémoclasique, de la crise sanguine, qui est en train de révolutionner la pathologie, est sortie de ces découvertes.

Ce sont les anticorps qui confèrent à l'organisme intéressé, l'immunité qui le rend indifférent à l'introduction en lui de certains principes toxi-infectieux.

L'immunité est tantôt *naturelle, spontanée,* congénitale ; tantôt *acquise,* à la suite d'une première atteinte ; tantôt enfin *conférée.*

S'inspirant de cette proposition, la thérapeutique cherche à immuniser préventivement les sujets menacés, ou à renforcer leurs moyens de défense, quand ils sont atteints d'une maladie infectieuse.

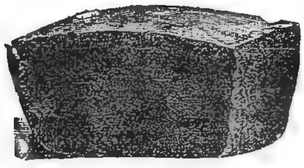
A cet effet, elle a recours à la sérothérapie, immunisation passive, et à la vaccinothérapie, immunisation active.

Relativement à l'immunisation préventive, la guerre a permis de constater les heureux effets de la typho-vaccinothérapie.

Depuis, les travaux se sont multipliés, et nombreux sont les essais qui ont été tentés dans cet ordre d'idées, et dont le moins qu'on puisse dire, c'est qu'ils se montrent particulièrement encourageants.

C'est, en 1910, Rodet et Bonamour qui communiquent à l'Académie de Médecine les résultats qu'ils ont obtenus avec un sérum antityphoïdique de leur invention. C'est Fournier et Schwartz qui publient, dans le *Bulletin médi-*

(1) Manquat. — Traité élémentaire de thérapeutique, t. I, pp. 490 et suivantes.



cal, en mars dernier, les modalités du traitement de la fièvre typhoïde, par un vaccin chauffé. C'est Florand qui expose à la Société médicale des Hôpitaux, l'an dernier, les conséquences heureuses qui résultent du traitement de la dothiénentérie par le vaccin de Mauté, émulsion microbienne d'un microbe isolé de l'eau et non pathogène, injectée par la voie intra-veineuse.

La grippe a fait l'objet de recherches analogues. En France, Lochelongue publie, dans le *Progrès médical*, les effets de la vaccinothérapie avec le vaccin G de l'Institut Pasteur. La presse anglaise enregistre, de son côté, les succès acquis, soit avec un vaccin trivalent, composé de bacille de Pfeiffer, de pneumocoque et de streptocoque, soit avec un vaccin polyvalent.

Rappellerons-nous enfin la vogue que prennent les bouillons de Delbet appliqués au traitement de l'anthrax, de l'ostéomyélite, et de toutes les infections streptococciques ?

De tous côtés se manifestent les efforts des chercheurs. Ceux-ci suivent le bon chemin, celui qui mènera aux réalisations pratiques dont se nourrira, un jour prochain, toute la thérapeutique des infections.

***

Pour indéniable qu'elle soit, l'action de la sérothérapie et de la vaccinothérapie doit être renforcée par des moyens adjuvants qui, dans la cure des maladies infectieuses, sont connus comme capables d'augmenter la résistance de l'organisme.

Ainsi que le disait récemment Ch. Fiessinger, ces moyens doivent agir sur le système nerveux, pour le tirer de la sidération dans laquelle le plonge l'assaut microbien.

Parmi ces moyens, il place en premier lieu la balnéation tiède. Avant que le diagnostic soit posé avec précision, dès que la température s'élève et se maintient élevée, on baignera le malade : bains tièdes, à 35°, répétés de trois en trois heures, qui seront remplacés par les bains frais, si l'hémoculture montre la présence dans le sang de l'Eberth ou des para A ou B.

Cette balnéation externe n'a pas besoin d'être défendue. Elle a fait ses preuves.

Parallèlement à elle, on aura soin de pratiquer une balnéation interne qui produira des effets analogues par un mécanisme différent.

C'est en ce sens, qu'on fera boire les malades; on les fera boire abondamment, de façon à assurer la diurèse, nécessaire à l'élimination des produits microbiens, et à opérer une sorte de lavage du sang.

Cette cure de boisson, aucune eau n'est plus propre à la réaliser que la Reine de Vals.

Cette eau naturelle se caractérise par une minéralisation moyenne qui permet de l'employer *larga manu*, même chez les enfants, sans le moindre inconvénient.

Comme elle est assez fortement carbo-gazeuse, elle possède de ce chef une saveur piquante fraîche et agréable qui la fait particulièrement, rechercher par les fébricitants.

Enfin, la dominante alcaline de sa minéralisation a également son importance. L'infection est acidogène. Or, le milieu intérieur est normalement alcalin. Il importe de lui restituer cette alcalinité que la fièvre infectieuse a remplacée par une acidité anormale.

C'est à quoi réussit la Reine de Vals, avec le bicarbonate de soude qu'elle renferme.

Il n'était pas inutile de rappeler ces propositions aux lecteurs du *Concours médical*, au début de l'hiver, alors que les cas de grippe commencent à faire leur apparition dans les statistiques municipales.

Indépendamment de tous les moyens qu'il est désormais classique d'employer pour combattre la grippe, la vaccinothérapie comprise, le praticien n'oubliera pas que la balnéation interne pratiquée avec la Reine de Vals contribuera à mettre en œuvre la diététique qui convient à cette maladie, et à assurer ainsi le succès des autres traitements prescrits.

Dr E. D. GASTON.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

Chez MASSON et Cie, éditeurs,

Nouveau Traité de médecine ;

Fascicule I. Maladies infectieuses,

G.-H. ROGER, F. WIDAL, P.-J. TEISSIER.

Divisé rationnellement et pour plus de commodité en 21 fascicules qui paraîtront rapidement, particulièrement soigné, abondamment illustré de figures dans le texte et de planches hors texte en couleurs, présenté sous une élégante reliure, le *Nouveau Traité de médecine* **constitue un ouvrage digne de la science française.**

Autour de MM. Roger, Widal et Teissier, sont d'ailleurs venus se grouper un nombre imposant de collaborateurs, médecins et professeurs du monde entier.

Le *Nouveau Traité de médecine* **fait une large part à la thérapeutique, à l'hygiène, à la prophylaxie.**

Le fascicule 1er, consacré aux maladies infectieuses, traite des matières suivantes :

L'infection, par G.-H. Roger. — Les septicémies, par E. Sacquépée. — Streptococcies, par G.-H. Roger. — Erysipèle, par G.-H. Roger. —

◆◆◆◆

Pneumococcie et pneumonie, par P. Ménétrier et H. Stévenin. — Staphylococcie, infections à tétragènes, entérococcie, infections à cocco-bacille de Pfeiffer, à diplobacille de Friedländer, psittacose, infections à proteus, par M. Macaigne. — Infections putrides, par A. Veillon. — Méningococcie, par Ch. Dopter. — Gonococcie, par M. Hudelo.

Chez MALOINE et fils, éditeurs.

La thérapeutique en vingt médicaments, 5e édition,
Ch. FIESSINGER.

De nombreuses modifications ont été introduites dans cette 5e édition. Nous signalons plus particulièrement les médications colloïdales, les vaccinothérapies et sérothérapies.

Les maladies de l'estomac et leur traitement en clientèle, 3e édition.
L. PRON.

Encore une édition qui s'épuisera vite, car ce livre est un livre vraiment utile pour le praticien. — Quelques chapitres nouveaux : eaux minérales, embarras gastrique, hygiène des dyspeptiques, etc. et un précieux résumé de pharmacologie gastrique, telles sont les principales retouches apportées à cette troisième édition, dont les chapitres au surplus ont été augmentés et entièrement remis au goût du jour.

Traité pratique de sérologie et de sérodiagnostic, 1921,
M. RUBINSTEIN.

Ce livre est le fruit d'un travail et d'une expérience prolongée et sa lecture deviendra indispensable au médecin qui veut connaître l'évolution actuelle des méthodes de laboratoire.

Les propriétés bio-chimiques des sérums, les méthodes à l'usage dans les laboratoires de biologie médicale sont décrites dans la première partie. L'auteur met le lecteur en face des acquisitions les plus récentes relatives à la science du sérum et des problèmes qui restent encore à élucider.

La deuxième partie, la plus importante, est d'ordre pratique et traite du sérodiagnostic de la syphilis, de la tuberculose, de l'échinococcose, du cancer, etc. La réaction de Bordet-Wassermann y est développée avec toute l'ampleur correspondant à son importance en clinique. Aucun détail de technique n'est négligé. Une bibliographie mise à jour accompagne le développement du sujet. La réaction d'Abderhalden avec sa technique détaillée, l'étude des propriétés fermentatives du sérum et des problèmes qui s'y rattachent, complètent cet ouvrage. Il *permettra certaine- ment au chercheur de trou* - ver toutes les notions aptes à faciliter ses travaux personnels et mettra le praticien au courant des méthodes sérologiques et des interprétations des résultats à lui soumis par le sérologiste.

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée. — Tome XIV. Infections parasitaires.
E. SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS,
L. BABONNEIX.

De nos jours, la connaissance des infections parasitaires est devenue indispensable à tous : à l'hygiéniste qui, de par ses fonctions mêmes, est appelé, en maintes circonstances, à prendre toutes mesures propres à arrêter le développement d'une épidémie ; au colonial qui, lui aussi doit encore plus, peut-être, s'occuper de prophylaxie que de thérapeutique ; à celui qui, sans avoir jamais quitté la métropole, risque à tout instant d'y rencontrer quelque affection « tropicale ». C'est pourquoi, les livres classiques n'étant plus au point, puisque la science, dans ces dernières années, a marché à pas de géant, et les monographies spéciales n'étant pas à la portée de tous, il y avait intérêt à faire paraître au plus tôt un traité complet, quoique élémentaire, au courant, et où se trouveraient condensées toutes les données d'ordre parasitologique qu'il n'est plus permis d'ignorer.

C'est ce traité que MM. Neveu-Lemaire, Amenille, J. Troisier, Paisseau, Gouzien, Abrami et Ramond présentent aujourd'hui au public médical.

Revue des Thèses.

Thèses de Montpellier.

Docteur Jean MOYA — **Contribution à l'étude de l'amputation partielle du pénis, 1919.**

L'amputation partielle du pénis est une opération qui peut s'appliquer à beaucoup de cas de cancer du pénis.

Elle est l'opération de choix tant que le néoplasme est limité au pénis.

Les techniques classiques jusqu'ici employées donnent de bons résultats dans beaucoup de cas, mais ne mettent pas toujours à l'abri de complications telles que : hémorragies secondaires, hématome, légère suppuration, élimination des catguts profonds.

La technique de la suture mono-bloc est simple, elle assure une hémostase absolue, elle permet d'éviter l'hémorragie secondaire et l'infection.

Les malades doivent être laissés sans sonde à demeure.

G. S.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Délivrance gratuite de certificats de naissance à Paris.

Dans son « Propos du Jour » (*Concours*, 1920, p. 2357), le Dr Noir spécifiait que jamais, dans sa circulaire du 11 septembre dernier (*Bull. mun. off. de la Ville de Paris*, 14 sept. 1920), le Préfet de la Seine n'avait mentionné que les certificats de naissance dussent être gratuitement délivrés par les médecins et sages-femmes,

Cependant le modèle de certificat que nous reproduisons ci-après porte bien la mention de la gratuité.

Nous ne saurions trop applaudir au geste du

VILLE DE PARIS

ETAT CIVIL

NAISSANCES

AVIS IMPORTANTS POUR LES PARENTS

§ I. — DÉCLARATION DES NAISSANCES (art. 55 et 56 du Code civil).

Les déclarations de naissances doivent être faites dans les TROIS JOURS qui suivent le jour de l'accouchement (ce dernier non compris).

La naissance de l'enfant doit être déclarée par le père ou, à son défaut, en cas d'empêchement forcé, par les docteurs, sages-femmes ou autres personnes ayant assisté à l'accouchement, et, quand la mère accouche hors de son domicile, par la personne chez qui elle est accouchée.

§ II. — PLACEMENT DES ENFANTS EN NOURRICE (art. 7, Loi du 23 Décembre 1874).

Si l'enfant va en nourrice, le déclarant doit en prévenir la Mairie en faisant la déclaration de naissance ; produire le livret de la nourrice.

Toute infraction à ce qui précède est punie conformément à l'article 346 du Code pénal.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

LIBERTÉ, ÉGALITÉ, FRATERNITÉ.

MAIRIE DU ÈME ARRONDISSEMENT

CONSTATATION DE NAISSANCE

Je, soussigné, ……………………

Docteur en médecine / *ou Sage-femme* *demeurant à Paris* ……………………

…………………… , *n°* …… , *certifie avoir accouché*

le …………………… 192 …… , *à* …… *heures* …… *minutes*

en son domicile …………………… , *n°* …… , *à Paris,*

(ou) chez M …………………… , *n°* …… ,

à Paris, Mme (prénom et nom) ……………………

âgée de …… *ans, profession de* ……………………

d'un enfant du sexe ……………………

Paris, le …………………… 192

(SIGNATURE)

La Mairie est ouverte tous les jours de 9 h. à 18 heures ; les dimanches et fêtes, le bureau des naissances est ouvert de 9 h. à 14 heures.

Présenter cette feuille à la Mairie en venant faire la déclaration et signer l'acte, dans le délai indiqué ci-contre, se faire accompagner de 2 témoins majeurs (hommes ou femmes).

Se munir du livret de famille, ou, à défaut, de pièces d'état civil, de façon à éviter, dans la rédaction de l'acte, des erreurs qui ne pourraient être rectifiées que par jugement, en occasionnant aux familles des frais et pertes de temps.

La formule et le certificat doivent être délivrés gratuitement

Préfet de la Seine, lorsqu'il supprime certaines difficultés et de nombreux dérangements, pour déclarer une naissance. Certes, nous ne sommes plus à l'époque un peu barbare où le père devait présenter le nouveau-né à l'officier de l'état-civil, pour faire constater le sexe, au risque de faire enrhumer le poupon, ou de lui faire attraper une broncho-pneumonie.

Actuellement, le médecin de l'état-civil, représentant technique du maire, se rend à domicile, pour constater la naissance et le sexe du nouveau-né.

Mais à côté de ces éloges adressés au Préfet, voyons les critiques :

1° Par respect du secret professionnel, le certificat ne devrait pas contenir les indications de nom et de domicile de la jeune mère ni de l'endroit où elle a accouché.

Je sais bien que, dans l'immense majorité des cas, les accouchements ne sont pas clandestins : néanmoins, nous devons nous conformer à la jurisprudence constante de la Cour de Cassation, sur le secret que nous devons respecter à l'égard de toute accouchée. Je m'aperçois, une fois de plus, que l'administration est prise en flagrant délit d'ignorance du droit : disons, pour être plus respectueux, que l'administration ne sait pas s'entourer des avis des personnes compétentes et qu'elle commet des erreurs en droit professionnel.

Il est donc regrettable que le médecin soit incité, par une administration peu renseignée, à violer le secret professionnel. Le plus malheureux est que, bien souvent, le médecin commettra le délit de bonne foi, puisque personne, à la Faculté de médecine, ne lui enseigne, d'une manière pratique, clinique, les droits et les devoirs qu'il contracte en embrassant la profession médicale !

A notre avis, le certificat imprimé ne devrait comporter que les mots : « Je soussigné ....., docteur en médecine (ou sage-femme), demeurant à ...., certifie avoir assisté à la naissance d'un enfant du sexe ....., le ... à .. heures. »

Qu'est-ce qui importe ? C'est de donner la preuve, à la mairie, qu'un enfant est né, que le médecin ou l'accoucheuse s'en porte garant. Par suite, le porteur du bulletin, en faisant la déclaration à la mairie, pourra indiquer le nom et le domicile des parents, ou de la mère, si mission lui en a été donnée.

Au surplus, à défaut du père, l'accoucheur doit faire la déclaration de naissance et nos confrères savent quels sont leurs devoirs en pareille circonstance.

2° Discutons maintenant la question de la gratuité du certificat.

L'employé de l'administration, qui a donné l'ordre d'imprimer les feuilles de certificat, où se trouve mentionnée la gratuité de la délivrance de cette pièce, a outrepassé les ordres de son chef hiérarchique, puisque, dans sa circulaire, le préfet n'avait pas envisagé cette gratuité. Il suffira au Syndicat des médecins de la Seine et à celui des médecins de Paris, de signaler cette erreur au Préfet de la Seine, pour que soit rapportée cette malencontreuse mention.

Mais, si le Préfet de la Seine refusait, ou s'il ne daignait pas répondre, un recours en Conseil d'Etat, pour excès de pouvoir, serait alors possible.

Un préfet ne peut pas plus décréter que les honoraires d'un médecin sont gratuits, qu'il ne peut décider une délivrance gratuite de pain, chaussures, lait, ou vêtements, par les commerçants de la ville.

Tout au plus, pourrait-il décider que les frais de cette certification de naissance incomberaient au budget municipal.

Nous espérons qu'il suffira de signaler ces erreurs à l'administration préfectorale pour qu'elle modifie l'exécution d'un arrêté excellent en soi. Dr Paul BOUDIN.

II

Syndicat des médecins du Sud-Finistère.

(17 novembre 1920)

De temps en temps, encore, — comme ces pétards isolés qui continuent à éclater, alors que la gerbe d'artifices est éteinte, — certains journaux, qui professent une sympathie non déguisée pour la grève des soins médicaux opposée aux grèves ouvrières, citent comme évènements d'actualité les ordres du jour enflammés, préconisant la lutte à outrance, que deux ou trois groupements professionnels ont cru devoir voter naguère.

Le premier en date de ces votes émanait, prétendait-on, du Syndicat du Sud-Finistère ; une communication faite à la grande Presse l'avait fait connaître ubi et orbi. *Il semble bien qu'il fut le point de départ de la polémique à laquelle nous avons largemsnt participé, sur la grève et les médecins.*

Or, il est établi officiellement que LE SYNDICAT MIS EN CAUSE N'AVAIT JAMAIS VOTÉ LA DÉCLARATION DE LA GRÈVE DES MÉDECINS OPPOSÉE A LA GRÈVE DES SALARIÉS.

Le compte-rendu ci-dessous, que nous recommandons très vivement à nos lecteurs, met les choses au point, et réduit à néant l'un des gros arguments que les gréviculteurs médicaux n'ont jamais cessé de mettre en avant.

G. DUCHESNE.

QUESTION DE LA GRÈVE DES MÉDECINS

Mes chers Confrères,

Avant d'aborder les questions portées à l'ordre du jour, nous tenons à vous mettre au courant des

AVIS

TRANSFERT
DU SERVICE VACCINAL

Nous informons nos lecteurs qu'à dater du 1[er] Janvier prochain, le Service Vaccinal que le « Concours Médical » avait organisé depuis plus de 30 ans, sera assuré par les soins de

L'INSTITUT DE VACCINE ANIMAL DE PARIS

fondé par Chambon et St-Yves Ménard et dirigé par le Docteur A. FASQUELLE.

8, *rue Ballu, PARIS*

Tél. Gutenberg 32-44

Nos lecteurs sont assurés qu'ils trouveront dans cet Etablissement un vaccin de qualité irréprochable dont la virulence est garantie.

En spécifiant leur qualité d'abonné au « Concours », ils bénéficieront en outre d'un tarif spécial établi en leur faveur.

raisons pour lesquelles nous avons mis en tête de cet ordre « L'incident de la grève médicale ». Si vous voulez bien vous en souvenir, à la fin de notre réunion d'avril dernier, notre confrère le Dr Pilven proposa de refuser nos soins aux cheminots grévistes et à leurs familles ; cette question posée au moment où la plupart des confrères se levaient ou partaient, ne fut pas discutée et un certain nombre de mains se levèrent pour l'approuver. Je crois que nous pouvons dire que nous sommes unanimes pour réprouver ces grèves qui ont failli saboter notre victoire, mais de là à adopter sans discussion une question de principe, qui est peut-être la plus grave qui puisse intéresser le corps médical, il y a un abîme.

Pas un seul membre du bureau n'a cru à une intention aussi sérieuse de la part de notre confrère Pilven, si bien que le Secrétaire de la séance, le Dr Damey, en envoyant le compte-rendu dès le lendemain, n'en avait même pas fait mention : un fait qui prouve que nous n'attachions pas l'importance qu'il pensait à la motion du Dr Pilven, c'est que lorsqu'il demanda à ce que les cheminots en fussent avisés avant le premier mai, le Président lui répondit nettement « non ».

Aussi fûmes-nous plus que surpris, en voyant dans *La Dépêche de Brest* du 23 avril, une note à en-tête officielle du Syndicat, annonçant le vote de la grève.

Cette note fut reproduite dans un grand nombre de journaux de Paris et de province, et souleva une émotion considérable, qui se traduisit par de nombreux articles de journaux et une polémique dans le *Concours médical.*

Le Secrétaire général de l'Union, le Dr Lafontaine, nous pria de le mettre au courant de la question, et nous lui avons envoyé toute la correspondance et les pièces à l'appui.

Il y a dans cet incident deux questions tout à fait différentes et qu'il ne faut pas confondre.

D'abord, la question de principe, il est tout à fait naturel que le Dr Pilven ait eu l'idée de la soulever et de la résoudre par l'affirmative, c'est son opinion et elle est des plus respectables, mais il ne s'est pas rendu compte, que cette question engageait la responsabilité non seulement des médecins du Sud-Finistère, mais par solidarité, de tous les médecins français.

Une question de cette importance qui a déjà souvent été discutée et résolue, toujours jusqu'ici, par la négative, ne peut être abordée qu'après entente avec l'Union des Syndicats et en Assemblée générale de ladite Union.

Un Syndicat de cinquante membres comme le nôtre, même s'il votait la question en toute connaissance de cause après discussion, n'a pas le poids voulu pour la faire adopter par la masse médicale. Il soulève des discussions plus ou moins violentes, mais ne peut aboutir à une décision d'ensemble, qui seule aurait du poids vis-à-vis des organisations ouvrières : voilà pour la question de principe.

Pour la question de fait, le bureau est unanime à protester, non pas contre la question de principe de la grève médicale, mais contre le procédé qui permettrait à un des membres du Syndicat de faire des communications officielles à la presse sans en aviser même le bureau. Il y a là une question de discipline syndicale, qui nous a paru de la plus grande importance et qui nous a amené à faire à la presse la communication que vous avez lue, dégageant la responsabilité du bureau. Cette attitude du bureau est approuvée à l'unanimité par notre commission permanente qui en a discuté longuement le 3 octobre courant. Nous vous prions de ne voir ici qu'une question de principe qui nous intéresse tous, et en aucune manière une question de personne, mais le fait nous paraît trop grave pour que nous ne vous demandions pas de nous indiquer si nous avons votre approbation ou votre désapprobation.

1° Le Syndicat estime-t-il que le vote émis sur la proposition du Dr Pilven, le 18 avril, est valablement acquis ?

2° Le Syndicat, maintenant le principe de la discipline syndicale, réprouve-t-il toute publication faite en son nom en dehors du bureau par l'un de ses membres ?

3° Le Syndicat est-il d'avis qu'il y a lieu de mettre actuellement en discussion la question de la grève médicale ?

— Le Président donne lecture d'une lettre du Dr Lafontaine, Secrétaire de l'Union, qui regrette que la question ait été soulevée au Syndicat du Sud-Finistère.

M. le Dr Pilven prend alors la parole et explique longuement, qu'à son avis, sa proposition a été valablement votée par le Syndicat à la réunion d'avril ; qu'il était parfaitement dans son droit en publiant lui-même, en dehors du bureau, la note parue dans les journaux, et qu'enfin le bureau a outrepassé ses droits en protestant dans la presse contre cette publication.

Une discussion a lieu, à laquelle prennent part un certain nombre de confrères. Plusieurs déclarent qu'ils n'ont pas pris au sérieux la proposition du Dr Pilven et que s'ils ont levé la main c'était par plaisanterie.

Une proposition de vote nominal est mise aux voix et adoptée, malgré les protestations du Dr Pilven, qui voudrait le scrutin secret. Pour le vote, le bureau, qui s'est déjà prononcé et dont la conduite a été incriminée par le Dr Pilven, s'abstient pour les deux premières questions.

— 1re Question :

Le Syndicat estime-t-il que le vote émis sur la proposition du Dr Pilven, *le 12 avril, est valablement acquis ?*

Votants : 24 ; oui : 2 ; non : 22.

A l'appel de son nom, M. le Dr Pilven ayant voté : non, il s'est élevé de nombreuses protestations dans l'assemblée.

— 2e Question :

Le Syndicat, maintenant le principe de la discipline syndicale, réprouve-t-il toute publication faite en son nom, en dehors du bureau, par l'un de ses membres ?

Votants : 24 ; oui : 1 ; non : 23.

Seul, M. le Dr Pilven a voté pour.

— 3e Question :

Le Syndicat est-il d'avis qu'il y a lieu de mettre actuellement en aiscussion la question de la grève médicale ?

Ce vote fait à mains levées repousse la proposition à une énorme majorité.

III

ASSISTANCE AUX BLESSÉS DE GUERRE

Le Président met ensuite ses confrères au courant des pourparlers qui ont eu lieu soit à Paris, entre

l'Union et les délégués du ministre des pensions, soit à Quimper, entre l'administration et le bureau du Syndicat. Il donne lecture d'une lettre de M. le Préfet, en date du 20 octobre 1920, dans laquelle celui-ci propose encore une fois au Syndicat d'adopter les tarifs de 6 fr. pour la consultation et de 7 fr. pour la visite, s'appuyant sur ce que certains confrères auraient envoyé des mémoires dans lesquels ils demanderaient un tarif inférieur à celui qu'il propose. Ceux-ci ne sont d'ailleurs qu'une infime minorité, mais leur façon de faire n'en est pas moins blâmable autant que maladroite, ne pouvant que nuire à eux-mêmes et à leurs confrères.

Après avoir donné lecture d'une lettre du Dr Lafontaine, le Président demande au Syndicat de décider s'il accepte les tarifs de 6 fr. et 7 fr., proposés par M. le Préfet, ou s'il maintient les tarifs de 7 fr. et 8 fr. demandés précédemment et pour lesquels le Syndicat de Brest s'est de nouveau nettement prononcé.

A une très forte majorité, les tarifs de 7 fr. et 8 fr. sont maintenus.

Une circulaire récente de M. le Préfet a prévenu les médecins du Finistère qu'ils pouvaient envoyer leurs notes pour soins donnés aux blessés de guerre. Celles-ci leur seraient réglées de suite au tarif de 6 fr. la consultation et 7 fr. la visite, et le kilomètre au prix de l'A M G. Il serait bien entendu en ce cas que ce ne serait qu'un règlement provisoire, une avance de fonds, l'administration versant ensuite le supplément, si un tarif plus élevé était accordé.

Un certain nombre de confrères critiquent cette manière de faire et demandent tout ou rien. L'assemblée décide qu'il n'y a pas lieu d'envoyer ses notes avant que soit adopté par l'administration le tarif de 7 fr. et 8 fr.

On discute ensuite les tarifs de petite chirurgie proposés par les chirurgiens de Brest. Ces tarifs ne donnent pas entière satisfaction, car ils semblent parfois exagérés et présentent d'autre part de nombreuses lacunes ; il est décidé, à la demande du Dr Dupouy, qu'on proposera au Syndicat de Brest de faire étudier cette question par une commission composée de chirurgiens délégués des trois syndicats du Finistère.

Pour les blessés de guerre, traités dans les cliniques privées, il sera demandé que l'Etat paye les journées au tarif accordé pour l'hospitalisation de ces blessés dans les hôpitaux, le malade prenant à sa charge le supplément des frais d'hospitalisation.

IV

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

La plupart des tarifs proposés par le Syndicat ont été acceptés par le Conseil général à sa session d'août. Il faut souhaiter toutefois que le tarif kilométrique soit augmenté et porté à 2 fr. 50 comme nous l'avions demandé.

Consultation	3 fr.
Visite de jour	4 fr.
Consultation de nuit	8 fr.
Certificat	5 fr.
Accouchement simple	40 fr.
Accouchement avec manœuvres	50 fr.

V

DISPENSAIRES TUBERCULEUX

Le Président met l'Assemblée au courant des diverses questions relatives à l'organisation et au fonctionnement de ces dispensaires. Dans une réunion du Comité antituberculeux, tenue le 16 septembre 1920, on avait proposé la nomination à la tête des dispensaires de médecins fonctionnaires. MM. Chauvel, Piton et Guillemot, combattant cette idée, firent accepter le principe du roulement, tous les médecins de la localité venant à tour de rôle au dispensaire, sauf toutefois dans les grands centres où ce système aurait des inconvénients. N'admettant pas la nomination d'un médecin-chef, ils obtinrent qu'un des médecins, délégué par ses confrères, ferait partie du Comité local, avec voix prépondérante au point de vue technique, aucune question intéressant les médecins ne pouvant se traiter en dehors de lui.

L'inspection des dispensaires sera confiée à un médecin agrégé des hôpitaux de Paris.

Une rémunération fixe de 10 francs sera accordée au médecin pour chaque séance, qu'il ait y ou non des malades ce jour-là. Il touchera en outre les billets de consultation des indigents ou blessés de guerre venus à la consultation et 3 francs par malade sans billet. Quand il s'agira d'un malade payant, on établira sa fiche et on l'enverra au médecin traitant, qui pourra toujours demander un examen bactériologique ou radiographique.

Il est ensuite donné lecture d'une lettre du directeur du sanatorium de Plougonven indiquant aux médecins les conditions dans lesquelles des malades peuvent lui être adressés.

Le Dr Martin demande que soient établis des sanatoriums pour tuberculeux au dernier degré. Il n'y a pas d'établissements pour ce genre de malades qui craignent l'hôpital et constituent un énorme danger pour leur famille.

Ces diverses propositions sont admises à l'unanimité.

VI

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

Plusieurs confrères se plaignent que des religieuses donnent d'une façon habituelle des consultations et fournissent des remèdes à des malades dont l'état nécessiterait les soins d'un médecin. Plusieurs propositions sont faites pour remédier à cet état de chose. On incrimine surtout la conduite de certains pharmaciens, car s'ils ne fournissaient pas de re-

TRAITEMENT des Affections de l'Estomac et du Tube Digestif

STOMOPHILE

Régulateur Énergique des Fonctions Stomacales

ALCALIN – ANTIFERMENT – ANTIACIDE

EFFICACITÉ CERTAINE dans tous les cas de : *Dyspepsie, Gastralgie, Gastrites aigüe et chronique, Gastro-Entérite.*

INNOCUITÉ ABSOLUE

MODE D'EMPLOI : 1 paquet délayé dans un peu d'eau à la fin des repas.

ÉCHANTILLON GRATUIT
À MESSIEURS LES MÉDECINS
POUR LEURS ESSAIS CLINIQUES

LABORATOIRES DORANTOWICZ 17bis Avenue Parmentier, PARIS (XIe)

INSTITUT MEDICO-PÉDAGOGIQUE

Pour le traitement et l'éducation des enfants anormaux des deux sexes

ENFANTS DIFFICILES ET NERVEUX
ARRIÉRÉS A TOUS LES DEGRÉS
ÉPILEPTIQUES

FONDÉ EN 1892 PAR LE Dr BOURNEVILLE

Médecin en chef : Dr G. PAUL-BONCOUR ✻, ancien interne des hôpitaux, — G. ALBOUY, Directeur pédagogique.

L'**Institut médico-pédagogique** est destiné :

1° Aux enfants présentant de l'*instabilité mentale* et sujets à des *impulsions maladives* qui les empêchent quoique possédant un certain développement, de se soumettre à la règle des lycées ou des pensions, et qui ont, par conséquent, besoin à la fois d'une *méthode d'éducation spéciale* et d'une *discipline particulière* ;

2° Aux *enfants arriérés et idiots* ;

3° Enfin aux *enfants atteints d'affections nerveuses ou d'épilepsie* ;

Les enfants de ces diverses catégories forment des groupes tout à fait distincts.

Il est situé à **Vitry**, près Paris, 22, rue Saint-Aubin, au milieu d'un vaste parc admirablement planté. L'établissement, éclairé à l'électricité et isolé des propriétés voisines, est pourvu d'*écoles*, d'*ateliers*, de *gymnases*, de *bains*, d'un *service d'hydrothérapie*, de *salles de réunion*, etc.

S'adresser, 22, rue Saint-Aubin, à Vitry-sur-Seine *téléph.* **96**, ou à M. le Dr G. PAUL-BONCOUR 164, Faubourg-Saint-Honoré, Paris, *téléph. Elysées* **32-36**.

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

VALÉRIANATE GABAIL

DÉSODORISÉ

LABORATOIRE : 3, rue de l'Estrapade, PARIS

NOMBREUSES ATTESTATIONS

SPÉCIFIQUE des MALADIES NERVEUSES

S'il faut associer la médication **bromurée**, *prescrivez à la dose de 3 ou 4 cuillerées à bouche par jour,*

ÉLIXIR GABAIL

Valéro-Bromuré

Préparation agréable **SANS ALCOOL** qui contient, par cuill. à bouche, une cuill. à café de **VALÉRIANATE GABAIL** désodorisé et un gramme de **Bromure de Strontium** dont le goût a été masqué par du sirop d'écorces d'oranges.

Laboratoire GABAIL, 3, rue de l'Estrapade, PARIS

mèdes aux personnes qui leur en demandent sans ordonnances du médecin, de tels abus ne pourraient se produire. Il est décidé qu'une démarche sera faite près du Syndicat des Pharmaciens du Finistère pour que soit exercée une plus grande surveillance de la vente en gros des médicaments.

Des Dames de la Croix-Rouge donneraient aussi trop facilement des conseils en dehors de leur compétence ou se livreraient à des interventions dont elles ne prévoient pas assez le danger. Une démarche sera faite également près des Présidents des trois Sociétés du Finistère.

VII

LE « CONCOURS MÉDICAL »

M. le Dr Damey a la parole pour expliquer à nos confrères ce qu'est le « Concours ».

. . . .

VIII

QUESTIONS DIVERSES.

— Le Dr Cudennec fait remarquer que certains médicaments dont l'emploi n'est pas autorisé pour les blessés de guerre ne peuvent être facilement remplacés, le Syndicat demande qu'on ajoute à la nomenclature officielle certains médicaments dits spécialisés, non remplaçables, dont la liste sera fournie ultérieuremeat.

— Le Dr Damey prie de mettre à l'ordre du jour de la prochaine réunion la question de l'Assurance Invalidité-Maladie. Cette question sera étudiée par la Commission permanente, puis soumise au Syndicat.

— Le Dr Colas, de Quimperlé, ayant reçu une lettre anonyme de menaces, dont il donne lecture, au moment où il songeait à s'installer comme chirurgien à Quimper et pensant que cette lettre provient d'un confrère de Quimper, prie l'Assemblée de vouloir bien nommer une commission d'enquête pour rechercher l'auteur de cette lettre. Sont nommés membres de la commission d'enquête : MM. Le Stunf, Damey et Vourch, ainsi que le Dr Dupouy, vice-président, qui sera chargé de réunir les pièces et documents utiles à la Commission.

Au moment de mettre sous presse, nous recevons une note de la Préfecture nous annonçant que pour les blessés du guerre, le Ministère des Pensions accorde aux médecins du Finistère les tarifs demandés de 7 francs la consultation et 8 francs la visite.

Nos confrères peuvent donc envoyer de suite à la Préfecture leurs notes établies d'après ces tarifs, toutefois ceux qui le voudront pourront attendre que le tarif kilométrique soit réglé selon notre demande à 3 francs, ce qui ne saurait tarder.

Le Secrétaire du Syndicat,
Dr E. Hardouin.

III

Syndicat de la Haute-Savoie.

(27 *novembre* 1920)

Les résolutions suivantes ont été prises :

1) Maintien du prix de 10 fr. pour la visite des mutilés et réformés.

2) Adoption du tarif normal en ce qui concerne les pupilles de la nation avec libre choix du médecin.

3) Vœu tendant à l'unification du tarif Breton, en ce qui concerne la division en 2 catégories de médecin avec, comme base, la visite à 10 fr.

4) Vœu tendant à l'élévation du tarif kilométrique Breton au prix du tarif des taxi-autos, c'est-à-dire actuellement 2 fr. par kilomètre parcouru.

5) Le Dr Prallet, secrétaire général du syndicat, est désigné pour être délégué à l'Union des syndicats médicaux à Paris, le 3 décembre 1920.

Le correspondant du *Concours*
Dr Roux.

Association pour le développement des relations médicales entre la France et les pays alliés ou amis.

IV

A propos de la Maison du Médecin.

Mon cher Président et très honoré Maître,

Je voudrais vous soumettre immédiatement le résultat de mes démarches en vue de réaliser temporairement la Maison du Médecin, au sujet de laquelle a été nommée une commission.

Dans les locaux du Musée du Commerce Universel, 3 rue de Cheillot, tout près du Musée Galliéra, il nous est offert un salon, bureau avec téléphone et sténo-dactylographe, agenda de renseignements et agenda de chemin de fer, salle de restaurant, le tout à titre absolument gracieux. Ces locaux ne sont pas très vastes, mais ont l'immense avantage d'être agencés convenablement et de nous offrir l'hospitalité immédiatement si nous le désirons.

Je me suis entretenu avec le directeur du Musée du Commerce de la portée de notre œuvre. Par ses agents particuliers le Directeur est en relation avec le monde entier et va du reste publier un annexe catalogue, un livre d'or des stations d'eaux minérales françaises. Voilà donc une forme de diffusion qui n'est pas dédaigner. En outre, ce directeur voit très possible l'agencement d'une de ses plus belles salles en exposition permanente d'appareils de médecine et de physiologie clinique, appareils pour toute l'électricité médicale et la radiologie, instruments de chirurgie et mobilier chirurgical ; il entreverrait même la possibilité de vitrines élégantes où seraient exposés des produits pharmaceutiques de nos grands

laboratoires (Carrion, Clin, Robin, Astier, Poulenc). J'ai fait entrevoir au directeur comment nos grandes stations thermales comme Vichy, Vittel, Luchon, etc. pourraient transporter dans cette salle les magnifiques dioramas qui viennent d'être exposés au Congrès d'hydrologie de Monaco.

Je me permets d'envoyer copie de cette lettre à chacun de ces Messieurs de la Commission de la Maison du Médecin, afin qu'à la prochaine réunion la question soit posée d'une façon aussi nette que possible. Du reste, d'ici là, le Dr Noir, d'autres confrères et moi-même auront déjeuné au Musée du Commerce et auront visité l'immeuble.

Veuillez mon cher Président, croire à mes biens respectueux sentiments.

Dr MOLINÉRY.

VARIÉTÉS

Les Allemands chez eux.

Je viens de faire un petit tour sur les deux rives droite et gauche, du Rhin, et ma foi, sans cérémonie je confie mes impressions aux fidèles lecteurs du *Concours médical.* Il faut véritablement séjourner dans le pays pour se faire une idée exacte de sa situation réelle : enfin je donne ici, non pas une étude, mais un simple exposé de mes sensations.

L'Allemagne est appauvrie, anémiée, dit-on trop souvent. J'ai ressenti, dès la frontière belgo-germaine, traversée à Hergenrath, une opinion tout à fait contraire. Les champs sont admirablement cultivés, peignés au râteau presque ; troupeaux en bonne apparence dans les pâtures ; toutes les cheminées d'usine fument, et Dieu sait s'il y en a autour de Cologne et Deutz ; les gares (Aix-la-Chapelle, Stolberg, Duren, etc.) sont bondées de trains entiers de charbon scintillant au soleil ; partout des wagons pleins de betteraves pour sucreries, de bois équarris, de marchandises neuves emballées. de machines variées, sur les trucs ; et, ce qui m'a frappé, une assez forte quantité de wagons neufs, chose assez rare chez nous. Dans les villes, les magasins sont pleins de marchandises, avec animation des acheteurs et mouvement intense.

On sent que les produits manufacturés, les matières premières, le personnel adéquat, tout cela est prêt pour l'envahissement commercial d'avant-guerre du monde entier ; envahissement qui sera encore plus intensif malheureusement, favorisé par notre épuisement industriel d'après-guerre dont ils sont à l'abri, eux, n'ayant eu à subir ni les pertes, ni les dévastations , ni les ruines qu'ils ont accumulées chez nous.

L'intensité de leur travail, leur capacité industrielle avec leurs machines en quantité, tandis qu'elles sont déficientes ici, les rendent plus forts qu'en 1914. Loin de s'avouer vaincus, ils vont, je le crains fort, reprendre l'emprise commerciale de tout l'univers, en attendant mieux pour eux ; c'est-à-dire l'écrasement complet de la France, par une revanche à laquelle ils ne cessent de penser, car l'Allemand nous hait et nous haïra toujours « Nous le haïssons aussi », dira-t-on ; oui, mais pas de la même façon : notre haine à nous tend seulement à le maintenir inoffensif vis-à-vis nous, la sienne envisage inlassablement notre destruction irrémédiable, notre asservissment définitif. Il y a là une différence énorme.

On dit que l'Allemagne souffre. Au point de vue alimentaire, certes non ! Voici quelques chiffres, bien terre-à-terre, mais parfois les petits détails sont plus instructifs pratiquement que les grandes envolées.

	En marks		En francs		Chez nous
Bière........	1.20	soit	0.22	;	0.35
Café kilogr...	30	soit	6	;	8
Gâteaux ord..	2	soit	0.37	;	0.75
Déjeuner ord.	15	soit	3	;	4 à 5
Chaussures. ..	200	soit	40	;	70 à 80

Mêmes écarts pour vêtements, bijouterie, objets de bazar, livres, etc. Le pain seul est mauvais, cher et rationné, mais ils en consomment peu, la base farineuse de leur alimentation étant la pomme de terre.

On m'objectera que si la vie est à meilleur compte pour l'étranger, elle reste onéreuse pour l'indigent à cause de la basse valeur du mark. Certes, le coût de la vie a considérablement augmenté en Allemagne, mais dans des proportions moindres. De plus la baisse y sera plus rapide et plus accentuée à cause de leur travail plus intense, de leur commerce mieux organisé.

On dit que l'Allemagne ne peut pas payer.— Elle pourrait payer le double, le triple, de ce que nos Alliés nous permettent de lui demander sans doute : certes non pas en un seul versement et en espèces, mais par annuités échelonnées et en marchandises ou matières premièrs (bois, charbon, potasse, etc.) dont elle regorge et qu'elle est prête à embarquer pour l'exportation, ce qui est bien plus avantageux pour elle que de nous les expédier en paiement d'indemnité réparatrice.

Deux causes profondes ont produit et maintiennent la prospérité (dissimulée) de l'Allemagne : d'abord, *la main-d'œuvre est à meilleur compte,* l'ouvrier allemand se contentant de 60 marck (soit 15 fr.) en moyenne par jour, tandis que les nôtres sont payés de 25 à 30 fr. Pourtant avec ce salaire inférieur, l'Allemand peut vivre tout aussi bien, ayant moins de goûts dispendieux. Ensuite *les commerçants se contentent de 15 à 20 % de bénéfice* en général, au lieu des 50 %

Innocuité et tolérance absolues même à haute dose

l'Antisepsie Interne par l'Iodaseptine Cortial

CRISTALLISÉE DIALYSABLE INJECTABLE



Antiseptique, Antitoxinique, Éliminateur.

COMMUNICATIONS A LA SOCté MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS. MARS 1919 – MAI 1920

IODO BENZO METHYL FORMINE = ANTISEPSIE INTERNE

Parce que :

– 1° Ce n'est plus uniquement le produit iodé proprement dit, mais une combinaison iodée des meilleurs antiseptiques organiques, injectable sans réaction locale ni générale

– 2° Chute rapide de la température dans les Septicémies.

– 3° Son action synergétique se vérifie dans les cas les plus variés et les plus rebelles :

RHUMATISMES déformants, chroniques, gonococcique (spécifique)
TUBERCULOSE pulmonaire, ganglionaire, osseuse. (spécifique)
SEPTICÉMIES Fièvre puerpuerale, Méningite cerebrospinale, Grippe, Pyélites diverses. Uro-gynécologie. (spécifique)
SYPHILIS notamment tabès et myelites (spécifique)

– 4° Elle est employée dans tous les Hopitaux depuis 1912

Laboratoires **CORTIAL** 125, r. de Turenne, PARIS { AMPOULES COMPRIMÉS

Une Eau Purgative Française

GUBLER PURGATIVE

DÉRIVÉE DE LA SOURCE CHATELGUYON-GUBLER

EAU CARBO-GAZEUSE
CHLORURÉE ET SULFATÉE
SODIQUE ET MAGNÉSIENNE



DOSES
LAXATIVE : 1 à 2 verres à bordeaux.
PURGATIVE : la totalité de la bouteille.

RENSEIGNEMENTS { **SOCIÉTÉ des EAUX MINÉRALES de CHATEL-GUYON, 6, Square de l'Opéra, PARIS.**
Pharmacie MONNIOTTE, 70, Rue Legendre, PARIS.

ASTHME CŒUR REINS ARTÉRIOSCLÉROSE ANGINE DE POITRINE etc

ELIXIR EUPNÉIQUE MARTIN-MAZADE

A L'

IODURE DE CAFÉINE

0 GR. 25 PAR CUILLERÉE A CAFÉ

Remède vraiment héroïque journellement prescrit par toutes les sommités médicales.
Ne provoque ni intolérance ni accidents d'iodisme. – 2 à 4 cuillerées à café par jour.

LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS : LABORATOIRE MARTIN-MAZADE ST-RAPHAËL (VAR)

et souvent plus que s'adjugent nombre de nos mercantis. Ajoutons deux autres causes de supériorité, le *rendement plus fort* de la main-d'œuvre, et *l'organisation commerciale* mieux préparée et mieux condensée.

Conclusion : l'Allemagne n'est pas aussi anémiée que nous ; elle souffre moins, et peut parfaitement payer.

Dr A. CASSET.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Distinctions honorifiques.**— Dans la dernière promotion de la Légion d'honneur, nous avons relevé, avec grande satisfaction, les noms de notre excellent ami et collaborateur, le docteur G. FISCHER, promu officier, et du jeune Jean RACHET, aide-major de complément, nommé chevalier.

Nous leur adressons nos bien sympathiques compliments.

La médaille de la Reconnaissance nationale vient d'être décernée à Mme M. POLLACK qui, pendant toute la durée de la guerre, a entretenue exclusivement à ses frais, et dirigé, comme infirmière de la Croix-Rouge, un petit hôpital auxiliaire pour officiers malades et blessés, dont nous avons assuré, pendant deux ans et demi le service médical.

Récompense bien méritée de son dévouement et de son désintéressement patriotique, à laquelle nous regrettons d'applaudir si tardivement !

G, D.

— Le Dr A. CANTONNET, ophtalmologiste des hôpitaux, fera une série de 4 leçons sur « la rééducation des strabiques, ses indications, ses résultats », les jeudis 13, 20, 27 janvier et 3 février 1921, à 10 1/2, à la consultation d'ophtalmologie à l'hôpital Cochin.

— **Hôpital des Enfants-Malades.** — Le professeur NOBÉCOURT commencera le cours de *Clinique médicale des enfants* le samedi 8 janvier 1921 à 10 heures et le continuera les samedis suivants à la même heure.

Programme de l'enseignement :

Lundi, 9 h. Visite (salle Husson). pav. de la coqueluche ; 10 h., Examen des consultants à l'amphithéâtre de la Clinique.

Mardi, 9 h. Visite (salle Parrot). Examen des entrants ; 10 1/2, Conférence sémiologique pratique par le chef de clinique.

Mercredi, 9 h. Visite (salle Bouchut). Examen des entrants ; 10 h. 1/2, Démonstration pratique par le chef de laboratoire.

Jeudi, 9 h. Visite (salle Husson). Pav. de la coqueluche ; 10 h. Examen des consultants à l'amphithéâtre de la clinique.

Vendredi, h. Visite (salle Parrot) ; 10 h. 1/2, Conférence de sémiologie par le chef de clinique.

Samedi 9 h. Visite (salle Bouchut) ; 10 1/2, Cours de clinique à l'amphithéâtre.

— **Asiles publics d'aliénés de la Seine.** — Le décret suivant vient de paraître au *Journal officiel*.

ART. 1er. — Par mesure exceptionnelle, les deux premiers postes vacants de directeur-médecin ou de médecin en chef dans les asiles publics d'aliénés de la Seine, situés dans le département de la Seine, ou dans le département de Seine-et-Oise, sont réservés aux deux médecins en chef de la maison nationale de santé de Saint-Maurice en cours de désaffectation.

ART. 2. — Ces médecins en chef seront admis dans les asiles de la Seine avec l'ancienneté qu'ils ont acquise à la maison nationale de santé de Saint-Maurice. (*Journ. off.*, 3 novembre 1920.)

— **Cercle d'études médico-sportives.** — Un cercle d'études médico-sportives est actuellement en formation. Les confrères qui s'intéressent à cette question et qui désirent participer à la fondation de ce groupement tout amical et complètement indépendant de toute question d'école sont priés d'écrire au Dr André Richard, 53, avenue Trudaine, Paris, IXe.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MEDICAL »

ANNEE 1920

2e Semestre

Cette table contient quatre parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Auteurs des articles scientifiques et professionnels. — IV. Jurisprudence médicale.

I

Partie Scientifique

A

B

C

D

E

F

G

H

II

Partie Professionnelle

Prescrire

LE FUMIGATOR GONIN

Cartouche auto-productrice d'aldéhyde formique,
c'est s'assurer par avance d'une



DÉSINFECTION EFFICACE

éprouvée, simple, discrète et peu coûteuse

EN VENTE DANS TOUTES PHARMACIES

ainsi que tous PRODUITS, PROCÉDÉS
et APPAREILS de DÉSINFECTION
en surface, en profondeur et par lavages ou trempages

DES ÉTABLISSEMENTS GONIN

FLUOFORMOL GONIN — SALUBRINE PHENIX

ÉTUVES de tous chauffages, fixes et transportables, à basse température, sans pression, utilisant le **Fumigator.**

Adresser toute la Correspondance à M. GONIN

Ad. Télég. : FUMIGATOR-PARIS | **60, rue Saussure, PARIS, 17e** | *Téléphone* : Wagram 17-23

Médication Infantile



ANÉMIE
SCROFULE
RACHITISME
ÉTATS GANGLIONNAIRES

STHÉNOPHYL

Granulé fondant **VIGAN**

(très supérieur aux huiles de foie de morue et sirops iodotanniques)

Doses
- Enfants au-dessous de 5 ans: 1/2 cuillerée à café avant chaque repas.
- Enfants au-dessus de 5 ans: 1 cuillerée à café.
- Adultes: 2 cuillerées à café avant chaque repas.

Goût exquis - Efficacité constante

Echantillon et Littérature: Laboratres VIGAN, 103-105, Rue St-Lazare, PARIS (IXe)

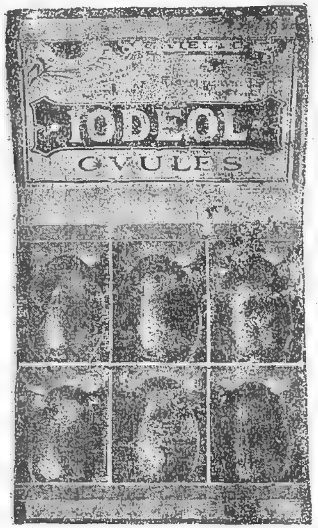
SALICAIRINE

INDICATIONS

DIARRHÉES ET ENTÉRITES CHRONIQUES

DIARRHÉES INFANTILES
DIARRHÉES BACILLAIRES (Flexner, Shiga, His)
DIARRHÉES DES TUBERCULEUX
DIARRHÉES GRIPPALES — DIARRHÉES HÉMORRAGIQUES

Pas de contre-indications



AFFECTIONS GÉNITO-URINAIRES

Iode colloïdal électrochimique

pur et stable
ni caustique, ni toxique, très diffusible
cicatrisant antiseptique puissant
spécialement à l'égard du GONOCOQUE

Urétrites aigues et chroniques
Folliculites, Cystites
Orchites et Orchi-épididymites
Blennorrhagie de la femme
Bartholinites, Métrites, Annexites



IODARGOL. — Ampoules (2 cc. renferment 25 p. 100 d'iode colloïdal) : 2 cc. 2 fois par jour dans les métrites, une injection intra-urétrale : en 48 h., disparition de la douleur à la miction ; guérison en 8 à 15 jours des métrites aigues, en 2 à 4 semaines des métrites chroniques, cystites, folliculites.

IODARGOL. — Pansement : badigeonnages quotidiens sur le scrotum dans l'orchite ; en 48 h., disparition des phénomènes inflammatoires ; attouchements, badigeonnages quotidiens dans les affections gynécologiques ; cessation de la douleur et de l'écoulement, cicatrisation rapide.

IODÉOL. — Ovules, pour pansements continus dans les affections gynécologiques : un ovule tous les soirs.

Échantillons et littérature → **E. VIEL et Cie, 3, rue de Sévigné, PARIS**

III

NOMS DES AUTEURS

IV

Jurisprudence médicale

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON (THIRON et FRANJOU, Successeurs).

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Mᵉ Audebert, en joignant un timbre pour la réponse

AVIS

—

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 12 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établi d'après le format officiel

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien*, édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50.....	5 fr. »
Le 100.....	8 fr. »
Les 500.....	35 fr. »
Les 1000...	60 fr. »

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, 132, *faubourg St-Denis, Paris.*

Réponse.

L'indemnité journalière est due au blessé du travail pendant son hospitalisation (Cour de Cassation, Ch. Civ., 29 nov. 1911 et 23 juil. 1912, Rec. minist. du trav., XV, 279 et 382) ainsi que pendant une période de service militaire (Cour d'appel de Besançon, 14 févr. 1913. Même Recueil XV, 258).

Pour les mêmes motifs, on doit conclure que l'indemnité continue à être due pendant la durée du service militaire qu'a effectué le blessé.

Le blessé auquel vous vous intéressez peut donc réclamer le paiement de son indemnité journalière pendant toute la durée de son incapacité de travail.

Calcul des rentes des blessés du travail.

Je vous serai très obligé de vouloir faire paraître dans le journal la formule employée pour calculer les rentes dans les incapacités de travail ; mes clients me demandent des renseignements à ce sujet.

D[r] T.

Réponse

Qu'entendez-vous par cette expression : « calculer les rentes dans les incapacités de travail ? »

S'il s'agit de savoir à quel chiffre de rente a droit la victime de l'accident, la réponse à cette question se trouve dans l'article 3 de la loi de 1898 :

«L'ouvrier a droit :

«Pour l'incapacité absolue et permanente, à une rente égale aux deux tiers de son salaire annuel.

«Pour l'incapacité partielle et permanente, à une rente égale à la moitié de la réduction que l'accident aura fait subir au salaire.»

S'il s'agit au contraire de connaître la valeur officielle du capital représentatif de la rente allouée à la victime, laquelle rente ne peut d'ailleurs être rachetée que si elle n'est pas supérieure à 100 francs et si le titulaire est majeur, le calcul en est établi au moyen du tarif ou barême dressé en exécution de l'artice 28 de la loi.

Le tarif actuellement en vigueur a été publié au *Journal Officiel* du 18 décembre 1919 ; il en occupe 24 pages entières et est suivi d'une notice pour son application qui comporte en outre près de deux pages.

Si vous désirez être renseigné sur un cas particulier, nous sommes à votre disposition.

Il serait alors nécessaire de nous envoyer les renseignement suivants :

Age de l'ouvrier au moment de l'accident ;
Age actuel ;
Temps écoulé depuis l'accident ;
Montant de la rente allouée ;
Pourcentage de la réduction de salaire.

Le nouveau tarif des expertises.

Je viens vous prier de me donner le renseignement suivant :

Désigné comme expert par un jugement du tribunal civil de M. pour visiter un accidenté du travail qui demandait une révision de son incapcité et une augmentation de pension, j'ai dû aller visiter ce blessé à 50 kilomètres de M. (100 kil. aller et retour).

Au moment d'établir ma note d'honoraires, on m'a fait remarquer au greffe du tribunal que le mémoire devait être établi, soit en vertu du décret du 18 juin 1911 (tout en vacations) *soit et plutôt en vertu du décret du* 5 *octobre* 1920 (où il n'est plus question de vacations) ; mais en aucun cas, en vertu des deux décrets puisque le dernier annule ou abroge, paraît-il, le précédent. Dans ce cas, malgré l'augmentation du prix de la visite et du tarif kilométrique, je n'arrive qu'au prix ridiculement bas de 93 fr. 40, alors qu'avec l'ancien tarif par vacations, je peux arriver au prix de 300 fr. qui me paraît répondre aux frais de transport (*par auto*) au travail fourni, etc.

Que dois-je faire ? Comment établir ma note pour arriver à un prix raisonnable, *s'il est vrai que le décret du* 5 *octobre* 1920 *supprime le tarif par vacations.*

Je vous envoie ci-joint un exemplaire de mémoire tel que le greffe veut me l'établir . Dr X.

Réponse.

Il est exact que le décret du 5 octobre 1920 a supprimé la tarification par vacations, en matière d'expertise, ou plutôt qu'il passe cette tarification sous silence.

Comme ce décret, par le seul fait de sa promulgation, abroge aux termes de la loi du 28 octobre 1919, le décret du 18 juin 1811 et toutes autres dispositions qui lui sont contraires, on doit en conclure qu'il n'y a plus actuellement, en matière criminelle, de police correctionnelle et de simple police, de vacations d'aucune sorte.

Cependant, en vertu de l'article 18 du décret, aux termes duquel les prix des opérations non tarifées par le dit décret sont fixés, dans chaque affaire, par les magistrats qui ont commis les experts, et de l'article 26, paragraphe dernier, qui dispose qu'au cas d'expertise présentant des difficultés particulières , le magistrat commettant fixe, d'après les circonstances, la taxe qui doit être allouée, il nous semble possible de remédier à l'insuffissance notoire du nouveau tarif dans un très grand nombre de cas.

Sous le régime qui vient d'être aboli, une circulaire du Garde des Sceaux du 31 juillet 1894, que nous avons publiée dans les précédents Agendas-Mementos, rappelait que l'article 22 du décret de 1811, qui fixe le montant des vacations aux experts « médecins ou autres », n'avait pas été abrogé par le décret de 1893 et qu'en conséquence il devait être appliqué en matière

d'expertise médicale proprement dite, quand il s'agit de l'examen mental des prévenus, d'analyses chimiques, etc.

Il semble que ce soit bien le cas lorsqu'il s'agit d'une expertise comme celle à laquelle vous avez procédé, et qu'on ne saurait assimiler à la simple constatation que l'allocation de 15 francs du décret du 5 octobre dernier a pour objet de rémunérer.

Nous sommes donc d'avis que, en vous basant sur les articles précités du nouveau décret, vous pourriez, comme par le passé, établir votre note par vacations, tant pour l'examen du blessé que pour le rapport, en comptant ces vacations à un chiffre plus élevé que celui du décret de 1811, qui n'a plus aucune valeur, puisque le dit décret est abrogé.

Il faudrait, au bas mot, que le chiffre ancien fût doublé.

Nous vous serions obligé de nous tenir au courant de la suite qui sera donnée à cette affaire.

Direction des bureaux d'hygiène.

Membre du *Concours médical* depuis 2 ans, permettez-moi de vous poser 2 questions. Veuillez me donner vos réponses à la rubrique : Correspondance du *Concours* :

1° Quels sont les titres nécessaires pour être directeur d'un bureau d'hygiène d'une ville de 100.000 habitants.

2° Un pharmacien (Dr en pharmacie) peut-il remplir ce rôle ? Dr L.

Réponse.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, le maire nomme le chef du service (directeur du bureau d'hygiène) parmi les personnes reconnues aptes à raison de leur titres, par le comité consultatif d'hygiène publique de France. Il s'agit donc d'un concours sur titres, pour lequel le diplôme de docteur en médecine n'est pas légalement obligatoire.

Un pharmacien peut donc être directeur d'un bureau d'hygiène, et ce, quel que soit le chiffre de la population de la ville.

Nous répondons, suivant votre désir, à votre lettre, malgré sa forme anonyme, parce qu'elle présente un caractère d'intérêt général.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Livret pathologique de famille et fiches individuelles,

Par le docteur Ed. CROUZEL, (Le Buisson Dordogne).

Les avantages incontestables pour les malades d'avoir, d'habitude, recours au médecin de la fa-

mille sont appréciables aussi pour le médecin traitant. Que d'erreurs sont ainsi évitées, et que des tâtonnements fastidieux et des commémoratifs souvent peu sûrs, rendent possibles!

Comme le médecin est, lui aussi, mortel et susceptible d'être empêché au moment où son malade réclame ses soins, l'établissement d'un *livret pathologique familial*, composé de *fiches individuelles*, serait de nature à rendre des services considérables, en diminuant la mortalité.

Le praticien pourrait ainsi abréger son questionnaire au moment où le temps presse, et surtout, dans le cas où le malade n'est plus en état de répondre exactement, par carence de mémoire, frayeur de la mort, affaiblissement ou troubles cérébraux pouvant aller jusqu'à la suppression intégrale de son libre arbitre.

Les *fiches individuelles*, établies d'avance, seraient de nature à suppléer admirablement le questionnaire habituel, en fournissant, sur l'heure, les données précises utiles à un diagnostic rapide. La coordination de l'ensemble des *fiches familiales* serait établie sur le *livret de famille*. Chaque maladie serait indiquée sur les *fiches*, avec dates, évolution détaillée, traitement et terminaison.

La famille conserverait son *Livret pathologique* composé de *fiches individuelles*. Pour éviter les indiscrétions et assurer le secret professionnel, certaines maladies, comme la *syphilis*, la *gonococcie*, etc., seraient désignées d'un nom conventionnel connu seulement du corps médical. Après chaque maladie, la fiche augmentée des nouveaux renseignements utiles irait prendre sa place dans le *livret de famille*, ainsi mis à jour et placé sous enveloppe cachetée et conservé par la famille ou confié au médecin traitant, qui le tiendrait à la disposition de celle-ci ou du nouveau médecin traitant choisi en cas de besoin.

Le *livret de famille* pourrait aussi être établi en deux exemplaires, dont l'un resterait entre les mains de la famille, et l'autre serait confié au médecin de famille, sous certaines conditions de droit et de convenances sociales. (1)

---

(1) La question troublante des maladies, dites héréditaires, pourrait être élucidée, au moyen des indications fournies par le *livret pathologique familial*.

Le point de vue épidémique et pandémique des mesures préventives efficaces ne pourrait que bénéficier d'une pareille source de renseignements positifs. Les indications de statistiques officielles, jusqu'ici sans base sérieuse, pourraient revêtir un caractère positif de déductions précieuses. La médecine légale et l'état-civil y trouveraient souvent un point d'appui de certitude qu'on cherche, d'habitude, inutilement ailleurs.

Au total, la collectivité, les malades et les médecins ont tout intérêt dans l'établissement du *livret pathologique de famille*.

JURISPRUDENCE

Les cliniques médicales peuvent-elles faire appel aux infirmières congréganistes ?

Quelques confrères, propriétaires de maisons de santé, ont cru bon de faire appel à des religieuses, pour le service des malades. Or, la loi du 4 décembre 1902 interdit la création de tout nouvel établissement congréganiste. Le fait, pour un médecin, de contracter avec une communauté religieuse pour que ladite communauté fournisse au docteur le personnel infirmier dont il a besoin dans sa clinique, constitue-t-il cette création de nouvel établissement, interdit par la loi? Ce nouvel établissement ne pourrait-il pas se présumer du fait que les religieuses, détachées à la maison de santé, restent soumises à la règle de leur ordre et aux décisions de la supérieure générale ?

Nous espérions faire trancher la question par la justice administrative. Un de nos confrères, le Dr Heitz, de Besançon, avait reçu du préfet du Doubs l'invitation à laïciser son établissement. Un recours en Conseil d'Etat fut formé et voici l'arrêt rendu :

Conseil d'Etat, 19 novembre 1920,

Le Conseil d'Etat statuant au contentieux,

Vu la requête sommaire et le mémoire ampliatif présentés par le sieur Heitz, docteur en médecine, directeur d'une clinique située à Besançon, rue de la Mouillère, et pour l'Association générale des médecins de France, dont le siège est à Paris, rue de Surène, n° 5, agissant poursuites et diligences de son secrétaire général ;

Et tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler, pour excès de pouvoir : 1° une décision, en date du 27 juin 1912, par laquelle le Préfet du Doubs, en notifiant au docteur Heitz une décision ministérielle du 25 juin 1912, qui a invité les religieuses affectées au service de sa clinique à réintégrer leur maison mère dans un délai de trois mois, l'a informé qu'à l'expiration de ce délai de trois mois, faute par lui d'avoir fait appel à un personnel laïque, il s'exposait à l'application des dispositions de la loi du 4 décembre 1902 ; 2° en tant que de besoin, la décision précitée du Ministre de l'Intérieur, en date du 25 juin 1912 ;

Considérant qu'en notifiant au Dr Heitz une décision ministérielle du 25 juin 1912, qui a invité les religieuses affectées au service de sa clinique à réintégrer leur maison mère dans un délai de trois mois, le préfet du Doubs s'est borné à l'informer qu'à l'expiration de ce délai de trois mois, faute par lui d'avoir fait appel à un personnel laïque, il s'exposerait à l'application des dispositions de la loi du 4 décembre 1902 ; que cet acte n'imposait à l'intéressé aucune obligation autre que celles qui selon le Préfet résultaient desdites dispositions, qu'il

n'était susceptible par lui-même d'aucune exécution et qu'il ne portait aucune atteinte au droit du docteur Heitz de faire valoir tous ses moyens de défense devant la juridiction compétente au cas où des poursuites seraient engagées contre lui ; que, dans ces conditions, les requérants sont sans intérêt et, par suite, ne sont pas recevables à poursuivre l'annulation pour excès de pouvoir de l'acte attaqué ;

DÉCIDE :

La requête susvisée du sieur Heitz et de l'Association générale des médecins de France est rejetée,

Commentaires

La loi du 4 décembre 1902 comporte des obligations et des sanctions, dit l'arrêt, et c'est au moment où le Dr Heitz, ayant laissé passer le délai de trois mois, imparti par le préfet, pour dissoudre son personnel religieux, se serait vu l'objet de poursuites correctionnelles, qu'il aurait pu présenter, devant cette juridiction répressive, tous moyens de défense et de protestation.

Ce qui revient à dire que, si un confrère reçoit du préfet l'ordre d'avoir à laïciser son personnel infirmier, il devra ou se soumettre, ou attendre les poursuites correctionnelles. A ce moment seulement, il excipera des motifs qui lui ont fait choisir un personnel religieux : avantages de conditions pécuniaires de louage de services, avantages moraux, considérations basées sur la clientèle admise dans la maison de santé, impossibilité de trouver une main-d'œuvre laïque, etc.

Ce ne sont là que questions d'espèce, car cette même loi de 1902 est ou non appliquée, selon les préfets et surtout selon les appuis politiques des médecins en cause.

Cependant, à l'heure où de nombreux confrères organisent des maisons de santé à bon marché, un peu partout en France, pour enrayer l'exode des malades payants à l'hôpital, il me semble que le gouvernement devrait avoir le courage de définir franchement sa ligne de conduite. Ou les infirmières religieuses doivent être tolérées à côté des infirmières laïques, ou la loi de 1902 doit être appliquée dans toute sa rigueur et partout, sans exception.

Au contraire, la période d'atermoiements, qui remonte à 1902, nous place sous le régime du bon vouloir et de l'arbitraire préfectoral. Selon les appuis politiques, un médecin sera inquiété pour ses infirmières, alors que son voisin, bien en cour, occupera le personnel religieux qu'il voudra.

Si la loi est inopérante, qu'elle soit rapportée, sinon qu'elle soit également appliquée à tous.

Paul BOUDIN.

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement, nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit **24 fr.**, par versement à notre compte de chèques postaux Paris 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

